



**T.C.  
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE  
HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE  
BOZUKLUĞUNDA AİLE TUTUMLARI VE İLAÇ  
KULLANIMINA ETKİSİ**

**Dr. Oğuz SEVİNCE**

**UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI  
Prof. Dr. Ayşegül YOLGA TAHİROĞLU**

**ADANA - 2018**



**T.C.  
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE  
HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE  
BOZUKLUĞUNDA AİLE TUTUMLARI VE İLAÇ  
KULLANIMINA ETKİSİ**

**Dr. Oğuz SEVİNCE**

**UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI  
Prof. Dr. Ayşegül YOLGA TAHİROĞLU**

**ADANA-2018**

## TEŞEKKÜRLER

Asistanlık hayatım boyunca tecrübelerini dinlemekten büyük keyif aldığım, klinik gözlemleri ve yaklaşımları ile mesleki bilgilerime büyük katkısı olan, bölümümüzün kurucusu Prof. Dr. Ayşe Avcı'ya,

Olgulara yaklaşım ve yönetim konusunda her zaman yol gösteren, tez yazımında değerli katkısını ve açık fikirlerini esirgemeyen, tez danışmanım Prof. Dr. Ayşegül Yolga Tahiroğlu'na,

Yalnızca tez yazma dönemimde değil, aynı zamanda tüm asistanlık eğitimim boyunca desteğini esirgemeyen, mesleki olarak gelişmemde büyük katkısı olan Doç. Dr. Gonca Gül Çelik'e,

Olguları değişik yönlerden ele almayı, farklı pencerelerden bakmayı öğreten, psikodinamik ekol ile tanışmamı sağlayan, asistanlık eğitimim boyunca gerekli olabilecek literatür kaynağı birikimini severek paylaşan Yrd. Doç. Dr. Özge Metin'e,

Mesleki bilgilerime katkısından dolayı Uzm. Dr. Perihan Çam Ray'a,

Asistan eğitimim boyunca adli olgular konusunda bilgi ve tecrübelerini ilgiyle ve severek aktaran, olgulara bakış açımı zenginleştiren Adli Olguları Değerlendirme Heyeti üyeleri Prof. Dr. Necmi Çekin ve Prof. Dr. Nurdan Evliyaoğlu'na,

Psikiyatri rotasyonu boyunca kendimi bölümümdeymiş gibi hissetmemi sağlayan, mesleki olarak yol almamda bilgilerini, tecrübelerini, güler yüzlerini ve içtenliklerini hiçbir zaman esirgemeyen Prof. Dr. Lut Tamam, Doç. Dr. Gonca Karataş Karakuş, Yrd. Doç. Dr. Soner Çakmak, hemşire Hüzün Süt ve diğer tüm yardımcı hemşire ve personel arkadaşlara, desteklerinden ve arkadaşlıklarından büyük keyif aldığım tüm psikiyatri doktor ekibi ve çalışanlarına,

Asistanlığımın son aylarında beni mutlulukla ağırlayan, bilgi ve tecrübelerini çekinmeden paylaşan, desteklerini her zaman hissettiren, aynı zamanda çocuk nöroloji bilgime olan katkılarından dolayı Prof. Dr. Şakir Altunbaşak, Prof. Dr. Özlem Mihriban Hergüner, Prof. Dr. Faruk İncecik, Yrd. Doç. Dr. Gülen Gül Mert, Uzm. Dr. Neslihan

Özcan ve beraber çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm çocuk nöroloji doktor ve çalışanlarına,

Uzmanlık eğitimi boyunca mutlu olduğum günler kadar, diğer kötü günlerimde de her zaman yanımda olan, beraber büyüdüğüm ve yol aldığım tüm çocuk psikiyatri asistan arkadaşlarıma, psikolog Cansu Dede ve sosyal hizmetler uzmanı Erhan Öksüz'e, hemşire hanımlar ve diğer tüm sekreter ve personellere,

Asistanlığa başladığım ilk günden bugüne kadar gerek mesleki bilgisini her zaman paylaşan, gerekse dostluğunu her zaman hissettiğim, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen Dr. Ezgi Eynallı Gök'e,

Kısa sürede önce tanışmamıza rağmen beraber acı-tatlı birçok şey paylaştığım, asistanlık hayatıma ve beraber yaptığımız birçok şeye anlam katan, desteğini ve dostluğunu hiçbir zaman unutamayacağım Dr. Merve Kömürcü Çelik'e,

Psikanalitik ekolü sevdiren, bu anlamda bilgilerini güler yüzü ile her zaman paylaşan, yaptığı küçük dokunuşlarla kimi zaman önümü aydınlatan, azmine hayran olduğum psikolog Gülpınar Akdaş'a,

Yalnızca asistanlık hayatım boyunca değil, tüm üniversite yaşamım boyunca her zaman yanımda olan, sevgi ve desteklerini hiçbir zaman ve hiçbir koşulda esirgemeyen, kan bağı olmamasına rağmen kardeşlerim saydığım, hayatımdaki birçok güzel anının yapıtaşları olan sevgili dostlarım Begüm Gök, Dr. Ekin Özcan, Dr. Fahrettin Bostancı, Dr. Gülnur Gülnaz Bozcuk, Dr. İsmail Gök'e,

Büyümelerini adım adım izlediğim, izlerken de büyük bir mutluluk ve gurur duyduğum, bana dayılık ve amcalık duygularını en içten duygularla hissettiren sevgili yeğenlerim Hüseyin Can, Ali, Özgür, Yiğit, Özüm ve Maya'ya,

Hayatta var olmamı ve en zor şartlara rağmen büyümemi sağlayan, bugünlere kadar getiren, beni koşulsuz seven, her an ve her koşulda yanımda olan canım anne-babam ve sevgili kardeşlerim Erkan, Berna, Ali ve Yavuz'a,

Mesleki olarak beni büyüten, geliştiren, mesleğimi sevdiren tüm bebek, çocuk, ergen ve ailelerine en içten sevgi ve saygılarımı sunarım.

# İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜRLER.....	i
TABLO LİSTESİ.....	vi
EKLER LİSTESİ.....	viii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	ix
ÖZET.....	xi
ABSTRACT.....	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu.....	2
2.1.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Tanımı.....	2
2.1.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Tarihçesi.....	3
2.1.3. Epidemiyoloji.....	6
2.1.4. Etyoloji.....	7
2.1.4.1. Genetik Faktörler.....	7
2.1.4.2. Çevresel Faktörler.....	9
2.1.4.3. Nöroanatomik Yapılar.....	9
2.1.4.4. Nörokimyasal Faktörler.....	12
2.1.4.5. İşlevsel Beyin Görüntüleme Bulguları.....	13
2.1.4.6. Yürütücü İşlevler.....	13
2.1.5. Klinik Görünüm ve Tanı.....	15
2.1.6. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Ayırıcı Tanı.....	20
2.1.7. Komorbid Hastalıklar.....	23
2.1.8. Gidiş ve Sonlanım.....	27
2.1.9. Tedavi Seçenekleri.....	28
2.1.9.1. Psikostimulanlar.....	29
2.1.9.2. Atomoksetin.....	32
2.1.9.3. Alfa Agonistler.....	33
2.1.9.4. Antidepresanlar.....	34
2.1.9.5. Diğer Psikofarmakolojik Tedaviler.....	34
2.1.9.6. DEHB Tedavisinde Destekleyici Tedaviler.....	35

2.1.9.6.1. Psikososyal Müdahaleler.....	35
2.1.9.6.2. Neurofeedback .....	36
2.1.9.6.3. Supplement ve Nutrisyonel Destekler.....	36
2.2. Çocuk Gelişiminde Ebeveynlik Tutumları.....	37
2.2.1. Psikodinamik Açıdan Aile Tutumu .....	38
2.2.2. Anne-Baba Tutumları ve Bağlanma Biçimleri.....	40
2.2.3. Bilişsel- Davranışçı Kurama Göre Aile Tutumu.....	41
2.3. Aile Tutumlarının Sınıflandırılması .....	42
2.3.1. Sık Rastlanılan Aile Tutumlarının İncelenmesi .....	43
2.3.1.1. Aşırı Koruyucu Anne-Baba Tutumu.....	43
2.3.1.2. Aşırı Hoşgörülü Anne-Baba Tutumu.....	43
2.3.1.3. Otoriter Anne-Baba Tutumu .....	44
2.3.1.4. Dengesiz-Kararsız Anne-Baba Tutumu .....	45
2.3.1.5. Demokratik Anne-Baba Tutumu.....	45
2.3.1.6. İlgisiz ve Kayıtsız Anne-Baba Tutumu.....	46
2.4. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Aile Tutumları .....	46
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	57
3.1. Araştırmanın Tipi .....	57
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	57
3.3. Araştırmanın Örnekleme.....	57
3.4. Örneklemin Seçimi.....	57
3.5. Uygulama .....	58
3.6. Değerlendirmede Kullanılan Araçlar .....	59
3.6.1. Kiddie Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (K-SADS-ŞY) [Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children- Present and Lifetime Version, KSADS].....	59
3.6.2. Sosyodemografik Veri Formu .....	60
3.6.3. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (AHÇYTÖ) (PARI: Parenteral Attitude Research Instrument): .....	60
3.6.4. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) .....	61
3.6.5. Stroop Testi .....	61

3.6.6. Connors Ana-baba Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş/Uzun (CADÖ-Y/U) Formu .....	62
3.6.7. Connors Öğretmen Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş/Uzun (CÖDÖ-Y/U) Formu .....	63
3.6.8. Anne ve Baba Tutum Ölçeği (ABTÖ).....	63
3.6.9. Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği.....	64
3.7. İstatiksel Analiz.....	64
4. BULGULAR.....	66
4.1. Sosyodemografik Formun Değerlendirilmesi .....	66
4.2. İstatistiksel Bulguların Değerlendirilmesi.....	69
5. TARTIŞMA, YORUM, SONUÇ VE ÖNERİLER .....	98
5.1. Tartışma ve Yorumlar .....	98
5.2. Sonuç ve Öneriler.....	118
7. KAYNAKÇA.....	124
ÖZGEÇMİŞ .....	158
EKLER.....	159

## TABLO LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu DSM-V-TR Tanı Ölçütleri.....	19
Tablo 2. Hiperkinetik Bozukluk ICD-10 Tanı Ölçütleri .....	20
Tablo 3. Çalışmaya Katılan Olguların DEHB Alt Tiplere Göre Sınıflandırılması .....	69
Tablo 4. DEHB Alt Tiplerini Cinsiyete Göre Dağılımı .....	69
Tablo 5. Annenin Eğitim Düzeyi ve DEHB Alt Türlerinin Değerlendirilmesi .....	69
Tablo 6. Babanın Eğitim Düzeyi ve DEHB Alt Türlerinin Değerlendirilmesi .....	70
Tablo 7. Çocukta Dayak Öyküsü ile DEHB Alt Tiplerinin Değerlendirilmesi.....	70
Tablo 8. Akranlarla Yaşanan Sorun ile DEHB Alt Tiplerinin Değerlendirilmesi .....	70
Tablo 9. ABTÖ Alt Puanlarının Sayı ve Dağılımının İncelenmesi .....	71
Tablo 10. DEHB Alt Tipleri ve Aile Tutumlarının Değerlendirilmesi .....	71
Tablo 11. Cinsiyet ve Aile Tutumlarının Değerlendirilmesi .....	71
Tablo 12. Akran İlişkileri ile Yaşanan Sorun ve Aile Tutumlarının Değerlendirilmesi .....	72
Tablo 13. Annelerin Eğitim Düzeyi ile Aile Tutumlarının Değerlendirilmesi .....	72
Tablo 14. Babaların Eğitim Düzeyi ve Aile Tutumlarının Değerlendirilmesi .....	72
Tablo 15. AHÇYTÖ Testi Alt Puanlarının DEHB Alt Tiplerine Göre Değerlendirilmesi .....	73
Tablo 16. AHÇYTÖ Testi Alt Puanlarının Cinsiyetlere Göre Değerlendirilmesi .....	73
Tablo 17. ABTÖ Testi Alt Puanlarının DEHB Alt Tiplerine Göre Değerlendirilmesi .....	73
Tablo 18. ABTÖ Testi Alt Puanlarının Cinsiyetlere Göre Değerlendirilmesi .....	74
Tablo 19. AHÇYTÖ ve ABTÖ Alt Puanlarının Ortalama Anne Eğitim Düzeyine Göre Değerlendirilmesi .....	74
Tablo 20. AHÇYTÖ ve ABTÖ Alt Puanlarının Baba Eğitim Düzeyine Göre Değerlendirilmesi.....	75
Tablo 21. CADÖ Alt Puanlarının Tedavi Öncesi ve Sonrasına Göre Değerlendirilmesi .....	76
Tablo 22. DEHB Alt Tipleri ile CADÖ Alt Puanlarının Tedavi Öncesi ve Sonrasına Göre İlişkinin Değerlendirilmesi .....	77
Tablo 23. Tedavi Öncesi ve Sonrası CADÖ'nün DEHB Alt Tiplerine Göre Değerlendirilmesi .....	78
Tablo 24. Cinsiyet ile CADÖ Alt Puanlarının Tedavi Öncesi ve Sonrasına Göre İlişkinin Değerlendirilmesi .....	79
Tablo 25. Tedavi Öncesi ve Sonrası CADÖ'nün Cinsiyetlere Göre Değerlendirilmesi .....	80
Tablo 26. CADÖ'nün ABTÖ Alt Puanlarına Değerlendirilmesi .....	81
Tablo 27. Tedavi Sonrası CADÖ'nin ABTÖ Alt Puanlarına Göre Değerlendirilmesi .....	81
Tablo 28. Tedavi Öncesi ve Sonrası CADÖ Alt Puanlarının Aile Tutumlarına Göre İlişkisi .....	82
Tablo 29. Turgay DEHB Aile Alt Puanlarının Tedavi Öncesi ve Sonrasına Göre Değerlendirilmesi.....	83
Tablo 30. Turgay DEHB Aile Alt Puanları ve DEHB Alt Tipleri ile İlgili Analizler .....	83
Tablo 31. Cinsiyet ile Turgay DEHB Aile Alt Puanlarının Arasındaki İlişkinin Tedavi Öncesi ve Sonrasına Göre Değerlendirilmesi .....	84
Tablo 32. Cinsiyetin Tedavi Öncesi ve Sonrası Turgay Aile DEHB Alt Puanları ile İlişkinin Değerlendirilmesi .....	84
Tablo 33. CÖDÖ'nün DEHB Alt Tiplerine Göre Değerlendirilmesi .....	85
Tablo 34. CÖDÖ'nün Cinsiyetlere Göre Değerlendirilmesi .....	86
Tablo 35. Turgay DEHB Öğretmen Alt Puanları Cinsiyetlere Göre Değerlendirilmesi .....	86
Tablo 36. ADÖ'nün DEHB Alt Tiplerine Göre Değerlendirilmesi.....	87
Tablo 37. ADÖ Puanlarının Cinsiyetlere Göre Değerlendirilmesi .....	87
Tablo 38. Tedavi Öncesi CADÖ ile AHÇYTÖ Alt Puanları ile Arasındaki İlişki.....	88
Tablo 39. Tedavi Öncesi Turgay Aile ve Öğretmen DEHB Alt Puanlarının ADÖ ile İlişkisi .....	89
Tablo 40. Tedavi Öncesi CADÖ'nin ADÖ ile İlişkisi.....	91
Tablo 41. Tedavi Öncesi CÖDÖ'nün ADÖ ile İlişkisi .....	91
Tablo 42. Tedavi Sonrası CADÖ'nün AHÇYTÖ Alt Puanları İle İlişkisi .....	92
Tablo 43. Tedavi Sonrası CADÖ'nün ABTÖ Alt Puanları ile İlişkisi.....	92
Tablo 44. Tedavi Sonrası CADÖ'nin ADÖ Alt Puanlarına Göre Değerlendirilmesi .....	93
Tablo 45. ADÖ ve AHÇYTÖ Arasındaki İlişki.....	94

<b>Tablo 46. Stroop Testi Skorlarının Tedavi Öncesi ve Sonrası Karşılaştırılmasının DEHB Alt Tiplerine Göre Değerlendirilmesi.....</b>	<b>95</b>
<b>Tablo 47. Stroop Testi Skorlarının Cinsiyetlere Göre Değerlendirmesi.....</b>	<b>95</b>
<b>Tablo 48. Stroop Testinin Tedavi Öncesi ve Sonrası Toplam Süre, Düzeltme ve Hata Sayısının Değerlendirilmesi.....</b>	<b>96</b>
<b>Tablo 49. Stroop Testi Skorlarının Tedavi Öncesi ve Sonrası Karşılaştırılmasının Cinsiyetlere Göre Değerlendirilmesi.....</b>	<b>96</b>
<b>Tablo 50. DEHB Alt Tiplerinin Tedavi Öncesi ve Sonrası Yapılan Stroop Testi Skorlarına Göre Değerlendirilmesi.....</b>	<b>97</b>

## EKLER LİSTESİ

<u>Ek No</u>	<u>Sayfa No</u>
Ek 1. Aydınlatılmış Onam Formu .....	159
Ek 2. Sosyodemografik Form.....	160
Ek 3. Conners Ana-Baba Dereceleme Ölçeği (CADÖ) Formu .....	161
Ek 4. Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği (CÖDÖ) Formu .....	163
Ek 5. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) .....	165
Ek 6. Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği ....	167
Ek 7. Aile Hayatı Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (AHÇYTÖ).....	169
Ek 8. Anne-Baba Tutum Ölçeği (ABTÖ).....	173
Ek 9. Stroop TBAG Formu .....	175
Ek 10. Etik Kurul Kararı .....	176

## KISALTMALAR LİSTESİ

<b>ABTÖ</b>	: Anne-Baba Tutum Ölçeği
<b>ADÖ</b>	: Aile Değerlendirme Ölçeği
<b>AHÇYTÖ</b>	: Aile Hayatı Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği
<b>APA</b>	: Amerikan Psikoloji Birliği
<b>BB</b>	: Bipolar Bozukluk
<b>CADÖ</b>	: Conners Anne-Baba Derecelendirme Ölçeği
<b>CGI</b>	: Klinik Global İzlem
<b>CÖDÖ</b>	: Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği
<b>DB</b>	: Davranış Bozukluğu
<b>DEHB</b>	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
<b>DEHB-DE</b>	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Dikkat Eksikliği baskın alt tip
<b>DEHB-HA</b>	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Dikkat Eksikliği Hareketlilik
<b>DSM</b>	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Zihinsel Bozukluklara İlişkin Tanı ve İstatistik El Kitabı
<b>EEG</b>	: Elektroensefalografi
<b>EKG</b>	: Elektrokardiyografi
<b>FDA</b>	: Amerikan Gıda ve İlaç Birliği
<b>FMRI</b>	: Fonksiyonel Magnetik Rezonans Görüntüleme
<b>HIV</b>	: Human Immunodeficiency Virus
<b>ICD</b>	: Dünya Sağlık Örgütü – Hastalıkların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması
<b>IQ</b>	: Intelligence Quotient
<b>KOKB</b>	: Karşıt Olma- Karşıt Gelme Bozukluğu
<b>K-SADS-ŞY</b>	: Kiddie - Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu
<b>MAO</b>	: Monoamin Oksidaz
<b>MDB</b>	: Major Depresif Bozukluk
<b>MTF</b>	: Metilfenidat

<b>OKB</b>	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
<b>OSB</b>	: Otizm Spektrum Bozukluğu
<b>ÖÖG</b>	: Özgöl Öğrenme Güçlüğü
<b>PARI</b>	: Parenteral Attitude Research Instrument
<b>PET</b>	: Pozitron Emisyon Tomografi
<b>SNRİ</b>	: Seçici Serotonin-Noradrenalin Geri Alım İnhibitörü
<b>SSRİ</b>	: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü
<b>TB</b>	: Tourette Bozukluğu
<b>TÖ</b>	: Turgay Aile DEHB Ölçeği
<b>YDB</b>	: Yıkıcı Davranım Bozukluğu

## ÖZET

### Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Aile Tutumları ve İlaç Kullanımına Etkisi

**Amaç:** Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, genetik ve çevresel etkenlerin değişik orandaki katkısıyla ortaya çıkan ve çocuğun yaşam kalitesini bozan nörogelişimsel bir bozukluktur. Aile tutumları hastalığın seyrinde ve şiddetinde oldukça önemli yer tutmaktadır. Bu çalışmada, DEHB’li bireylerin ebeveynlerinin aile tutumunun DEHB belirtileri üzerindeki etkisi ve ilaç kullanımındaki yanıt katkısı incelenmiştir.

**Gereç ve Yöntem:** 6-12 yaş aralığında DEHB’li 167 olgu çalışmaya alınmıştır. Tedavi öncesi-sonrasında Conners Anne-Baba Derecelendirme Ölçeği (CADÖ), Turgay Aile DEHB ölçeği (TÖ) ve Stroop Test uygulanmıştır. Tedavi öncesinde ayrıca Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ), Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği (CÖDÖ), Anne-Baba Tutum Ölçeği (ABTÖ) ve Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (AHÇYTÖ) uygulanmıştır.

**Bulgular:** Olguların yaş ortalaması  $8.3 \pm 1.7$  idi. Olguların % 73,7’si erkek, % 26,3’ü ise kızdır. Olguların % 62,3’ü DEHB-DE, % 37,7’si ise Bileşik alt tiptir. Olguların % 50,9’u ailesini otoriter, % 37,1’i izin verici/hoşgörülü, % 10,2’si ihmalkar, % 1,8’i ise demokratik olarak algılamaktadır. DEHB-DE tipin ailesi, bileşik tipe göre çocuklarını daha fazla korumakta ve demokratik davranmakta iken, bileşik tipin aileleri, DEHB-DE tipe göre evlilik çatışması ve ev kadınlığı reddi daha fazla olmakta; olgulara daha fazla disiplin uygulamaktadır. Otoriter ve hoşgörülü aile tutumunda tedavi sonrası CADÖ alt puanlarında istatistiksel olarak anlamlı iyileşmeler saptanmıştır.

**Sonuç:** İşlevsel olmayan disiplin yöntemleri ile aile içi çatışma artmakta, ebeveyn-çocuk arasındaki iletişim bozulmaktadır. Tedaviye verilen yanıt farklı aile tutumlarında benzer şekilde ve anlamlı saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** DEHB, aile tutumu, disiplin, ilaç kullanımı.

## ABSTRACT

### Effects of Family Attitudes to Drug Treatment in Attention Deficit and Hyperactivity Disorder

**Objectives:** Attention Deficit and Hyperactivity Disorder is a neurodevelopmental disorder which is associated with a wide range of genetic and environmental factors and disrupts the quality of life of the child. Family attitudes play an important role in the course and severity of the disease. In this study, the effect of the family attitudes of the ADHD patients on ADHD symptoms and response to drug treatment were investigated.

**Material and Methods:** 167 patients with ADHD between the ages of 6-12 were included in the study. Pre- and post-treatment, Conners' Parental Graduation Scale (CPRS), Turgay Family ADHD scale and Stroop TBAG were applied. The Family Assessment Scale (FAD), Conners' Teacher Design Scale (CTRS), Parental Attitude Scale, and Family Life and Child Rearing Attitude Scale (PARI) were applied.

**Results:** The mean age of the patients was  $8.3 \pm 1.7$ . 73.7% of the cases were male and 26.3% were female. 62.3% of the cases were ADHD-Inattentive and 37.7% were combine sub-types. Of these cases, 50.9% perceived their family as authoritarian, 37.1% as permissive / tolerant, 10.2% as negligent and 1.8% as democratic. The ADHD-Inattentive sub-type family is more protective and democratic than ADHD-combine sub-types, the families of the combine type are more likely to apply the discipline rather than families of the ADHD-Inattentive subtype. Significant improvements were found in post-treatment CPRS subscale scores in authoritarian and tolerant family attitudes.

**Conclusion:** Family conflict increases with inappropriate disciplinary methods and then communication between parents and children is disrupted. The response to treatment was similar and significant in different family attitudes.

**Key Words:** ADHD, family attitude, treatment, parent, stimulant.

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, genetik ve çevresel etkenlerin değişik orandaki katkısıyla ortaya çıkan ve çocuğun yaşam kalitesini bozan nörogelişimsel bir bozukluktur. Dikkat, insan yaşamında önemli bir yere sahiptir. Dikkat Eksikliği, Aşırı Hareketlilik/impulsivite ya da bunların kombinasyonu şeklinde gözlenir ve çocuğun yaşam kalitesini bozar<sup>1,2,3,4,5,6</sup>.

Aile tutumları çevresel etmenlerin içerisinde yer alıp, hastalığın seyrinde ve şiddetinde oldukça önemli yer tutmaktadır. Aynı zamanda olguların ebeveynleri ile olan ikili ilişkilerini de etkileyebilmektedir. Çocuk ile olan ikili ilişkilerin kalitesi çocuğun psikososyal gelişimini etkilemekle beraber, anne-babanın ev içindeki fonksiyonlarını yönlendirebilmektedir. Yapılacak olan sosyal müdahaleler, hastalığın şiddetini ve medikal tedaviye verilen yanıtı değiştirebilecektir. Bunun sonucunda çocuğun gelişimi ve aile fonksiyonları daha olumlu yönde seyredebilecektir.

Bu çalışmada amacımız DEHB'li bireylerin ebeveynlerinin aile tutumunun DEHB üzerindeki etkisi ve ilaç kullanımındaki yanıtı katkısı incelenmiştir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

#### 2.1.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Tanımı

Dikkat, bireyin çevreden gelen ve beş duyu organı aracılığı ile algıladığı uyarılardan seçici olarak birine odaklanması, bunu sürdürebilmesi ve diğer uyarıları belli bir süre boyunca dışta bırakması olarak adlandırılır<sup>1,2</sup>. Bireyin, yaptığı işle ilgili olarak verimini artırabilmesi, onunla daha etkin olarak uğraşması için dikkat, gerekli bir süreçtir<sup>2</sup>. Buna yönelik olarak dikkat, çevredeki çok fazla uyarandan, belli uyarıların daha iyi algılanabilmesi için, o uyarana yönelik uyarılma eşiğinin seçici ve dereceli olarak azaltılması sürecidir. Dikkat, temel olarak seçici dikkat, sürdürülen dikkat ve yönelim tepkisi olmak üzere üç bileşenden oluşur. Çocuğun belirli bir konuda dikkatini toplaması, bu üç bileşenin sağlıklı çalışması sayesinde oluşur<sup>3,4</sup>.

Dikkatsizlik, bireyin yaşı, sosyal ve kültürel özellikleri göz önüne alındığında görev ve sorumlulukları için kendisinden beklenen dikkati (konsantrasyonu) yeteri kadar gösterememesidir. Dikkatsizlik temel olarak okulda güçlük yaratır<sup>5</sup>.

Hiperaktivite ve dürtüsellik, DEHB'nin bir diğer komponentidir. Hareketlilik, bir çocuğun, gencin, ya da yetişkinin yaşından ve sosyal durumundan beklenenden çok daha fazla hareketli olmasıdır. Hiperaktif çocuk akranlarına göre aşırı hareketlidir. Ancak kimi ortamlarda bunu göstermeyebilirler. Dürtüsellik ise, bireyin yeterince plan yapmadan harekete geçip, genellikle istenmeyen sonuçlara yol açan, kendisini ve çevresini zor durumda bırakabilecek, kısa vadede kişiyi rahatlatır da uzun dönemdeki zararlarını düşünmeden yaptığı hareketler bütünüdür<sup>6</sup>.

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), çocukluk çağında başlayan, son derece önemli akademik, sosyal ve psikiyatrik sorunlara yol açabilen ve olumsuz etkileri yaşam boyu sürebilen nörogelişimsel bir bozukluktur. Temel olarak kişinin yaşına ve gelişim düzeyine göre uygun olmayan dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve/veya dürtüsellik ile karakterizedir<sup>7</sup>. Kimi bireylerde dikkat eksikliği problemleri ön planda iken, kimi bireylerde hareketlilik ve/veya dürtüsellik, kiminde ise bu semptomların heterojen bir karışımı şeklinde görülür.

### 2.1.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Tarihçesi

DEHB tarihi oldukça eskiye dayanmaktadır. İlk olarak 1770 yılında Rus Çarıçesi olan büyük Katerina'nın doktoru olan Melchior Adam Weikard tarafından yazılan bir tıp kitabının bölümünde "dikkat eksikliği"nden söz edilmiştir<sup>8</sup>. Daha sonra Crichton,1790 yılında dikkat eksikliği ve huzursuzlukla seyreden ve okul başarısını olumsuz anlamda etkileyen, günümüz DEHB'sine oldukça benzeyen bir klinik tablodan bahsetmiştir<sup>9</sup>. Daha sonra Frankfurt'ta ilk akıl hastanesini kuran doktor ve şair Hoffmann tarafından yazılan bir çocuk kitabında, "Yerinde Duramayan Philip" adlı öyküsüyle, yerinde duramadığı için sandalyeden düşen çocuk hikayesiyle hastalığın hareketlilik yönüne dikkat çekilmiştir<sup>10,11</sup>. 1902 yılında İngiliz pediatri Dr. Still, huzursuzluk, emosyon disregulasyonu, davranım problemleri, hiperaktivite gibi semptomları içeren bir klinik tablo tanımlamış ve bundan "Defects in Moral Control", yani "ahlaki yetersizlik" olarak söz etmiştir. Bu klinik tablonun genetik temelli olduğu ve çevresel etmenlerin de hastalıkta rolünün olduğunu söylemiştir. 43 farklı olguyu değerlendirerek bu klinik tabloyu tanımlayan Still, bu çocuklarda ceza yönteminin işe yaramadığını, bir süre sonra aynı hataları tekrar ettiklerine dikkat çekmiştir<sup>12</sup>. Ayrıca, bu olguların kronik seyrettiğine inandığını belirterek, erişkin yaşamda da sürebileceği vurgusunu yapmıştır<sup>11</sup>.

Daha sonra 1918 yılında gelişen Enflüanza pandemisi ve ensefalit salgını sonrasında olgularda gözlenen ve Still'in tanımına benzer şekilde yıkıcı davranışlar, hareketlilik artışı, duygusal değişiklikler ve dürtüsellik, ensefalite bağlı beyin sapı hasarına bağlı ortaya çıkan "organik dürtüsellik" sonucunda meydana geldiği belirtilmiştir<sup>13</sup>.

Strauss ve arkadaşları ise sonradan gösterilemeyen bir beyin hasarının bu tabloya yol açtığını söyleyerek, bilişsel yetersizlik, dürtüsellik ve hareketlilik artışı gösteren olguları "Minimal Beyin Hasarı" olarak adlandırmışlardır<sup>14,15</sup>.

1960'lı yıllara gelindiğinde İngiliz araştırmacılar, bu semptomların bir organik bozukluktan kaynaklanamayacağını düşünerek, "hasar" yerine "disfonksiyon" olabileceğini, bu çocuklarda nörolojik bir semptom olmadığını bu nedenle "Minimal Beyin Disfonksiyonu" adlandırmasının daha uygun olduğunu söylemişlerdir<sup>16,17,18</sup>.

Rutter ise herhangi bir çocukta beyin hasarı ya da disfonksiyonu olmadan da bu belirtilerin gözlenebileceğini belirterek DEHB'yi davranışsal olarak tanımlamıştır<sup>19</sup>.

Bilimsel sınıflandırma çalışmaları 1968'de DSM-II (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı) ile başlamış ve DEHB, "Çocukluk Çağının Hiperkinetik Reaksiyonu" olarak adlandırılmıştır. Ana tanı kriteri olarak aşırı hareketlilik kullanılmış, aşırı hareketliliğin yanında hastalığa sık olarak da dikkat problemleri ve huzursuzluk hissini olabileceği söylenmiştir. Eğer davranım bozukluğu da varsa hastalık, "Hiperkinetik Davranım Bozukluğu" olarak adlandırılmıştır<sup>11,20,21</sup>.

Dikkat eksikliğinin ise psikiyatri sınıflamasına girmesi 1980 yılında DSM-III'ün yayınlanmasıyla olmuştur. Hareketliliğin, dikkat problemleri ve dürtü kontrolünün zorluğuna sekonder olarak ortaya çıktığı öne sürülerek, iki alt grup tanımlanmıştır."Hiperaktivite'nin eşlik ettiği Dikkat Eksikliği" ve "Hiperaktivitenin eşlik etmediği Dikkat Eksikliği" olan iki ana grup, DSM-III'ün gözden geçirme çalışması olan DSM-III-R'de tek başlık altında toplanarak " Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu" adını almıştır. Temel belirtiler ise Dikkat Eksikliği, Hiperaktivite ve Dürtüsellik olarak belirlenmiştir<sup>22,23</sup>.

1992 yılında yayınlanan ICD-10'da hastalık, "Hiperkinetik Bozukluklar" adı altında incelenmiştir. Şikayetlerin beş yaş ve altında başlaması gerektiği, dikkat süresi ve yoğunluğunun yaşamın birçok alanında sorun oluşturduğu, aşırı motor aktivitenin bulunduğu ve bu olgulara sıklıkla dil ve motor gelişim geriliği eşlik ettiği vurgulanmıştır<sup>24</sup>.

1994'de yayınlanan DSM-IV'de hastalık, "Dikkat eksikliği ve Yıkıcı Davranışlar" başlığı altında, "Dikkat Eksikliği" ve "Hiperaktivite/Dürtüsellik" şeklinde iki ana grupta incelenmiştir. DSM-IV'te tanı koymak için şikayetlerin altı aydan beri var olması ve çocuğun yaşı ile uyumsuz şiddette olması gerektiği vurgulanmıştır. 2000 yılında DSM-IV gözden geçirilerek DSM-IV-TR yayınlanmış, hastalık " Genellikle İlk Kez Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenlik Döneminde Tanısı Konan Bozukluklar" başlığı adı altında, "dikkat eksikliğinin önde geldiği tip", "hiperaktivite-dürtüsellik önde geldiği tip" ve "bileşik tip" şeklinde üç ana grupta sınıflandırılmıştır<sup>25,26</sup>.

Son olarak 2013 yılında yayınlanan DSM-V’te DEHB’nin ait olduğu alt kategori yeniden değişmiş ve ‘‘Yıkıcı Davranım Bozukluk’’ları’ndan alınarak, ‘‘Nörogelişimsel Bozukluk’’lar başlığı altında incelenmeye başlanmıştır<sup>27</sup>. Bu gruba dahil edilmesinin nedeni, DEHB’lilerle yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında, sağlıklı kontrollerden farklı olarak kortikal maturasyonun gecikmiş olmasıdır<sup>28</sup>. Nörogelişimsel Bozukluklar grubu da beyin gelişiminde duraksama ya da normalden farklı gelişme gösterme ile karakterize olan hastalıkları kapsadığı için DEHB’nin bu grupta yer alması şaşırtıcı değildir.

DSM-V’de DEHB adına başka birçok değişim olmuştur. Bir diğer değişim, semptomların başlama yaşının yedi yaşın altında başlamasının değiştirilerek, on iki yaş olmasıdır. Yapılan çalışmaların semptomların yedi yaş öncesi ve sonrasında başlayan olguların benzer özellikler göstermesi üzerine, kriterdeki yaşın değişim göstermesi gerektiği tartışılmış ve on iki yaş olarak yenilenmesi halinde olguların % 95’inin tanı alınabildiği gösterilmesi üzerine semptomların başlama yaşı 12 olarak değiştirilmiştir<sup>29,30,31</sup>. Böylece, daha önce yaştan dolayı yeterince tanılanamayan DEHB Dikkat Eksikliği alt tipinin daha fazla tanı konur hale gelmesi de hedeflenmiştir<sup>29</sup>.

DSM IV-TR’de DEHB tanısı konması için Otizm Spektrum Bozukluğunun dışlanması gerekirken, DSM-V’te bu dışlanma kriteri kaldırılmıştır. Bunun nedeni ise OSB’li hastalarında yüksek oranda DEHB komorbiditesi varlığı ve DEHB’nin bu bireylerde yaşam kalitesini bozmasıdır<sup>32,33</sup>.

Yapılan bir diğer değişiklik, tanı konması için gerekli olan iki veya daha fazla ortamda işlevsellikte bozulma yerine artık iki veya daha fazla ortamda birkaç semptomun yeterliliği şartıdır.

Erişkin DEHB’sine yönelik olarak da 17 yaş ve üzerinde tanı koymak için gerekli semptom sayısının altıdan beşe düşürülmesi uygun görülmüştür.

Ayrıca, tanı kriterlerinin sonunda yaşamdan örnekler (okul ödevi, iş yeri, rapor hazırlama, lokanta, akraba ortamı ya da toplantı gibi) verilerek hastalığın yaşam seyri boyunca değerlendirilmesinin kolaylaştırılması amaçlanmıştır. İşlevsellikte bozulma ifadesi, işlevlerin kalitesinde azalma ya da etkilenme şeklinde değiştirilmiş, hastalığın o sıradaki ağırlığını ölçen ‘‘hafif, orta, ağır’’ gibi belirteçler de tanı kriterlerine eklenmiştir.

### 2.1.3. Epidemiyoloji

DEHB, dünyada ve ülkemizde oldukça sık görülen bir nörogelişimsel bozukluktur. Etyopatogenezinde farklı birçok faktörün etkisi vardır<sup>34</sup> Bu konuda çok fazla sayıda araştırma yapılmış ve farklı sonuçlar elde edilmiştir. Farklı sonuçlar elde edilmesinin nedeni kullanılan tanı ölçütleri, bilginin kimlerden alındığı, yapılandırılmış ya da yarı yapılandırılmış görüşme şekli, hastanın yaşadığı toplum, klinisyenin kullandığı psikometrik ölçeklerin kesim noktalarının değişik olmasındandır<sup>11,35,36,37</sup>. Polanczyk ve Rohde'nin 2007 yılında yaptığı bir meta-analiz çalışmasında DEHB prevalansının dünya genelinde % 5.29, Willcutt'un 2012 yılında yayınladığı bir diğer meta-analiz çalışmasında dünyadaki DEHB prevalansı % 5,9-7.1 olarak hesaplanmıştır<sup>38,39</sup>. DEHB tanısının en az konulduğu ülke, %0,2 ile Almanya iken, en yüksek oran %27 ile Portekiz olmuştur<sup>40</sup>. Yapılan başka bir metaanaliz çalışmasında prevelanstaki değişimleri, ülke ve çalışmanın yapıldığı yılın etkilemediği, prevelanstaki farklılıkların en önemli sebebinin kullanılan farklı metodolojik yöntemler nedeniyle olduğu standart tanısal yöntemler kullanıldığında son 30 yıl içinde DEHB prevalansında anlamlı şekilde bir artış olmadığı gösterilmiştir. Tanı alan olgu sayısının artmasının nedeni ise hastalığa karşı ailelerin daha bilinçli olması ve tanı kriterlerinin değişmesi olarak gösterilmiştir<sup>41,42</sup>. DEHB prevalansının ABD'de daha fazla olmasının ülkenin sosyokültürel ortamından kaynaklanıyor olabileceği akla gelmiş ve 1982-2001 yılları arasındaki prevelans çalışmaları incelenmek amacıyla alınan 30 ABD, 20 ABD dışı toplam 50 çalışmada, aynı tanı yöntemi kullanılan çalışmalar kendi aralarında incelendiğinde diğer ülkelerde de en az ABD'ye yakın bir DEHB prevalansının olduğu saptanmıştır<sup>43,44,45</sup>.

Ülkemizde DEHB'ye yönelik yapılan epidemiyolojik çalışmalarda, DEHB prevalansının dünya geneline oldukça fazla olduğu gösterilmiştir. DEHB prevalansı İstanbul çalışmasında % 5; Sivas çalışmasında % 8,1; ve Trabzon çalışmasında % 8,5 olarak hesaplanmış, 2013 yılında yayınlanan dört yıllık izlem çalışmasında DEHB prevalansı, yıllara göre sırayla birinci yıl için % 13,38, ikinci yıl için %12,53, üçüncü yıl için % 12.22, dördüncü yıl ise % 12,91 olarak bildirilmiştir<sup>46,47</sup>.

DEHB sıklığının cinsiyete göre oranı incelendiği zaman yıllar içinde oranın değiştiği gözlenmektedir<sup>48</sup>. APA'nın 2000 yılında yaptığı çalışmada E/K oranı 4 olarak bildirilmişken, yakın zamanda yapılmış bir gözlem çalışmasında bu oranın 2,5 olduğu,

1978-2005 yıllarını kapsayan bir metaanaliz çalışmasındaysa 2,4 olduğu bildirilmiştir<sup>41,49</sup>. Türkiye’de yapılan farklı çalışmalar incelendiğinde bu oran 1994 yılında %6,5 olarak, 1998 yılında %8,6 olarak görülmüş, 2013 yılındaki çalışmada ise birinci yıl için oran 3,23/1, ikinci yıl ise 3,4/1 olarak bildirilmiştir. Türkiye’de de DEHB tanısının erkeklerde daha sık görüldüğü literatürle uyumlu bulunmuştur<sup>50</sup>. Erişkin DEHB’deki cinsiyetler arası farklarla ilgili verilerin olduğu toplam araştırmanın değerlendirildiği bir gözden geçirme çalışmasının sonucuna göre çocuklarda klinik örnekleme E/K oranı 10/1, toplum tabanlı örnekleme 3/1 olarak hesaplanırsa da bu oran örnekleme bakılmaksızın erişkinlerde 2/1 ve 1/1’e inmektedir; aynı zamanda yapılan başka bir çalışmada ise DEHB bileşik tipin her iki cinsiyette eşit olarak en sık görülen alt tip olduğu, erkeklerde aşırı hareketlilik/dürtüsellik alt tipinin ise kızlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır<sup>51,52</sup>.

#### **2.1.4. Etyoloji**

DEHB yaklaşık olarak üç yüz yıllık bir geçmişi olmasına rağmen etyolojisi halen tam olarak açıklanamamış nörogelişimsel bir bozukluktur. Geçmiş yüzyıllardan günümüze kadar birçok hipotez ortaya konulsa da spesifik bir faktör belirlenememiş, bugüne kadar beyin disfonksiyonu, minimal beyin hasarı, genel ahlaki yetersizlik gibi organik ve sosyal sebeplere dayalı tanımlamalarla açıklanmaya çalışılmıştır. Modern tıbbın gelişimiyle beraber ortaya yenilikler, görüntüleme metodları, gen analizi çalışmaları, nöropsikolojik testler gibi birçok farklı bilim dalının etkileşmesiyle yeni hipotezler ortaya konulmuştur. Genetik, nöroanatomi, nörobiyoloji, psikososyal ve nörotransmitter düzeyindeki değişimlerin etkileşmesiyle DEHB ortaya çıkmakta, bazı faktörler tarafından da şiddeti değişerek kronikleşme eğilimi göstermektedir.

Genetik yatkınlık ve çevresel faktörlerin bir araya gelmesi sonucu beyinde DEHB’ye yol açan bazı değişiklikler oluşur. Bu faktörler, prefrontostriatal bölgeyi etkileyerek bu bölümde dopamin ve noradrenalin gibi nörotransmitter salınımının normal bireylere göre daha az olmasına yol açarak klinik semptomların oluşumuna neden olurlar.

##### **2.1.4.1. Genetik Faktörler**

DEHB’de genetik faktörlerin rolü aile, ikiz, evlat edinme çalışmaları, davranışsal genetik çalışmaları, moleküler genetik çalışmaları, aday gen çalışmalarının incelenmesi

sonucunda aydınlatılmaya çalışılmıştır. Bu çalışmaların sonucunda DEHB’de genetiğin kalıtılabilirliğinin % 80 oranında olduğu ve oranın otizm ve şizofreni gibi psikiyatrik rahatsızlıkların kalıtılabilirliğine yakın olduğu saptanmıştır. DEHB için spesifik bir gen lokasyonu halen bulunamamıştır; ancak bazı genlerin DEHB kalıtımı için yüksek aday olabileceği gösterilmiştir<sup>51,52,53</sup>.

DEHB etyolojisinde genetiğin rolü, yapılan çalışmalarla desteklenmiştir. Yapılan çalışmalarda DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde DEHB riskinin 2-8 kat, kardeşlerinde ise 3-5 kat arttığı, DEHB’li ebeveynlerinin çocuklarının ise DEHB tanı kriterlerini % 57 oranda karşıladığı saptanmıştır<sup>53,54,55</sup>.

DEHB’de genetiğin fenotipe katkısı % 65 oranında olup, aday genlerden sadece birkaçının DEHB ile ilişkisi olduğu bulunmuş ve bu genlerin fenotipe etkisinin yalnızca % 3 olduğu saptanmıştır. Kalan etkinin çeşitli gen-gen, gen-çevre, genlerdeki tanımlanmamış küçük ama etki oluşturan değişimlerin veya bunların birçoğunun kombinasyonu olabilmesi ihtimali vardır<sup>51,56,57</sup>. Tek ebeveyndeki DEHB tanısı varsa çocuklarının DEHB olma oranı %20-54 olarak bildirilmekteyken, iki ebeveyndeki DEHB varlığında bu oranın % 57’ye çıktığı gösterilmiştir<sup>58,59,60,61</sup>.

Bugüne kadar DEHB’nin genetiği ile ilgili birçok gen araştırılsa da birkaç gen ön plana çıkmıştır. Katekolaminerjik sistemi ilgilendiren bu genler, özellikle dopamin ile ilgili olanlar, genetiğe en çok katkısı olanlardır. Bu genler arasında Dopamin reseptör 4 geni (DR4), Dopamin reseptörü 5 (DR5), Dopamin Taşıyıcı geni (DAT1), serotonin 1B reseptörü (HTR1B) ve sinaptosomal ilişkili protein 25 (SNAP 25) bulunmaktadır. Bunlar arasında en çok DRD4 ve DAT1 genleri vurgulanmış ve en güçlü etkileşim Dopamin reseptör 4 geninin yedi tekrar allelinde gösterilmiştir<sup>51</sup>.

DEHB alt tiplerinden hangisinin daha yüksek oranda kalıtıldığı ile ilgili yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. 288 ikiz çiftin dahil edildiği 1997’de yapılan çalışmada hiperaktivite’nin kalıtımının dikkat eksikliğine göre daha yüksek olduğu saptanırken (%69-%39), 2004 yılında yapılan bir aile çalışmasında ise dikkat eksikliğinin kalıtılabilirliğinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir<sup>58,59</sup>.

Moleküler genetik çalışmalar, DEHB genetiği için oldukça önemli sonuçlar göstermiştir. Genom tarama çalışmaları multifaktöryel kalıtılan hastalıklar üzerinde etkili

olan riskli küçük gen parçalarını tanımlamak için yapılır. Bugüne kadar DEHB ile ilgili beş adet genom tarama çalışması yapılmış ve daha önce DEHB ile ilişkilendirilen klasik genlerle ilgili anlamlı bir sonuç bulunamamış olup, çalışma sonuçları birbiriyle benzerlik göstermemiştir<sup>62,63,64,65,66</sup>. Üç çalışmada ortak olarak hücre adezyonunda görev alan Cadherin geninin DEHB ile ilişkili olabileceği gösterilmiş ve DEHB etyolojisinde hücre iletişiminin de rol oynayabileceği gündeme gelmiştir. Cadherin geni 16. Kromozomda kodlanmakta olup, nöronal düzeyde negatif regülasyona yol açmakta, bu da azalmış serebral hacme yol açmaktadır. Aynı zamanda bu gen, işleyen bellek üzerinde de rol almakta olup, başka çalışmalarda DEHB dışında Otizm Spektrum Bozukluğu, Şizofreni ve Madde Bağımlılığı ile ilgili olduğu gösterilmiştir<sup>67,68,69,70</sup>.

DEHB ile ilişkili olduğu saptanan LPHN3 (Letrophilin 3) geni de DEHB etyopatogenezini anlamamızda yardımcı olacak genler arasında aday gösterilmiştir. Letrophilin 3 geninin poliforfizmi sonucunda DEHB'ye yatkınlık oluşabileceği ve bu durumun tedaviye yanıt üzerinde etkili olabileceği tartışılmıştır. Bu gen mutasyonu sonucunda hayvanlarda hiperaktivite semptomlarının ortaya çıktığı saptanmıştır. Yapılan görüntüleme çalışmaları ise bu genin prefrontal korteks aktivitesi üzerinde etkili olduğunu göstermiştir<sup>71,72,73,74</sup>.

#### **2.1.4.2. Çevresel Faktörler**

DEHB'nin etyolojisi tam olarak aydınlatılamasa da son yapılan çalışmalarda genetik ve çevresel etmenlerin etkileşmesi sonucunda meydana geldiği üzerinde durulmaktadır. Aynı zamanda çevresel risk faktörlerinden annenin intrauterin dönemde sigara kullanması, gıdalardaki katkı maddeleri, kurşun maruziyeti, sigara ve/veya alkol maruziyeti ve düşük doğum ağırlığı gibi etkenler DEHB oluşumuna katkıda bulunduğu tartışılmıştır<sup>34</sup>.

#### **2.1.4.3. Nöroanatomik Yapılar**

DEHB'li bireylere yönelik nöroanatomik incelemeler, bilgisayarlı tomografi (BT), Manyetik rezonans görüntüleme (MRI), işlevsel MRI, PET (Pozisyonel Emisyon Tomografisi), glikoz metabolizması, bölgesel serebral kan akımı ve SPECT (Single Photon Emisyon Computerized Tomografi– Tek Foton Emisyon Bilgisayarlı Tomografisi) aracılığı ile yapılmış ve geçmişte DEHB tanımıyla yer alan beyin hasarı

gibi tanımlamaların geçersiz olduğunu göstermiştir. Çünkü bu yapılan çalışmalarla normal bireylerde beyin hasarı olmadan da DEHB bulgularının ortaya çıktığı desteklenmiştir. Günümüzde DEHB oluşumu için beyin networkleri (nöral ağları) arasındaki bağlantıların disfonksiyonu ve anormallikleri üzerinde durulmakta ve bunları ön plana çıkaran görüntüleme çalışmalarına odaklanılmaktadır<sup>75</sup>.

90'lı yıllardan sonra Manyetik Rezonansın tıpta kullanılmaya başlamasıyla beyin görüntüleme çalışmaları hız kazanmış ve birçok hastalığın etyopatogenezi için çalışmalar yapılmıştır. DEHB için de çalışmalar yapılmış, birbiriyle uyumlu birçok sonuç elde edilebildiği gibi, uyumsuz verilerin sayısının da azımsanamayacak düzeyde olduğu görülmüştür. DEHB'li bireylerle, DEHB'li olmayan sağlıklı kontroller karşılaştırıldığında DEHB'li bireylerde birçok farklılık saptanmasına rağmen, daha tutarlı sonuçlar elde etmek için çalışmalara katılacak bireylerin DEHB alt grupları, komorbidite, benzer yaş, cinsiyet ve IQ seviyelerine göre sınıflandırıp homojen bir çalışma grubunun oluşturulması, bireylerin öncesinde tedavi almaması durumunun dikkate alınmasının daha tutarlı sonuçlar elde edilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir<sup>75,76,77</sup>.

DEHB'li bireyler ile yapılan çalışmalarda, DEHB'li bireylerde sağlıklı normal kontrollere göre beyindeki makro ve mikroanatomik düzeyde değişimler olduğu saptanmıştır. DEHB'li bireylerle yapılan çalışmalar sağlıklı kontrollere göre toplam beyin hacminin %3-5 oranında daha küçük olduğunu göstermektedir. Bu azalmanın her iki beyin lobunda da gözlemlendiği, ancak özellikle sağ beynin sola göre daha çok etkilendiği, hacimdeki azalmanın en belirgin olarak prefrontal kortekste olduğu saptanmıştır<sup>75,76</sup>. Hacimsel azalma yalnızca kortikal bölgelerde değil, korpus kallosum, striatum ve serebellum gibi subkortikal alanlarda da meydana gelmektedir<sup>60</sup>. Greven ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptığı bir diğer çalışmada DEHB'li bireylerin sağlıklı kontrollere göre beyin hacimlerinin % 2,5, gri cevher hacminin % 3 daha az olduğu, ancak beyaz cevher hacminin etkilenmediği saptanmıştır. Azalmış toplam gri madde hacmi ve değişen bazal ganglion hacimlerinin DEHB için bir ailesel risk faktörü olabileceği belirtilmiştir<sup>78</sup>.

Yapılan bir diğer çalışmada DEHB'li bireyler ve normal kontroller karşılaştırılmış, her iki grupta da iki beyin hemisferinde benzer hacim saptanmış, DEHB'li bireylerde sol kaudat nükleus'un daha düşük hacimde olduğu saptanmıştır<sup>79</sup>.

Yapılan üç meta-analiz çalışması DEHB’de striatumun önemini ortaya çıkarmış ve striatal disfonksiyonun DEHB’de anatomik bir marker olabileceğini düşündürmüştür. Her üç çalışmada da özellikle sağ subkortikal yapılarda dismorfoloji saptanmış, yaşla beraber ve stimulan kullanımı sonucunda bu yapıların normale yaklaştığı; ancak anterior singulat korteksteki anormalliğin devamlılığının DEHB belirtilerinin erişkin çağda da sürmesine yol açtığı bildirilmiştir<sup>80,81,82</sup>. Bunlara ek olarak yapılan boylamsal çalışmaların bulguları metaanaliz çalışmalarının sonucunu desteklemiş, striatal disfonksiyonun yaşla beraber azalıp normale yaklaştığının saptanmasıyla DEHB’nin nörogelişimsel bir bozukluktan ziyade nörogelişimsel bir gecikme olabileceği şeklinde yorumlanmasına neden olmuştur<sup>60,83</sup>. Başka bir çalışma gri cevher kaybını doğrulamış, bu bireylerin maksimal korteks kalınlığına ulaşma süresinin sağlıklı yaşlılarına göre 2-5 yıl geciktiği saptanmıştır. Bu gecikmenin özellikle frontal, paryetal ve süperior temporalde olduğu gözlenmiştir<sup>83,84</sup>.

DEHB’li bireylerde makroanatomik yapı bozukluğunun yanında mikroanatomik yapının da bozuk olduğunu gösteren çalışmalar 2005 yılında başlamıştır. DEHB’li bireylerde beyaz cevher mikroanatomisi de atipik bir gelişme göstermekte, bu atipik gelişim belirli yerlerden çok beynin birçok alanında gözlenmektedir. Frontostriatal, frontoparyetal ve frontoserebellar döngüler de bunlar arasındadır<sup>77</sup>. Yapılan fMRI çalışmalarında ise DEHB’li bireylerde bu döngüyü içeren alanlarda azalmış aktivasyon saptanmıştır<sup>85</sup>. Yapılan erişkin DEHB çalışmalarında en fazla aktivasyon azalmasının frontoparyetal alanda olduğu gözlenmiş, erişkinlerde devam eden dikkat problemlerinin frontoparyetal bölgedeki aktivasyon kaybının kalıcı olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür<sup>86</sup>. Bu bölgelerdeki aktivasyon azalmasına karşın, özellikle beynin posterior kısmında, özellikle somatomotor, visual ve oksipital bölgelerde aktivasyon artışı saptanmış ve bunun bir kompensatuar yanıt olabileceği düşünülmüştür<sup>87</sup>.

DEHB’li bireylerdeki fronto-temporo-paryetal bölgedeki hipoaktivasyonun, metilfenidat tedavisiyle normale döndüğü gösterilmiştir<sup>85,88,89</sup>. Psikostimulan tedavisi sonlansa bile frontal ve temporal bölgelerdeki hipoperfüzyonda gözlenen olumlu değişikliklerin devam ettiği iddia edilmiş ve DEHB’de psikostimulan tedavisinin nöroprotektif olabileceği düşünülmüştür<sup>90,91</sup>.

#### 2.1.4.4. Nörokimyasal Faktörler

DEHB ile ilgili yapılan nörokimyasal çalışmalar, bu hastalıkta başlıca dopamin olmak üzere noradrenalin gibi katekolaminerjik sistemdeki anormalliği göstermektedir.

Tirozinden sentezlenen dopaminin ve dopaminden sentezlenen noradrenalin, dikkat, konsantrasyon ve uyanıklık gibi bilişsel işlevlerde önemli rol oynadığı bilinmektedir<sup>92</sup>.

Dopamin substansia nigra ve ventral tegmental alan adı verilen mezensefalik yapılardan, noradrenalin ise locus cereleus'tan köken alan nöronlardan prefrontal kortekse projekte olarak salınırlar. Prefrontal korteks ve subkortikal yapılar arasındaki nörotransmitter trafiği sayesinde uyanıklık, bilişsel işlemler, dikkat gibi yüksek işlevler gerçekleştirilmiş olur. Mezokortikal yolak temel olarak gelen uyarıların ve bilgilerin işlenmesi, dikkatin odaklanması ve sürdürülmesi, sosyal öğrenmeye göre oluşan davranış kalıplarının sürdürülmesi ve davranışların ona göre ayarlanması, davranışların öncelik sırasının belirlenmesi ve hafızanın oluşturulmasında; mezolimbik yolak haz ve ödülle ilişki davranış kalıplarının oluşmasında, nigrostriatal yolak ise koşullu öğrenme ve motor hareketlerin düzenlenmesinde rol alır. Prefrontal yolaktaki noradrenerjik yapı; uyanıklık, motivasyon, enerji, ilgi, öğrenme, dikkat gibi süreçlerde rol oynar. DEHB, prefrontal kortekste bu iki katekolaminerjik sistemin yetersizliği sonucu oluşmaktadır<sup>92</sup>.

DEHB'de ödülü ertelemede güçlük, yeni durumlarda davranışsal aktivasyon, dürtüsellik, tepki baskılanmasında bozuklukla ilgili belirtiler mezolimbik yolağın dopaminerjik işlev bozukluğu ile açıklanırken; planlamada güçlük ve dikkat ile ilgili problemlerin mezokortikal yolaktaki dopaminerjik işlev bozukluğu ile, nigrostriatal yolaktaki dopaminerjik disfonksiyon ise motor koordinasyonunda ve davranış engellenmesindeki güçlükler ile ilişkili bulunmuştur<sup>93</sup>.

Noradrenerjik sistemdeki dengesizlik locus seruleus nöronlarının normal inhibisyonunu bozar, bu da dikkat eksikliği, bilişsel bozukluklar ve uykusuzluk belirtilerinden sorumludur. Yine dopamin ve noradrenalin motivasyon, ilgi ve öğrenme gibi hem uyarılmayı hem de odaklanmayı gerektiren bilişsel işlevlerde de görev almaktadırlar<sup>94</sup>.

#### **2.1.4.5. İşlevsel Beyin Görüntüleme Bulguları**

Çocuğu Hiperaktive/Dürtüsellik alt tipi baskın DEHB tanısı almış, kendi çocukluk öyküsünde de aynı şikayetleri olan ebeveynlere sözel bir dikkat testi uygulanırken, beyin glukoz metabolizması ölçülmüş ve aşırı hareketli olan ebeveynlerin beyin metabolizmasının, hiperaktif olmayan ebeveynlere göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu düşüklüğün özellikle hareketten sorumlu olan premotor korteks ve dikkatten sorumlu alan olan prefrontal kortekste belirgin olduğu saptanmıştır<sup>95</sup>.

2009 yılında yapılan bir PET çalışmasında, DEHB’li bireylerde nucleus caudatus ve nucleus accumbens gibi motivasyon ile ilgili bölümlerde düşük dopaminerjik aktivite saptanmıştır. Bu bölgelere ek olarak hipotalamusta da dopamin aktivitesinin düşük olduğu bulunmuştur. Bu bulgu DEHB’li bireylerde gözlenen uyku problemleri, iştah sorunları gibi belirtilerin açıklanması açısından önemlidir<sup>96</sup>.

#### **2.1.4.6. Yürütücü İşlevler**

Yürütücü işlevler, prefrontal korteks tarafından gerçekleştirilen, bireyin sosyal ortama adaptasyonunu kolaylaştıran, belli bir amaca yönelik hareketlerin uygun bir şekilde yapılabilmesini sağlayan, aynı zamanda planlama, yapılacak olan hareketin olasılıklarının hesaplanması, organizasyon gibi yetenekleri de kapsayan bir nöropsikolojik kavramdır<sup>97,98,99,100</sup>. Bir amaca başarıyla ulaşmak için bireyin öncelikle geçmişteki deneyimlerini hatırlaması, daha sonra bunu harekete dökmek için seçici olarak dikkatini o hedefe odaklaması, hareketin adımlarını belli bir düzen içerisinde gerçekleştirmek için planlama ve organizasyon yapması, amacına ulaşana kadar davranışlarının uygun olması için belli kurallar dahilinde ilerlemesi lazımdır. Tüm bunların hepsi yürütücü işlev kapsamında gerçekleştirilir<sup>100</sup>.

Yürütücü işlevler, prefrontal korteks ile ilişkili olduğu için yürütücü işlev ilgili sorunlar temel olarak prefrontal korteks, nucleus accumbens, talamus ve bazal ganglion gibi subkortikal yapılar ile serebellum gibi posterior yapılar arasındadır<sup>101,102,103,104</sup>.

DEHB etyolojisinde öne sürülen hipotezlerden birisi de Barkley’in ‘‘yürütücü işlev’’ modelidir. Bu modele göre DEHB, temelde ‘‘tepki ketleme bozukluğu’’dur. Bu durumun, aynı zamanda çalışma belleği, self-regulasyon, dilin içselleştirilmesi ve genel uyarılmışlık düzeyinin düzenlenmesi ve yeniden yapılandırılması gibi dört alt yürütücü

işlevi de bozduğu ifade edilmiştir. Bu işlevler bozulduğu zaman birey bir olay karşısında duruma uygunsuz tepki vermekte, aklından geçen davranış veya sözlerin sonucunu düşünmeden eyleme geçmekte, bir görevi zamanında tamamlayamamakta, geleceğe yönelik motivasyona imkan tanımamakta ve geçmiş ve anlık bilgileri kullanarak sentez ve analiz yapmakta güçlük çekebilmektedir. Bu modelle Barkley, daha çok DEHB Bileşik alt tipi tanımlamaya çalışmış, DEHB Dikkat Eksikliği tipinin başka bir bozukluk olduğunu öne sürmüştür<sup>30</sup>.

DEHB’de yürütücü işlevlere ilişkin bir başka model de Thomas Brown tarafından yapılmıştır. Bu modele göre yürütücü işlevler altı gruba ayrılmakta ve Barkley’den farklı olarak hiyerarşik olmayan bir model önermektedir. Barkley’e göre yürütücü işlevler: planlama, odaklanma, gayreti sürdürme, değişen duyguların yönetimi, çalışma belleğinin kullanılması ve hatırlama, kendi eylemlerini düzenleme ve kontrol etmedir<sup>105</sup>. Bu işlevlerin bozulması sonucunda yukardaki bulgulara ek olarak birey, eyleme başlarken zorluk çekmekte, eylemin yapılmasını son ana kadar geciktirmekte, bir iş konusunda organize olamamakta, dikkatlerini belli bir işe odaklayamamakta, odaklasalar bile devam ettirememektedir. Tüm bunlar DEHB’nin yürütücü işlev bozukluğunu gösteren bulgulardır. Bu bireylerde her uyarının aynı şiddette ve önemde olması en ufak bir uyarın değişikliğinde dikkatin o yöne kaymasını da açıklamaktadır<sup>106,107</sup>.

DEHB’de temel olarak bozulan yönetici işlevlerden birisi olayların sonuçlarını düşünerek hareket etme yetisidir. Devam eden bir eylem sırasında DEHB’li birey, tepki inhibisyonunda problem yaşadığı için eyleme daha uygun bir yanıt oluşturabilme şansını hesaba katamamakta, eylemi durduramamakta ve bu da bireyin riske açık hale gelmesine neden olmaktadır. Küçük yaşta DEHB’li çocukların kaza ve yaralanmaya yatkın olmalarına, okulda ya da diğer sosyal ortamlarda kısıktılmaya açık olmaları sonucunda disiplin cezaları almalarına, ergenlerin ise sakinmasız cinsel ilişkilere girmesine, kurallara uymadan araba kullanmalarına neden olup bireyin ve dolaylı olarak da çevresinin yaşamını kötü olarak etkileyebilmelerine neden olmaktadır<sup>108</sup>.

2017 yılında yapılan bir güncel çalışmada 75 DEHB ve 47 sağlıklı kontrol hastası yürütücü işlev becerileri başlangıçta ve iki yıl sonrasında değerlendirilmiş, DEHB olgularında başlangıçta var olan çalışma belleği, inhibisyon ve bilişsel esneklik

alanlarındaki bozukluğun, iki yıl sonrasında da anlamlı olarak devam ettiği bildirilmiştir<sup>109</sup>.

İlaç tedavisi alan hastalarda yürütücü işlevlere yönelik yapılan çalışmalar da mevcuttur. 2017 yılında yapılan 7-13 yaş arası 40 DEHB'li ile 40 sağlıklı kontrol olgusu, çift kör, plasebo kontrollü çalışmaya alınmış ve Stroop-like test ile yürütücü işlev fonksiyonları karşılaştırılmıştır. Başlangıç değerlendirilmesinde DEHB'li çocukların, kontrol grubuna göre inhibitör cevaplarında anlamlı bozukluk olduğu saptanmış, tedavi sonrası ise metilfenidat alan grupta, plasebo alan gruba göre engellemeye neden olan uyarılara yönelik hataların anlamlı şekilde azaldığı saptanmıştır<sup>110</sup>. Bir diğer çalışmada ise DEHB'li hastalardaki yürütücü işlevler, atomoksetin ve metilfenidat alan iki ayrı grupta değerlendirilmiş, ve çalışmanın sonunda her iki grupta da yürütücü işlevlerde anlamlı iyileşme saptanmıştır<sup>111</sup>.

Yürütücü işlevleri değerlendiren birçok test bulunmaktadır. Bu amaçla kullanılan çok fazla sayıda test vardır<sup>112</sup>. En fazla kullanılanlar Sürekli Performans Testi, Stroop Testi, Wisconsin Kart Eşleme Testi, Wechler Bellek Ölçeği, Sayı Dizisi Öğrenme Testi, Görsel İşitsel Sayı Dizileri Testi, Çizgi Yönünü Belirleme Testi, İşaretleme testi, Raven Progresif Matrisler Testi, Geri Sayı Menzili Testi, Hanoi/Londra Kulesi Testi, Walk-Don't Walk Testi ve İz Sürme Testleri'dir<sup>112,113</sup>.

İki ilacın yürütücü işlevlere yönelik etkisini karşılaştırmak amacıyla 8-14 yaş arasındaki DEHB tanılı 26 hastanın dahil edildiği, OROS-MPH ve atomoksetin tedavilerinin nöropsikolojik test bataryası kullanılarak (Wisconsin Kart Eşleme Testi, Görsel Bellek Testi, Stroop Testi) karşılaştırıldığı 12 haftalık izlem çalışmasında, her iki ilacın da yürütücü işlevler üzerinde tedavi öncesine göre belirgin iyileşme gösterse de; OROS-MPH tedavisinin perseverasyon ve interferans direnci gibi değişkenlerde daha etkili olduğu gösterilmiştir<sup>114</sup>.

Kimi yazara göre bu testlerde dikkati ölçmede altın standart Stroop testi olup diğer testlerle bileşik kullanımı testin gücünü artırmaktadır<sup>115</sup>.

### **2.1.5. Klinik Görünüm ve Tanı**

DEHB tanısı klinik olarak konulan bir tanıdır. Tanı, çocuk, ergen ve ebeveynlerden alınan öykü, ayrıntılı bir psikiyatrik muayene sonucunda konulmaktadır.

DEHB belirtileri birçok psikiyatrik rahatsızlıkta da gözlenebildiği için, tanıya ek olarak ayırıcı tanılarının da yapılması açısından ayrıntılı bir psikiyatrik muayene önem taşımaktadır. Aynı zamanda muayene sırasında komorbid durumların belirlenmesi, tedavinin planlanması ve hastalık seyrinin öngörülmesi açısından önemlidir. Ailenin manipülatif veya abartılı şikayetlerini değerlendirmek ve objektif bir bakış açısı kazanmak adına çocuğun/gencin sosyal çevresinden, okulundan ve/veya katıldığı kurslardan bilgi alınabilir. DEHB tanısı için artık iki ya da daha fazla ortamda birkaç semptom varlığının yeterli olması gerekli olduğundan okuldan ve/veya katıldığı kurslardan bilgi alınması tanının netleşmesi açısından önem taşımaktadır. Gerekli olan olgularda, Conners Ana Baba Derecelendirme Ölçeği, Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği, SNAP-IV gibi psikometrik ölçekler uygun değerlendirme için gerekli olabilir<sup>116,117</sup>.

Muayene öncesinde aileden bireyin özgeçmiş öyküsü ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır. Doğum öncesinde ebeveynlerin, özellikle de annenin yaşadığı tıbbi ve/veya ruhsal problemler, doğumun nerede/ne zaman/nasıl gerçekleştiği, doğum kilosu, hipoksi, kordon dolanması gibi doğum komplikasyonları, postnatal dönemde yaşanan problemler, bireyin bebeklik çağında yaşadığı problemler, ek gıdaya ne zaman geçildiği, bu sürede yaşanan problemler, bireyin yürüme, konuşma ve tuvalet eğitimi gibi gelişim basamakları, daha önce alınan tıbbi tanılar, varsa operasyon öyküsü, kullanılan ilaçlar, geçirdiği kaza ve yaralanmalar, ebeveynlerin birbirine ya da çocuğa yönelik şiddet öyküsü, okul çağındaysa çocuğun akademik başarısı, not ortalamaları, okuma-yazmayı ne zaman öğrendiği sorgulanmalı, ergenlerde ise test/deneme sınavı performansları, sigara-alkol-madde gibi alışkanlıklar, riskli cinsel deneyimler de ele alınmalıdır. Bunlara ek olarak her bireyin olumlu olarak öne çıkan özellikleri muayene sırasında vurgulanarak psikiyatrik tanının bireyin önüne geçmesi engellenmelidir. Her bireyin ruhsal, sosyal, akademik/iş hayatındaki işlevsellikleri değerlendirilerek gerekli tıbbi formülasyon oluşturulmalıdır. Organik rahatsızlıkların dışlanması açısından rutin kan tetkikleri, EEG, Kranial MR gerekli olabilir.

Yapılan çalışmalar, klinik görünümün yaşla değiştiğini göstermektedir. Okul öncesinde hiperaktivite/dürtüsellik ön planda olduğu ve bu tipin her dönemde erkeklerde daha fazla görüldüğü, ortaokul çağına doğru ilerledikçe bileşik tipin her iki

cinsiyette dedaha fazla görüldüğü, ortaokul son lise çağında ise dikkatsizlik alt tipinin öne çıktığı ve bu alt tipin genel olarak kızlarda daha fazla görüldüğü saptanmıştır<sup>50</sup>.

Dikkat eksikliği alt tipinin baskın olduğu olgular sıklıkla okul çağında tanınmaya başlarlar. Okul çağı öncesinde eğer kreş ya da anaokuluna gidiyorsa yaşitlarına göre çabuk sıkılma, bazı kavramları öğrenmede güçlük çekme görülebilir. Okula başladığı zaman bilişsel performans gerektiren görevler arttığı için sıkıntı kendini göstermeye başlar. Okula gitmekte isteksizlik, sınıf arkadaşlarına göre tahtada yazılanları deftere geçirmekte güçlük çekme, derste çabuk sıkılma, ders dışındaki şeylerle fazla ilgilenme, ders esnasında sınıf penceresinden dışarıyı izleme, yazı karakterlerinin bozukluğu, matematik sembollerini karıştırma, özensiz bir el yazısı, okuma sırasında harf/hece eksiltme ya da ekleme bireyin akademik başarısını etkileyebilir. Bazı bireyler bu durumdan fazla etkilenip içe çekilme, okuldan soğuma gibi şikayetler klinik tabloya eklenebilir.

Ev ortamındaki şikayetler ise bireyler kadar ebeveynleri de etkiler. Derse oturmakta güçlük çekme, ders araç gereçlerinin, ödevlerin unutulması, ders yapılmaması için sıkça bahane sunulması, ders dışındaki uyanlarla dikkatin çabuk dağılması ve bunun sonucunda derse dönmede yaşanan güçlüklerin yanında bu bireylerin planlama ve organizasyonda yaşadığı güçlükler ebeveyn- çocuk ilişkisini kötü etkiler.

İlköğretimin sonuna doğru ve ergenlikte bireyin yaşamına kurslar ve çeşitli sınavların eklenmesiyle şikayetler bireyin yaşamını ve okul başarısını kötü etkilemeye başlar. Test çözerken çabuk sıkılma, çeldiricilere takılma, yapılan işlem hataları, kodlama hataları akademik anlamda beklenen başarının altında performans gösteren bireyin kaygılarının artmasına neden olabilir. Ergenlerde dikkatsizlik kendini iç sıkıntısı şeklinde gösterebilir.

Hiperaktif/dürtüsellik alt tipi ise Dikkat eksikliğine göre daha erken yaşta saptanır. Hiperaktif bireylerin % 30'unun intrauterin hayatta da oldukça hareketli olduğu saptanmıştır. Anne karnında daha fazla tekmeleme hareketi yaptığı ve sürekli döndüğü ailelerin sıkça dile getirdiği bir konudur. Doğumdan sonra ise zor sakinleşme, sık ağlama, uykuya dalmakta güçlük çekme olguların % 50'sinde belirgindir<sup>118</sup>. Yapılan bir çalışmada bir yaşındaki aşırı hareketliliğin 7 yaşında DEHB prediktörü olup olmadığı araştırılmış ve bu çalışmanın sonucunda bir yaşında görülen aşırı motor hareketlilik ile 7

yaşında görülen DEHB arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır<sup>119</sup>. Bir diğer çalışmada ise yaşından önce yürümeye başlamış; ancak henüz dil ve sosyal gelişimi yürümeye göre daha geri planda kalmışsa, bir yaştan küçük dönemde yürümenin DEHB öncü belirtisi olabileceği bildirilmiştir<sup>120</sup>.

Okul öncesi dönemde, motor becerisi iyice artan DEHB'li çocuklarda, DEHB'ye özgü semptomlar iyice belirginleşmeye başlar. Bu çağıdaki DEHB'li çocuklar, gürültülü ve hareketli oyunları seçmekte, oyun sırasında aşırı hareketliliklerinden dolayı sıkça düşüp yaralanmaktadırlar. Oyun sırasında çabuk sıkıldıkları için sıklıkla oyunu terk edip başka oyuna geçmek istemeleri arkadaşları ile aralarının bozulmasına neden olabilmektedir. Okul ortamında ise dersin işleyişini bozma, derste sık konuşma, ders esnasında sınıf ortamında gezinme, teneffüste sürekli olarak koşturma, ev ortamında koltuk/çekyat tepesinden inmeme, odadan odaya koşturma öğretmeni ve ebeveynleri zor duruma sokar. Tabloya dürtüsellik de eklendiği zaman bireyler sonucunu düşünmeden hareket ettikleri için riske açık davranışlar sergileyebilmektedirler. Örneğin okul çağı öncesindeki çocuk yolda yürürken anne-babasının elini bırakıp yola fırlayabilmekte, okulda kantin sırasında beklerken çabuk sıkılmasından dolayı başkasının yerini alma isteğiyle hareket edebilmekte, misafirlik ortamında aile içi konuşmaları safça dile getirip ebeveynleri zor duruma sokabilmekte, ergenlik çağına doğru sohbet sırasında tezcamlılığı ile araya girip söz keserek arkadaş ilişkilerinin zedelenmesine neden olabilmektedir.

Ergenlik çağına ise genellikle aşırı hareketlilik şikayeti azalmakta, yerini içsel huzursuzluğa bırakmaktadır. Okul çağına aşırı hareketlilikten dolayı görülen ev ve okul kazalarına artık trafik kazaları da eklenir. Ergen DEHB'li bireylerde hızlı ve kural dışı araba kullanımı, trafik kazaları sık görülür<sup>121</sup>. Kaza yapanların psikiyatrik muayenesinde en sık DEHB ve davranım bozukluğu saptandığı bildirilmiştir<sup>122</sup>. Ergen DEHB'lerin tedavi edilmediğinde sigara ve alkol kullanımı daha erken yaşta başlamakta ve alkol, sigara, madde bağımlılığı geliştirme riskleri DEHB'li olmayan bireylere göre iki-üç kat daha yüksektir<sup>123,124</sup>.

DEHB tanısı temel olarak DSM ve ICD tanı kriterlerine göre konulur. DSM-5'e göre tanı kriterleri aşağıda belirtilmiştir. Bu tanı kriterleri okul öncesi çağı, okul çağı, ergenlik ve erişkin yaşamında da geçerlidir. ICD, DSM-V'den farklı olarak tanı konulması için IQ'nun 50 puanın üzerinde olması şartını aramaktadır<sup>125</sup>.

## DSM-V'e göre Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanı Ölçütleri

Tablo 1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu DSM-V-TR Tanı Ölçütleri

---

### Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

---

Aşağıdakilerde (1) ya da (2) vardır:

#### 1. Dikkatsizlik

- a. Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara vermez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.
- b. Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı etkinliklerde dikkati dağılır.
- c. Doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür.
- d. Çoğu zaman yönergeleri izlemez okul ödevlerini ya da işyerindeki görevlerini tamamlayamaz.
- e. Çoğu zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemede güçlük çeker.
- f. Çoğu zaman sürekli mental çabayı gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir.
- g. Çoğu zaman üzerine aldığı görevler ve etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder.
- h. Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarca dağılır.
- ı. Günlük etkinliklerde çoğu zaman untkandır.

#### 2. Hiperaktivite

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

#### İmpulsivite (Dürtüsellik)

- a. Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan önce cevabını yapıştırır.
  - b. Çoğu zaman sırasını bekleme güçlüğü vardır.
  - c. Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer.
- İşlevsel bozulmaya yol açmış bazı hiperaktif-impulsif semptomlar ya da dikkatsizlik semptomları 7 yaşından önce de vardır.
- İki ya da daha fazla ortamda semptomlardan kaynaklanan bir işlevsel bozulma vardır.
- Toplumsal açıdan, okuldaki ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan belirgin bir bozulma olduğunun açık kanıtları bulunmalıdır.
-

**Tablo 2. Hiperkinetik Bozukluk ICD-10 Tanı Ölçütleri**

<b>Hiperkinetik Bozukluklar</b>
<p><b>G1.</b> Çocuğun yaş ve gelişim düzeyine göre evde dikkat, hareketlilik ve dürtüselliğe (1), (2) ve (3) maddelerde belirtilen gösterilebilir anormallik:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. İzleyen dikkat sorunlarından en az üçü:<ol style="list-style-type: none"><li>(a) Kendiliğinden etkinliklerin süresi kısadır;</li><li>(b) Sıklıkla oyun etkinliklerini tamamlamadan ayrılır;</li><li>(c) Bir etkinlikten diğerine geçiş sıktır;</li><li>(d) Yetişkinlerin düzenlediği görevlerde sürekliliğin olmaması;</li><li>(e) Ev ödevleri ya da okuma görevleri gibi çalışmalar sırasında yüksek düzeyde dikkatsizlik;</li></ol></li><li>2. Ek olarak aşağıdaki hareketlilik sorunlarından en az üçünün girmesi:<ol style="list-style-type: none"><li>(a) Uygun olmayan durumlarda oldukça sık aşırı koşma ya da tırmanma; hareket etmeden duramama</li><li>(b) Kendiliğinden etkinlikler sırasında yerinde duramama kıpır kıpır olma;</li><li>(c) Görece olarak hareketsiz olması beklenen ortamlarda belirgin aşırı etkinlik</li><li>(d) Sınıf içi ya da diğer oturması beklenen ortamlarda sıklıkla oturamama;</li><li>(e) Sessizce oyun oynamakta sıklıkla zorlanma.</li></ol></li><li>3. Ek olarak aşağıdaki dürtüsellik sorunlarından en az birinin olması:<ol style="list-style-type: none"><li>(a) Oyunlar ya da grup etkinliklerinde sıranın kendisinde gelmesini beklemede sıklıkla güçlük çekme;</li><li>(b) Sıklıkla diğerlerinin konuşmalarını bölme, araya girme</li><li>(c) Sıklıkla soru tamamlamadan yanıtlamaya çalışma.</li></ol></li></ol>
<p><b>G2.</b> Okulda ya da kreşte dikkat ve hareketlilik anormalliklerinin yaş ve gelişim düzeyi için (1) ve (2) numaralı maddelerle gösterilebilirliği:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Aşağıdaki dikkat sorunlarından en az ikisi:<ol style="list-style-type: none"><li>(a) Görevleri tamamlayamama;</li><li>(b) Yüksek oranda dikkat dağınıklığı(örn. çok sık dış uyaranlara yönelme);</li><li>(c) Seçenekler sunulduğunda etkinlikler arasında sık değişimler;</li><li>(d) Oyun etkinliklerinin çok kısa sürmesi.</li></ol></li><li>2. Ve aşağıdaki hareketlilik sorunlarının en az üçü:<ol style="list-style-type: none"><li>(a) Serbest etkinliğe izin verilen durumlarda sürekli (ya da hemen hemen sürekli) ve aşırı hareketlilik</li><li>(b) Kurallı ortamlarda belirgin eli ayağı durmaz;</li><li>(c) Görevler sırasında sıklıkla görevin kesilmesi;</li><li>(d) Oturması gerektiğinde sıklıkla oturamama;</li><li>(e) Sakince oynamada sıklıkla zorlanma.</li></ol></li></ol>
<p><b>G3.</b> Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik sorunu doğrudan gözlenir. Çocuğun yaşı ve gelişimsel düzeyinden beklenene göre daha aşırı olmalıdır. Aşağıdakilerden bir kaçını bulunmalıdır:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. G1 ya da G2'deki ölçütlerin hem öğretmen hem de anne baba tarafından doğrudan gözlenmesi,</li><li>2. Aşırı hareketlilik, işleri bitirmeden bırakma ya da görevleri erken terk etme ev dış ortamlarda ya da okulda (örn. klinik ortamda gözlenir)</li><li>3. Dikkate ilişkin psikometrik test becerisinde belirgin yetersizlik vardır.</li></ol>

### **2.1.6. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Ayırıcı Tanı**

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite'nin temel belirtileri olan dikkatsizlik ve hiperaktivite/dürtüsellik pek çok psikiyatrik hastalıkta gözlenebilen semptomlardır. Kimi zaman her bireyde ara sıra olan ve normal sayılabilecek şikayetler ailenin çocuğun semptomlarını kimi zaman abartılı, kimi zaman da hoşgörülü görmesinden dolayı hekime sağlıklı olmayan bilgiler verilmesine neden olabilir. Bu nedenle mümkün olduğunca

farklı kaynaklardan (anne, baba, ailede yaşayan diğer bireyler, okuldaki farklı öğretmenler, özel ders veren öğretmenler, kurs çalışanları) bilgi alınmaya çalışılmalı ve objektif bir tanı koyulması açısından projektif testlerden yararlanılmaya çalışılmalıdır.

Psikiyatrik bir muayene öncesinde aileden çocukla ilgili prenatal, perinatal ve postnatal bilgiler alınmalıdır. Doğum öncesinde annenin kullandığı ilaçlar, sigara/alkol/madde kullanımı, geçirilmiş bir kaza öyküsü, hamilelik boyunca geçirilen enfeksiyonlar, yaşanan stres faktörleri, doğum zamanı, hipoksi öyküsünün olup olmadığı, doğum sırasındaki ağırlığı, doğum sırasında bir komplikasyon gelişip gelişmediği, başvuru anına kadar hastane yatış öyküsü olup olmadığı, geçirdiği operasyonlar, varsa çekilmiş olan görüntüleme raporları, kronik bir rahatsızlığının olup olmadığı, varsa kullandığı ilaçlar ayrıntılandırılmalıdır.

Bazı organik rahatsızlıklar DEHB benzeri semptomlara yol açmakta ya da var olan semptomların şiddetini artırmaktadır. Derin bir demir eksikliği anemisi, B12 vitamini eksikliği, folik asit eksikliği, yakın geçirilmiş olan enfeksiyonlar, hipotiroidi dikkat problemlerine yol açabileceğinden, hipertiroidi ise psikomotor ajitasyon ve hareketlilik artışına sebep olabileceğinden dolayı her olguda rutin kan değerleri görülmesi uygun olacaktır.

Birkaç saniye sürebilen dalmalar dikkat eksikliğinden kaynaklanabileceği gibi olası absans epilepsi açısından değerlendirilmesi açısından gerekli olgularda EEG istenebilir. EEG sonucuna göre çocuk nöroloji konsültasyonu uygun olabilir.

Yazı yazmada zorluk çekme, eksik yazma, yanlış yazma, harf/hece eksiltme ve/veya ekleme gibi problemler, basit matematik kurallarını öğrenmede zorluk çekme, işaret sembollerini karıştırma, okuma yaparken yapılan harf hataları, okunan paragrafı anlamada yaşanan sıkıntılar hem DEHB’de hem de Özgül Öğrenme Güçlüğü’nde saptanabilen bulgulardır. Özgül Öğrenme Güçlüğü, okuma, yazılı ifade ya da matematik hesabı gibi konuların bir ya da birkaçını etkileyebilen bir bozukluk olup, en çok okuma kısmını etkiler<sup>126,127,128</sup>. DEHB’li olan bireyler ilaç tedavisinden belirgin yarar görüp, birebir destekle ders başarısında artış sağlanırken, ÖÖG’li bireyler ilaç tedavisinden çok fayda görmeyip, birebir destekle dahi bilişsel performansta etkilenme olmaz. Aynı zamanda bu bireyler için özel eğitim desteğinin başlanmasına ihtiyaç duyulabilir<sup>128</sup>.

Unutkanlık, dalgınlık, ders başarısında düşüklük, okuma-yazmada yavaşlık, kavramları öğrenmede zorluk çekme DEHB'ye ek olarak Mental Retardasyon'da da gözlenebilmektedir. Orta/Ağır Mental Retardasyon'un klinik olarak DEHB'den ayrımı kolay olsa da Hafif Düzeyde Mental Retardasyon ile DEHB ve/veya ÖÖG ayrımı kolay olmayabilmektedir. Bu nedenle aileden doğum basamaklarının ayrıntılı öğrenilmesi, akademik alan dışındaki performansı değerlendirilmesi ayırıcı tanıyı kolaylaştırabilecektir. Aynı zamanda yapılacak olan Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised gibi psikometrik ölçümler de DEHB/ÖÖG ve Mental Retardasyon ayrımını daha objektif yapabilmek için gerekli olabilir. Söz konusu testte sözel ve performans puanları arasındaki farkın 20 puan ve üzerinde olması daha çok ÖÖG'yi yordamaktadır. Toplam puanın 70 ve altında olması durumunda ‘‘Mental Retardasyon’’ düşünülmelidir. Tüm bu durumlara DEHB'nin de eşlik edebileceği unutulmamalıdır.

Ders başarısında düşme, düşük özgüven, dalgınlık, unutkanlık, huzursuzluk, kronik irritabilite gibi semptomlar Major Depresyon'da da görülebilmektedir. Aynı zamanda MDB'ye dikkat eksikliği, konsantrasyon problemleri eşlik edebilir. (Leibenluft E. ve ark.2006) Bu gibi şikayetlere eşlik eden suçluluk düşünceleri, yapılan etkinliklerden eskisi kadar zevk alamama, uyku ve/veya iştah problemlerinin varlığı, yakın zamandaki stresli yaşam olayları ve ailede duygudurum bozukluğu öyküsü varlığı sorgulanması MDB ile DEHB ayırıcı tanısı açısından önemlidir.

Kaygı bozukluklarında da DEHB'de olduğu gibi psikomotor ajitasyon, huzursuzluk, iç sıkıntısı, unutkanlık, görülebilmekte ve var olan kaygı problemleri bireyin akademik başarısını etkileyebilmektedir. Anksiyete bozuklukları çok çeşitli olabileceğinden dolayı ayrıntılı psikiyatrik muayene yol gösterici olacaktır. Aynı zamanda irritabilite her iki hastalıkta da bulunsa da, anksiyetede irritabilite DEHB'den farklı olarak kronik değil, epizodiktir<sup>129</sup>.

Bipolar Bozukluğun Manik evresinde DEHB gibi irritabilite, çok konuşma, yerinde duramama, emosyon disregulasyonu, dikkatin kolay çeldirilebilmesi gibi bulgular olsa da manik epizod DEHB'den grandiyozite artışı, uyku problemleri, cinsel ilgide artış gibi şikayetlerle ayrılmaktadır. DEHB'de bulgular sürekli iken, manik ataktaki bulgular epizodlar halindedir<sup>130,131</sup>.

### 2.1.7. Komorbid Hastalıklar

Komorbite, tıp literatüründe genel anlamda ek tanı anlamında kullanılmaktadır. Ancak, içeriği incelendiği zaman görüş farklılıkları ortaya çıkabilmektedir. Etyolojik köken aynı olup, iki ya da daha fazla rahatsızlığın beraber gözlenebilmesi komorbidite tanımı için yeterli sayılabilirken, iki farklı etyolojik zeminde oluşan iki farklı rahatsızlığın beraber gözlenmesi de komorbidite olarak adlandırılmaktadır<sup>132,133</sup>.

Komorbidite varlığı ya da yokluğu bir hastalığın seyirini öngörmeye, tedavi seçimi, tedaviye verilen yanıtı ve olası sonuçları konusunda önem taşır<sup>133,134</sup>. DEHB'li hastaların en az yarısında ek bir psikiyatrik tanı mevcuttur<sup>135,136</sup>. Aynı zamanda DEHB'de simetrik ve asimetrik komorbidite görülebilmektedir. Simetrik komorbidite kavramında bir hastalık bazı psikiyatrik bozuklarla görülme riskini artırırken, riskini artırdığı psikiyatrik hastalıklar diğer hastalığın ortaya çıkma riskinin artmasına neden olmaktadır. Örneğin, DEHB'li bireylerde, anksiyete, yıkıcı davranış veya karşıt olup karşıt gelme riski artmışken, anksiyete bozukluğuna sahip başka bir bireyde DEHB görülme riski normal popülasyona göre fazladır. Kimi zaman da asimetrik komorbidite kavramı devreye girmekte ve buna göre iki farklı hastalıktan biri diğerinin görülme riskini artırırken, diğer hastalık karşı taraftaki hastalığın görülme riskini etkilememektedir. Örneğin, otizm spektrum bozukluğuna sahip bir bireyde DEHB riski artarken, DEHB'li bir çocukta otizm riskinin artışı belirgin olarak fazla değildir<sup>137</sup>.

DEHB'li çocuklarda komorbid hastalıkların varlığı, DEHB semptomlarını ağırlaştırmakta ve tedavi arama sürecini hızlandırmaktadır<sup>138</sup>. Aynı zamanda komorbid hastalık, başka bir psikiyatrik rahatsızlığın ortaya çıkma riskini artırmakta ve DEHB semptomları kimi zaman bu ek psikiyatrik rahatsızlıkların gerisinde kalmaktadır<sup>137,139</sup>.

Jensen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada DEHB tanısı konulan olguların sadece % 33'ünün saf DEHB olduğunu, % 64'üne komorbid bir tanının var olduğunu saptamıştır<sup>134</sup>. Özellikle Karşıt Olma-Karşıt Gelme Bozukluğu (KOKGB) ve Davranım Bozukluğu (DB) en sık eş tanı alan hastalıklardır. DEHB'li çocukların %70'inde KOKGB, % 50'sinde ise DB birlikteliği görülmektedir<sup>133</sup>. DEHB ile birlikte en fazla görülen komorbid hastalıklardan biri Yıkıcı Davranım Bozukluğudur. Yapılan çalışmalarda erken başlangıçlı DEHB'li hastalarda Yıkıcı Davranım Bozukluğu riskinin

arttığı bildirilmiştir<sup>138,140</sup>. Genel olarak bakıldığında DEHB'li olguların % 50-60'ına YDB eşlik etmekte, kimi zaman bu oran % 70'e çıkabilmektedir<sup>135,141</sup>.

DEHB ve YDB birlikteliği gösteren hastaların küçük yaşta psikopatik özellikler göstermesinden dolayı erişkin çağda bu bireylerin antisosyal kişilik örüntüsüne sahip olabilecekleri, aynı zamanda madde kullanım risklerinin arttığını bildiren çalışmalar mevcuttur<sup>141,142</sup>.

DEHB'ye eşlik eden YDB durumunda ilk olarak rutin DEHB tedavisi önerilmekte, YDB varlığının stimulan tedavisine yanıtı etkilemediği, ancak kimi durumlarda gerekenden daha yüksek dozda stimulan kullanılacağı, gerekli durumlarda tedaviye aile psikoeğitimi, atipik antipsikotikler ve/veya duygudurum düzenleyici eklenebileceği belirtilmektedir<sup>142,143,144</sup>.

DEHB ile birliktelik gösteren bir diğer rahatsızlık Anksiyete Bozukluklarıdır. Anksiyete Bozukluğu, DEHB'li bireylerin % 18-50'sini etkilemekte ve bu oran çocukluktan ergenliğe doğru gidildikçe artmaktadır. Ergenlikle beraber artan sorumluluklar, gelecek kaygısı, sosyal ortama uyum problemleri, aile ile yaşanan çatışmalar anksiyete bozukluğu tanısı konma olasılığını artırmaktadır. DEHB'ye eşlik eden Anksiyete Bozukluğu'nda ayırıcı tanı oldukça önemli olup verilecek olan psikostimulan tedavisi kaygı bozukluğunu artırabileceğinden dolayı, öykü ayrıntılandırılmalı, işlevselliği hangi rahatsızlık bozuyorsa o rahatsızlığın tedavisi öncelikle yapılmalıdır<sup>135,136,139,145</sup>. DEHB ve anksiyete varlığında metilfenidat kadar atomoksetin de ilk tercih olarak seçilebilmektedir<sup>136,146</sup>.

DEHB'li bireylerin çocukluktan beri yaşadığı sorunlar, akademik alandaki problemler ve bunların sosyal ve aile yaşantısı üzerine etkisi depresif bozukluğun ortaya çıkmasına direkt ya da dolaylı olarak katkıda bulunmaktadır<sup>146,147</sup>. DEHB'li bireylerde depresyon ortaya çıkma riskinin, DEHB olmayanlara göre 2,5-5 kat daha fazla olduğu ve DEHB'li bireylerin % 12-50'sinde depresif semptomlar görüldüğü bildirilmiştir<sup>147</sup>. DEHB'ye eşlik eden depresyonun işlevselliği daha fazla bozduğu, hastaneye yatış ve suicidal riski artışının bu bireylerde daha fazla olduğu saptanmıştır<sup>148</sup>. Eğer ailede duygudurum bozukluğu öyküsü varsa, tabloya komorbid olarak davranım bozukluğu eklendiyse ve okuldan kaçma gibi şikayetler de eşlik ediyorsa bu bireylerin unipolar

depresyondan bipolar depresyona dönüşme olasılığının yüksek olduğu ve bu oranın DEHB’li olmayan bireylere göre daha fazla olduğu (%28-%6) bildirilmiştir<sup>149</sup>.

DEHB ve Bipolar Bozukluk (BB), asimetrik komorbidite gösteren hastalıklardır. BB olan bireylerde DEHB komorbiditesi artmışken (%60-90), DEHB’li bireylerde BB komorbiditesi% 11-22 olarak hesaplanmıştır. DEHB komorbiditesinde BB’nin ilk atağının depresyon olması, DEHB komorbiditesi olmayan BB’ye göre daha düşük (%22-%71) bulunmuştur<sup>149</sup>.

BB ve DEHB birlikte olduğu durumlarda ilk tercih ilaç duygudurum düzenleyicileridir. Komorbid DEHB’nin duygudurum düzenleyicilerine yanıtta azalmaya neden olduğu, mani semptomlarının stimulanlarla kötüleşmediğini, DEHB ve BB birlikteliğinde duygu durum düzenleyicileri ile DEHB belirtilerinin devam ettiği olgularda duygudurum düzenleyicilere ek olarak stimulan ve atomoksetin kullanımının duygudurum semptomlarını şiddetlendirmeden DEHB semptomlarını iyileştirdiğini gösteren çalışmalar vardır<sup>150,151</sup>.

DEHB ve depresyon komorbiditesinde ise stimulanlar, antidepresanlar ya da ikisi beraber kullanılabilir. Bazı yazarlar öncelikle depresyonun tedavi edilmesi gerektiğini, buna yanıt alınmazsa stimulanların eklenebileceğini bildirmişlerdir. Metilfenidatın DEHB’ye eşlik eden depresyon ya da anksiyete semptomlarına etkisini değerlendiren bir çalışmada, metilfenidatın DEHB semptomlarını etkin bir biçimde tedavi ederken, depresyon ve anksiyete semptomlarına etkisinin orta derecede olduğunu bildirmişlerdir<sup>152,153,154</sup>.

DEHB’li bireylerde, özellikle ergenlik çağı başta olmak üzere, sigara-alkol-madde kullanımı riskinde artma söz konusudur. Bunun ortaya çıkmasında Madde Kötüye Kullanım (MDM) ve DEHB’nin ortak nörobiyolojik etkenler rol oynayabileceği gibi, DEHB’nin yol açtığı akademik performans sorunları, komorbid olan davranım bozukluğu, aile ve sosyal çevreyle ilgili olan problemler, ergenlik çağının getirmiş olduğu krizler de MDM gelişiminde etkili olabilirler. MDM komorbiditesinde DEHB’li birey, sigara-alkol-madde daha erken yaşta tanışmakta, bağımlılık riski daha yüksek olmakta, birden fazla kötüye kullanım olmakta ve işlev kaybı daha fazla olmaktadır. DEHB’deki bazı semptomlar bireyi self medikasyon için sigara-alkol-madde kullanımına yönlendirebilir, aynı zamanda kullandığı stimulanları da kötüye kullanabilir. Stimulan,

kokain ve nikotin kullanımının bireyde bilişsel performansı geçici olarak artırdığını keşfeden birey, bunları giderek artan dozda kullanmaya başlayabilir. Ayrıca içsel huzursuzluk, emosyon disregulasyonu, aile ve/veya sosyal çevre ile ilgili olan çatışmalar bireyi alkol, marihuana ve opiatlar gibi maddeleri kullanmasına neden olabilir. Bilinen yaygın kanının aksine DEHB tedavisinde kullanılan ilaçlar, bağımlılık riskini artırmadığı, aksine özellikle ergenler başta olmak üzere erişkin yaşta da bağımlılık riskini azalttığı saptanmıştır. Tedavide bağımlılık potansiyeli metilfenidata göre az olan atomoksetin, bupropion ve dekstroamfetamin gibi ajanlar tercih edilebilirler<sup>133,136,139,155,156</sup>.

Yapılan bir çalışmada, DEHB'li çocuklarda içselleştirme belirtileri arttıkça, çocukta dışsallaştırmaya yönelik semptomların arttığı belirtilmiştir<sup>140</sup>.

Tik bozuklukları, DEHB'li bireylerin % 20'sinde gözlenebilen ve bireyin işlevselliğini ve sosyal ortama uyumunu zorlaştıran bir rahatsızlıktır. Tourette Bozukluğu'nda(TB) ise bu oran % 50'ye çıkmaktadır. DEHB ve TB birlikteliğinde, özellikle OKB olmak üzere anksiyete ve duygudurum bozukluğu sıklığında da artış gözleendiği, DEHB, TB, OKB'nin birlikte görüldüğü olgularda ailesel bir yüklülük olabileceği saptanmıştır<sup>138,141,157</sup>. DEHB tedavisinde kullanılan metilfenidatın, % 5-10 oranda tikleri artırdığı gözlenmiştir. Dirençli olgularda tedaviye tipik/atipik antipsikotik eklenmesi faydalı olabilmektedir<sup>142,143</sup>. Gadow ve ark. 2002 yılında yayınladığı çalışmasında ise yüksek dozda stimulan kullanımı sırasında tiklerin kötüleştiği gözlenirse de, stimulan dozu ile tiklerin artması arasında anlamlı bir ilişki yoktur<sup>154</sup>. Kullanılan stimulan ile tiklerde artış gözlendiyse, başka bir stimulanla geçildiğinde tiklerin görülmeyebileceği bildirilmiştir<sup>15,159</sup>.

Öğrenme Bozuklukları ile DEHB arasında simetrik bir komorbidite vardır. DEHB'li olan bireylerde, Öğrenme Bozukluğu %7-92 arasında değişmekte, ortalama % 33 olguda Öğrenme Bozukluğu olduğu gözlenmektedir. Öğrenme Bozukluğu olan olgulardaki DEHB oranı ise % 18-60 arasında değişmekte, ortalama % 38 olguda DEHB gözlenmektedir. Öğrenme Bozukluğu ve DEHB arasında ortak bir genetik kalıtım göstermektedir. İki durum beraber gözleendiğinde bireyin akademik başarısını daha olumsuz etkilemekte, çoğu birey için ilaç tedavisinin yanında özel eğitim desteği de gerekmektedir<sup>133,160,161,162</sup>.

DEHB, OKB, Tik birlikteliği sıklıkla gözlenen çoklu komorbiditelerden biridir<sup>133</sup>. OKB'li olguların ortalama % 35'ine DEHB eşlik etmektedir. DEHB eşliğindeki OKB olgularında erkek cinsiyet baskınlığı göze çarpmakta, OKB daha erken yaşta başlamakta ve bipolar bozukluk, yıkıcı davranışlar, tik gibi diğer psikiyatrik rahatsızlıklar daha fazla eşlik etmektedir<sup>163</sup>. Komorbidite durumunda her iki bozukluk için eş zamanlı tedavi önerilmekte ve her iki hastalığa yönelik tedavinin klinik seyri etkilemediği bildirilmektedir<sup>133,164</sup>.

Otizm Spektrum Bozukluğu'nda DEHB, % 80 oranda gözlenmektedir. DSM-IV'e göre DEHB ve OSB'ye aynı anda tanı konmasına izin vermiyorken, 2013 yılında yayınlanan DSM-V'te bu kriter kaldırılmıştır. OSB varlığında DEHB tedavisi değişmemekle birlikte, metilfenidat tedavisine yanıtın daha düşük, yan etki profilinin daha fazla olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır<sup>133,141,165</sup>. Atomoksetin de OSB'li bireylerin DEHB tedavisinde kullanılan, yan etkisi metilfenidatlara göre daha az olan bir non-stimulan DEHB ilacıdır<sup>166,167,168</sup>.

### **2.1.8. Gidiş ve Sonlanım**

DEHB, sıklıkla çocukluk çağında başlayan ve olguların büyük çoğunda ergenlikte (%60-80) ve erişkinlikte de (%40-60) devam eden nörogelişimsel bir bozukluktur. Çocukluk çağında DEHB'si olan hastaların erişkin yaşamlarında % 70 kadar yüksek bir oranda psikiyatrik şikayetlerinin olduğu ve büyük bir kısmında DEHB nedeniyle işlevselliklerinin bozuk olduğu saptanmıştır<sup>169</sup>. DEHB'li çocukların ilerleyen zamanda davranım bozukluğu, karşıt olma-karşıt gelme bozukluğu, erişkinlikte ise antisosyal kişilik bozukluğu, madde kötüye kullanımı açısından artmış bir risk altında olduğu gözlenmiştir<sup>170</sup>.

DEHB'de prognostik faktörler kişisel, sosyal-akademik ve ailesel olarak üç ana grupta incelendiğinde, kişisel olarak bireyin IQ düzeyi, DEHB semptomlarının başlangıçtaki şiddeti ve komorbid olarak bulunan tanılar olumsuz prognostik faktör olarak değerlendirilmiştir. Ebeveynleriyle olan ilişkileri, akranlarıyla olan iletişimi ve okul başarısı sosyal-akademik olarak prognozu öngörürken, ailedeki psikiyatrik komorbidite, ebeveynlik tutumları, evdeki duygusal ortam ve sosyoekonomik düzey de prognostik faktörler arasında yer alır<sup>169</sup>. Çocuğun tedavisinin düzenli olarak yapılması ve

farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemlerin bir arada kullanılması olumlu prognostik faktörler olarak gösterilmiştir<sup>171,172</sup>.

### 2.1.9. Tedavi Seçenekleri

“Hastalık yoktur, hasta vardır” ifadesi tıp alanında yaygın olarak kullanılsa da, bu ifadenin belki de en uygun olduğu bölüm ruh sağlığı alanıdır. DEHB semptomların çeşitliliği, şiddeti, hastalığın komorbiditesi, ebeveynlerin hastaya, hastalığa ve tedaviye olan bakış açıları, bireyin kendine özgü metabolizması tedavinin belirlenmesinde önemli rol oynamaktadır. DEHB’li çocuklardaki tedavi seçenekleri oldukça çeşitli olup, gerekli olan olgularda birden fazla yöntem kullanılabilir.

Tedaviye başlamadan önce gerekli olan her olgudan tam kan sayımı, ferritin, vitamin B12, folik asit düzeyleri, karaciğer-böbrek fonksiyon testleri, vit.D düzeylerini de içeren biyokimya tetkikleri istenmelidir. Tedaviye başlamadan önce her çocuğun tansiyon/nabız/ boy/ kilo/ persantil değerleri ve vücut kitle indeksinin hesaplanıp dosyaya kaydedilmesi faydalı olacaktır. Tedavi algoritmalarında rutin olarak EKG çekimi önerilmese de kalp rahatsızlığı olan, ailede kardiyolojik rahatsızlık öyküsü ve ani ölüm öyküsü olan her olguda EKG çekilip üçer aylık aralıklarla kontrol edilmeli, gerekli olgularda çocuk kardiyoloji konsültasyonu istenmelidir<sup>136</sup>.

DEHB’li olgularda aile ve çocuğun psikoëğitimi, aileye yönelik psikososyal müdahaleler, ebeveyn eğitimi tedaviye olumlu katkısı olan yöntemlerdir<sup>173</sup>. Psikiyatrik etiketlemeye oldukça hassas olan ebeveynlere hastalığın doğası, seyri, ilaçlar ve görünebilecek komplikasyonlar hakkında bilgi verilmesi, tedaviden beklentilerinin sorulması, çocuk yetiştirme yöntemlerinin konuşulması, yanlış tutumlar konusunda bilgilendirilip yön gösterilmesi ailenin ve dolayısıyla çocuğun tedaviye olan uyumunu artıracaktır. Çocuğun yetenekleri, başarılı olduğu alanlar, olumlu yönleri de konuşulması da bir diğer önemli basamaktır. Çocuğun hastalığından dolayı etkilendiği ve işlevselliğini bozduğu alanlar, olumlu yönlerin gözden kaçırılmasına neden olabilmekte, bu da ailenin çocuğa olan algısını olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Birçok tedavi kılavuzunda DEHB tedavisi için en etkin yöntemin ilaçlar olduğu belirtilmiştir<sup>174,175</sup>. Stimulanlar, alfa 2 reseptör agonistleri, SSRİ’lar, SNRİ’lar, Selektif Noradrenerjik blokörler, atipik antipsikotikler DEHB tedavisinde en çok kullanılan

ajanlardır. Dünyada ve Türkiye’de en sık kullanılan ajanlar, Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından 6 yaş ve üzeri için onay alan Metilfenidat ve Atomoksetin, ve üç yaş ve üzeri için onay alan ve Türkiye’de bulunmayan Dekstroamfetamin’dir<sup>173</sup>.

### 2.1.9.1. Psikostimulanlar

Psikostimulan ilaçların tarihçesi, amfetamin etken maddesinin keşfi ile başlamaktadır. 1920 yılında ABD’de solunum yolları rahatsızlıklarında kullanılan efedrinde daha güçlü bir madde aranırken tesadüf eseri bulunan amfetamin, 1930 yıllarına doğru Merkezi Sinir Sistemi’ndeki etkileri anlaşılmış ve 1940 yılına kadar geniş bir alanda kullanılmaya başlanmıştır. 1970 yılına kadar da keyif yapıcı ve bağımlılık yapma potansiyelinin anlaşılması üzerine tıpta kullanımı oldukça dar bir alanda sınırlandırılmıştır<sup>176</sup>. Tıp dışında ise savaş gücünün üyesi olan silahlı kuvvetler ve işçiler tarafından kullanılmıştır<sup>177</sup>.

Klinik etkilerine göre değişik amfetaminler vardır. Bunlar: amfetamin, metamfetamin, metilfenidat ve fenmetazindir. En çok kullanılan amfetamin ise metilfenidattır<sup>176</sup>.

Metilfenidat’ların etki mekanizması temel olarak prefrontal korteks ve striatum’da dopamin ve noradrenalin salınımını artırmak, bu nörotransmitterleri taşıyan proteinleri ve hücre içine alınan nörotransmitterlerin yıkımını sağlayan enzimleri bloke etmektir<sup>178</sup>. Katekolaminerjik etkilerinin yanında kortikal alanda asetilkolin düzeyini de artırır<sup>179</sup>. Metilfenidatlar, plazma proteinlerine bağlanmazlar, hızlıca metabolize edilip, %90 oranda idrarla atılırlar<sup>173</sup>. Hastaların ¾’ü ilk seçilen ilaçtan % 80-90 oranında fayda görür. Kalan %10-20 olguda ise yetersiz etki ya da yan etkiden dolayı beklenen fayda görülememektedir. Yetersiz etki durumunda doz artırımı ya da ilaç değişikliği fayda sağlayabilmektedir<sup>180,181</sup>.

Psikostimulanlar etki sürelerine göre kısa ve uzun süreli olmak üzere iki ana gruba ayrılırlar. Kısa etkili olanlar, Ani- Salımlı (Immediate Release) Metilfenidat (IR-MPH) olarak da bilinirler. Ülkemizde Ritalin ve Medikinet adıyla piyasada bulunmaktadır. Uzun etkili olan Metilfenidat’ların ülkemizde salınımı farklı olan iki şekli vardır. Kontrollü-Salımlı (Extended Release) Metilfenidat (ER-MPH) adı altında Concerta ve Medikinet Retard DEHB’nin tedavisi için kullanılmaktadır. Gerekli zaman kullanılabilme ve

görece ucuz olma kısa etkili olan metilfenidatların, uzun etkili metilfenidatlara göre tercih sebeplerinden biridir. Uzun etkililer ise, günde tek sefer kullanılması ve etkisinin gün boyu sürmesi sebebiyle tercih edilebilirler<sup>164</sup>.

Metilfenidat tedavisi sürdürülürken, 0,3 mg/kg dozunda dikkat, 0,6 mg/kg dozunda sosyal becerilerde düzelme olması beklenir<sup>153</sup>.

Çocuk ve ergenlerdeki hızlı metabolizma sebebiyle ilacın etki süresinin bitimine yakın çok konuşma, hareketlilikte artış, duygusal değişiklikler, huzursuzluk, sinirlilik, dikkat eksikliğinde artma gibi etkiler gözlenmesi, ‘rebound fenomeni’ olarak adlandırılır. Bu gibi durumlarda ilacın alım saati, uygulanan doz ve yeterliliği değerlendirildikten sonra tedaviye genellikle öğleden sonrasına kısa etkili bir metilfenidat eklenebilir<sup>136</sup>.

Keyif vermesi ve yorgunluğu azaltması sebebiyle amfetamin’in sentezini takiben bu ilaçlar depresyonun tedavisinde kullanılmışlardır. Daha sonra piyasaya MAO inhibitörleri, Trisiklik Antidepresanlar ve Selektif Serotonerjik Reuptake İnhibitör’lerinin piyasaya girmesiyle beraber depresyondaki kullanım yeri gittikçe azalmış, yasadışı kullanım nedeniyle kullanımı kısıtlanmıştır. Artık amfetaminler günümüzde başlıca narkolepsi ve DEHB tedavisi için kullanılmaktadır<sup>182,183</sup>. Bunların yanında travmatik beyin hasarı, dirençli depresyon, kanser ağrısı ve HIV ile ilişkili kognitif hastalıkları olan hastalarda da kullanılabilir<sup>184</sup>. DEHB’deki ana şikayetler olan dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellikğin yanı sıra, DEHB’ye sıklıkla eşlik eden KOKB, DB, dürtüsel yıkıcı davranışlar ve sosyal etkileşim üzerine de etkili olduğu saptanmıştır<sup>185</sup>.

Metilfenidatlar ile bildirilen en sık yan etkiler; uykusuzluk, iştahsızlık, karın ağrısı, baş ağrısı, baş dönmesi iken, daha az sıklıkta görülen yan etkiler emosyonel labilite, anksiyete ve huzursuzluktur. Vucüt ağırlığı ve vucüt kitle indeksi üzerine etkilerini araştıran güncel bir çalışmada 298 DEHB’li çocukta 18 aylık metilfenidat kullanım sonucunda parametrelerde önemli düşüş saptanmıştır<sup>186</sup>. Kardiyovasküler sistem üzerine etkilerini araştıran 15 çalışmanın 8’inde bireysel faktörlere bağlı olan kalp atımı değişikliği saptanmıştır<sup>186</sup>. Uyku ve iştah üzerine olan yan etkileri en aza indirmek için ilacın sabah saatlerinde, mümkünse tok karnına alınması önerilir. Uyku problemlerinde uyku hijyenin sağlanması yeterli olabilir. Melatonin, uykuya dalma problemleri

yaşayanlarda iyi bir tercih olabilir. Uykuya dalmadan bir saat öncesinde 3 mg/gün melatonin, çocuğun uykuya dalmasını kolaylaştırmaktadır<sup>136</sup>.

Metilfenidata bağlı çok az da olsa psikotik belirtiler, bazen de mani benzeri bulgular gözlenebilmektedir<sup>187,188,189,190</sup>. Yapılan bir derleme çalışmasında bu oranın 100 olgunun 1,48'inde görülebileceği saptanmıştır<sup>191</sup>. Stimulan başlamadan önce ailesel psikiyatrik öykünün ayrıntılandırılması ve ailesinde özellikle duygudurum bozukluğu öyküsü olan olgularda stimulanların dikkatlice kullanılması önerilmektedir. İlaça bağlı olarak ortaya çıkan yan etkiler, genellikle ilacın dozunun azaltılmasını takiben 2-7. Gün arasında iyileşme gösterirler<sup>189,191,192</sup>. Metilfenidata bağlı varsanılıların genellikle yüksek doz veya intravenöz uygulama yoluyla ortaya çıktığı bildirilmiştir<sup>193</sup>.

Enkoprezis'li bireylerde DEHB sıklığı normal sağlıklı popülasyona göre daha sıktır<sup>194</sup>. Literatür incelendiğinde metilfenidat kullanımının enkoprezis olgularında faydalı olabileceği gözlenmiştir<sup>195</sup>. DEHB'li bireylerdeki seçici dikkatin kısa olması sonucunda rektal gerilimi farkedemedikleri, bu nedenle tualete gitmeyi geciktirdikleri, dürtüselliklerine bağlı olarak bağırsaklarını tam olarak boşaltamadıkları, bunun sonucunda konstipasyon geliştirip inkontinans sürecini başlatıkları öne sürülmüştür<sup>196</sup>. Metilfenidatın yürütücü işlevleri düzeltip, dürtüsellliği azaltarak enkoprezisi azaltması buna yol açmış olabilir. Aynı zamanda DEHB'li bireylere sıklıkla eşlik eden KOKB, zıtlaşmaya yol açarak enkoprezise katkıda bulunabilmektedir. Metilfenidatın zıtlaşmayı azaltarak enkoprezisin ortadan kalkmasına yol açması olası bir etkidir.

Metilfenidat'ın gebelik ve laktasyon boyunca kullanılması önerilmez. MAO inhibitörü olan antidepresanlarla, warfarin ile ve yüksek doz sempatomimetik ilaçlar dışında etkileşime girmez. Rölatif kontraendikasyonlar ise: angina, hipertansiyon, hipertrofik kardiyomiopati, aritmiler, hipertiroidi ve glokomdur<sup>173</sup>.

Metilfenidat'ın DEHB üzerine etkisini dopamin artışı üzerinden gösterdiği göz önüne alınırsa, komorbid olarak bulunan tiklerde artışa yol açabileceği sorusunu akla getirmektedir. Ancak Bloch ve arkadaşlarının 2009 yılında 477 DEHB ve Tik Bozukluğu komorbiditesi olan hastalarla yaptığı çalışmada, Metilfenidat kullanımının kısa dönemde tikleri artırdığına dair yeterli kanıt olmadığı, Atomoksetin kullanımının ise tikleri belirgin olarak iyileştirdiği saptanmıştır<sup>197</sup>. Tiklerin varlığının durumunda, dalgalı seyir gösteren doğal seyrin gözlenmesi için üç ay beklenmesi, mevcut psikostimulan tedavisi ile DEHB

semptomları kontrol altına alındıysa ilaç dozunu değiştirmeden tedaviye düşük doz antipsikotik eklenmesi, semptomlar aynen devam ediyorsa alfa 2 agonistler'e ya da Atomoksetin'e geçilmesi önerilmektedir<sup>136</sup>. Ağır tiklerin varlığında ya da Tourette Sendromu komorbiditesinde antipsikotiklerden özellikle aripipirazol, semptomların kontrol altına alınmasında etkili ve güvenli bir seçenektir<sup>198</sup>.

Epilepsi, DEHB'li olgularda en sık eşlik eden komorbiditelerden biridir. Metilfenidat ya da Atomoksetin tedavisinin bu olgularda nöbet eşiğini düşürmediği, nöbet riski taşımadığı yapılan çalışmalarda gösterilmiştir<sup>199,200</sup>.

DEHB'li çocukların tedavi edilmediği zaman ergenlikte ya da erişkin çağda, DEHB tanısından bağımsız olarak herhangi bir madde kullanma riskinin 1,5 kat, nikotin bağımlılığının 3 kat fazla olduğu ve komorbid KOKGB ya da Davranım Bozukluğu tanısının bu riski artırdığı bildirilmiştir. Tedaviye ne kadar erken başlanırsa, bağımlılık riski o kadar azalmaktadır<sup>201,202,203</sup>.

Bipolar Bozukluğu olan hastalarda Metilfenidatın, duygudurum düzenleyici ile duygudurum kontrolü sağlandıktan sonra tedaviye eklendiğinde DEHB semptomlarını iyileştirdiği ve manik semptomların şiddetini artırmadığı bildirilmiştir<sup>204,205</sup>.

Tanı kriterlerinde yer almasa da emosyonel disregulasyon DEHB'li hastalarda oldukça sık gözlenmektedir. DEHB'li bireylerdeki madde kullanımı ve riskli cinsel etkinlik gibi dürtüsel davranışlarda emosyon disregulasyonun katkısı olabileceği düşünülmektedir<sup>206,207</sup>. Toplum kaynaklı yapılan bir çalışmada duygudurum değişkenliğinin DEHB'li bireylerde, genel popülasyona göre on kat daha fazla gözlendiği, hastaların mevcut kliniğinde % 20-45 arası orandayer aldığı saptanmıştır<sup>208,209</sup>.

Yapılan bir çalışmada metilfenidat kullanımının emosyonel labilite ve DEHB semptomları üzerine faydalı olduğu gösterilmiştir<sup>210</sup>.

### **2.1.9.2. Atomoksetin**

FDA tarafından onay alan ve stimulan olmayan, selektif noradrenerjik reseptör blokörüdür. Dopamin ve noradrenalin taşıyıcı proteinlerine doğrudan bir etkisi yoktur. Oral alım sonrası emilimi hızlıdır, yiyeceklerden çok az etkilenir, yarılanma ömrü

ortalama beş saattir. Farmakokinetiğindeki önemli bir özellik CYP2D6 etkinliğinin bireylerdeki değişimine bağlı olarak ilacın yarılanma ömrünü değiştirmesidir. Yavaş metabolize edenlerde yarılanma ömrü 19 saat iken, hızlı metabolize edenlerde ise 4 saattir. Ek olarak yavaş metabolize edenlerde, kilo kaybı ve nabız yüksekliği diğer gruba göre daha fazla saptansa da, iki grup arasında yan etki olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir<sup>173,211,212</sup>.

Günlük tek doz ya da bölünmüş dozlar şeklinde alınabilir. Olası yan etkiler arasında mide bulantısı, sedasyon ya uykusuzluk, ağız kuruluğu, kabızlık, iştahsızlık ve emosyonel dalgalanmadır. Sedasyon varlığında dozlar gerekirse akşam alınabilir. Fakat dozun akşam alındığında bulantı riskini artırmasının söz konusu olduğu bildirilmiştir. Etkisi 24 saat sürse de, ilacın alımını takiben ilk on iki saatte maksimum fayda görülür. Uyku problemleri, psikostimulanlara göre daha azdır<sup>136</sup>. Tedaviden fayda görülmesi tedavi başlangıcını takiben 6. Haftayı bulabilir. Bu nedenle hızlı cevap vermesi gereken olgularda psikostimulanlarla bileşik edilebilir. Kombinasyon durumunda önemli bir yan etki artışı olduğu gözlenmemiştir<sup>173,213,214</sup>. Ciddi karaciğer hasarı bulgularında tedaviye son verilmelidir<sup>136</sup>.

DEHB'ye eşlik eden anksiyete bozukluklarında, anksiyete semptomlarına da etkili olduğunu bildiren çalışmalar vardır<sup>136,215</sup>.

DEHB üzerine etkisinin, psikositimulanlara göre daha az olduğu bildirilmektedir<sup>136</sup>. Yapılan bir çalışmada; atomoksetinin etki boyutu 0,62 iken, kısa etkili metilfenidatın 0,91, uzun etkili metilfenidatın ise 0,95 olduğu saptanmıştır<sup>216</sup>.

### **2.1.9.3. Alfa Agonistler**

Guanfasin ve Klonidin, FDA tarafından DEHB tedavisi için altı yaş ve üzeri için onay almış; fakat ülkemizde bulunmayan alfa 2 reseptör agonistleridir. Etkileri psikostimulanlara göre daha geç başlar, tek başlarına etkileri zayıf olup, psikostimulanlarla bileşik edildiğinde olguların % 25'inde klinik iyileşme sağladığı gözlenmiştir<sup>217,218</sup>.

Emosyonel dalgalanma sorunu yaşayan, uyku problemleri belirgin olan veya tikleri olan olgularda klonidin'in kullanılmasının DEHB semptomları üzerinde etkili olduğu ve psikostimulanlarla kombinasyonun tek başına kullanımına göre daha etkili

olduğu saptanmıştır<sup>219,220</sup>. Klonidin, 0,1 mg, tek doz ile başlanıp, maksimum doz olan 0,4 mg'a haftalık 0,1 mg'lık artışlarla çıkılabilir. Guanfasin ise 2 mg'lık tek doz ile başlanır, maksimum etkinlik 4 mg'da gözlenmiştir. İki ilaçta da somnolans ve sedasyon gözlenmekle beraber, ilacın düzenli kullanımında bu etkiler geçicidir. Guanfasin'in hipotansiyon ve nabzı azaltıcı etkisi biraz daha uzun sürebilir<sup>221</sup>.

#### **2.1.9.4. Antidepresanlar**

DEHB tedavisinde kullanılan antidepresanlar imipramin, desimipramin, reboksetin, selejilin ve venlafaksindir. Bir Trisiklik Antidepresan olan İmipramin ve Desimipramin, stimulan ya da atomoksetine yanıt alınamayan, DEHB semptomlarına ek olarak anksiyete, depresyon, tik veya enürezis nokturnanın eşlik ettiği olgularda tek başına ya da stimulanlar ile bileşik kullanılabilir. Kardiyolojik ve kolinerjik yan etkisinden dolayı başlangıçta ve takiplerde EKG çekilmesi faydalıdır.

Başlangıç dozu 6-8 yaş arasında 10 mg, daha büyük yaşta ise 25 mg. olup, haftalık 10 mg ya da 25 mg'lık artışlarla günlük maksimum doz olan 2,5 mg/kg'a çıkılabilir.

Reboksetin, selejilin ve venlafaksin ilk sırada tercih edilecek ilk seçenekler olmasa da, klinik olarak anlamlı bulunan çalışmalar vardır<sup>222,223</sup>.

Bupropion, bir diğer noradrenerjik antidepresandır. Daha çok sigara bırakma tedavisinde kullanılsa da yapılan bir eski, bir yeni çalışmada 100-150 mg. Bupropion ve 20-30 mg. Metilfenidat 6 hafta kullanılarak kullanılarak karşılaştılmış, çalışma sonucunda her iki grupta da klinik anlamda % 90 düzelme gözlendiği saptanmıştır. Yan etki profili ve tolerabilite açısından iki ilaç da benzer bulunmuştur. Öğretmenler, bupropion ile klinik düzelmeyi, metilfenidata göre daha az bulmuştur.(%40-60)<sup>224,225</sup>. 2017 yılında yapılan bir diğer çalışmada, DEHB'li bireylerde Bupropion'un etkinliği plasebo ile karşılaştırılmış ve Bupropion'un DEHB semptomları üzerinde etkili olduğu saptanmıştır<sup>226</sup>. DEHB ilaçlarının karşılaştırıldığı bir network metaanalizinde; ilaçlar arasında iştahi en az etkileyen ilacın Bupropion olduğu gösterilmiştir<sup>227</sup>.

#### **2.1.9.5. Diğer Psikofarmakolojik Tedaviler**

Atipik Antipsikotiklerden zellikle Risperidon ve Aripipirazol, DEHB için sıklıkla tek başına ya da stimulanlarla bileşik kullanılabilen ajanlardır. Risperidon'un

dikkatsizlik ve aşırı hareketlilik üzerine, aripipirazol'un ise kognitif fonksiyonlar üzerine olumlu etkileri olsa da, yapılan bir nörogörüntüleme çalışmasında stimulanlar ile normale dönen beyin yapılarının, atipik antipsikotikler tarafından nötralize edildiği gösterilmiştir<sup>228,229</sup>.

Yapılan çalışmalarda, kullanılan atipik antipsikotiklerin, DEHB çekirdek semptomları üzerine etkisinin az olduğu bildirilmiştir. DEHB semptomlarına eşlik eden saldırganlık, yıkıcı davranışlar, emosyonel labilite gibi durumlarda daha sık kullanılmaktadır<sup>230,231,232</sup>.

#### **2.1.9.6. DEHB Tedavisinde Destekleyici Tedaviler**

DEHB tedavisinde ilaç tedavisi her ne kadar en etkili yöntem olarak görülmekte ve ilk seçenek olarak kullanılmakta olsa bile, ek müdahaleler tedavinin başarı şansını artırıp, tedaviye uyumu kolaylaştırabilmektedir. Molina ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptığı çalışmada ilaç tedavisinin yanında psikososyal müdahalelerin DEHB tedavisinde etkili olduğunu göstermiştir<sup>233</sup>.

##### **2.1.9.6.1. Psikososyal Müdahaleler**

Psikososyal müdahaleler ebeveyn eğitimi ve okula yönelik girişimleri içermektedir. Verilecek olan eğitimlerle ebeveyn-çocuk-öğretmen ilişkisi güçlenecek, çocuğun işlevselliği ve uyumu artacaktır. Yapılacak olan ebeveyn eğitimi çeşitli basamakları kapsamaktadır. Öncelikle aileyle hastalığın oluşum nedenleri, doğal seyri, hastalığın şiddetini artıran faktörler, tedavi seçenekleri, tedavinin önemi tartışılmalı ve çocuğun problem olarak görülen davranışları hakkında bilgi alınmalıdır. Bu davranışların hangi ortamlarda ortaya çıktığı, ne zamandır var olduğu, ailenin ve çevresinin bunlara nasıl tepki verdiği, ailenin bu davranışları azaltmak için kullandığı yöntemler, bugüne kadar başvurdukları tedavi yöntemleri ve alınan tedavilerin hastalığa etkileri konuşulmalıdır. Aileler DEHB'li çocukların uygunsuz davranışlarınayönelik olarak mola yöntemi, ödül-ceza yöntemi, ailenin hep beraber katıldığı oyun saati gibi etkinlikleri uygulanabilir<sup>118</sup>.

### 2.1.9.6.2. Neurofeedback

DEHB’li hastaların etyolojisinde yer aldığı artmış teta ve/veya teta/beta beyin dalgalarını düzeltmeye çalışan bir tedavi şekli olarak 1976 yılında kullanılmaya başlanmıştır<sup>234</sup>. 1976 yılında hiperaktivite, 1982 yılında ise dikkat eksikliği ve dürtüselliğe yönelik çalışmalar yapılmıştır<sup>235,236</sup>. Bugüne kadar yayınlanan çalışmalar, istatistiksel olarak tedavi edici boyutunu orta düzeyde bulsa da, çalışmaların küçük örneklem içermesi, randomizasyon problemleri, NF sırasında eğitim ve davranış tedavisi gibi yöntemlerin dışlanmaması gibi metodolojik sorunlar tedavinin etkinliğinin objektif olarak ölçülememesine neden olmuştur. Bu yüzden Neurofeedback yönteminin DEHB üzerindeki etkisini gözlemleyebilmek için çok sayıda katılımlı çift kör plasebo kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır<sup>236,237,238</sup>. 2016 yılında yapılan ve neurofeedback, metilfenidat ve fiziksel aktivitenin EEG üzerine etkilerini araştıran 112 katılımcı çocuk içeren çift kör plasebo kontrollü çalışmanın sonucunda tedavi öncesi ve sonrasında fiziksel aktiviteye kıyasla N fiziksel aktivite grubuna göre F ve MTF grubunda teta dalgasında anlamlı azalma saptanmıştır. NF grubundaki teta dalgasındaki düşüş, DEHB semptomlarındaki azalmayla ilişkili bulunmuş, efor içeren bir görev sırasında ise sadece MTF alan grup fiziksel aktivite grubuna göre alfa ve teta dalgalarında düşüş göstermiştir<sup>239</sup>. Geladé ve arkadaşlarının yaptığı randomize kontrollü bir diğer çalışmada, MTF,NF ve fiziksel aktivite karşılaştırılmış, MTF kullanımının DEHB üzerine etkisinin NF ve fiziksel aktiviteden daha üstün olduğu saptanmıştır. Öğretmenler de metilfenidat için tüm ölçümlerde DEHB semptomlarının azaldığını, bu azalmanın diğer iki grupta gözlenmediğini belirtmişlerdir<sup>240</sup>.

### 2.1.9.6.3. Supplement ve Nutrisyonel Destekler

DEHB’li hastalarda tedaviye destek amacıyla omega yağ asitleri, çinko, demir gibi büyüme ve gelişme için gerekli vitamin ve mineraller çalışılmıştır. Yapılan çalışmalarda tedaviye esansiyel yağ asitlerinin eklenmesinin stimulan tedavisiyle ortaya çıkan iştah problemlerini azalttığı gözlenmiştir<sup>241</sup>. Ayrıca davranış problemleri, özellikle dürtüsellik ve hiperaktivite gibi şikayetlerin azalmasında etkili olduğu, çalışma belleğini güçlendirdiğini bildiren çalışmalar yayınlanmıştır<sup>242,243,244,245,246</sup>.

DEHB’li çocuklarla nutrisyonel terapiye yönelik çalışmalar, DEHB ile obezite arasındaki yakın ilişkinin belirlenmesiyle son yıllarda artış göstermiştir. 728,136 olgunun

dahil edildiği 42 çalışmanın sonucunda, obezite ve DEHB arasında önemli bir bağ olduğu gösterilmiştir<sup>247,248</sup> DEHB'li çocuklarda obezite prevalansının % 40 oranda arttığı, DEHB tedavisinin obezite riskinde artışa neden olduğu öne sürülse de başka bir çalışmada DEHB tedavisinin obeziteyi artırdığı sonucu desteklenmemiştir<sup>249,250</sup>. Bunların sonucunda DEHB'li çocukların beslenmesi incelendiği zaman batı tarzı beslenme sonucu yapay tatlandırıcı içeren gıda ve şeker tüketiminin fazla, omega 3, çinko, bakır, magnezyum gibi destekleyici içeriklerin az olduğu, bu çocuklara nutrisyonel terapi uygulanması sonucunda diyetteki mineral eksiklerinin devam edebileceği için uygulanacak yöntemin çok kısıtlı olmaması gerektiği, Akdeniz diyetine uygun beslenmenin yanında fiziksel aktivite desteğinin faydalı olabileceği, vitamin ve mineral eksiklerinin de yerine konması gerektiği gösterilmiştir<sup>251,252,253,254,255</sup>.

Yapılan birçok çalışmada DEHB'li bireylerde vitamin D. Eksikliği saptanmıştır<sup>256,257,258</sup>. Yürütücü işlevler, sosyal davranış ve duyuşal sistemle ilgili birçok alanda söz sahibi olan serotonin, beyinde D vitaminin aktive ettiği Triptofan Hidroksilaz 2 enzimi yardımıyla Triptofandan üretilmektedir<sup>259</sup>. DEHB'li bireylerdeki yürütücü işlevlerin yetersiz fonksiyon gördüğü göz önüne alındığında, D vitamini eksikliğinin bu çocuklardaki önemi daha da artmaktadır. Vitamin D. Desteğinin DEHB'li çocuklarda dikkatsizlik, hiperaktivite/dürtüsellik gibi çekirdek semptomları da iyileştirdiği yapılan çalışmalarla gösterilmiştir<sup>256</sup>. Aynı zamanda demir, çinko, magnezyum gibi mineral ve elementlerin DEHB'li bireylerde düşük olmasından dolayı, bu maddelerin takviyesinin klinik olarak iyileşmeye yardımcı olabileceği söylenmiştir<sup>260</sup>.

## **2.2. Çocuk Gelişiminde Ebeveynlik Tutumları**

Tutum, bireyin bir insana, gruba, nesneye ya da olaya karşı hissedişini, düşünme sürecini, davranış biçimini etkileyen ve bireyi belirli bir davranışa yönlendiren, yaşantı ve deneyimler sonucu oluşturmuş olduğu değişime dirençli eğilimler bütünüdür<sup>261,262</sup>.

Tutum, olumdan olumsuzu çeşitlilik içinde, bir süreklilik çizgisi üzerinde yer alır<sup>263</sup>. Çocuğun gelişiminde birçok faktör yer almakla birlikte, ailenin ve çevrenin büyük etkisi bulunmaktadır<sup>264</sup>. Kişiliğın gelişmesinde aile büyük önem taşımaktadır. Anne-babanın çocuğa olan davranışları kadar, birbirlerine ve yakın çevrelerine olan davranışları da çocuğun kişilik gelişiminde önemli bir yer kaplar<sup>265</sup>. Onları gözlemleyerek ilk davranış kalıplarını öğrenmeye başlar, öğrendiklerini uygulamaya koyulur<sup>266,267</sup>. Öğrenme

sirasında genellikle anne ve baba rol model olurken, çocuğun çevresinde yer alan ve vakit geçiren anneanne, büyükbaba, amca, hala gibi aile büyükleri de çocuk için özdeşim kaynağı olabilmektedir. Çocuk, çevrenin de yardımıyla zamanla öğrendikleri şeyler artar, bilişsel gelişimin de hızlanmasıyla öğrendiklerini sentez etmeye ve yeni düşünce ve davranışlar oluşturmaya başlar. Anne ve baba bu sırada çocuğun davranışlarına müdahale ederek davranışın ya pekişmesini sağlar, ya da uyarı, ceza, kınama gibi yöntemlerle davranışın değişmesinin yolunu açar<sup>264</sup>. Her iki durumda da anne ve babaların gösterdiği çeşitli davranışlar çocuğun her olaya, kişiye, duruma, nesneye karşı belirli bir yanlılık oluşturmasını sağlayan düşünce ve davranış kalıplarını oluşturarak kişiliğin temellerini atmış olurlar<sup>267</sup>.

Aile, çocuğun fiziksel ve ruhsal gelişimine katkıda bulunurken, bir yandan da çocuğun bulunduğu çevre ve topluma uyum sağlayabilmesi, dış dünyaya adım attığı zaman kafa karışıklığı yaşamaması açısından içinde bulunduğu toplum ve kültürün değer ve yargılarını da benimsedikleri tutum içerisinde aktarırlar<sup>266,268,269,270,271</sup>. Bu nedenle anne ve baba tutumlarının, ebeveynlerin yetiştiği kültürden etkilenmemesi kaçınılmazdır. Aslında dünyadaki anne-baba-çocuk ilişkisi kadar farklı anne-baba tutumu vardır. Aynı kültür içerisindeki farklı ailelerde farklı tutumlarının görülebilmesini Belsky üç farklı nedene bağlamıştır<sup>272</sup>. Belsky'e göre anne ve babalık tutumu üç maddeden etkilenmektedir. Bunlardan birincisi anne ve babanın kişisel özellikleri ve kaynakları, ikincisi çocuğun kişilik özellikleri, üçüncüsü ise aile ve çocuğun yer aldığı sosyal çevre olup, anne-baba mesleği, evlilik uyumu, anne ve babanın sosyal ilişkileri gibi geniş bir çerçeveyi içermektedir<sup>272,273</sup>. Maccoby ve Martin ise anne ve baba tutumlarını belirleyen iki temel özelliğin olduğunu belirtmiştir. Bunlardan ilki anne-babanın çocuğun ihtiyaçlarına cevap verme derecesi, ikincisi ise anne ve babanın çocuktan beklentisi ve hayalleridir<sup>271</sup>.

Aile tutumların çocuk üzerindeki etkisi değişik kuramlar tarafından ele alınmış ve sonuç olarak çocuğun fiziksel gelişimi kadar ruh sağlığı gelişiminde oldukça önemli olduğu vurgulanmıştır.

### **2.2.1. Psikodinamik Açıdan Aile Tutumu**

Psikodinamik açıdan aile ve toplumun, bireyin kişilik gelişimi ve ruh sağlığı açısından önemi farklı kuramlar tarafından ele alınmıştır. Freud, gelişimi psikoseksüel

açından incelerken, Erikson psikososyal açıdan incelemiştir. Daha sonra psikodinamik kuram gelişimini sürdürdükçe bireyin gelişiminde ikili ilişkilerin önemini vurgulayan nesne ilişkileri kuramı ortaya çıkmış, ruhsal gelişimde ikili ilişkilerin bireyin ruh sağlığına etkisi tartışılmıştır<sup>274</sup>.

Psikodinamik kuramda, Freud'a göre ailenin oral dönemdeki uygunsuz tutum ve davranışları çocuğun ileride bağımlı kişilik yapısı, depresif kişilik örüntüsü, bencillik ya da özgecilik gibi işlevselliğini bozacak kişilik yapılanmasına neden olurken, anal dönemdeki ebeveyn ve çocuk arasındaki güç savaşları, annenin tuvalet eğitimindeki aşırı katı tutumları obsesif kompulsif bozukluk ya da obsesif kişilik yapısına yol açabilmektedir. Ödipal/Elektra kompleksinin uygun olmayan çözümü ise nevrotik kişilik yapılanmasına neden olabilmektedir<sup>274,275</sup>.

Daha sonraki akımlarda, insanın salt fizyolojik dürtülerden oluşmadığı, insan davranışlarında libidinal ve saldırgan dürtüler kadar başka dürtülerin olduğu tartışılmış<sup>276</sup>, ve bu dürtülerin içerisinde en önemli olan dürtünün insanın genetiğinde var olan, kendini gerçekleştirme dürtüsüdür. Her insan sevilme, korunma, beslenme gibi temel ihtiyaçları karşılandıktan sonra saygı görme, bağımsız olma, yaratıcı ve sadece kendine özgü, biricik varlık olma gibi şeylere özlem duyar. Bunlardan her birini gerçekleştirdikçe, önüne yeni bir ihtiyacın, yeni bir arayışın çıkmasıyla daha da ileriye gider ve kendini aşma, kendini gerçekleştirme hedefine bir adım daha yaklaşmış olur. İnsan, doğduğu zaman fizyolojik olarak bağımlı olsa da, zaman içinde bağımsızlığını kazanmak ister ve bu durum onun heyecan kadar kaygı da duymasını sağlar. Çünkü bağımsız olursa anne-babanın, toplumun sevgisini ve onayını kaybetme tehlikesi vardır. Eğer anne-babası çocuk büyürken çocuğa koşullu sevgi veren bir tutum içinde olurlarsa, çocuk en temel ihtiyacı olan gerekli sevgi, saygıyı korunmayı sağlayabilmek ve sürdürebilmek adına anne-babasının kafasında tasarlamış olduğu çocuğa uygun davranarak, kendi olma, bağımsız olma isteğinden vazgeçer. Aksine, anne-baba çocuğun kararlarına saygı duyan, karar alırken ona yol gösteren; aldığı karar sonucunda onu destekleyen, yargılamayan bir tutum içerisinde olurlarsa çocuk temel sevgi ve güven duygusu içinde, bu değerleri yitirmekten korkmadan adım atarak, toplum içinde bağımsız bir birey olma yolunda ilerler<sup>266,277,278,279</sup>.

Maslow'a göre; çocuğu sevmek demek, onun her dediğini yapmak değildir. Aşırı hoşgörü ve tolerans, çocuğun kendine güven duymasını engeller. Her istediğini

zahmetsizce elde eden çocuk, ilerde kendi doyumunu için çevresindeki insanları nesne olarak kullanır. Ancak aşırı hoşgörü kadar, sert disiplin de çocuğun kendine güven, kendine yetme, bağımsız olma gibi kişilik özelliklerinin gelişimini engeller. Maslow'a göre en güzel tutum, çocuğa kendisini rahatça ifade edebileceği, var olan yeteneklerini ortaya çıkarabileceği, ama bunu yaparken sınırları da aşmayacağı bir özgürlük alanı tanıyan tutumdur<sup>277</sup>.

### **2.2.2. Anne-Baba Tutumları ve Bağlanma Biçimleri**

İngiliz bir psikanalist olan John Bowlby, 1940'lı yıllarda, Konrad Lorenz ve Harry Harlow gibi hayvan bilimcilerden esinlenerek bağlanma kuramıyla ilgilenmeye başlamıştır. Çalışmalarına anne ve çocuk arasındaki uyumsuzlukları gözleyerek başlayan Bowlby, anneye çocuk arasındaki problemlerin çocukta ruhsal problemlerin ortaya çıkmasında kolaylaştırıcı bir etmen olduğunu öne sürmüştür<sup>280,281</sup>. 6-24. Aylar arasında gerçekleşen bağlanma davranışından sonra, çocuk çevresiyle ilişki içine girmeye başlamakta ve temel bakımvereni ile kurduğu bağlanmanın türüne göre bu ilişkileri şekillenmektedir<sup>282</sup>. Daha sonra Ainsworth tarafından bağlanma, çocuğun bakım verenden ayrıldığı zaman verdiği tepkiye göre üç sınıfta incelenmiştir. Annesine güvenli bağlanan çocuklar, annesinin gidişine tepki göstermekte; ancak anne geri döndüğü zaman eski haline dönebilmektedir. Çocuk yetiştirirken tutarsız ve müdahaleci tutum gösteren annelerin bebekleri arasında güvensiz,kaygılı/ambivalan bir bağlanma gerçekleşmekte, bu bebekler annenin ayrılışına aşırı tepki göstermekte; annenin geri dönüşünde sakinleşmeleri de zor olmaktadır. Bebeği büyütürken reddedici bir tutum sergileyen annelerin bebekleri ise güvensiz/kaçıngan bağlanma örüntüsü sergilemekte, annenin ayrılışına tepki vermemekte, anne döndüğünde ise hiçbir şey olmamış gibi davranmaktadır. Daha sonra Main ve Solomon, bakımverenleri tarafından kronik istismara maruz kalmış, bakımverende depresif şikayetleri olan, kronik rahatsızlık sonucu çocuğun ihmal edildiği olgularda dağınık bağlanmayı tanımlamışlardır. Bu çocuklar anlamsız, tuhaf, birbiriyle çelişen davranışlar sergilemektedir<sup>282,283</sup>.

DEHB ve bağlanmanın incelendiği çalışmalarda, çocuğun mizacının ve ruh halindeki canlılığın DEHB gelişiminde rol oynayabileceği, bebekken çok ağlayan ve zor sakinleşen bebek ile uğraşan ebeveynlerin bebek ile bağlanmasında problemler yaşanabileceği bildirilmiştir<sup>284,285</sup>. Yapılan Prospektif çalışmalarda, çocuklarla ilişkili 40

farklı kriter arasında yalnızca ‘‘6 aylık bebekte ebeveyn-çocuk etkileşiminin kalitesi’’ kriterinin DEHB riskini öngörebildiğini gösterilmiştir<sup>286,287</sup>. Bu duruma yol açan nedenlerin, ebeveynlerin aşırı uyarıcı ve müdahaleci tavrının ebeveyn-çocuk ilişkisini bozması ve anneye sağlanan desteklerin yetersizliğinden dolayı olabileceği şeklinde yorumlanmıştır. Kissgen ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, DEHB olan ilaç alan ve almayan grup ile DEHB tanısı olmayan sağlıklı kontroller karşılaştırılmış, DEHB tanısı olan grupta güvensiz bağlanmanın fazla görüldüğü saptanmış, ebeveynlerin kendi bağlanma stilleri güvenliyse çocuklarının verdiği mesajlara daha duyarlı oldukları, ebeveynlerin çocukların verdiği mesajları doğru zamanda, doğru algılayarak yeterli ve hızlı cevap verme gibi davranışların ebeveyn duyarlılığını artırarak ebeveyn-çocuk ilişkisini olumlu yönde etkilediği vurgulanmıştır<sup>288</sup>. Başka bir çalışmada ise DEHB belirtilerinin dağınık bağlanan çocuklarda güvenli bağlanan çocuklara göre daha şiddetli olduğu bulunmuştur<sup>289</sup>. DEHB ve KOKB/DB komorbiditesi olan hastalarla, sadece KOKB/DB tanısı alan hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada ise DEHB eş tanısı olan olguların dağınık bağlanma örüntüsü daha fazla bulunmuştur<sup>290</sup>.

### **2.2.3. Bilişsel- Davranışçı Kurama Göre Aile Tutumu**

Bilişsel- Davranışçı kuramda ise aile tutumlarının çocuğun üzerine etkisi, daha çok davranışçı ekole göre açıklanmaya çalışılmıştır. Davranışçı ekol, insan davranışlarının bir uyarana verilen tepki sonucu oluştuğunu, insan doğasının yumuşak ve esnek biçimde davranışlarının bulunduğu çevreye göre şekil aldığı, çocuğun birçok davranışı anne-babayı rol model alarak öğrendiğini, çocuğun ilk yıllarda yetiştiği çevrenin kişilik üzerinde büyük etkisi olduğunu söyler. Yetişkinler ödüllendirme, pekiştirme ve ceza yolu ile olumlu davranışları geliştirip, olumsuz olanları söndürerek çocuğu toplumsal bir birey yapmaya çalışırlar. Davranışçı ekolün önde gelen isimlerinden olan Watson bu durumu, kendi cümlesiyle şöyle açıklamaktadır:’’ Bana bir düzine sağlıklı bebek ve onları istediğim şekilde yetiştirme olanağı veriniz. Onlardan tesadüfen herhangi birini alıp yetenekleri, eğilimleri, ırk ve cediti ne olursa olsun seçeceğim herhangi bir alanda yetiştirip meselâ doktor, hukukçu, artist, tüccar, hatta dilenci, hırsız yapabileceğimi garantilerim’’<sup>276,291</sup>.

### 2.3. Aile Tutumlarının Sınıflandırılması

Aile tutumlarının sınıflandırılması ilk kez Symonds tarafından 1939 yılında yapılmıştır. Symonds, aile tutumlarını kabul etme/reddetme ve baskınlık/itaat olmak üzere iki boyut olarak sınıflandırmıştır. Sonraki yıllarda çeşitli boyutlara göre demokratik, otoriter ve izin verici, etnik azınlık, ilgisiz ve tutarsız, yönlendirici, izin verici, yeterince iyi, ilgisiz ve güvenilir anne-baba tutumları şeklinde birçok farklı tutum tanımlanmıştır<sup>292</sup>. Baumrind'in 1970'li yıllarda yaptığı çocuk yetiştirme tarzları ve bunların çocuklar üzerine etkilerini ele alan çalışmaları aile tutumlarının sınıflandırılmasına önemli katkılar sağlamıştır. Baumrind, tutum sınıflaması yaparken kontrol (disiplin) ve sıcaklık (kabul) boyutuna göre; otoriter, izin verici ve demokratik olmak üzere üç anne-baba tutumu tanımlamıştır<sup>293,294</sup>. Baumrind'in sınıflamasını temel olarak kabul eden diğer araştırmacılar, kabul ve kontrol boyutlarını yüksek ve düşük düzeylerinin kesişimi alınarak dört temel aile tutumu tanımlamışlardır. Yüksek ve düşük kontrol, yüksek ve düşük kabul kümelerinin kesişimine göre otoriter, aşırı hoşgörülü, demokratik ve ihmalkar aile tutumları olarak sınıflandırılan aile tutumları, en çok kabul gören tutum olmuşlardır<sup>295,296,297</sup>. Daha sonra araştırmacılar otoriter ve demokratik anne-baba tutumunda gözlenen yüksek disiplin, yani yüksek kontrol boyutu yerine, davranışsal ve psikolojik kontrol boyutunu gündeme getirmişlerdir<sup>298</sup>. Davranışsal kontrol; ebeveynlerin çocuklarının davranışlarını gözlemleyerek denetleme, uygun kurallar koyma ve bunların sonucunda kontrolü sağlama olarak tanımlanmaktadır. Çocuğun davranışları gözlemlenerek, düzenleyici müdahalelerde bulunulması ve disiplinde tutarlı bir yol izlenmesi davranışsal kontrolün en önemli özellikleridir. Davranışsal kontrol, olumlu sonuçlar ve gelişmelerle ilişkili bulunmuştur. Psikolojik kontrol ise ebeveynin çocuğun benlik değerlerini olumsuz yönde etkileyen, bağımsızlık girişimlerini engelleyen, kendini özgürce ifade etmesine olanak sağlamayan bir kontrol yöntemidir. Çocuğa yönelik aşırı beklenti içinde olma, disiplin amaçlı soğuk ve mesafeli davranma, yaptığı davranışlardan dolayı suçluluk hissi duymasını sağlama gibi özellikler içeren psikolojik kontrol, çocuğun benlik gelişimini olumsuz yönde etkilemekte ve özellikle depresyon gibi içe atım problemlerine, düşük özgüven ve yeterlilik duygusuna, saldırganlık gibi davranım problemlerine yatkınlık oluşturmaktadır<sup>298,299</sup>. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, erkeklerin ebeveynlerinden daha psikolojik kontrol, kızların ise davranış kontrol algıladıkları, psikolojik kontrol ile otoriter tutum arasında pozitif,

demokratik tutum ile negatif ilişki olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda bu çalışmada annelerin babalara göre daha fazla psikolojik kontrol uyguladıkları, erkeklerin kızlara göre psikolojik kontrolü hem çocuk hem de ergen grubunda kızlara göre daha fazla algıladıkları da gösterilmiştir<sup>300</sup>.

### **2.3.1. Sık Rastlanılan Aile Tutumlarının İncelenmesi**

#### **2.3.1.1. Aşırı Koruyucu Anne-Baba Tutumu**

Aşırı koruyucu tutum, ülkemizde oldukça sık gözlenen aile tutumlarından birisidir. Bu tutumda ebeveynler, çocuklarına gereğinden fazla ilgi, özen gösterir<sup>301</sup>. Aşırı koruyucu tutumda özellikle anneler ön plana çıkmaktadır. Bunun nedenleri araştırıldığı zaman ebeveynlerin çocuk sahibi olmak için uzunca bir süre beklemiş olması, ebeveynlerin sahip oldukları ilk çocuklardan birinin hastalanması ve/veya vefat etmesi, anne-babaların çocukluklarında kendi ebeveynlerinden görmemiş oldukları sevgi, sıcaklık ve ilgiyi çocuklarına vermek isterken aşırıya kaçmaları, annenin eşinden yeterli desteği göremiyor olması, kültürümüzde aşırı korumacı anne-babalığın iyi ebeveynlikle eş değer tutulması bunlardan yalnızca birkaçıdır<sup>302,303</sup>. Bu tutumda anne-babalar, çocukları yerine düşünür, onlar istek ve ihtiyaçlarını daha dile getirmeden yerine getirmeye çalışırlar<sup>304</sup>. Böylece çocuğun gerek motor, gerek sosyal, gerekse bilişsel alanda akranlarına göre geri planda kalmasına neden olabilirler. Çocuğun zarar görmemesi adına çocuk adına yapmış olduğu her eylem, çocuğun motor fonksiyonlarının yetersizliğine yol açar. Böylece bu çocuklar çevreleri tarafından sakar ve/veya beceriksiz olarak etiketlenmelerine neden olup, çocukta özgüven düşüklüğüne yol açabilecektir. Yine çocuk yerine verilecek olan kararlar, çocuğun bağımsız olarak karar verme yeteneği geliştirmesini engelleyecek, aldığı karar ve bunun yol açacağı sonuçlardan ders çıkarmamasına böylece gerekli tecrübeleri kazanamamasına neden olacaktır. Anne-babasının bu tutumunun sonucunda çocuğun kişiliği ürkek, kolayca karar veremeyen, verdiği kararları başkalarına danışan, savunmasız, istediği olmayınca kolayca duygusal sarsıntı yaşayan, kendi kendine yetmeyen bir kişilik geliştirmesine neden olabilir<sup>305</sup>.

#### **2.3.1.2. Aşırı Hoşgörülü Anne-Baba Tutumu**

Aşırı hoşgörülü anne baba tutumu, çocuğa yaşına göre fazla özgürlüğün tanındığı, çocuklarının isteklerine kolayca boyun eğdiği, bu isteklere herhangi bir

sınırlama ya da denetim koymadan kabul ettiği, uygunsuz davranışlarına rağmen hiçbir koşulda ceza verilmediği, hatta bu davranışların bile hoşgörü ile karşılandığı ve görmezden gelindiği bir tutum biçimidir. Çocuğa aşırı derecede özgürlük tanınması sonucunda, çocuk da herkesin kendine boyun eğmesini, başkalarının kendisine uymasını ve isteklerini gerçekleştirmelerini bekler. Bu da sosyal ilişkilerinin bozulmasına neden olur<sup>306</sup>. Aşırı hoşgörülü aile yapısı incelendiği zaman genellikle bu ailelerin geç yaşta çocuk sahibi olduğu, ya da diğer kardeşiyle arasında yaş farkının fazla olduğu gözlenmektedir. Aynı zamanda kalabalık bir aile yapısı içerisinde tek çocuk olması da ailenin bu tutumu benimsemesinde etkili olan faktörlerden birisidir. Bu tarz aile yapısında çocuğa çok fazla önem verildiği için çocuk merkezi konuma getirilir ve aile üzerinde söz sahibi olmaya başlar. İstedikleri şeyler diğer aile fertleri tarafından hiçbir koşul aranmadan yerine getirilir<sup>307,308</sup>. Yapılan çalışmalar sonucunda aşırı hoşgörülü tutumun, çocuklarda ben merkezci bir kişiliğe yol açtığı ve arkadaş ilişkilerinde uyumsuz davranışa, ikili ilişkilerde problem yaşanmasına neden olduğu ve her isteğinin anında yerine getirilmesi gibi tutumlarından dolayı arkadaş ortamından dışlanmaları sonucunda asosyal bir kişiliğin gelişmesine katkıda bulunduğunu göstermiştir<sup>309,310</sup>.

### **2.3.1.3. Otoriter Anne-Baba Tutumu**

Otoriter anne-baba tutumu çocuğun psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen tutumların başında gelmektedir. Türk toplumunda özellikle babaların benimsemiş olduğu bir tutumdur. Bu anne-baba tutumunda ebeveyn ve çocuk arasında duygusal bir yakınlık olmayıp, çocuk ya da ergen oldukça katı bir disiplin altında yetiştirilir. Çocukların aile içerisinde duygularını ifade etme, söz alma, kararını bildirme gibi bir şansı yoktur. Kurallar ebeveynler tarafından koyulup, çocukların bu kurallara mutlak bir şekilde uyması beklenir. Kurallara uyulmaması durumunda ceza verilebilir. Aile çocuğun bağımsız bir birey olduğunun farkında olmayıp, birçok kararı çocuk adına kendileri alır. Çocuklarına karşı göstermiş oldukları sevgi, belirli koşullara bağlıdır. Bu nedenle kendi duygu ve düşüncelerini dinlemeyi unutup sadece otoriteyi mutlu etme adına yaşayabilir. Bu nedenle özgüvenini yitirip, yapacağı davranış nasıl bir tepkiye neden olacağını tahmin edemediğinden dolayı çevredeki kişilerin yönlendirmesiyle hareket etmeye başlar. Koşullara bağlı olarak verilen sevgi çocukta hayal kırıklığına, sevilmediği hissine neden olabilir<sup>293,294,310,311</sup>. Bu aileler, çocuğu fiziksel ya da duygusal

yönden istismar ederek, disiplin etmeye çalışabilir. Onlara göre, itaat, bir erdem olup, çocuğun eleştirilmesi onu başarıya götürecektir olan yollardan birisidir. Bu tutumla yetiştirilen çocuklarda sosyal alanda girişim azlığı görülür, yanlış yapma korkusundan dolayı kaygı düzeyleri yüksektir. Yaşıtlarına göre daha fazla depresiftirler<sup>310,312</sup>.

#### **2.3.1.4. Dengesiz-Kararsız Anne-Baba Tutumu**

Türk toplumunda sıkça rastlanan bir başka tutumdur. Bu tutumda anne-baba, bazı zamanlarda da çoğunlukla büyükanne-büyükbaba tutum konusunda kararsız davranırlar. Çoğunlukla aşırı hoşgörölü, aşırı koruyucu ve otoriter tutumun örnekleri, gün içerisinde ya da bazen aynı saat içinde değişik yoğunluklarda sergilenir. Çocuğun davranışı, anne tarafından hoşgörölüyle karşılanıp, anne tarafından görmezden gelinirken, baba bu davranışa otoriter tarzda yanıt vererek çocuğu cezalandırır. Bu durum aile bireyleri arasında gerilime yol açarken, çocukta da kafa karışıklığına neden olur. Bazen anne-babanın koyduğu kurallar, disiplin yöntemleri aile büyükleri tarafından görmezden gelinmekte, çocuğa karşı aşırı koruyucu ya da aşırı hoşgörölü davranarak anne-babanın ev içerisindeki otoritesinin çocuk gözünde sarsılmasına neden olmakta, ebeveynlerinin günler/haftalar içerisinde uygun disiplin yöntemleri ile elde ettikleri olumlu davranışın etkisini azaltmakta, kimi zaman tersine çevirmektedir. Öncelikle anne-babanın çocuğa karşı ortak hareket etmesi, diğer aile bireylerinin bu konuda kendilerine yardımcı olmaları konusunda önceden uyarılması çocukta kafa karışıklığını engelleyecek, tutarlı bir disiplin sonucunda olumlu davranışlar elde edilebilecektir<sup>313,314</sup>.

#### **2.3.1.5. Demokratik Anne-Baba Tutumu**

Demokratik anne-baba tutumu, çocuğun psikososyal gelişimini en olumlu yönde etkileyen anne-baba tutumudur. Bu anne-baba tutumunda, aile içerisinde her bireyin isteği sevgi ve saygı çerçevesinde değerlendirilir. Bireyler arasında sıcak bir iletişim vardır. Anne-baba, çocuklarının ayrı bir birey olduğunu bilirler. Çocuklarının ilgi ve ihtiyaçlarının farkındadırlar. Uygun bir şekilde gelişmeleri için ihtiyaçlarını gerektiği kadar karşılarlar. Temel ihtiyaçlar, koşulsuz olarak karşılanır. Sevgi ve saygı, herhangi bir koşul olmadan verilir. Uyulması gereken kurallar, öncesinde çocuğa açıklanır, kurallar net ve açıktır, bazı kurallara ev içinde olduğu kadar ev dışında da uyulması beklenir<sup>315,316</sup>. Demokratik aile tutumunda çocuklar, belli sorumluluklara sahiptir, böylece kendi ayağının üzerinde durabilen, kendine yetebilen bireyler yetiştirilmesi hedeflenir<sup>312</sup>.

### **2.3.1.6. İlgisiz ve Kayıtsız Anne-Baba Tutumu**

İlgisiz ve kayıtsız anne-baba tutumunda, ebeveynler ve çocuk arasında iletişim problemleri vardır. Bu anne-tutumunun oluşumunda çok genç yaşta anne-baba olma, ebeveynlik hakkında yeterince bilgi sahibi olmaması, anne-babanın stres dolu sosyal yaşamından çocuğa ayıracak vakit ve yeterli güç bulamaması, çocuğun istenmemesi, ebeveynler arasında uyumsuzluk gibi etkenler suçlanmıştır. Çocuğun temel ihtiyaçlarının yeterince karşılanmamasının yanı sıra, sosyal ve duygusal gereksinimleri göz ardı edilir. Bu aile yapısında çocuk çok fazla yalnız başına vakit geçirir, ebeveynleri ile yeterince sıcak ve doyurucu iletişim kuramaz. Yeterli ilgi göremeyen çocukta çevresine karşı saldırganca bir tutum gözlenebilmektedir<sup>310,317,318,319</sup>.

### **2.4. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Aile Tutumları**

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, dünyada sıklığı % 5-10 arasında değişen, çocuk ve ailesi üzerindeki büyük etkileri olan nörogelişimsel bir bozukluktur<sup>34</sup>. Tanıdan önce çocuğun aile ve okul içindeki işleyişinin ayrıntılı değerlendirmesi, hastalığın gelişiminde rol oynayabilecek temel faktörlerin anlaşılması açısından önemlidir<sup>320</sup>. DEHB'nin aileler ve çocukların yaşamları üzerindeki geniş etkisi, hem aile hem de çocuk açısından bir dizi olumsuz sonuç için bir risk faktörü olarak görülebilir<sup>321</sup>. Johnson C. ve Mash E.J.'nin yaptığı bir çalışmada DEHB semptomlarının ebeveynlerin davranışını ve ebeveyn uyumunu etkileyebileceği, aynı zamanda aile tutumunun da DEHB şikayetleri üzerinde etkili olabileceği gösterilmiştir<sup>322</sup>. Ebeveynlerin çocukları üzerindeki etkisinin değişmez, kalıcı gibi olacağı fikri cazip gelse de, çocuğun mizacı ve davranışları ebeveynlik kalitesini etkilemektedir<sup>323</sup>. DEHB'li çocukların aileleri daha fazla stres yaşamakta, çocuğa karşı faydalı olmayan, uyumsuz ebeveyn davranışlarına neden olabilmektedir<sup>324</sup>.

Aile tutumunun DEHB semptomları ile ilişkili olduğu birçok çalışma ile desteklense de<sup>325,326</sup> ebeveyn tutumunun hastalığın dışı vurumunun başlangıcı ve devamında rol oynadığını, DEHB semptomları ile aile tutumu arasında herhangi bir ilişkinin var olmadığını öne süren çalışmalar da mevcuttur<sup>327,328</sup>. Genel olarak öne sürülen teori, çocuğun yaş, cinsiyet ve komorbid hastalıklarının çocukta davranış problemlerine neden olduğu, çocuğun davranışlarının annede stres oluşturduğu, bu iki durumun ayrı olarak ya da her ikisinin bir araya gelmesi sonucunda aile içi problemleri başlattığı yönündedir<sup>329</sup>.

Aile dinamiğini, ailenin etnik yapısı, sosyoekonomik durumu da etkilemektedir. Etnik azınlıkta yer alan ailede büyümek, Hispanik köken ve düşük sosyoekonomik seviyenin aile çatışmasını artırdığı için DEHB gelişiminde rol oynayabileceği saptanmıştır<sup>330,331,332</sup>. Kendall ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, çocuktaki davranış problemlerinin yüksek aile gelirinde, düşük gelire göre ve Afro-Amerikalarda da beyaz ırka göre daha az olduğu, DEHB tanısı konma yaşı arttıkça aile içi çatışmanın da arttığını göstermiş, annedeki stresin artmasının DEHB'li çocukta davranış problemlerini artırdığını da eklemiştir<sup>329</sup>. Aynı zamanda bu çalışmada çocuktaki davranış problemlerinin aile çatışmasında direkt etkili olmadığını, anne stresinin bu ikili arasında aracı bir olabileceği vurgulanmıştır<sup>329</sup>.

Çocuk ve/veya ergene DEHB tanısı konulması, süreç içerisinde aile içi dinamiğinde birçok değişime yol açar. Bu değişimden çocuğun bakımı, ödev kontrolü, çocuğun günlük aktivitelerinin takibi nedeniyle birebir ilgilenmesi gereken annelerin babalara göre daha çok etkilendiği saptanmıştır. DEHB, çocuk/aile çatışmasına, yetersiz ebeveynliğe, ebeveynlerde özellikle de annelerde anksiyete ve depresif şikayetlerin ortaya çıkmasına neden olabilir<sup>333,334,335</sup>. Çocuktaki DEHB tanısının KOKB ve/veya DB komorbiditesi bulunmasa bile annede depresyonu yordadığı bildirilmiştir<sup>54</sup>. Yapılan bir çalışmada annedeki depresif semptomların, DEHB'li çocuklarda Davranım Bozukluğu riskini artırdığı saptanmıştır<sup>336</sup>. Depresif semptomlar, ebeveynlerde işlevsel olmayan ebeveynlik davranışlarına neden olmaktadır<sup>335</sup>. Yapılan başka bir çalışmada çocuktaki DEHB ve davranım bozukluğu birlikteliğinin babada antisosyal kişilik özellikleri ve depresyon riskini artırdığı gösterilmiştir<sup>337</sup>. Danforth ve arkadaşlarının yaptığı bir diğer çalışmada bu ailelerin özellikle hiperaktivite ve dürtüsellikten yakındıkları, çocuklarına karşı daha kontrol edici oldukları ve davranışlarını onaylamama eğiliminde oldukları, sözel kınamalara daha fazla başvurdukları, daha fazla sözel talimat verdikleri, verdikleri komutları daha fazla tekrarladıkları saptanmıştır. Bu çalışma DEHB'li çocuğa sahip ailenin daha az ödüllendirici ve daha katı olduğu da vurgulanmıştır<sup>338</sup>. Yapılan güncel çalışmalar bu çalışmayı desteklemiştir. Alizadeh ve arkadaşlarının İran'da yaptıkları bir çalışmada DEHB'li çocuğa sahip ailelerin çocuklarına karşı daha az sıcaklık gösterdiği, çocuklarıyla olan etkileşimlerinin daha az olduğu ve fiziksel disipline daha fazla başvurduklarını göstermiştir<sup>339</sup>. Japonya'da yapılan bir diğer çalışmada DEHB'li çocuğun annesinin sağlıklı kontrollere göre daha sıkı oldukları, çocuklarına karşı daha

memnuniyetsiz oldukları, daha tutarsız davrandıkları, çocuklarını daha fazla suçlama eğiliminde oldukları saptanmıştır<sup>340</sup>.

Ebeveyn ve çocuk arasındaki iletişim, emosyonel stabilite, davranış problemleri, ebeveyn-çocuk arasındaki bağlanma paterni ve ebeveynlik stili gibi birçok faktör tarafından etkilenmektedir<sup>127,333,335,341</sup>. DEHB'li çocuğun yaşı arttıkça, anne-çocuk arasındaki iletişim de giderek kötüleşmektedir<sup>342</sup>. Riskli davranışlara yönelme, erken ergenlikte akran reddine maruz kalınması, davranım problemleri olan akranlarla olan iletişim annenin aşırı kontrolcülüğü ve otoriterliğini artırdığı saptanmıştır<sup>343</sup>. Diğer yandan otoriter annenin yükünün çocuktaki zıtlasma ve/veya davranım problemleri, çocuğun stresörler karşısındaki dayanıksızlığı, huysuz tavrı ve kaygılı davranışları ile artmakta olduğugösterilmiştir<sup>344</sup>.

Ebeveynin uyguladığı çocuğa karşı olan umursamaz tavır, tepkisel ebeveynlik, çocukla olan iletişim sırasında çok fazla kelime sarf etme gibi işlevsel olmayan disiplin yöntemlerinin, DEHB tedavisinin yetersizliğine yol açtığı gösterilmişken, ebeveyn stresi ise ebeveyn depresyonu ile ilişkili bulunmuştur<sup>335,345</sup>. Annenin tutarsız disiplin yöntemlerinin, DEHB semptomları ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalarda, DEHB semptomlarının annedeki reddedici tavrın artmasına neden olabileceği saptanmıştır. Tutarsız davranışlar, çocuklar üzerinde efektif olmayan bir ebeveynliğe yol açarken, çocukta kafa karışıklığına yol açarak sıkıntı yaratmaktadır<sup>326</sup>. Annenin kendine özel annelik stili ve DEHB semptomlarının yoğunluğunun her ikisi, annelik stresinin şiddetinin derecesinde etkilidir<sup>335</sup>. DEHB semptomlarının azalmasında anne sevgisi ve sıcaklığındaki artmanın, babalarınkinden daha etkili olduğunu bildiren çalışma da mevcuttur<sup>346</sup>. DEHB, annenin ebeveynliğini etkilemesi kadar, aile ilişkilerinin zedelenmesine, ebeveyn-çocuk ilişkisinin bozulmasına ve tutarsız iletişimlerin oluşmasına katkıda bulunmaktadır. DEHB'lilerde çocukluktan ergenliğe kadar olan gelişim döneminde fiziksel ve davranışsal sorunların artması, ailelerinde ek zorluklara yol açmaktadır. Bunlara ek olan komorbid durumlar, ebeveynlik stresinin belirgin artmasına, olumlu ebeveyn tutumlarının azalmasına ve ebeveyn çocuk etkileşiminin zayıflamasına neden olmaktadır<sup>34,327,341</sup>. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan birçok çalışmada DEHB'li çocuğa sahip ailelerin çocuk yetiştirme sırasında maruz kaldıkları strese sıklıkla tepkili oldukları, bu stresle savaşırken ebeveynlik davranışlarının optimalden uzaklaştığı, daha uygunsuz ebeveynlik davranışlarına yol açtığını

göstermektedir<sup>347</sup> DEHB'li çocuğa sahip ebeveynlerin evlilik memnuniyetlerinin daha düşük olduğu, bu çiftlerde boşanma oranlarının kontrol ebeveynlere göre daha fazla olduğu da bildirilmiştir<sup>348,349</sup>.

Genel olarak DEHB'li bir çocuğa sahip olan ailelerde, çocuklar ailelerini daha kontrol edici bulup ebeveynleri daha olumsuz olarak algılarken, ebeveynler kendi ailelerini daha az destekleyici ve daha fazla stresli olarak bulmuşlardır<sup>350</sup>. Çalışmalar daha çok DEHB ve aile/ebeveynlik ilişkisi üzerine yoğunlaşmasına rağmen, DEHB çekirdek belirtilerinin ebeveyn/çocuk etkileşiminin farklı yönlerine olan etkisi yeterince araştırılmamıştır. Gau ve Chang'ın 2012 yılında yaptığı bir çalışmada 190 persistan DEHB'li, 147 persistan olmayan DEHB'li ve 223 DEHB olmayan adolesan çalışmaya alınmış, anneleri de çalışmaya dahil edilerek Parental Bonding Instrument (PBI) ve Social Adjustment Inventory for Children and Adolescents (SAICA) gibi ölçekler dahil edilerek annelerin ebeveyn bağlanması ve çocukların sosyal uyumunun DEHB'deki etkisi ölçülmeye çalışılmıştır. Anne ve çocukların ek olarak ruhsal muayenesi de yapılmıştır. Çalışmanın sonucunda her iki DEHB grubunun, sağlıklı kontrol grubuna göre annelerini aşırı kontrolcü, daha otoriter, daha az şefkatli olarak, persistent DEHB grubunun ise diğer DEHB grubuna göre annelerini daha otoriter olarak tanımladığı, bu grubun evde daha çok davranış problemi yaşadığı gözlenmiştir. Her iki DEHB grubunun annelerinin sağlıklı kontrollere göre daha nevrotik ve depresif olduğu saptanmıştır<sup>342</sup>.

Dikkatsizlik alt tipi baskın olan grupta, depresif annelerde, tanının daha geç konduğu olgularda ve komorbidite eşliğinde anne bakımı ve şefkatin daha az olduğu, hiperaktif/ dürtüsel alt tip baskın olan olguların annesinin diğer gruba göre daha nevrotik olduğu, tanı konma yaşı ne kadar erken ise anne korumacılığının o kadar arttığı, dikkatsizlik alt grubu baskın olan ve psikiyatrik komorbiditesi olan olguların aile içi dinamiğini (aile bakımı, anneyle olan iletişim, evde olan davranış problemleri gibi) diğerlerine göre daha olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır. Erkek olguların annelerini, kızlara göre daha kontrolcü ve korumacı buldukları ve annelerini kızlara göre daha az şefkatli algıladıkları saptanmıştır. Annenin aşırı korumacı tavrının hiperaktivite/ dürtüsellik ve anne nevrotikliğiyle daha ilişkili olduğu da bildirilmiştir. Yapılan bu çalışmada daha önce metilfenidat kullanmayan olguların aile desteği algısının ve anneyle olan etkileşimlerinin daha az olduğu saptanmıştır. Beş yılı tamamlamayan medikal tedavi

desteğinin DEHB semptomlarını güçlü şekilde azalttığı, bu olgularda fonksiyonel olarak daha az bozulma saptandığı da son yıllarda yapılan yayınlarla desteklenmiştir<sup>342</sup>.

Kashdan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, DEHB semptomlarından ziyade Karşıt Olma-Karşıt Gelme bozukluğu semptomlarının ebeveynlik davranışlarını daha çok etkilediği, KOKB'de daha fazla olumsuz disiplin yöntemine başvurulduğu, ebeveyn sıcaklığının diğerlerine göre daha az hissettirildiği, pozitif ebeveyn mdahelerinin daha az olduğu saptanmıştır<sup>351</sup> Aynı zamanda bu çalışmada parental anksiyetenin negatif ebeveynlik üzerindeki etkisinin benzersiz olduğundan bahsetmiştir. Anksiyete, ebeveynleri strese karşı savunmasız kılarak ikili ilişkilerin bozulmasına neden olmaktadır. Johnson C. yaptığı iki araştırma da Kashdan ve arkadaşlarının sonucunu destekleyerek, negatif ebeveynlik davranışının ve artmış aile içi atışmanın KOKB'de DEHB'ye göre daha fazla görüldüğünü belirtmiştir<sup>322,352</sup>.

Yapılan geniş çaplı klinik kontrollü bir çalışmada; çocuktaki DEHB semptomlarının şiddeti ve DEHB anksiyete komorbiditesi ile annedeki depresif semptomların DEHB tedavisine verilen yanıtı azalttığı gösterilmiştir. Çalışmada davranış tedavisi ve medikal tedavi kombinasyonunun, ebeveyn-ocuk ilişkisi üzerinde, yalnızca medikal tedaviye oranla daha etkili olduğu da saptanmıştır<sup>353,354,355,356</sup>. Başka bir çalışmada ebeveynlere yönelik uygulanan davranış eğitiminin annelerdeki DEHB'ye yönelik başa çıkma gücünü artırdığı, Davranım Bozukluğu komorbidite riskini azalttığı, çocuklardaki hiperaktivite ve saldırgan davranışlarını azalttığı, olumlu ebeveyn davranışlarını artırıp, ebeveyn stresini azalttığı saptanmış, Davranım Bozukluğuna yönelik olumlu etkileri Avustralya ve in'de yapılan çalışmalarla desteklenmiştir<sup>357,358,359</sup>.

Pfinner ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, maternal anksiyete, ebeveynlerin aşırı korumacı tavrı ve olumlu ebeveyn davranışlarının yetersizliğinin, DEHB'li çocuklarda anksiyete riskini artırdığı gösterilmiştir<sup>337</sup>. Depresif şikayetleri olan DEHB'li çocukların incelendiği bir diğer çalışmada ise depresif şikayetleri olmayan DEHB'li çocuklara göre bu ailelerde çocuklar ailelerini daha fazla g kullanan ve ebeveyn sıcaklığının daha az hissedildiği bireyler olarak tanımlamışlardır<sup>335</sup>.

Komorbid olan bazı ek psikiyatrik tanılar da ebeveyn tutumunu etkilemektedir. Seipp ve Johnston'un yaptığı bir çalışmada DEHB ve KOKB tanılı, yalnızca DEHB olan

ve sağlıklı kontrollerin annelerini karşılaştırmış, KOKGB eş tanımlı annelerin diğer gruba göre çocuklarına karşı daha az hassas, daha tepkili ve daha saldırgan tutum içinde olduğu saptanmış, sadece DEHB tanımlı annelerin diğer gruplarla arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır<sup>360</sup>. Başka bir çalışmada 129 okul öncesi çocuk KOKGB, DEHB, KOKGB ve DEHB riski olanlar ve sağlıklı kontroller olarak dört gruba ayrılmış, KOKGB riski taşıyan çocukların anneleri kendilerini daha yetersiz gördükleri, aile fonksiyonlarının daha az fonksiyonel olduğu, çocuk yönetimi konusunda daha az iddialı strateji kullandıklarını bildirmişlerdir<sup>361</sup>. DEHB ve DB komorbiditesi olan olguların aileleri yapılan bir çalışmada DB komorbiditesi gösteren ailelerin, çocuklarına karşı daha az sıcaklık gösterdiği çocuklarına daha az bağlı oldukları, efektif olmayan disiplin yöntemlerine başvurdukları, daha fazla antisosyal kişilik davranışı gösterdikleri saptanmış, hem KOKGB, hem de DB komorbiditesinde annenin etkili olmayan disiplin yöntemlerinin etkili olduğu gösterilmiştir<sup>337</sup>. Ebeveynlik becerilerinin zayıf olması sonucunda çocukların iç disiplin problemleri şiddetlenmekte, DEHB'nin daha da kötü sonuçlar yol açmasına neden olabilecek olan yıkıcı davranışların gelişim riskini artırabilmektedir<sup>324</sup>. Davranım bozukluğunun gelişmesinde sıkı ve tutarsız olan anne baba tutumunun da önemli bir rol oynayabileceği bildirilmiştir<sup>362</sup>. Yapılan uzunlamasına bir çalışmada annenin otoriter tutumunun sosyoekonomik durum ve annedeki psikososyal stresten bağımsız olarak, çocukta 5. ve 10. yaşlarında davranım bozukluğu riskini artırdığı, otoriter tutumun davranım bozukluğu tanısını öngördüğü gösterilmiştir<sup>344</sup>. Bu çalışmada sosyoekonomik seviye azaldıkça ve annenin keyifsizlik ve yorgunluğu arttıkça otoriter tutumun da artacağı saptanmıştır<sup>344</sup>.

DEHB'li çocuklarda her disiplin yönteminin de işe yaramadığı gösterilmiştir. Ailelerin aşırı toleranslı davranımları ya da duygusal olarak aşırı tepki göstermeleri ailelerin işlevsel olmayan tutumlarının süregelenleşmesine neden olmaktadır. Aşırı hoşgörölü olma ya da disiplinin çok büyük oranda kullanılması da benzer sonuçlara neden olmakta, ailede hayal kırıklığı, sinir ve huysuzluğa neden olmaktadır<sup>352,363,364</sup>. Annenin ebeveynlik stilinin davranış problemleri açısından risk oluşturduğu, fakat DEHB semptomlarının şiddetini etkilemediğini bildiren çalışmalar da mevcuttur<sup>322,365</sup>. Alicia Muñoz-Silva ve Rocío Lago-Urbano'nun 2016 yılında yaptığı bir çalışmada DEHB'li çocuklardaki davranış problemlerinin daha çok ebeveynin eleştirici ve reddedici tavrıyla ilişkili olduğu, DEHB semptomlarının şiddetinin ise ebeveynlerin aşırı hoşgörölü tavrıyla

ilişkili bulunmuş, eleştirel ya da aşırı hoşgörölü tavrın çocuk gelişimi için uygun olmayabileceği belirtilmiştir<sup>366</sup>. Buschgens ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada aşırı korumacı tutum, reddedicilik ve ebeveyn sıcaklığının az olması dışavuran davranış problemlerin ortaya çıkmasında oldukça önemli olduğu saptanmıştır<sup>367</sup>.

Normalde öfke uyandırmayacak uyaranlara karşı kolay ve çabuk öfkelenme, aşırı tepkisellik olarak tanımlanabilen irritabilite, DEHB’li bireylerin % 38’inde, normal popölasyona göre on kat fazla gözlenebilen bir semptomdur<sup>209,368</sup>. Mick ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada irritabilitenin DEHB’deki en zarar verici semptom olduğu vurgulanmış, başka bir çalışma ise psikostimulan kullanımının irritabilite düzeyini azalttığını göstermiştir<sup>369,370</sup>. İrritabilite, aynı zamanda aile ilişkilerini de kötü etkilemektedir. Uçar ve Vural’ın irritabilite problemi olan DEHB’li ergenlerle yaptığı bir çalışmada, bu ergenlerin ailelerinde kontrol grubuna göre demokratik/eşitlikçi aile tutumunun anlamlı olarak düşük bulunduğu, disiplinin daha sıkı uygulandığı, evlilik çatışmasının daha fazla olduğu ve annelerin ev hanımı rolünü daha fazla reddettiği saptanmıştır. Yine bu çalışmada ailelere göre ergende irritabilite arttıkça, aile içinde eşitlikçi tutum azalmakta olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada DEHB’li ergenlerin, sağlıklı kontrollere göre irritabilite düzeyinin yüksek olduğu, bu ergenlerin ailelerinde ise olumsuz tutumların kontrol grubundaki ailelere göre daha fazla olduğu dikkat çekmiştir<sup>371</sup>.

DEHB ve aile tutumu arasındaki ilişkiyle ilgili çalışmalar ülkemizde oldukça az sayıdadır<sup>325,372,373</sup>. Durukan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, DEHB olan çocukların annelerinin öfke düzeyine odaklanmış, DEHB’li çocuklarının annelerinin öfke düzeyinin, sağlıklı kontrollere göre yüksek olduğu, özellikle dışa dönük öfke puanlarının Connors Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği’de dikkatsizlik ve sosyal problem alt ölçeklerinden yüksek olanlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır<sup>373</sup>. Ertuğerul ve Toros’un 2009 yılındaki çalışmasında ise DEHB’li ergenlerin algıladıkları ebeveyn tutumu ile ebeveynlerinin evlilik uyumları arasındaki ilişkiye bakılmış, sonuç olarak otoriter olarak algılanan ebeveynlerin evlilik uyum puan ortalamasının, izin verici/hosgörölü ebeveyn tutumuna göre daha düşük olduğu, izin verici/ihmalkar tutum ile izin verici/hosgörölü ebeveyn tutumunda ise izin verici/hosgörölü olan grupta evlilik uyum puan ortalamasının yine daha yüksek olduğu saptanmıştır<sup>372</sup>. Çöp ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptığı çalışmada anne baba tutumunun DEHB üzerine etkisi incelenmiştir. Çalışmada hiperaktif

çocukların anne babalarını daha az sevecen, daha ilgisiz, daha reddedici olarak gördükleri, daha az denetleyici olarak algıladıkları, annelerin bu çocukları baskıcı bir yöntemle disiplin etmeye çalıştığı, çocuk tarafından bunun reddedici bir tutum olarak algılandığı saptanmıştır<sup>325</sup>. Geçmiş çalışmalarda ise ebeveyn reddediciliği ile çocuktaki düşmanca tavır arasında bir ilişki olduğu ve çocukta dikkat sorunları, saldırganlık ve suça eğilime yol açabileceği bildirilmiştir<sup>374,375</sup>. Çöp ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada çocuklar tarafından algılanan denetim ile DEHB alt türleri arasında farklılık bulunmuştur. Çalışmaya göre kız cinsiyet, öğretmen bildirimine göre dikkatsizliğin baskın olduğu tipte ve psikiyatrik komorbiditede algılanan denetim arasında pozitif bir ilişki varken, hiperaktivitenin baskın olduğu tip ile algılanan denetim arasında negatif bir ilişki vardır<sup>325</sup>.

DEHB ve aile tutumlarına yönelik çalışmalar ve yayınlar incelendiği zaman anne ve oğulları arasındaki ilişkinin ön plana çıktığı, babaların ve kızların araştırmalara daha az dahil oldukları gözlenmiştir. Araştırmaların yanı sıra babaların DEHB'ye yönelik psikiyatrik değerlendirmelerin ilk basamağından takip sürecinin sonuna kadar annelere göre katılımlarının daha az olduğu dikkati çekmiştir<sup>376</sup>. Babaların, çocuklarının davranışlarına verdiği yanıtlar da annelere göre farklıdır. Yapılan çalışmalarda DEHB'li annelerdeki depresyon oranı sağlıklı annelere göre daha yüksekken, babalardaki depresyon oranı ise sağlıklı babalardakinden farksızdır. Yine, anne çocuğunun dikkatsizlik problemlerinden dolayı daha çok stres yaşarken, babalar bu durumdan çok da etkilenmemektedir<sup>341,350</sup>.

Tallmadge ve Barkley'in yaptığı bir çalışmada DEHB'li erkek çocukların annelerine göre babalarıyla daha iyi anlaştığını göstermiştir<sup>377</sup>. Başka bir ilginç sonuç ise babaların çocuklara uyguladığı otoriter tutumun arttıkça çocukta görülen olumlu davranış sayısındaki artışın gözlendiği Hinshaw'ın 1997 yılındaki çalışmasıdır. Bu çalışmada babalar, çocuklarının sorunlu davranışına eleştirel, saldırgan ve olumsuz davranırsa, aşırı destekleyici ebeveyn tutumuna göre çocuktaki antisosyal davranış daha fazla azalmaktadır<sup>378</sup>. Gerdes ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada DEHB'li çocuklar babaların düşündüğünün tersine, babalarıyla olan etkileşimlerini pozitif olarak değerlendirmektedir<sup>379</sup>. Bir başka çalışmada DEHB'li çocuğun babasındaki babalık stilinin eşine duyduğu sevginin derecesi ve çocuğun babalık rol modeli tanımlamasında önemli olduğu öne sürülmüştür. Çalışmaya göre babanın eşine duyduğu sevgi, babanın

ebeveynlik stilinde çocuklarına karşı azalmış umursamaz tavır ve azalmış aşırı korumacı tutum ile ilişkilendirilmiştir<sup>380</sup>. Babalık stili, aynı zamanda tedaviye verilen cevabı da etkilemektedir. Babaların zayıf ebeveynlik davranışları kadar DEHB'li çocukların huysuz davranışlarından yakınmaları ve çocuklarının yetersiz çaba gösterdiklerini öne sürmeleri, tedaviye verilen yanıtını kötü etkilemektedir<sup>345</sup>. Tedaviye verilen yanıtı kötü etkileyen diğer etmenler; anne ve babanın her ikisinin işlevsel olmayan disiplin uygulamaları, annenin düşük özgüveni, anne ve babanın zayıf ebeveynlik etkisi ve de annenin dış kontrol odağı olmasıdır<sup>345</sup>. İlaç tedavisi ebeveynlerin çocuğun davranışlarına yönelik nitelendirmelerini etkiler, böylece ebeveynlerin kontrol odağı olmasına da tesir etmiş olacaktır<sup>381,382</sup>.

Babaların DEHB teşhis ve tedavisi konusundaki düşüncelerini aydınlatmak için yapılan bir çalışmada, babaların hastalığa yaklaşım konusunda iki gruba ayrıldığı gözlenmiştir. Birinci grup “hastalığın var olduğuna inanıp, tedavi konusunda isteksiz” olan babaları kapsamaktadır. Bu gruptaki babalarla yapılan değerlendirme ayrıntılandırıldığı zaman, kendi çocukluklarında da benzer semptomların gözlendiğini, ilaç kullanımı sonrasında çocukların eskisi kadar atak ve sportif olmayacağından dolayı çekindikleri; çünkü bir erkek için bu gibi özelliklerin önemli olduğunu, bu konuda kendi çocukluklarındaki hatıraları anımsadıkları zaman, sportif konulardaki zayıflığın babalarını hayal kırıklığına uğrattığını hatırladıklarını bildirmişlerdir. İlaç tedavisinin olumlu etkilerini görmelerine rağmen, halen akıllarında oğullarının bu tedaviye ihtiyacı olup olmadıkları vardır<sup>376</sup>.

İkinci gruptaki babalar ise “hastalığın varlığına inanmayıp, ilaç konusunda daha toleranslı” olan grupta yer almaktadır. Bu babalarsa, çocuklarındaki davranışların normal olduğuna, erkek çocuğunun doğasına uygun olduğuna yordamışlardır. Diğer gruptaki babalarda görülen suçluluk ve utanç duygusu bu grupta yoktur. Burdaki babalar tanı ve tedavinin gerekli olmadığına inanmakta; ama tedavi süreci başladığı zaman da çocuklarının ilaç kullanmasına karışmamaktadırlar. Ancak çocuklarının ne zamandan beri ilaç kullandığından ve hangi dozda kullandığından bihaberdirler. Bazı babaların çocuğun hangi tanıyla takip edildiğinden dahi haberi yoktur. Bu gruptaki babalar, erkek çocuklarındaki DEHB belirtilerinin genetik geçişine içten içe inanmakta; ancak kendi hassas noktalarından ve kaygılarından dolayı, genetik geçişi dile getirmekte diğer gruptaki babalara göre zorlanmaktadırlar<sup>376</sup>. Babaların tanı ve tedavi sürecine katılım

oranlarının azlığı, ailedeki otoriter konumunu yitirme kaygısından dolayı olabileceği, değerlendirme sürecinde kendi geçmişi ve davranışlarıyla yüzleşme riski olduğu için bundan çekindiği, oğullarının davranışı belli bir nedene dayandırılmasından sonra kendi davranışları da dolaylı olarak açığa çıkacağı, bundan dolayı aile içindeki yetkinliği azalacağı kaygısı şeklinde yorumlanmıştır<sup>376</sup>.

Aile tutumu ve DEHB arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda, özellikle DEHB'si olan erkek çocuklarının babaları daha talepkar, davranışlarında daha agresif oldukları, çocuklarıyla olan ilişkilerinde daha az sıcaklık gösterdikleri ve çocukları itaatkar olduğu zaman daha sıcak davranabildikleri gözlenmiştir<sup>335,379,383</sup>. Ellis ve Nigg. ise çocukta zıtlasma ve/veya davranım problemleri olsun ya da olmasın, babanın tutarsız disiplin yöntemleri ve çocukla etkileşim azlığını dikkat problemleri ile ilişkili bulmuşlardır<sup>326</sup>. Yapılan başka bir çalışmada baba reddinin DEHB semptomlarını kötüleştirebileceğini göstermiştir<sup>384</sup>. Babalardaki psikiyatrik problemler de babanın ebeveynliğini etkileyebilmektedir. Babadaki DEHB varlığında, babadaki kızgınlık ve bunalmışlık hissi artırıp ebeveynliğini kötü olarak etkilerken, anksiyete varlığında babalardaki zorlayıcı ebeveynlik davranışları azalmaktadır<sup>334,385,386</sup>. Yapılan çalışmalarda çocuklardaki dikkatsizlik ebeveynlerin tutarsız disiplini ile ilişkili bulunmuşken, hiperaktivite ise yetersiz baba çocuk iletişimi ile ilişkilendirilmiştir<sup>363,326</sup>. Chang ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı çalışmada, 296 DEHB tanılı ve 229 DEHB olmayan 11-18 yaş arasındaki çocukla yaptığı çalışmada DEHB'li çocuklar ve babalar arasındaki ilişki incelenmiştir<sup>387</sup>. DEHB'li olan çocukların babaların, sağlıklı kontrol grubundaki babalara göre daha az sevecen oldukları, buna rağmen çocuklarına karşı daha otoriter ve fazla korumacı davrandıkları, çocuklarıyla olan iletişimlerinde daha az katılımcı oldukları saptanmıştır. Bu çocuklar ise sağlıklı kontrollere göre ebeveynleri ile daha ağır davranış problemi yaşadıklarını ve aile desteklerini daha az algıladıkları bildirmişlerdir. Çalışmada erkek cinsiyet, çocuğun ileri yaşı ve komorbid hastalıklar, babada DEHB, anksiyete ya da depresyon gibi psikiyatrik hastalıklar olumsuz ebeveynlik ile ilişkili bulunmuş, bu durumların çocuk ile baba arasındaki etkileşimi kötü yönde etkilediği saptanmıştır<sup>387</sup>. Yine bu çalışmada, dikkatsizliğin daha çok yetersiz ebeveyn-çocuk etkileşimiyle ilişkilendiren diğer çalışmalardan farklı olarak dikkatsizliğin otoriter tutumla ilişkili olduğu bildirilmiştir. Dikkatsizliğe bağlı akademik performanstaki yetersizliğin babalarda otoriter tutuma neden olabileceği öne sürülmüştür.

Özetle DEHB tanılı çocuk ve ergenler ile özellikle baştaanneler olmak üzere her iki ebeveynin ilişkisel güçlükleri çocuğun veya gencin kendini değersiz hissetmesine, benlik saygısının azalmasına ve eşlik eden komorbiditelerin ve mevcut DEHB belirtilerinin şiddetinin artmasına yol açabilmektedir. Bunda annenin depresif özellikleri veya her iki ebeveynin olası ruhsal bozukluklarının rolü üzerine giderek daha fazla araştırma alanı gündeme gelmiştir. Dahası son zamanlarda pozitif disiplin olarak tanımlanan davranışçı müdahalelerin 6-10 yaş grup DEHB tanılı çocuklarda hem annenin depresyonunu hem de çocuğun davranış sorunlarını azaltmada etkililiğine vurgu yapılmıştır<sup>388</sup>.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

Literatür taraması yapıldığı zaman aile tutumunun Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğundaki ve ilaç kullanımı üzerindeki etkisini değerlendiren birkaç çalışmadan biridir. Çalışmanın amacı DEHB'deki aile tutumlarının yaygınlığını, bu tutumların ilaç kullanımı ve hastalık şiddeti üzerine etkisini saptamak, DEHB tanısı alan çocukların kendi ailelerini nasıl değerlendirdiğini ve hangi tutumu benimsediğini göstermektir.

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Araştırmamız DEHB tanısı konulan olgulardaki ebeveyn tutumlarını, bu tutumların ilaç kullanımına ve hastalık üzerine etkisini, aynı zamanda DEHB'li olguların kendi ailelerinin tutumlarını nasıl değerlendirdiğini saptama amacıyla yapılan prospektif bir çalışmadır. Bu çalışma için Çukurova Üniversitesi etik kurulu tarafından onam alınmış ve aileler aydınlatılmış onam ile bilgilendirilerek rızası olanlar çalışmaya kabul edilmiştir.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırmamız, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'nde Ocak 2018 - Mayıs 2018 tarihleri arasında yapılmıştır.

#### **3.3. Araştırmanın Örnekleme**

Araştırmamızın örnekleme, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran, 6-12 yaş arası, daha önce ilaç kullanımı olmayan 150 DEHB hastası alınması planlanmış, Ocak 2018-Mayıs 2018 ayları arasındaki takip süresince üç poliklinik muayenesini tamamlamış 167 hasta toplanmıştır.

#### **3.4. Örneklemin Seçimi**

Araştırmamızın örnekleme, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne, DEHB belirtileriyle başvuran

6-12 yaş arası olgular arasından seçilmiştir. Başvuran olgulara DSM-V'e göre DEHB tanısı konduktan sonra Kiddie Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children--Present and Lifetime-K-SADS-ŞY) yapılmış ve çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan olgular, en az üç poliklinik takibi olacak şekilde çalışmaya alınmıştır.

### **3.5. Uygulama**

Çalışmanın örneklemini Çukurova Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları bölümüne başvuran ve DEHB tanısı alan olgulardan oluşmaktadır. Psikiyatrik tanıları DSM-V tanı ölçütlerine göre konulmuştur. Olgulara, tanının standardizasyonu amacı ile K-SADS-ŞY uygulanmıştır. Demografik bilgiler, gelişimsel öykü gibi verileri toplama amaçlı çalışmacı tarafından Sosyodemografik Bilgi Formu doldurulmuştur. Olguların ebeveynlerine tedavi öncesi Conners Anne-Baba Değerlendirme Ölçeği, Turgay Aile DEHB Ölçeği, Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği, Aile Değerlendirme Ölçeği; öğretmenlerine Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği ve Turgay DEHB Ölçeği; olgulara ise Anne Baba Tutum Ölçeği uygulanmıştır. Olgular, bireysel ihtiyacına göre ve uluslararası rehberlere göre düzenlenen ilaç tedavisine alınmıştır. İlaç tedavisi başlanması öncesinde gereken rutin laboratuvar testleri (Kan Sayımı, Biyokimyasal testler, Elektrokardiyografi v.b.) uygulanmıştır. Kontrol muayeneleri 2. hafta, 1.ay ve 3. aylarda yapılmış ve tedavileri düzenlenmiştir. Her muayenede Stroop Testi tekrarlanmıştır. Üç aylık ilaç tedavisi sonrasında olguların ebeveynlerinden olguların tedavi altındaki durumunu göz önünde bulundurarak, CADÖ ve Turgay Aile DEHB Ölçeğinin tekrar değerlendirilmesi istenmiştir.

#### **DEHB Grubu İçin Çalışmaya Alınma Kriterleri:**

1. 6-12 yaş aralığında olma,
2. En az son 6 aydır psikotrop ilaç kullanım öyküsü olmama,
3. Uygulanan K-SADS-ŞY sonucu DEHB tanısı almış olma,

4. Uygulanan K-SADS-ŞY sonucu KOKB dışında herhangi bir psikiyatrik ek tanı almama,
5. Normal zekaya sahip olma,
6. Ailesinin ve kendisinin çalışmaya katılmaya gönüllü olması,
7. Ailesi tarafından bilgilendirilmiş olur formunun imzalanması.

#### **DEHB Grubu İçin Çalışmadan Dışlama Kriterleri:**

1. Altı yaşından küçük, on iki yaşından büyük olma,
2. Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu (KOKB) dışında ek psikiyatrik hastalık tanısı varlığı,
3. Son 6 aydır psikotrop ilaç kullanmış olma,
4. Madde bağımlılığı öyküsü bulunma,
5. Ailesi ya da kendisi tarafından çalışmaya katılmanın istenmemesi.

#### **3.6. Değerlendirmede Kullanılan Araçlar**

Çalışmamızda, değerlendirme ve veri toplama için aşağıdaki araçlar kullanılacaktır:

##### **3.6.1. Kiddie Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (K-SADS-ŞY) [Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version, KSADS]**

K-SADS-ŞY Kauffman ve arkadaşları (1997) tarafından 6-18 yaşlar arasındaki çocuk ve ergenlerde şimdiki ve yaşam-boyu psikopatolojiyi taramak amacıyla geliştirilmiş, yarı-yapılandırılmış bir görüşmedir. K-SADS-ŞY, DSM-IV (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994) tanı ölçütleri doğrultusunda uygulanmıştır. Form; sosyodemografik özelliklerin sorgulandığı ilk bölüm, şimdi ve geçmiş psikiyatrik belirtilerin sorgulandığı ikinci bölüm ve çocuğun değerlendirme yapıldığı andaki genel işlevselliğin değerlendirildiği üçüncü bölümden oluşmaktadır<sup>389</sup>.

Görüşmede duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, dışa atım bozuklukları, yıkıcı davranım bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları,

yeme bozuklukları ve tik bozuklukları değerlendirilebilmektedir. K-SADS-ŞY'nin Türkçe çevirisi ve geçerlik ve güvenilirlik çalışması Gökler ve arkadaşları tarafından yapılmıştır<sup>390</sup>.

### **3.6.2. Sosyodemografik Veri Formu**

Araştırmada, örneklemin çeşitli sosyodemografik özelliklerini saptamak üzere araştırmacılar tarafından hazırlanmış bir form kullanılmıştır. Bu formda cinsiyet, yaş, doğum yeri, medeni durum, kardeş sayısı, çocuk sayısı, ebeveynlerin eğitim düzeyi, ebeveynlerin çalışma durumu, ebeveynlerin psikiyatrik ya da organik rahatsızlık öyküsü, ailenin aylık geliri, olgunun kimin bakımı altında olduğu, psikiyatrik tedavi altında olup olmadığı, geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü, kullanıyorsa psikiyatrik ilaç ve dozu, diğer bedensel hastalık, operasyon ve ilaç kullanım öyküsü, alkol, sigara, uyuşturucu madde kullanım öyküsü, ailede alkol- madde kullanım öyküsü, ailede psikiyatrik hastalık ve intihar öyküsü, olgunun okul başarı durumu, TV ve internet maruziyeti değerlendirilmiştir.

### **3.6.3. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (AHÇYTÖ) (PARI: Parenteral Attitude Research Instrument):**

Araştırmada ele alınan, çocuk yetiştirmede ana-baba tutumlarına ilişkin veriler Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Ölçeği (AHÇYTÖ) aracı ile elde edilmiştir.

AHÇYTÖ, Schaefer ve Bell tarafından geliştirilen, Le Compte, Le Compte ve Özer (1978) tarafından Türkçe'ye çevrilerek, geçerlilik – güvenilirlik çalışmaları yapılmış bir ölçektir<sup>391</sup>. Ölçeğin orijinali 115 maddeden oluşmaktadır. Bu araştırmada kullanılmış olan, kısaltılmış formu ise 60 maddeyi içermekte ve 5 faktörden oluşmaktadır. Maddelerde olumlu ve olumsuz ifadeler yer almaktadır. Deneklerden “Daima uygun buluyorum”, “Genellikle uygun buluyorum”, “Biraz uygun buluyorum” ve “Hiç uygun bulmuyorum” şeklinde yer alan 4'lü derecelemeden birini işaretlemeleri istenmektedir.

AHÇYTÖ, hem ana-babalara hem de çocuklara uygulanabilen bir araçtır. 1., 2. ve 5. faktörler ana-baba tutumlarını doğrudan; 3. ve 4. Faktörler ise aile içi ve eşler arası ilişkiyi ele alarak çocuğu dolaylı yoldan etkileyen faktörleri içermektedir. Ölçeğin iç tutarlılığı 0,91'dir. AHÇYTÖ, “Aşırı koruyucu annelik”, “Demokratik tutum ve eşitlik tanıma”, “Ev kadınlığı rolünü reddetme”, “Evlilik çatışması-geçimsizlik” ve “Sıkı

disiplin” olarak 5 farklı boyutu değerlendirir. Likert tipi bir ölçek olan, 1-4 arasında puanlanan AHÇYTÖ'nin değerlendirilmesi sırasında 2,29 ve 44. maddeler dışında tüm maddeler doğrudan işaretlenen dereceye göre puanlanır. Her faktör boyutu için puanlar ayrı ayrı toplanır. Sonuçta her olgu için tek bir toplam puan yerine 5 ayrı boyutu yansıtan 5 ayrı puan hesaplanmış olur. ‘Demokratik tutum ve eşitlik tanıma’ boyutu dışındaki faktörlerde puan artışı olumsuz ana-baba tutumlarını gösterir. Ölçekten toplam puan elde edilmemekte, faktör puanları değerlendirilmektedir. AHÇYTÖ'nin alt ölçeklerinden alınabilecek en yüksek puan “Aşırı koruyuculuk” için 64, “Demokratik tutum ve eşitlik tanıma” için 36, “Ev kadınlığını reddetme” için 52, “Karı-koca geçimsizliği” için 24, “Baskı ve disiplin” alt ölçeği için 64'tür. AHÇYTÖ, 1978' den günümüze pek çok araştırmada kullanılmış, geçerliliği ve güvenilirliği kabul edilebilir düzeyde bir ölçme aracı olması nedeniyle araştırmamızda da ana-baba tutumlarını ölçme amacıyla kullanılmıştır<sup>392</sup>.

#### **3.6.4. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)**

Ölçek 1983 yılında Epstein ve ark tarafından geliştirilmiştir<sup>393</sup>. Ölçek 7 kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısım; problem çözme becerilerini, ikinci kısım; aile içi iletişimi, üçüncü kısım; aile içindeki rolleri, dördüncü kısım; üzüntü, öfke, korku, sevinç, sevgi, ilgi gibi duygulara karşı duygusal duyarlılığı, beşinci kısım; aile bireylerinin duygusal ilişkileri, altıncı kısım; davranış kontrolünü, yedinci kısım; ailedeki genel işlevleri kapsamaktadır. Toplam 60 madde bulunmaktadır. Maddeler, ‘Aynen Katılıyorum / Büyük Ölçüde Katılıyorum / Biraz Katılıyorum / Hiç Katılmıyorum’ olarak işaretlenmektedir. Değerlendirmede ‘Aynen katılıyorum 1 puan’, ‘Büyük ölçüde katılıyorum: 2 puan’, ‘Biraz katılıyorum: 3 puan’, ‘Hiç katılmıyorum : 4 puan’ olarak değerlendirilir. Ölçek 12 yaş üstü aile üyelerinden biri tarafından doldurulur. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bulut ve arkadaşları tarafından 1990 yılında yapılmıştır<sup>394</sup>. Bizim çalışmamızda ise bu ölçeği, çalışmaya katılan olguların ebeveynlerinden herhangi birisi doldurmuştur.

#### **3.6.5. Stroop Testi**

Stroop Testi ilk olarak Stroop (1935) tarafından geliştirilmiş, daha sonra testin çeşitli formları düzenlenmiştir. Çalışmada kullandığımız Stroop testinin BİLNOT Bataryası kapsamında yer alan formu, orijinal Stroop testi ve Victoria Formunun

birleşiminden oluşturulmuştur (Stroop formu TBAG formu). Stroop testi algısal kurulumu, değişen talepler doğrultusunda ve bir “bozucu etki altında” değiştirebilme becerisini, alışılmış bir davranış örüntüsünü bastırabilme ve olağan olmayan bir davranışı yapabilme yeteneğini ve ayrıca odaklanmış dikkati ölçmektedir. Test daha çok sol frontal lob ve özellikle orbitofrontal korteks hasarına duyarlıdır.

Stroop testi dört adet beyaz karttan oluşmaktadır. Her kartın üzerinde seçkisiz olarak sıralanmış 4'er maddeden oluşan 6 satır bulunmaktadır. Bu kartlar testin “uyarıcı” maddelerini içermektedir. Birinci kartın üzerinde siyah olarak basılmış renk isimleri (mavi, yeşil, kırmızı ve sarı) bulunmaktadır. İkinci kartta mavi, yeşil, kırmızı ve sarı renklerde basılmış renk isimleri bulunmaktadır. Bu kartta her kelimenin basımında kullanılan renk, kelimenin ifade ettiği renkten farklıdır. Üçüncü kartta mavi, yeşil, kırmızı, sarı olarak basılmış 0,4 cm çapında daireler bulunmaktadır. Dördüncü kartta ise mavi, yeşil, kırmızı, sarı olarak basılmış renk ismi olmayan nötr kelimeler bulunmaktadır (kadar, zayıf, ise, orta).

Toplam 5 uygulama yapılır. Birinci uygulamada birinci karttaki kelimeleri, ikinci uygulamada ikinci karttaki kelimeleri, üçüncü uygulamada üçüncü karttaki dairelerin renklerini, dördüncü uygulamada dördüncü karttaki kelimelerin hangi renkte yazılmış olduklarını, beşinci uygulamada ise ikinci karttaki renk isimlerinin hangi renkte yazılmış olduğunu soldan sağa doğru, mümkün olduğunca hızlı ve hatasız bir şekilde söylemesi, hata yaptığını fark ettiğinde düzeltilmesi istenir. Her uygulamada süre, toplam hata sayısı ve toplam düzeltme sayısı ayrı ayrı kaydedilir<sup>13</sup>.

### **3.6.6. Conners Ana-baba Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş/Uzun (CADÖ-Y/U) Formu**

Anne-babanın çocuğun okul dışı ortamlardaki davranışlarına dair gözlemlerini değerlendirmek için Conners tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kaner ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bilişsel Problemler-Dikkatsizlik (10 madde), Karşı Gelme (12 madde), Hiperaktivite (9 madde), Kaygı-Utangaçlık (8 madde), Mükemmeliyetçilik (7 madde), Sosyal Problemler (5 madde) ve Psikosomatik (6 madde) olmak üzere yedi alt ölçekten oluşmaktadır. (Kaufman ve ark.1997, Conners ve ark.1998) Ayrıca DSM-IV indeksi, DEHB indeks ve Global indeks adında ek yardımcı araçlar içermektedir. “Dikkatsizlik” ve “Hiperaktivite-impulsivite” alt boyutlarından oluşan DSM-IV indeksi, DEHB’yi belirlemeye yönelik 18 maddeden

oluşmaktadır. DEHB indeksi, DEHB olgularını diğerlerinden ayırt etmeye yardımcı 12 madde içermektedir. Global indeks ise uygulanan tedavinin etkisini belirlemede oldukça duyarlı bulunan 10 madde içermektedir. Uygulama sırasında anne-babalara son bir ayı dikkate alarak yanıtlamaları gerektiği yönergesi verilir. Her madde 0 ile 3 puan arasında değişen dördümlük likert ölçeği üzerinden yanıtlanmaktadır (Hiçbir zaman/nadiren: 0 puan; Bazen: 1 puan; Çoğu Kez/Sık Sık: 2 puan; Pek Çok Kez/Çok Sık: 3 puan). Alınan puan ne kadar yüksekse, bireyin o alt ölçek ile tanımlanan belirtilerin düzeyinin o kadar şiddetli olduğu anlaşılır<sup>395,396</sup>.

### **3.6.7. Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş/Uzun (CÖDÖ-Y/U) Formu**

Öğrencilerin başta DEHB belirtileri olmak üzere, sınıf içi davranışlarını değerlendirmek için geliştirilmiş bir ölçektir<sup>397</sup>. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Kaner ve arkadaşları tarafından yapılmıştır<sup>398</sup>. Karşı gelme (6 madde), bilişsel problemler/dikkatsizlik (8 madde), hiperaktivite (6 madde), kaygı-utangaçlık (6 madde), mükemmeliyetçilik (6 madde), sosyal problemler (6 madde), DEHB İndeksi-Dikkatsizlik (6 madde), DEHB İndeksi-Hiperaktivite (5 madde), Conners global indeks-huzursuzluk-impulsivite (5 madde), duygusal değişkenlik (5 madde), global toplam (10 madde), DSM-IV semptomları dikkatsizlik (9 madde), DSM-IV semptomları hiperaktivite (9 madde), DSM-IV semptomları toplam (15 madde) alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Öğretmen tarafından 4'lü likert ölçeği üzerinden yanıtlanan toplam 59 madde içermektedir.

### **3.6.8. Anne ve Baba Tutum Ölçeği (ABTÖ)**

ABTÖ çeşitli araştırmacıların çalışmalarında öne sürdükleri çocuğa tepki vermede duyarlılık ve talepkarlık boyutlarından ve anne baba tutumu ile ilgili mevcut olan diğer ölçeklerden faydalanılarak Lamborn ve arkadaşları (1991) tarafından geliştirilmiştir<sup>399</sup>. Ölçek 10 yaş ve üzerindeki çocuk ve ergenler tarafından doldurulmakta ve “Kabul / ilgi”, “Kontrol / denetleme” ve “Psikolojik özerklik” olmak üzere üç boyuttan oluşmaktadır. “Kabul / ilgi boyutu”, çocukların anne-babalarını hangi derecede sevecen, ilgili ve katılımcı olarak algıladıklarını ölçmeyi amaçlar. “Kontrol / denetleme boyutu”, çocukların anne-babalarını ne derece denetleyici olarak algıladıklarını ölçmeyi amaçlar. “Psikolojik özerklik” boyutu ise anne-babanın demokratik tutumu ne derece uyguladıklarını ve çocuğun bireyselliğini ifadeye ne derece cesaretlendirildiklerini ölçmeyi amaçlar. “Kabul/ilgi” ve “Psikolojik özerklik” boyutundaki maddeler 4 dereceli

Likert tipi ölçek üzerinden, “Kontrol/denetleme” boyutundaki maddelerin ilk ikisi 7 dereceli, geriye kalanları ise 3 dereceli Likert tipi ölçek üzerinden değerlendirilmektedir. Bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yılmaz (2000) tarafından yapılmıştır<sup>400</sup>.

### **3.6.9. Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV’e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği**

Ölçek, Turgay ve arkadaşları tarafından 1995 yılında geliştirilmiş olup, geçerlilik güvenilirliği ve Türkçe dil eşdeğerliği çalışmaları Günay tarafından yapılmıştır<sup>401</sup>. Ölçek, Dikkat Eksikliği, Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik, Dikkat Eksikliği Bozukluğu/DEHB ile ilişkili özellikler olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Ölçeğin I. ve II. Bölümünde DSM-IV tanı kriterleri referans alınmıştır. Bu bölümlerde dikkat, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerini sorgulamaktadır. Bu iki bölümde toplam 18 madde bulunmaktadır. III. bölümde ise Turgay tarafından geliştirilmiş DEHB ile ilişkili olabilecek özelliklerin sorgulandığı toplam 30 maddeden oluşmaktadır. Her bölümde belirtilerin şiddeti ve sıklığı “hemen hiç”, “biraz ya da bazen”, “sıklıkla”, “çok sık” olarak gruplandırılmış ve sırasıyla 0, 1, 2, 3 olarak puanlandırılmıştır. Ölçek değerlendirilirken 0 ve 1 puanlar negatif; 2 ve 3 puanlar ise pozitif kabul edilmiştir. DSM-IV tanı kriterlerine göre 1. Bölümde pozitif olduğu kabul edilen kriter sayısı 6 ve üzerinde ise “dikkat eksikliğinin ön planda olduğu”; 2. Bölümde pozitif kabul edilen kriter sayısı 6 ve üzerinde ise “aşırı hareketlilik ve dürtüsellik ön planda olduğu”; 1. ve 2. bölümdeki toplam kriter sayısı 12 ve üzerinde ise “bileşik tip DEHB” olarak adlandırılmıştır. 3. Bölümde ise 2 ve 3 olarak işaretlenen maddeler pozitif kabul edilmiş ve puanların toplamı “ham puan” olarak hesaplanmıştır. Yüksek puanlar daha büyük psikiyatrik etkilenmeyi göstermektedir. Bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ercan ve ark. tarafından yapılmıştır<sup>402</sup>.

### **3.7. İstatiksel Analiz**

Veriler, Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı (Statistical Package for the Social Sciences; SPSS Inc., Chicago, IL) 23,0 sürümü kullanılarak analiz edilmiştir. Kategorik değişkenlerin incelemesi Chi-Square testi ile yapılmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılımı Shapiro-Wilks testi ile araştırılmış ve normal dağılım belirlenememesi nedeni ile bu değişkenlerin analizinde parametrik olmayan testler kullanılmıştır (iki

değişken içeren analizler için Man Whitney U testi; ikiden fazla değişken içerenler için Kruskal Wallis testi). Aynı psikometrik ölçüm aracının birden fazla sefer uygulanmasıyla elde edilen test puanları gibi bağımlı değişkenlerin analizi Wilcoxon testi ile yapılmıştır. Sayısal değişkenlerin arasındaki ilişkiyi göstermek amacıyla Pearson korelasyon testi kullanıldı. Tüm testler iki uçlu olup en düşük anlamlılık düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Sosyodemografik Formun Değerlendirilmesi

Çalışmaya alınan 167 çocuk, Ocak 2018-Mayıs 2018 arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dalında DEHB tanısı konan çocuklardır. Çocukların % 73,7'si erkek, % 26,3'ü kızdır. Yaş ortalaması  $8,3\pm 1,7$  olup, yaş aralığı 6 yaş ile 12 yaş altı ay arasında değişmektedir.

Çocukların 22'si (% 13,2) tek çocuk olduğunu, 28'i (% 16,8) bir kardeşinin olduğunu, 71'i (% 42,5) iki kardeşinin olduğunu, 38'i (% 22,8) üç kardeşinin olduğunu, 7'si (% 4,2) dört kardeşinin olduğunu, kalan bir kişi ise (% 0,6) beş kardeşi olduğunu belirtmiştir.

Ailelerden alınan bilgide, çalışmaya katılan olguların 87'si (% 52,1) birinci, 52'si (% 31,1) ikinci, 23'ü (% 13,8) üçüncü, 4'ü (% 2,4) dördüncü, kalan bir kişi ise beşinci (% 0,6) çocuk olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya katılan çocukların 47'si (28,1) ilkokul birinci sınıfa, 41'i (% 24,6) ilkokul ikinci sınıfa, 22'si (%13,2) üçüncü sınıfa, 19'u (%11,4) dördüncü sınıfa, 18'i (% 10,8) beşinci sınıfa, 17'si (% 10,2) altıncı sınıfa, 2'si (% 1,2) yedinci sınıfa, kalan bir tanesi ise (% 0,6) sekizinci sınıfa gitmekteydi.

Annelerin 91'i (% 54,5) ilkokul ve altı eğitim düzeyine, 21'i (% 12,6) ortaokul seviyesinde, kalan 55 anne (% 32,9) lise ve üstü eğitim düzeyine sahipti. Annelerin yaş ortalaması  $35,2\pm 6,1$  olup yaş aralığı 23 ile 58 arasında değişmektedir. Annelerin 22'si (% 13,2) belirli bir işte çalışmaktayken, 145'i (% 86,8) herhangi bir işte çalışmamaktaydı. 39'unun (% 23,4) organik, 16'sının ise (% 9,6) ruhsal problemi bulunmaktaydı. Ruhsal problemleri sıralandığı zaman en sık anksiyete bozukluğu (s=9, % 56,3), depresyon (s=4, % 25), duygudurum bozukluğu (s=2, %12,5), en az ise dürtü denetim problemi (s=1, % 6,3) saptanmıştır. Babaların 53'ü (%32,1) ilkokul ve altı eğitim düzeyine, 28'i (% 17) ortaokul seviyesinde, kalan 84 baba (% 50, 9) lise ve üstü eğitim düzeyine sahipti. Babaların yaş ortalaması  $40,0\pm 6,3$  olup yaş aralığı 25 ile 60 arasında değişmektedir. Babaların 152'si (%92,1) belirli bir işte çalışmaktayken, 13'ü (% 7,9) herhangi bir işte çalışmamaktaydı. 21'inin (% 12,7) organik, 4'ünün ise (% 2,4'ü) ruhsal problemi

bulunmaktaydı. Ruhsal problemleri sıralandığı zaman anksiyete bozukluğu (s=1, %25), psikoz (s=1, %25), diğer ruhsal problemler ise (s=2, %50) oranında saptanmıştır.

Ebeveynlerin 26'sında (% 15,7) alkol kullanımı mevcuttu. 144'ü (% 86,2) birlikte yaşamaktayken, kalan 23'ü (% 13,8) boşanmış ya da her iki ebeveyninden biri vefat etmişti. 41'inin (% 24,6) birbiri ile akrabalık öyküsü vardı. Ailelerin geliri ortalama 2136,4±1163,2 TL olarak saptanmıştır.

Çalışmaya katılan çocukların ailelerinin 34'ünün (% 20, 4) ruhsal problemi vardı. Ailedeki ruhsal hastalıkların dağılımı incelendiği zaman en fazla DEHB (s=10, % 37) gözlenmekteyken, DEHB'yi sırasıyla anksiyete bozukluğu (s=4, % 14,8), diğer ruhsal rahatsızlıklar (s=4, %14,8), somatizasyon bozukluğu (s=3, % 11,1), dürtü denetim bozukluğu (s=2, % 7,4), Mental Retardasyon (s=1, % 3,7), psikoz (s=1, % 3, 7), depresyon (s=1, % 3,7), duygudurum bozukluğu (s=1, % 3,7) olarak saptanmıştır.

Olguların 138'i (% 82,6) çekirdek ailesiyle yaşarken, 12'si (% 7,2) geniş ailesi ile, 17'si ise (% 10,2) tek ebeveyni ile yaşamaktaydı. Ailelerin 154'ü (% 92,2) kent ortamında yaşarken, 13'ü (% 7,8) kırsal kesimde yaşamaktaydı.

Prenatal problemler açısından incelendiği zaman 31'inin (% 18,6) prenatal problemler yaşadığı, 136'sının (% 81,4) herhangi bir problem yaşamadıklarını bildirmişlerdir. 37'sinde (% 22,2) doğum normal yolla olurken, kalan 130'u (% 77,8) sezeryan ile gerçekleşmiştir. 22'si (% 13,2) preterm, 141'i (% 84,4) miadında, 4'ü ise (% 2,4) postterm olarak dünyaya gelmiştir. Doğum sonrası 20'si (% 12) komplikasyon yaşarken, kalan 147'sinde (% 88) komplikasyon yaşanmamış, postnatal dönemde ise 131 olgu (% 78,4) normal seyrederken, kalan 36'sında (% 21,6) morarma meydana gelmiştir.

Olguların 160'ı (% 95,8) anne sütü alırken, 7'si (% 4,2) anne sütü almamış olarak saptanmıştır. Anne sütü alma süresi ortalama 13,9±8,6 ay olarak saptanmış, anne sütü alma süresi 1 ay ile 48 ay arasında değişim göstermiştir.

Çalışmaya katılan çocukların gelişim basamakları incelendiğinde; 150 çocuğun (% 89,8) yürümeyi, 142 çocuğun (% 85) ise konuşmayı zamanında öğrendiği, 149 çocuğun ise tuvalet eğitimi zamanında kazandığı saptanmıştır. Ortalama yürüme ayı 12,7±3,4 konuşma 21,4±7,2, tuvalet eğitimi ise 28,7±11,0 ay olarak hesaplanmıştır.

Çocukların 161'ine (% 96,14) bebeklik döneminde ebeveyni tarafından verirken, kalan 6'sına (% 3,6) diğer kişiler tarafından bakım verildiği belirlenmiştir. 158 çocuğun (% 94,6) öyküsünde anneden ayrılık yokken, 9'unda (% 5,4) anneden ayrılık öyküsü bulunmaktaydı.

Çocuklar organik rahatsızlık yönünden değerlendirildiği zaman, 24'ünde (% 14,4) organik rahatsızlık vardı. 16'sında (% 9,6) tonsillektomi, 19'unda adeoidektomi (% 11,4), 29'unda allerji (%17,4), 6'sında (% 3,6) kafa travması, 8'inde (% 4,8) epilepsi öyküsü vardı.

Çalışmadaki 43 aile (% 25,7), çocuklara fiziksel şiddet uygularken, ebeveynlerin 4'ü (% 2,4) diğer ebeveyn tarafından fiziksel şiddete maruz kalıyordu.

Çocukların 18'i (% 10,8) uyku problemi yaşamakta, 54'ünde (% 32,3) iştah problemi vardı. 140'ında (% 83,8) ise katkılı gıda tüketimi vardı.

Olguların 36'sı (% 21,6) arkadaşları ile problem yaşamaktayken, 131'inin (% 78,4) arkadaşları ile arasında problem bulunmamaktaydı.

Çocukların yıllık ders ortalaması 50 ile 98 arasında olup, çalışma ortalaması  $72,7 \pm 10,4$  idi. Olguların televizyon izleme süresi 0-8 saat arasında değişmekte ve çalışmanın televizyon izleme saati  $2,3 \pm 1,6$  saat iken, internette gezinme süresi 0-8 saat arasında değişirken, çalışmanın internete girme ortalaması  $1,2 \pm 1,4$  olarak saptanmıştır.

Cinsiyet farklılığı ile yaş, doğum ağırlığı ve TV izleme saati açısından anlamlı bir farklılık saptanırken (yaş ortalaması:  $8,3 \pm 1,7$  ay, doğum ağırlığı:  $3155,3 \pm 706,7$  gram, TV izleme saati:  $2,3 \pm 1,6$  saat,  $p < 0,005$ ), diğer sosyodemografik özellikler ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p > 0,005$ ).

DEHB alt tipleri ile TV izleme saati arasında anlamlı bir farklılık saptanırken (ortalama  $2,3 \pm 1,6$  saat,  $p < 0,005$ ), diğer sosyodemografik değişkenler arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ).

## 4.2. İstatistiksel Bulguların Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan olguların DEHB alt tiplere göre sınıflandırılmasına Tablo 3’de yer verilmiştir.

**Tablo 3. Çalışmaya Katılan Olguların DEHB Alt Tiplere Göre Sınıflandırılması**

	s	%
<b>Dikkat Eksikliği baskın tip</b>	104	62,3
<b>Bileşik tip</b>	63	37,7
<b>Toplam</b>	167	100

Çalışmaya katılan DEHB’li olguların cinsiyete göre dağılımına Tablo 4’de yer verilmiştir. DEHB alt tipleri ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. ( $p<0,05$ )

**Tablo 4. DEHB Alt Tiplerini Cinsiyete Göre Dağılımı**

	Erkek s (%)	Kız s (%)	p
<b>DEHB alt tipi</b>			
<b>Dikkat Eksikliği Tipi</b>	67 (54,5)	37 (84,1)	0,001
<b>Bileşik Tip</b>	56 (45,5)	7 (15,9)	

Tablo 5’te annelerin eğitim düzeyi ile DEHB alt türleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Annelerin eğitim seviyesi ile DEHB alt türleri arasında anlamlı bir istatistiksel fark saptanmamıştır ( $x^2 =0,284$ ,  $p>0,05$ ). Her iki grupta da annelerin eğitim düzeyi en fazla ilkokul ve altı seviyesi olarak saptanmıştır. (sırasıyla;  $s=57$ , % 54,8,  $s=34$ , % 54,0).

**Tablo 5. Annenin Eğitim Düzeyi ve DEHB Alt Türlerinin Değerlendirilmesi**

	Dikkat Eksikliği s (%)	Bileşik Tip s (%)	Toplam s (%)	p
<b>İlkokul ve altı</b>	57 (% 54,8)	34 (% 54,0)	91 (% 54,5)	0,868
<b>Ortaokul</b>	12 (% 11,5)	9 (% 14,3)	21 (% 12,6)	
<b>Lise ve üzeri</b>	35 (% 33,7)	20 (% 31,7)	55 (% 32,9)	

p: k<sup>2</sup> kare test, DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

Tablo 6’da babaların eğitim düzeyi ile DEHB alt türleri değerlendirilmiştir. Babaların eğitim seviyesi ile DEHB alt türleri arasında anlamlı bir istatistiksel fark saptanmıştır ( $\chi^2=10,25$ ,  $p<0,05$ ). Her iki grupta da babaların eğitim düzeyi, en çok lise ve üzerinde idi. (sırasıyla;  $s=57$ , % 55,3,  $s=84$ , % 50,9).

**Tablo 6. Babanın Eğitim Düzeyi ve DEHB Alt Türlerinin Değerlendirilmesi**

	Dikkat Eksikliği s (%)	Bileşik Tip s (%)	Toplam s (%)	p
İlkokul ve altı	36 (% 35)	17 (% 27,4)	53 (% 32,1)	0,006
Ortaokul	10 (% 9,7)	18 (% 29,0)	28 (% 17,0)	
Lise ve üzeri	57 (% 55,3)	27 (% 45,3)	84 (% 50,9)	

**Ki-kare test, DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu**

Çocuğa ebeveynleri tarafından uygulanan fiziksel şiddet ile DEHB alt tipleri arasındaki ilişki tablo 7’de incelenmiştir. Çocuğa uygulanan fiziksel şiddet ile DEHB alt tipleri arasında anlamlı bir istatistiksel fark saptanmıştır ( $\chi^2=4,45$ .  $p<0,005$ ).

**Tablo 7. Çocukta Dayak Öyküsü ile DEHB Alt Tiplerinin Değerlendirilmesi**

	Dikkat Eksikliği s (%)	Bileşik Tip s (%)	Toplam s (%)	p
Dayak öyküsü var	21 (% 20,2)	22 (% 34,9)	43 (% 25,7)	0,034
Dayak öyküsü yok	83 (% 79,8)	41 (% 65,1)	124 (% 74,3)	

**Ki-kare testi, DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu**

Arkadaşları ile olan ilişkisindeki sorun ile DEHB alt tipleri arasındaki ilişki tablo 8’de incelenmiştir. Arkadaş ilişkilerinde yaşanan problem ile DEHB alt tipleri arasında anlamlı bir istatistiksel fark saptanmıştır ( $\chi^2=10,68$ .  $p<0,005$ ). Bileşik alt tipin, arkadaşlarıyla sorun yaşama yüzdesi, DEHB-DE grubuna göre daha fazla saptanmıştır. (sırasıyla;  $s=22$ , % 34,  $s=14$ , % 13,5).

**Tablo 8. Akranlarla Yaşanan Sorun ile DEHB Alt Tiplerinin Değerlendirilmesi**

	Dikkat Eksikliği s (%)	Bileşik Tip s (%)	Toplam s (%)	p
Akranlarıyla sorun var	14(%13,5)	22(%34,9)	36	0,005
Akranlarıyla sorun yok	90(%86,5)	41(%65,10)	131	

**Ki-kare, DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu**

ABTÖ, kendi içinde medyan değerine göre yeniden değerlendirilmesi Tablo 9’da verilmiştir. En fazla otoriter tutum (s=85, % 50,9), en az ise demokratik tutum (s=3, %1,8) saptanmıştır.

**Tablo 9. ABTÖ Alt Puanlarının Sayı ve Dağılımının İncelenmesi**

	s	%
<b>Otoriter</b>	85	50,9
<b>Hoşgörülü</b>	62	37,1
<b>İhmalkâr</b>	17	10,2
<b>Demokrat</b>	3	1,8
<b>Toplam</b>	167	100

DEHB tiplerine göre aile tutumlarının farklı olup olmadığını değerlendiren Tablo 10 incelendiği zaman, DEHB tiplerine göre aile tutumları arasında istatistiksel olarak bir fark saptanmamıştır ( $\chi^2=2,53$ ,  $p>0,05$ ).

**Tablo 10. DEHB Alt Tipleri ve Aile Tutumlarının Değerlendirilmesi**

	Otoriter s (%)	Hoşgörülü s (%)	İhmalkâr s (%)	Demokrat s (%)	p
<b>Dikkat Eksikliği</b>	52 (% 61,2)	42 (% 67,7)	9 (% 52,9)	1 (% 33,3)	0,469
<b>Bileşik tip</b>	33 (% 38,8)	20 (% 32,30)	8 (% 47,1)	2 (% 66,7)	

Ki-kare test, DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

Cinsiyet farklılığına göre ABTÖ alt tiplerinin farklı olup olmadığını değerlendiren Tablo 11 incelendiği zaman, cinsiyet farklılığına göre aile tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $\chi^2=0,736$ ,  $p>0,05$ ).

**Tablo 11. Cinsiyet ve Aile Tutumlarının Değerlendirilmesi**

	Otoriter s (%)	Hoşgörülü s (%)	İhmalkâr s (%)	Demokrat s (%)	p
<b>Erkek</b>	65 (% 76,5)	44 (% 71,0)	12 (% 70,6)	2 (% 66,7)	0,865
<b>Kız</b>	20 (% 23,5)	18 (% 29,0)	5 (% 29,4)	1 (% 33,7)	

Akranları ile ilişkisinde sorun yaşama ile algılanan aile tutumu arasında bir farklılık olup olmadığının incelendiği tablo 12’de, akran ilişkilerinde yaşanan sorunla aile tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $\chi^2=1,48$ ,  $p>0,05$ ).

**Tablo 12. Akran İlişkileri ile Yaşanan Sorun ve Aile Tutumlarının Değerlendirilmesi**

	Otoriter s (%)	Hoşgörülü s (%)	İhmalkâr s (%)	Demokrat s (%)	p
<b>Akranlarla sorun var</b>	20 (% 23,5)	13 (% 21,0)	2 (% 11,8)	1 (% 33,3)	0,701
<b>Akranlarla sorun yok</b>	65 (% 76,5)	49 (% 79,0)	15 (% 88,2)	2 (% 66,7)	

(Ki-kare testi)

Anne-Baba eğitim düzeyi ile ABTÖ alt puanları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını değerlendiren tablo 13 ve 14 incelendiği zaman, ebeveyn eğitim düzeyi ile aile tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 13. Annelerin Eğitim Düzeyi ile Aile Tutumlarının Değerlendirilmesi**

	Otoriter s (%)	Hoşgörülü s (%)	İhmalkâr s (%)	Demokrat s (%)	p
<b>İlkokul ve altı</b>	44 (% 51,8)	35 (% 56,5)	10 (% 58,8)	2 (% 66,7)	0,985
<b>Ortaokul</b>	11 (% 12,9)	8 (% 12,9)	2 (% 11,8)	0 (% 0)	
<b>Lise ve üzeri</b>	30 (% 35,3)	19 (% 30,6)	5 (% 29,4)	1 (% 33,3)	

(Ki-kare testi)

**Tablo 14. Babaların Eğitim Düzeyi ve Aile Tutumlarının Değerlendirilmesi**

	Otoriter s (%)	Hoşgörülü s (%)	İhmalkâr s (%)	Demokrat s (%)	p
<b>İlkokul ve altı</b>	26 (% 31,3)	19 (% 30,6)	7 (% 41,2)	1 (% 33,3)	0,949
<b>Ortaokul</b>	13 (% 15,7)	11 (% 17,7)	3 (% 17,6)	1 (% 33,3)	
<b>Lise ve üzeri</b>	44 (%53)	32 (% 51,6)	7 (% 41,2)	1 (% 33,3)	

(Ki-kare testi)

AHÇYTÖ alt puanları ile DEHB alt tipleri arasında anlamlı bir farkın olup olmadığını değerlendiren tablo 15’de, AHÇYTÖ alt puanlar ve ABTÖ alt puanlar ile DEHB alt tipler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 15. AHÇYTÖ Testi Alt Puanlarının DEHB Alt Tiplerine Göre Değerlendirilmesi**

	<b>Dikkat Eksikliği Ortalama+ss</b>	<b>Bileşik tip Ortalama+ss</b>	<b>p</b>
<b>Aşırı koruma</b>	37,63±6,85	36,86±5,62	0,186 <sup>a</sup>
<b>Demokratik</b>	26,72±3,71	25,54±3,05	0,093 <sup>a</sup>
<b>Ev kadınlığı reddi</b>	28,17±7,50	29,27±7,34	0,395 <sup>a</sup>
<b>Evlilik çatışması</b>	13,96±4,40	14,75±4,10	0,217 <sup>a</sup>
<b>Disiplin</b>	40,16±9,25	40,35±9,00	0,899
<b>Toplam</b>	147,08±24,71	146,67±20,68	0,912

İki Bağımsız Değişken arasında T testi. p<sup>a</sup>; Mann-Whitney U testi, AHÇYTÖ: Aile Hayatı Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği

AHÇYTÖ alt puanları ile cinsiyet farklılığı arasında anlamlı bir farkın olup olmadığını değerlendiren tablo 16’da; AHÇYTÖ alt puanları ve cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 16. AHÇYTÖ Testi Alt Puanlarının Cinsiyetlere Göre Değerlendirilmesi**

	<b>Erkek Ortalama+ss</b>	<b>Kız Ortalama+ss</b>	<b>p</b>
<b>Aşırı koruma</b>	37,34±6,10	37,32±7,26	0,997 <sup>a</sup>
<b>Demokratik</b>	26,05±3,24	26,91±4,18	0,261 <sup>a</sup>
<b>Ev kadınlığı reddi</b>	28,80±7,63	28,00±6,92	0,857 <sup>a</sup>
<b>Evlilik çatışması</b>	14,56±4,24	13,41±4,37	0,124 <sup>a</sup>
<b>Disiplin</b>	40,93±8,98	38,27±9,36	0,097
<b>Toplam</b>	147,76±22,38	144,59±25,52	0,439

İki Bağımsız Değişken arasında T testi. P<sup>a</sup>; Mann-Whitney U testi, AHÇYTÖ: Aile Hayatı Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği

ABTÖ alt puanlar ile DEHB alt tipler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 17).

**Tablo 17. ABTÖ Testi Alt Puanlarının DEHB Alt Tiplerine Göre Değerlendirilmesi**

	<b>Dikkat Eksikliği Ortalama+ss</b>	<b>Bileşik tip Ortalama+ss</b>	<b>p</b>
<b>Kabul ilgi</b>	29,21±3,77	29,52±2,62	0,713 <sup>a</sup>
<b>Psikolojik özerklik</b>	24,67±4,62	25,52±4,73	0,282 <sup>a</sup>
<b>Kontrol denetim</b>	30,83±1,87	30,62±2,03	0,509 <sup>a</sup>
<b>Toplam</b>	84,71±6,30	85,65±6,40	0,355

İki Bağımsız Değişken arasında T testi. P<sup>a</sup>; Mann-Whitney U testi, ABTÖ: Anne-Baba Tutum Ölçeği

ABTÖ alt puanlar ile cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 18).

**Tablo 18. ABTÖ Testi Alt Puanlarının Cinsiyetlere Göre Değerlendirilmesi**

	<b>Erkek Ortalama±ss</b>	<b>Kız Ortalama±ss</b>	<b>p</b>
<b>Kabul ilgi</b>	29,01±3,54	30,23±2,71	0,073 <sup>a</sup>
<b>Psikolojik özerklik</b>	25,25±4,71	24,27±4,49	0,256 <sup>a</sup>
<b>Kontrol denetim</b>	30,60±2,12	31,16±1,18	0,105 <sup>a</sup>
<b>Toplam</b>	84,85±6,54	85,68±5,75	0,454

İki Bağımsız Değişken arasında T testi. P<sup>a</sup>; Mann-Whitney U testi, ABTÖ: Anne-Baba Tutum Ölçeği

Annelerin eğitim düzeyi ile AHÇYTÖ alt puanları arasında istatistiksel olarak anlam farkı olup olmadığı değerlendirildiği tablo 19’da, AHÇYTÖ aşırı koruma, ev kadınlığı reddi, evlilik çatışması, disiplin ve AHÇYTÖ Toplam alt puanları ile annelerin eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak ilişkili bulunmuştur (38,92±6,05, 36,90±6,08 ve 34,87±6,40, 29,58±7,41, 29,76±8,45 ve 26,49±6,74, 14,68±4,30, 15,62±5,05 ve 13,04±3,72, 41,55±9,12, 41,33±8,29 ve 37,64±9,06, 151,37±23,702, 49,62±21,76 ve 138,53±20,90  $p<0,05$ ).

**Tablo 19. AHÇYTÖ ve ABTÖ Alt Puanlarının Ortalama Anne Eğitim Düzeyine Göre Değerlendirilmesi**

	<b>İlkokul ve Altı Ortalama±ss</b>	<b>Ortaokul Ortalama±ss</b>	<b>Lise ve üzeri Ortalama±ss</b>	<b>p</b>
<b>AHÇYTÖ</b>				
<b>Aşırı koruma</b>	38,92±6,05	36,90±6,08	34,87±6,40	0,000 <sup>a</sup>
<b>Demokratik</b>	26,30±3,53	25,52±4,49	26,53±3,09	0,352 <sup>a</sup>
<b>Ev kadınlığı reddi</b>	29,58±7,41	29,76±8,45	26,49±6,74	0,033 <sup>a</sup>
<b>Evlilik çatışması</b>	14,68±4,30	15,62±5,05	13,04±3,72	0,037 <sup>a</sup>
<b>Disiplin</b>	41,55±9,12	41,33±8,29	37,64±9,06	0,035
<b>Toplam</b>	151,37±23,702	149,62±21,76	138,53±20,90	0,004
<b>ABTÖ</b>				
<b>Kabul ilgi</b>	29,21±3,71	29,33±3,52	29,53±2,80	0,988 <sup>a</sup>
<b>Psikolojik özerk</b>	25,07±4,83	25,67±3,99	24,62±4,66	0,680 <sup>a</sup>
<b>Kontrol denetim</b>	30,78±2,04	30,86±2,03	30,65±1,72	0,748 <sup>a</sup>
<b>Toplam</b>	85,03±6,54	85,86±5,48	84,82±6,38	0,815

One way ANOVA testi; p<sup>a</sup>: Kruskal Wallis testi

Babaların eğitim düzeyi ile AHÇYTÖ alt puanları arasında istatistiksel olarak anlam farkı olup olmadığı değerlendirildiği tablo 20’de AHÇYTÖ aşırı koruma, disiplin, AHÇYTÖ toplam ile babaların eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak ilişkili bulunmuştur (39,55±5,36, 35,61±7,00 ve 36,36±6,46, 26,45±3,26, 26,14±4,27 ve 26,17±3,46, 29,28±6,84, 28,14±8,06 ve 28,17±7,66, 14,68±4,37, 15,21±3,81 ve 13,73±4,38, 153,36±21,24, 145,93±22,08 ve 142,87±24,22 p<0,05)

**Tablo 20. AHÇYTÖ ve ABTÖ Alt Puanlarının Baba Eğitim Düzeyine Göre Değerlendirilmesi**

	İlkokul ve Altı Ortalama±ss	Ortaokul Ortalama±ss	Lise ve üzeri Ortalama±ss	p
<b>AHÇYTÖ</b>				
<b>Aşırı koruma</b>	39,55±5,36	35,61±7,00	36,36±6,46	0,004 <sup>a</sup>
<b>Demokratik</b>	26,45±3,26	26,14±4,27	26,17±3,46	0,907 <sup>a</sup>
<b>Ev kadınlığı reddi</b>	29,28±6,84	28,14±8,06	28,17±7,66	0,516 <sup>a</sup>
<b>Evlilik çatışması</b>	14,68±4,37	15,21±3,81	13,73±4,38	0,216 <sup>a</sup>
<b>Disiplin</b>	43,26±7,94	39,39±9,52	38,55±9,39	0,011
<b>Toplam</b>	153,36±21,24	145,93±22,08	142,87±24,22	0,035
<b>ABTÖ</b>				
<b>Kabul ilgi</b>	28,94±3,91	29,61±3,31	29,48±3,09	0,794 <sup>a</sup>
<b>Psikolojik özerk</b>	25,23±4,64	26,21±3,52	24,39±5,00	0,141 <sup>a</sup>
<b>Kontrol denetim</b>	30,68±1,99	30,46±2,36	30,86±1,75	0,534 <sup>a</sup>
<b>Toplam</b>	84,83±6,52	86,25±5,40	84,74±6,58	0,536

One-way ANOVA testi; p<sup>a</sup>: Kruskal-Wallis testi

CADÖ’nin ilaçsız ve düzenli ilaç kullanımı sonrası alt puanları arasında anlamlı bir fark olup olmadığı incelendiği tablo 21’de karşıt gelme, dikkatsizlik, hareketlilik, kaygı, psikosomatik, DEHB indeksi, CGI-impulsivite, CGI-duygusal değişkenlik, CGI-toplam, DSM-dikkatsizlik, DSM-hareketlilik, DSM-toplam ve Conners toplam grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (14,1±7,6 ve 11,2±6,8, 15,1±8,0 ve 20,6±8,1, 13,0±6,8 ve 9,6±5,8, 7,9±5,1 ve 9,1±5,4 4,8±4,2 ve 4,2±3,7, 16,2±8,0 ve 23,0±7,9, 11,5±4,9 ve 8,7±4,6, 3,4±2,3 ve 4,2±2,6, 15,7±6,9 ve 12,1±6,6, 11,3±6,2 ve 15,3±6,2, 14,2±7,1 ve 21,7±11,5, 29,6±11,9 ve 21,7±11,5, 186,8±71,5 ve 143,7±70,2 p<0,005).

**Tablo 21. CADÖ Alt Puanlarının Tedavi Öncesi ve Sonrasına Göre Değerlendirilmesi**

	<b>Tedavi öncesi Ortalama±ss</b>	<b>Tedavi sonrası Ortalama±ss</b>	<b>P</b>
<b>Karşıt Gelme</b>	14,1±7,6	11,2±6,8	0,000
<b>Dikkat Eksikliği</b>	20,6±8,1	15,1±8,0	0,000
<b>Hareketlilik</b>	13,0±6,8	9,6±5,8	0,000
<b>Kaygı-utangaçlık</b>	9,1±5,4	7,9±5,1	0,001
<b>Mükemmelliyeçilik</b>	6,6±3,9	6,5±3,6±0	0,513
<b>Sosyal Problemler</b>	4,2±3,4	3,7±3,1	0,088
<b>Psikosomatik</b>	4,8±4,2	4,2±3,7	0,041
<b>DEHB Alt indeks</b>	23,0±7,9	16,2±8,0	0,000
<b>CGİ-İmpulsivite</b>	11,5±4,9	8,7±4,6	0,000
<b>CGİ-Duygusal Değ.</b>	4,2±2,6	3,4±2,3	0,000
<b>CGİ-Total</b>	15,7±6,9	12,1±6,6	0,000
<b>DSM-DE</b>	15,3±6,2	11,3±6,2	0,000
<b>DSM-HA</b>	14,2±7,1	10,6±6,5	0,000
<b>DSM-Total</b>	29,6±11,9	21,7±11,5	0,000
<b>Connors Total</b>	186,8±71,5	143,7±70,2	0,000

(İki Bağımlı Değişken arasında T testi, p: Wilcoxon testi)

DEHB alt tiplerinin ilaç öncesi ve ilaç sonrası CADÖ alt puanları ile ilişkisinin incelendiği tablo 22’de; dikkat eksikliği alt tipinin, bileşik tipe göre ilaçsız ve düzenli ilaç kullanımı sonrasında; CADÖ ölçeğinin karşıt gelme, dikkatsizlik, hareketlilik, kaygı, DEHB indeksi, CGİ-İmpulsivite, Duygusal Değişkenlik, CGİ- Toplam, DSM hareketlilik, DSM dikkatsizlik, DSM toplam ve Connors toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (12,6±7,4 ve 10,1±6,3, 14,8±7,8 ve 19,8±8,3, 11,1±6,6 ve 8,5±5,4 ve 7,7±4,9, 15,7±8,0 ve 21,5±8,1, 10,0±4,7 ve 7,8±4,4, 3,0±2,2 ve 4,0±2,6, 14,0±6,8 ve 10,9±6,3, 11,0±5,9 ve 14,8±6,5, 11,8±6,8 ve 20,0±10,6, 26,8±12,1 ve 20,0±10,6, 134,2±66,3 ve 171,2±71,7 p<0,005).

Bileşik alt tipin, dikkat eksikliği tipine göre ilaçsız ve düzenli ilaç kullanımı sonrasında; CADÖ karşıt gelme, dikkatsizlik, hareketlilik, kaygı, DEHB indeksi, CGİ-İmpulsivite, Duygusal Değişkenlik, CGİ- Toplam, DSM hareketlilik, DSM dikkatsizlik, DSM toplam ve Connors toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (16,7±7,2 ve 13,0±7,1, 15,6±8,4 ve 21,8±7,7, 16,1±5,9 ve 11,5±5,9, 17,1±8,0 ve 25,6±6,9, 13,9±4,2 ve 10,1±4,7, 3,9±2,4 ve 4,7±2,5, 18,6±6,0 ve 14,1±6,6, 11,7±6,7 ve 16,1±5,8, 18,2±5,5 ve 24,6±12,4, 34,3±10,2 ve 24,6±12,4, 159,4±74,1 ve 212,5±63,8 p<0,005).

**Tablo 22. DEHB Alt Tipleri ile CADÖ Alt Puanlarının Tedavi Öncesi ve Sonrasına Göre İlişkinin Değerlendirilmesi**

	Tedavi öncesi Ortalama±ss	Tedavi sonrası Ortalama±ss	p
<b>Dikkat eksikliği</b>			
<b>Karşıt Gelme</b>	12,6±7,4	10,1±6,3	0,000
<b>Dikkat Eksikliği</b>	19,8±8,3	14,8±7,8	0,000
<b>Hareketlilik</b>	11,1±6,6	8,5±5,4	0,000
<b>Kaygı-utangaçlık</b>	9,1±5,4	7,7±4,9	0,000
<b>Mükemmeliyetçilik</b>	6,4±3,7	6,1±3,5	0,282
<b>Sosyal Problemler</b>	4,0±3,2	3,5±2,9	0,250
<b>Psikosomatik</b>	4,6±4,2	4,1±3,6	0,096
<b>DEHB Alt indeks</b>	21,5±8,1	15,7±8,0	0,000
<b>CGI-İmpulsivite</b>	10,0±4,7	7,8±4,4	0,000
<b>CGI-Duygu. Değiş..</b>	4,0±2,6	3,0±2,2	0,000
<b>CGI-Total</b>	14,0±6,8	10,9±6,3	0,000
<b>DSM-Dikkat Eksikliği</b>	14,8±6,5	11,0±5,9	0,000
<b>DSM-Hareketlilik</b>	11,8±6,8	20,0±10,6	0,000
<b>DSM-Total</b>	20,0±10,6	26,8±12,1	0,000
<b>Conners Total</b>	171,2±71,7	134,2±66,3	0,000
<b>Bileşik tip</b>			
<b>Karşıt Gelme</b>	16,7±7,2	13,0±7,1	0,000
<b>Dikkat Eksikliği</b>	21,8±7,7	15,6±8,4	0,000
<b>Hareketlilik</b>	16,1±5,9	11,5±5,9	0,000
<b>Kaygı-utangaçlık</b>	9,2±5,5	8,1±5,5	0,125
<b>Mükemmeliyetçilik</b>	6,9±4,2	7,1±3,7	0,785
<b>Sosyal Problemler</b>	4,5±3,5	3,9±3,3	0,250
<b>Psikosomatik</b>	5,1±4,1	4,5±3,9	0,217
<b>DEHB Alt indeks</b>	25,6±6,9	17,1±8,0	0,000
<b>CGI-İmpulsivite</b>	13,9±4,2	10,1±4,7	0,000
<b>CGI-Duygu. Değ.</b>	4,7±2,5	3,9±2,4	0,019
<b>CGI-Total</b>	18,6±6,0	14,1±6,6	0,000
<b>DSM-Dikkat Eksikliği</b>	16,1±5,8	11,7±6,7	0,000
<b>DSM-Hareketlilik</b>	18,2±5,5	24,6±12,4	0,000
<b>DSM-Total</b>	34,3±10,2	24,6±12,4	0,000
<b>Conners Total</b>	212,5±63,8	159,4±74,1	0,000

İlaç kullanımı öncesi yapılan CADÖ ile DEHB alt tipleri arasındaki ilişki incelendiği tablo 23’de, dikkat eksikliği ve bileşik tip arasında toplam karşıt gelme, hareketlilik, DEHB indeksi, CGI-İmpulsivite, CGI-toplam, DSM-hareketlilik ve DSM-toplam, Conners toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (12,6±7,4 ve 16,7±7,2, 11,1±6,6 ve 16,1±5,9, 21,5±8,1 ve 25,6±6,9 10,0±4,7 ve 13,9±4,2, 11,8±6,8 ve 18,2±5,5, 26,8±12,1 ve 34,3±10,2, 171,2±71,7 ve 212,5±63,8p<0,005).

İlaç kullanımı sonrası yapılan CADÖ ile DEHB alt tipleri arasındaki ilişki incelendiği zaman, dikkat eksikliği ve bileşik tip arasında toplam karşıt gelme, hareketlilik, mükemmeliyetçilik, CGI-duygusal değişkenlik, CGI-impulsivite. CGI-

toplam, DSM-hareketlilik, DSM-toplam ve Conners toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (10,1±6,3 ve 13,0±7,1, 8,5±5,4 ve 11,5±5,9, 6,1±3,5 ve 7,1±3,7, 7,8±4,4 ve 10,1±4,7, 3,0±2,2 ve 3,9±2,4, 10,9±6,3 ve 14,1±6,6, 9,2±6,1 ve 13,0±6,5, 20,0±10,6 ve 24,6±12,4, 134,2±66,3 ve 159,4±74,1p<0,005).

**Tablo 23. Tedavi Öncesi ve Sonrası CADÖ'nün DEHB Alt Tiplerine Göre Değerlendirilmesi**

	<b>Dikkat Eksikliği Ortalama±ss</b>	<b>Bileşik tip Ortalama±ss</b>	<b>p</b>
<b>Tedavi öncesi</b>			
<b>Karşıt Gelme</b>	12,6±7,4	16,7±7,2	0,000
<b>Dikkat Eksikliği</b>	19,8±8,3	21,8±7,7	0,123
<b>Hareketlilik</b>	11,1±6,6	16,1±5,9	0,000
<b>Kaygı-utangaçlık</b>	9,1±5,4	9,2±5,5	0,897
<b>Mükemmeliyetçilik</b>	6,4±3,7	6,9±4,2	0,392
<b>Sosyal Problemler</b>	4,0±3,2	4,5±3,5	0,302
<b>Psikosomatik</b>	4,6±4,2	5,1±4,1	0,369
<b>DEHB Alt indeks</b>	21,5±8,1	25,6±6,9	0,001
<b>CGI-İmpulsivite</b>	10,0±4,7	13,9±4,2	0,000
<b>CGI-Duygusal Değ.</b>	4,0±2,6	4,7±2,5	0,096
<b>CGI-Total</b>	14,0±6,8	18,6±6,0	0,000
<b>DSM-Dikkat Eksikliği</b>	14,8±6,5	16,1±5,8	0,189
<b>DSM-Hareketlilik</b>	11,8±6,8	18,2±5,5	0,000
<b>DSM-Total</b>	26,8±12,1	34,3±10,2	0,000
<b>Conners Total</b>	171,2±71,7	212,5±63,8	0,000
<b>Tedavi sonrası</b>			
<b>Karşıt Gelme</b>	10,1±6,3	13,0±7,1	0,011
<b>Dikkat Eksikliği</b>	14,8±7,8	15,6±8,4	0,724
<b>Hareketlilik</b>	8,5±5,4	11,5±5,9	0,002
<b>Kaygı-utangaçlık</b>	7,7±4,9	8,1±5,5	0,963
<b>Mükemmeliyetçilik</b>	6,1±3,5	7,1±3,7	0,045
<b>Sosyal Problemler</b>	3,5±2,9	3,9±3,3	0,548
<b>Psikosomatik</b>	4,1±3,6	4,5±3,9	0,680
<b>DEHB Alt indeks</b>	15,7±8,0	17,1±8,0	0,247
<b>CGI-İmpulsivite</b>	7,8±4,4	10,1±4,7	0,001
<b>CGI-Duygusal Değ.</b>	3,0±2,2	3,9±2,4	0,018
<b>CGI-Total</b>	10,9±6,3	14,1±6,6	0,002
<b>DSM-Dikkat Eksikliği</b>	11,0±5,9	11,7±6,7	0,682
<b>DSM-Hareketlilik</b>	9,2±6,1	13,0±6,5	0,000
<b>DSM-Total</b>	20,0±10,6	24,6±12,4	0,026
<b>Conners Total</b>	134,2±66,3	159,4±74,1	0,045

Cinsiyet farklılığının, ilaçsız ve düzenli ilaç kullanımı sonrasında CADÖ alt puanları arasında fark yaratıp yaratmadığı incelendiği tablo 24'de, erkek cinsiyetin ilaç kullanımı öncesi ve düzenli ilaç kullanımı sonrasında; karşıt gelme, dikkatsizlik, hareketlilik, kaygı, sosyal, DEHB indeksi, CGI-impulsivite, CGI-duygusal değişkenlik,

CGI-toplam, DSM-dikkat eksikliği, DSM-hareketlilik, DSM-toplam ve Conners toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (14,8±7,4 ve 11,7±6,8, 16,1±8,1 ve 21,2±7,9, 13,7±6,6 ve 10,2±5,7, 7,7±5,2 ve 8,8±5,4, 3,6±3,2 ve 4,3±3,2, 16,8±8,2 ve 23,8±7,7, 12,1±4,6 ve 8,9±4,4, 3,5±2,3 ve 4,4±2,5, 16,5±6,5 ve 12,5±6,4, 11,8±6,3 ve 15,7±6,3, 15,0±6,9 ve 22,6±11,4, 30,8±11,7 ve 22,6±11,4, 148,3±69,0 ve 193,3±68,5 p<0,05).

**Tablo 24. Cinsiyet ile CADÖ Alt Puanlarının Tedavi Öncesi ve Sonrasına Göre İlişkisinin Değerlendirilmesi**

	Tedavi öncesi Ortalama±ss	Tedavi sonrası Ortalama±ss	p
<b>Erkek</b>			
Karşıt Gelme	14,8±7,4	11,7±6,8	0,000
Dikkat Eksikliği	21,2±7,9	16,1±8,1	0,000
Hareketlilik	13,7±6,6	10,2±5,7	0,000
Kaygi-utangaçlık	8,8±5,4	7,7±5,2	0,004
Mükemmeliyetçilik	6,5±3,9	6,5±3,5	0,884
Sosyal Problemler	4,3±3,2	3,6±3,2	0,023
Psikosomatik	4,9±4,2	4,4±3,8	0,074
DEHB Alt indeks	23,8±7,7	16,8±8,2	0,000
CGI-İmpulsivite	12,1±4,6	8,9±4,4	0,000
CGI-Duygu. Değ.	4,4±2,5	3,5±2,3	0,000
CGI-Total	16,5±6,5	12,5±6,4	0,000
DSM-Dikkat Eksikliği	15,7±6,3	11,8±6,3	0,000
DSM-Hareketlilik	15,0±6,9	22,6±11,4	0,000
DSM-Total	30,8±11,7	22,6±11,4	0,000
Conners Total	193,3±68,5	148,3±69,0	0,000
<b>Kız</b>			
Karşıt Gelme	12,4±7,8	9,8±6,4	0,023
Dikkat Eksikliği	18,7±8,5	12,5±7,5	0,000
Hareketlilik	11,0±6,9	8,0±6,0	0,001
Kaygi-utangaçlık	9,8±5,4	8,5±5,0	0,047
Mükemmeliyetçilik	7,0±4,0	6,4±4,1	0,290
Sosyal Problemler	4,0±3,7	3,9±2,8	0,871
Psikosomatik	4,5±4,1	3,8±3,5	0,339
DEHB Alt indeks	20,9±8,3	14,6±7,3	0,000
CGI-İmpulsivite	9,8±5,3	7,9±5,1	0,027
CGI-Duygu. Değ.	3,7±2,6	3,1±2,3	0,076
CGI-Total	13,6±7,5	11,0±7,1	0,033
DSM-Dikkat Eksikliği	14,3±6,0	10,0±5,6	0,000
DSM-Hareketlilik	12,1±7,1±	19,2±11,5	0,003
DSM-Total	26,4±12,2	19,2±11,5	0,000
Conners Total	168,5±77,3	130,8±72,6	0,001

Kız cinsiyetin ilaç kullanımı öncesi ve düzenli ilaç kullanımı sonrasında, CADÖ'de; karşıt gelme, dikkatsizlik, hareketlilik, kaygi, DEHB indeksi, CGI-impulsivite, CGI-toplam, DSM-dikkat eksikliği, DSM-hareketlilik, DSM-toplam ve

Conners toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (12,4±7,8 ve 9,8±6,4, 12,5±7,5 ve 18,7±8,5, 11,0±6,9 ve 8,0±6,0, 8,5±5,0 ve 9,8±5,4, 14,6±7,3 ve 20,9±8,3, 9,8±5,3 ve 7,9±5,1, 13,6±7,5 ve 11,0±7,1, 10,0±5,6 ve 14,3±6,0, 12,1±7,1 ve 19,2±11,5, 26,4±12,2 ve 19,2±11,5, 130,8±72,6 ve 168,5±77,3 p<0,05).

İlaç kullanımı öncesi yapılan CADÖ ile cinsiyet arasındaki ilişki incelendiği tablo 25’de, erkek ve kız cinsiyet arasında; hareketlilik, DEHB indeksi, KGI-impulsivite, KGI-toplam, DSM-hareketlilik ve DSM-toplam, Conners toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (13,7±6,6 ve 11,0±6,9, 23,8±7,7 ve 20,9±8,3, 12,1±4,6 ve 9,8±5,3, 15,0±6,9 ve 12,1±7,1, 30,8±11,7 ve 26,4±12,2, 193,3±68,5 ve 168,5±77,3 p<0,005).

**Tablo 25. Tedavi Öncesi ve Sonrası CADÖ’nün Cinsiyetlere Göre Değerlendirilmesi**

	<b>Erkek Ortalama±ss</b>	<b>Kız Ortalama±ss</b>	<b>p</b>
<b>Tedavi öncesi</b>			
<b>Karşıt Gelme</b>	14,8±7,4	12,4±7,8	0,052
<b>Dikkat Eksikliği</b>	21,2±7,9	18,7±8,5	0,087
<b>Hareketlilik</b>	13,7±6,6	11,0±6,9	0,017
<b>Kaygı-utangaçlık</b>	8,8±5,4	9,8±5,4	0,347
<b>Mükemmeliyetçilik</b>	6,5±3,9	7,0±4,0	0,726
<b>Sosyal Problemler</b>	4,3±3,2	4,0±3,7	0,338
<b>Psikosomatik</b>	4,9±4,2	4,5±4,1	0,647
<b>DEHB Alt indeks</b>	23,8±7,7	20,9±8,3	0,040
<b>CGI-İmpulsivite</b>	12,1±4,6	9,8±5,3	0,006
<b>CGI-Duygusal Değ.</b>	4,4±2,5	3,7±2,6	0,109
<b>CGI-Total</b>	16,5±6,5	13,6±7,5	0,010
<b>DSM-Dikkat Eksikliği</b>	15,7±6,3	14,3±6,0	0,173
<b>DSM-Hareketlilik</b>	15,0±6,9	12,1±7,1	0,017
<b>DSM-Total</b>	30,8±11,7	26,4±12,2	0,038
<b>Conners Total</b>	193,3±68,5	168,5±77,3	0,037
<b>Tedavi sonrası</b>			
<b>Karşıt Gelme</b>	11,7±6,8	9,8±6,4	0,095
<b>Dikkat Eksikliği</b>	16,1±8,1	12,5±7,5	0,015
<b>Hareketlilik</b>	10,2±5,7	8,0±6,0	0,029
<b>Kaygı-utangaçlık</b>	7,7±5,2	8,5±5,0	0,233
<b>Mükemmeliyetçilik</b>	6,5±3,5	6,4±4,1	0,599
<b>Sosyal Problemler</b>	3,6±3,2	3,9±2,8	0,380
<b>Psikosomatik</b>	4,4±3,8	3,8±3,5	0,504
<b>DEHB Alt indeks</b>	16,8±8,2	14,6±7,3	0,167
<b>CGI-İmpulsivite</b>	8,9±4,4	7,9±5,1	0,123
<b>CGI-Duygusal Değ.</b>	3,5±2,3	3,1±2,3	0,288
<b>CGI-Total</b>	12,5±6,4	11,0±7,1	0,124
<b>DSM-Dikkat Eksikliği</b>	11,8±6,3	10,0±5,6	0,166
<b>DSM-Hareketlilik</b>	11,2±6,4	9,2±6,7	0,047
<b>DSM-Total</b>	22,6±11,4	19,2±11,5	0,073
<b>Conners Total</b>	148,3±69,0	130,8±72,6	0,144

İlaç kullanımı sonrası yapılan CADÖ ile cinsiyet arasındaki ilişki incelendiği zaman, erkek ve kız cinsiyetleri arasında; dikkat eksikliği, hareketlilik, DSM-hareketlilik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (16,1±8,1 ve 12,5±7,5, 10,2±5,7 ve 8,0±6, 22,6±11,4 ve 19,2±11,5 p<0,005).

Tedavi öncesi verilen CADÖ ile ABTÖ alt puanları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını değerlendiren tablo 26’da, CADÖ ile ABTÖ alt puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

**Tablo 26. CADÖ’nün ABTÖ Alt Puanlarına Değerlendirilmesi**

	Otoriter ort±ss	Hoşgörülü ort±ss	İhmalkar ort±ss	Demokrat ort±ss	p
CADÖ-1- KGP	14,46±7,54	14,79±7,93	10,94±6,83	12,67±5,68	0,395
CADÖ-1-DE	21,28±7,75	20,24±8,85	20,12±7,26	13±7,00	0,349
CADÖ-1-HA	13,39±6,91	12,82±6,85	12,71±6,35	9±5,00	0,711
CADÖ-1-Kaygı	8,69±5,19	10,24±5,86	8±4,98	6,33±4,93	0,285
CADÖ-1-Mükemmel,	6,82±3,98	6,82±4,21	5,65±3,08	5±2,00	0,650
CADÖ-1-Sosyal	4,08±3,23	4,69±3,83	3,65±2,64	1,67±1,52	0,411
CADÖ-1-PSOM	4,51±4,11	5,65±4,55	3,71±3,07	3,33±2,88	0,283
CADÖ-1-Alt AB	23,18±8,11	22,84±7,08	24±7,09	20,33±7,94	0,868
CADÖ-1- CGI-IMP	11,73±4,97	11,39±5,00	11,47±4,63	8±3,60	0,566
CADÖ-1-CGI-DD	4,18±2,73	4,71±2,49	3,35±2,39	3,67±1,15	0,226
CADÖ-1-CGI-Tot	15,91±7,18	16,1±6,89	14,82±6,19	11,67±2,88	0,669
CADÖ-1- DSM-DE	15,86±6,38	14,52±6,52	16,12±5,18	13,67±3,51	0,509
CADÖ-1-DSM-HA	14,38±7,22	14,11±7,30	14,35±6,42	13,33±6,80	0,984
CADÖ-1-DSM Toplam	30,35±12,05	28,69±12,65	30,47±10,00	27±9,53	0,721
CADÖ-1-Aile Toplam	188,85±71,19	187,55±77,08	179,94±57,73	152±44,30	0,815

(p: Kruskal-Wallis testi)

Tedavi sonrası verilen CADÖ ile ABTÖ alt puanları arasında fark olup olmadığını değerlendiren tablo 27’de, CADÖ’nün ilaç kullanımı sonrası değerlendirilmesi ile ABTÖ alt puanları arasında fark saptanmamıştır (p>0,005).

**Tablo 27. Tedavi Sonrası CADÖ’nin ABTÖ Alt Puanlarına Göre Değerlendirilmesi**

	Otoriter ort±ss	Hoşgörülü ort±ss	İhmalkar ort±ss	Demokrat ort±ss	p
CADÖ-2-KGP	11,56±7,05	10,95±5,92	10,71±9,01	11,67±4,50	0,830
CADÖ-2-DE	16,18±7,37	14,18±8,05	14,65±9,97	10,00±3,60	0,249
CADÖ-2- HA	10,06±6,04	9,26±5,39	9,47±7,10	8,00±2,64	0,865
CADÖ-2-Kaygı	7,73±4,93	8,18±4,97	8,59±7,05	5,33±4,04	0,772
CADÖ-2-mükemmel	6,34±3,57	6,65±3,55	7,00±4,82	6,67±2,51	0,877
CADÖ-2-sosyal	3,59±2,94	3,77±3,10	4,59±4,09	1,33±1,52	0,455
CADÖ-2-PSOM	4,42±3,86	4,31±3,65	3,65±4,07	2,33±2,30	0,548
CADÖ-2- Alt AB	16,85±7,93	15,77±7,99	15,82±9,32	12,00±2,64	0,716

Tablo 27'nin devamı

	Otoriter ort±ss	Hoşgörülü ort±ss	İhmalkar ort±ss	Demokrat ort±ss	p
CADÖ-2-CGI-IMP	8,73±4,60	8,63±4,56	9,24±5,83	7,00±1,73	0,394
CADÖ-2-CGI-DD	3,38±2,31	3,55±2,44	3,12±2,78	3,67±0,57	0,785
CADÖ-2-CGI-Tot	12,11±6,44	12,18±6,64	12,35±8,29	10,67±1,52	0,998
CADÖ-2-DSM-DE	11,94±6,24	10,73±5,95	11,35±7,62	7,67±1,15	0,487
CADÖ-2-DSM-HA	11,05±6,88	10,50±6,15	10,24±6,76	7,33±4,16	0,763
CADÖ-2DSM Toplam	22,60±11,81	21,03±10,89	21,47±13,16	15,00±5,29	0,649
CADÖ-2Aile Toplam	148,05±69,39	139,87±68,18	142,71±87,99	107,33±8,81	0,728

(p: Kruskal Wallis Testi)

Tedavi öncesi ve sonrası CADÖ alt puanlarının aile tutumlarına göre değişimini değerlendiren Tablo 28 aşağıda sunulmuştur (p<sup>1</sup>:otoriter aile tutumu, p<sup>2</sup>:hoşgörülü aile tutumu, p<sup>3</sup>:ihmalkar aile tutumu, p<sup>4</sup>: demokrat aile tutumu).

Tablo 28. Tedavi Öncesi ve Sonrası CADÖ Alt Puanlarının Aile Tutumlarına Göre İlişkisi

	Otoriter ort±ss	Hoşgörülü ort±ss	İhmalkar ort±ss	Demokrat ort±ss	p <sup>1</sup>	p <sup>2</sup>	p <sup>3</sup>	p <sup>4</sup>
CADÖ-1-KGP	14,46±7,54	14,79±7,93	10,94±6,83	12,67±5,68	0,000	0,000	0,887	0,785
CADÖ-2-KGP	11,56±7,05	10,95±5,92	10,71±9,01	11,67±4,50				
CADÖ-1-DE	21,28±7,75	20,24±8,85	20,12±7,26	13±7,00	0,000	0,000	0,003	0,593
CADÖ-2- DE	16,18±7,37	14,18±8,05	14,65±9,97	10,00±3,60				
CADÖ-1-HA	13,39±6,91	12,82±6,85	12,71±6,35	9±5,00	0,000	0,000	0,037	0,564
CADÖ-2-HA	10,06±6,04	9,26±5,39	9,47±7,10	8,00±2,64				
CADÖ-1-Kaygı	8,69±5,19	10,24±5,86	8±4,98	6,33±4,93	0,067	0,001	0,856	0,414
CADÖ-2-Kaygı	7,73±4,93	8,18±4,97	8,59±7,05	5,33±4,04				
CADÖ-1- Mükemmel	6,82±3,98	6,82±4,21	5,65±3,08	5±2,00	0,278	0,665	0,568	0,655
CADÖ-2-Mükemmel.	6,34±3,57	6,65±3,55	7,00±4,82	6,67±2,51				
CADÖ-1-Sosyal Pr.	4,08±3,23	4,69±3,83	3,65±2,64	1,67±1,52	0,210	0,068	0,307	0,317
CADÖ-2-Sosyal Pr.	3,59±2,94	3,77±3,10	4,59±4,09	1,33±1,52				
CADÖ-1-PSOM	4,51±4,11	5,65±4,55	3,71±3,07	3,33±2,88	0,860	0,003	0,916	0,655
CADÖ-2-PSOM	4,42±3,86	4,31±3,65	3,65±4,07	2,33±2,30				
CADÖ-1-Alt AB	23,18±8,11	22,84±7,08	24±7,09	20,33±7,94	0,000	0,000	0,003	0,180
CADÖ-2-Alt AB	16,85±7,93	15,77±7,99	15,82±9,32	12,00±2,64				
CADÖ-1- CGI-IMP	11,73±4,97	11,39±5,00	11,47±4,63	8±3,60	0,000	0,000	0,083	0,593
CADÖ-2 CGI-IMP	8,73±4,60	8,63±4,56	9,24±5,83	7,00±1,73				
CADÖ-1-CGI-DD	4,18±2,73	4,71±2,49	3,35±2,39	3,67±1,15	0,003	0,001	0,812	1,000
CADÖ-2-CGI-DD	3,38±2,31	3,55±2,44	3,12±2,78	3,67±0,57				
CADÖ-1-CGI-Total	15,91±7,18	16,1±6,89	14,82±6,19	11,67±2,88	0,000	0,000	0,195	0,593
CADÖ-2-CGI Total	12,11±6,44	12,18±6,64	12,35±8,29	10,67±1,52				
CADÖ-1-DSM-DE	15,86±6,38	14,52±6,52	16,12±5,18	13,67±3,51	0,000	0,000	0,015	0,109
CADÖ-2-DSM-DE	11,94±6,24	10,73±5,95	11,35±7,62	7,67±1,15				
CADÖ-1-DSM-HA	14,38±7,22	14,11±7,30	14,35±6,42	13,33±6,80	0,000	0,000	0,007	0,109
CADÖ-2-DSM-HA	11,05±6,88	10,50±6,15	10,24±6,76	7,33±4,16				
CADÖ-1-DSMToplam	30,35±12,05	28,69±12,65	30,47±10,00	27±9,53	0,000	0,000	0,000	0,109
CADÖ-2-DSMToplam	22,60±11,81	21,03±10,89	21,47±13,16	15,00±5,29				
CADÖ-1-Toplam	188,85±71,9	187,55±77,08	179,94±57,3	152±44,30	0,000	0,000	0,065	0,109
CADÖ-2-Toplam	148,05±69,9	139,87±68,18	142,71±87,9	107,33±8,81				

Turgay'ın DEHB ölçeğinin ilaç kullanılmadan önce değerlendirilmesi ile düzenli ilaç kullanımı sonrası alt puanlar arasındaki ilişkiyi değerlendiren tablo 29 incelendiği zaman, ölçeğin, davranım bozukluğu dışındaki tüm alt puanları (dikkat eksikliği, hareketlilik, zıtlaşma bozukluğu) ve toplam puanlar arasında anlamlı bir istatistiksel fark saptanmıştır (15,7±6,5 ve 12,0±6,3, 10,0±6,7 ve 13,1±7,4, 10,0±6,0 ve 8,0±5,6, 42,1±20,5 ve 31,8±17,8 p<0,05).

**Tablo 29. Turgay DEHB Aile Alt Puanlarının Tedavi Öncesi ve Sonrasına Göre Değerlendirilmesi**

	<b>Tedavi öncesi Ortalama±ss</b>	<b>Tedavi sonrası Ortalama±ss</b>	<b>p</b>
<b>Dikkat Eksikliği</b>	15,7±6,5	12,0±6,3	0,000
<b>Hareketlilik</b>	13,1±7,4	10,0±6,7	0,000
<b>Zıtlaşma B.</b>	10,0±6,0	8,0±5,6	0,000
<b>Davranım B.</b>	3,0±4,7	2,3±3,5	0,079
<b>TOPLAM</b>	42,1±20,5	31,8±17,8	0,000

(Wilcoxon testi)

Turgay'ın DEHB değerlendirme ölçeği ile cinsiyetler arasındaki ilişkiyi ele alan analiz sonuçları Tablo 30'da sunulmuştur.

**Tablo 30. Turgay DEHB Aile Alt Puanları ve DEHB Alt Tipleri ile İlgili Analizler**

	<b>Dikkat eksikliği Ortalama±ss</b>	<b>Bileşik Tip Ortalama±ss</b>	<b>P</b>
<b>Dikkat Eksikliği</b>	17,6±21,3	18,2±6,1	0,024
<b>Hareketlilik</b>	7,3±6,8	7,5±8,0	0,000
<b>Zıtlaşma B.</b>	6,3±5,6	11,2±6,0	0,000
<b>Davranım B.</b>	2,1±3,7	5,7±5,2	0,000
<b>TOPLAM</b>	29,4±17,7	51,9±20,0	0,000

(Mann-Whitney U testi)

Turgay'ın DEHB değerlendirme ölçeği ile cinsiyetler arasında, ilaç kullanımı öncesi ve kullanımı sonrasında fark olup olmadığını değerlendiren tablo 31'de, ilaç kullanımı öncesi ölçeğin hareketlilik, davranım bozukluğu alt puanları ile cinsiyetler arasında anlamlı bir istatistiksel fark bulunmuştur (3,4±5,2 ve 1,6±2,3 p<0,05).

Düzenli ilaç kullanımı sonrasında cinsiyetler ile ölçeğin hareketlilik alt puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (10,6±6,7 ve 8,3±6,7 p<0,05).

**Tablo 31. Cinsiyet ile Turgay DEHB Aile Alt Puanlarının Arasındaki İlişkinin Tedavi Öncesi ve Sonrasına Göre Değerlendirilmesi**

	<b>Erkek Ortalama±ss</b>	<b>Kız Ortalama±ss</b>	<b>p</b>
<b>İlaç öncesi</b>			
<b>Dikkat Eksikliği</b>	16,0±6,7	14,9±5,7	0,290
<b>Hareketlilik</b>	14,0±7,3	10,8±7,3	0,014
<b>Zıtlasma B.</b>	10,4±5,9	8,9±6,4	0,090
<b>Davranım B.</b>	3,4±5,2	1,6±2,3	0,030
<b>TOPLAM</b>	44,1±20,8	36,6±18,7	0,051
<b>İlaç sonrası</b>			
<b>Dikkat Eksikliği</b>	12,3±6,4	11,0±5,8	0,301
<b>Hareketlilik</b>	10,6±6,7	8,3±6,7	0,025
<b>Zıtlasma B.</b>	8,4±5,5	7,0±6,0	0,100
<b>Davranım B.</b>	2,4±3,3	2,0±4,1	0,103
<b>TOPLAM</b>	33,3±17,8	27,6±17,3	0,057

Cinsiyet farklılığı ile ilaç kullanımı öncesi ve düzenli ilaç kullanımı sonrası Turgay DEHB ölçeği alt puanları arasında istatistiksel olarak anlam farklılığının olup olmadığını değerlendiren tablo 32’de, erkek cinsiyette, ilaç kullanımı öncesi ve sonrasında tüm alt puanlar ve toplam puan arasında cinsiyet ile anlamlı bir fark bulunurken (16,0±6,7 ve 12,3±6,4, 10,6±6,7 ve 14,0±7,3, 10,4±5,9 ve 8,4±5,5, 44,1±20,8 ve 33,3±17,8  $p<0,05$ ), kız cinsiyette, ilaç kullanımı öncesi ve sonrasında, davranım bozukluğu alt puanı dışındaki tüm alt puanlar ve toplam puan ile kız cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (14,9±5,7 ve 11,0±5,8, 8,3±6,7 ve 10,8±7,3, 8,9±6,4 ve 7,0±6,0, 36,6±18,7 ve 27,6±17,3  $p<0,05$ ).

**Tablo 32. Cinsiyetin Tedavi Öncesi ve Sonrası Turgay Aile DEHB Alt Puanları ile İlişkinin Değerlendirilmesi**

	<b>Tedavi öncesi Ortalama±ss</b>	<b>Tedavi sonrası Ortalama±ss</b>	<b>p</b>
<b>Erkek</b>			
<b>Dikkat Eksikliği</b>	16,0±6,7	12,3±6,4	0,000
<b>Hareketlilik</b>	14,0±7,3	10,6±6,7	0,000
<b>Zıtlasma B.</b>	10,4±5,9	8,4±5,5	0,000
<b>Davranım B.</b>	3,4±5,2	2,4±3,3	0,031
<b>TOPLAM</b>	44,1±20,8	33,3±17,8	0,000
<b>Kız</b>			
<b>Dikkat Eksikliği</b>	14,9±5,7	11,0±5,8	0,001
<b>Hareketlilik</b>	10,8±7,3	8,3±6,7	0,005
<b>Zıtlasma B.</b>	8,9±6,4	7,0±6,0	0,031
<b>Davranım B.</b>	1,6±2,3	2,0±4,1	0,762
<b>TOPLAM</b>	36,6±18,7	27,6±17,3	0,001

CÖDÖ alt puanları ile DEHB alt tipleri arasında farklılık olup olmadığını değerlendiren tablo 33’de, CÖDÖ karşıt gelme, dikkat eksikliği, hareketlilik, sosyal, DEHB dikkat eksikliği, hareketlilik/dürtüsellik, CGI-Huzursuzluk, CGI- Duygusal, CGI-Toplam, DSM-Dikkat eksikliği, DSM-Hareketlilik/Dürtüsellik ve DSM Toplam alt puanları ile cinsiyet farklılığı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (2,8±3,4 ve 6,7±4,1, 11,13±5,97 ve 13,22±5,72, 5,6±4,8 ve 12,41±5,26, 7,5±3,8 ve 5,4±3,1, 5,7±4,3 ve 7,3±4,4, 10,21±4,62 ve 12,51±3,96, 4,1±4,5 ve 10,33±4,2, 6,0±3,8 ve 10,63±3,5, 4,1±3,1 ve 6,4±3,6, 10,20±6,30 ve 17,11±6,5, 14,63±7,16 ve 17,90±6,01, 7,7±6,8 ve 17,79±7,51, 22,91±13,11 ve 36,02±11,73 p<0,05).

**Tablo 33. CÖDÖ’nün DEHB Alt Tiplerine Göre Değerlendirilmesi**

	<b>Dikkat Eksikliği Ortalama±ss</b>	<b>Bileşik Ortalama±ss</b>	<b>p</b>
<b>CÖDÖ-1-KGP</b>	2,8±3,4	6,7±4,1	0,000
<b>CÖDÖ-1-DE</b>	11,13±5,97	13,22±5,72	0,039
<b>CÖDÖ-1-HA</b>	5,6±4,8	12,41±5,26	0,000
<b>CÖDÖ-1-Kaygı</b>	7,5±3,8	5,4±3,1	0,000
<b>CÖDÖ-1-Mükemmel</b>	3,1±3,3	2,5±2,9	0,373
<b>CÖDÖ-1-Sosyal</b>	5,7±4,3	7,3±4,4	0,025
<b>CÖDÖ-1-DEHB DE</b>	10,21±4,62	12,51±3,96	0,001
<b>CÖDÖ-1-DEHB HA</b>	4,1±4,5	10,33±4,2	0,000
<b>CÖDÖ-1-CGI-huzursuzluk</b>	6,0±3,8	10,63±3,5	0,000
<b>CÖDÖ-1-CGI-Duygusal D.</b>	4,1±3,1	6,4±3,6	0,000
<b>CÖDÖ-1-CGI-Toplam</b>	10,20±6,30	17,11±6,5	0,000
<b>CÖDÖ-1-DSM-DE</b>	14,63±7,16	17,90±6,01	0,003
<b>CÖDÖ-1-DSM-HA</b>	7,7±6,8	17,79±7,51	0,000
<b>CÖDÖ-1-DSM Toplam</b>	22,91±13,11	36,02±11,73	0,000

(p: Mann-Whitney U testi)

CÖDÖ alt puanları ile cinsiyetler arasında farklılık olup olmadığını değerlendiren tablo 34’de, CÖDÖ karşıt gelme, hareketlilik, kaygı, sosyal, DEHB dikkat eksikliği, hareketlilik/dürtüsellik, CGI-Huzursuzluk, CGI- Duygusal Değişkenlik, CGI-Toplam, DSM-Dikkat eksikliği, DSM-Hareketlilik/Dürtüsellik ve DSM Toplam alt puanları ile cinsiyet farklılığı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. (5,05±4,25 ve 2,27±3,23, 9,44±5,78 ve 4,61±5,19, 6,42±3,77 ve 7,80±0,42, 6,68±4,24 ve 5,32±4,76, 11,66±4,36 ve 9,45±4,62, 7,64±4,93 ve 3,18±5,18, 8,7±4,0 ve 5,2±4,0, 5,6±3,4 ve 3,4±3,1,

14,36±6,81 ve 8,48±6,59, 16,65±6,51 ve 13,68±7,58, 13,43±8,22 ve 6,25±7,30, 30,44±13,75 ve 20,64±12,61 p<0,05)

**Tablo 34. CÖDÖ'nün Cinsiyetlere Göre Değerlendirilmesi**

	<b>Erkek Ortalama±ss</b>	<b>Kız Ortalama±ss</b>	<b>P</b>
<b>CÖDÖ-1-KGP</b>	5,05±4,25	2,27±3,23	0,000
<b>CÖDÖ-1-DE</b>	12,39±5,59	10,61±6,77	0,089
<b>CÖDÖ-1-HA</b>	9,44±5,78	4,61±5,19	0,000
<b>CÖDÖ-1-Kaygı</b>	6,42±3,77	7,80±4,42	0,014
<b>CÖDÖ-1-Mükemmel</b>	2,70±3,10	3,52±3,52	0,199
<b>CÖDÖ-1-Sosyal</b>	6,68±4,24	5,32±4,76	0,037
<b>CÖDÖ-1-DEHB DE</b>	11,66±4,36	9,45±4,62	0,005
<b>CÖDÖ-1-DEHB HA</b>	7,64±4,93	3,18±5,18	0,000
<b>CÖDÖ-1-CGI-huzursuzluk</b>	8,7±4,0	5,2±4,0	0,000
<b>CÖDÖ-1-CGI-Duygusal D.</b>	5,6±3,4	3,4±3,1	0,000
<b>CÖDÖ-1-CGI-Toplam</b>	14,36±6,81	8,48±6,59	0,000
<b>CÖDÖ-1-DSM-DE</b>	16,65±6,51	13,68±7,58	0,018
<b>CÖDÖ-1-DSM-HA</b>	13,43±8,22	6,25±7,30	0,000
<b>CÖDÖ-1-DSM Toplam</b>	30,44±13,75	20,64±12,61	0,000

(p: Mann-Whitney U testi)

Cinsiyet ile Öğretmen Turgay ölçeği ve ADÖ arasındaki ilişkinin incelendiği tablo 35'de, cinsiyet ile Öğretmen Turgay ölçeği Hareketlilik, Karşıt Olma- Karşıt Gelme, Davranım Bozukluğu ve Turgay Toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (12,8±8,6 ve 6,5±7,7, 9,1±6,2 ve 5,3±5,2, 4,2±4,8 ve 1,5±3,5, 42,3±21,6 ve 25,5±15,8 p<0,05).

**Tablo 35. Turgay DEHB Öğretmen Alt Puanları Cinsiyetlere Göre Değerlendirilmesi**

	<b>Erkek Ortalama±ss</b>	<b>Kız Ortalama±ss</b>	<b>P</b>
<b>O-Turgay-Dikkat Eksikliği</b>	16,9±6,6	20,4±31,7	0,297
<b>O-Turgay-Hareketlilik</b>	12,8±8,6	6,5±7,7	0,000
<b>O-Turgay-Zıtlasma</b>	9,1±6,2	5,3±5,2	0,000
<b>O-Turgay-Davranım Boz.</b>	4,2±4,8	1,5±3,5	0,000
<b>O-Turgay-Total</b>	42,3±21,6	25,5±15,8	0,000

(p: Mann-Whitney U testi)

DEHB alt tipleri ile ADÖ arasındaki ilişki incelendiği zaman duygusal tepki verebilme, gereksinim (gereken ilgiyi gösterebilme), genel işlevler alt puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (16,5±2,8 ve 18,1±3,2 p<0,05) (Tablo 36).

**Tablo 36. ADÖ'nün DEHB Alt Tiplerine Göre Değerlendirilmesi**

	<b>Dikkat eksikliği Ortalama±ss</b>	<b>Bileşik tip Ortalama±ss</b>	<b>P</b>
<b>Problem Çözme</b>	11,3±3,6	11,5±4,0	0,765
<b>İletişim</b>	17,1±4,5	16,1±4,6	0,193
<b>Roller</b>	23,2±4,9	23,6±4,9	0,587
<b>Duygusal tepki verebilme</b>	11,1±3,8	11,8±3,9	0,304
<b>Gereken ilgiyi gösterebilme</b>	16,5±2,8	18,1±3,2	0,007
<b>Davranış Kontrolü</b>	20,0±2,9	19,7±3,1	0,603
<b>Genel İşlevler</b>	23,0±5,9	22,4±6,5	0,405
<b>Toplam</b>	122,3±21,5	123,4±22,0	0,873

(Mann-Whitney U testi)

Cinsiyetler ile ADÖ arasındaki ilişki incelendiği zaman ise cinsiyetler ile ADÖ arasında roller ve gereksinim (gereken ilgiyi gösterebilme) alt puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (23,8±5,2 ve 1,9±4,3, 17,4±2,9 ve 16,3±3,5 p<0,05) (tablo 37)

**Tablo 37. ADÖ Puanlarının Cinsiyetlere Göre Değerlendirilmesi**

	<b>Erkekort±ss</b>	<b>Kız ort±ss</b>	<b>P</b>
<b>Problem Çözme</b>	11,4±3,7	11,1±3,7	0,599
<b>İletişim</b>	16,7±4,7	16,8±4,0	0,707
<b>Roller</b>	23,8±5,0	21,9±4,3	0,034
<b>Duygusal tepki verebilme</b>	11,6±3,9	10,7±3,6	0,230
<b>Gereken ilgiyi gösterebilme</b>	17,4±2,9	16,3±3,5	0,028
<b>Davranış Kontrolü</b>	19,7±2,9	20,4±3,2	0,293
<b>Genel İşlevler</b>	23,0±6,1	22,2±6,1	0,435
<b>Toplam</b>	123,8±21,6	119,7±21,9	0,246

(p: Mann-Whitney U testi)

İlaç kullanılmadan önce yapılan CADÖ ile AHÇYTÖ ve ABTÖ arasındaki ilişki analiz edildiği tablo 38'de, Connors Karşıt Gelme Puanı ile AHÇYTÖ ev kadınlığı reddi alt puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf pozitif bir ilişki saptanmıştır.

Conners Mükemmeliyetçilik alt puanı AHÇYTÖ disiplin alt puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf pozitif bir ilişki saptanmıştır.

Conners DEHB Alt İndeks alt puanı ile AHÇYTÖ ev kadınlığı reddi alt puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf pozitif bir ilişki saptanmıştır.

Conners İmpulsivite alt puanı ile AHÇYTÖ ev kadınlığı reddi alt puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf pozitif bir ilişki saptanmıştır.

Conners DEHB Duygusal Değişkenlik ve CGI-Total alt puanı ile AHÇYTÖ ev kadınlığı reddi ve AHÇYTÖ total alt puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf pozitif bir ilişki saptanmıştır.

Conners DSM Hareketlilik ve DSM Total alt puanları ile AHÇYTÖ ev kadınlığı reddi alt puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf pozitif bir ilişki saptanmıştır.

Conners İlaçsız total alt puanı ile AHÇYTÖ ev kadınlığı reddi, evlilik çatışması ve AHÇYTÖ total alt puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf pozitif bir ilişki saptanmıştır.

**Tablo 38. Tedavi Öncesi CADÖ ile AHÇYTÖ Alt Puanları ile Arasındaki İlişki**

	Aşırı koruma	Demokratik	Ev Kadın. reddi	Evlilik çatışması	Disiplin	Total
Karşıt Gelme	,08	-,07	,25*	,23	,17	,19
Dikkat Eksikliği	,08	,00	,20	,19	,08	,16
Hareketlilik	,01	,01	,28*	,21	,18	,24
Kaygı-Utangaçlık	,01	,02	,20	,12	,15	,19
Mükemmeliyetçilik	,01	,05	,15	,24	,25*	,19
Sosyal Problemler	,01	,02	,12	,21	,20	,20
Psikosomatik	,05	-,01	,17	,19	,01	,01
DEHB Alt İndeks	,07	,04	,26*	,22	,13	,20
İmpulsivite	,01	,01	,25*	,21	,16	,22
CGI-Duygu. Değ.	,01	,00	,29*	,21	,22	,25*
CGI-Total	,01	,01	,29*	,23	,20	,25*
DSM-Dikkat Eks.	,09	,02	,23	,20	,15	,19
DSM-Hareketlilik	,08	,02	,26*	,20	,17	,21
DS-Total	,09	,02	,27*	,21	,17	,22
Conners İlaçsız Total	,01	,01	,29*	,25*	,20	,25*

(r: korelasyon katsayısı)

Çalışma öncesi ebeveyn (A-Turgay) ve öğretmenlere (O-Turgay) verilen Turgay DEHB ölçeği ile ebeveynlere verilen ADÖ arasındaki ilişki incelendiği tablo 39'da, aile Turgay DEHB DE alt puanı ile ADÖ roller ve ADÖ toplam alt puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, zayıf pozitif bir korelasyon saptanmıştır.

Aile Turgay DEHB Karşıt Olma Karşıt Gelme alt puanı ile ADÖ roller ve toplam alt puanı arasında istatistiksel olarak orta derecede anlamlı pozitif bir ilişki saptanmıştır.

Aile Turgay DEHB Davranım Bozukluğu alt puanı ile ADÖ roller ve toplam alt puanı arasında istatistiksel olarak orta derecede anlamlı pozitif bir ilişki saptanmıştır.

Aile Turgay DEHB Total alt puanı ile ADÖ roller ve toplam alt puanı arasında istatistiksel olarak orta derecede anlamlı pozitif, ADÖ gereken ilgiyi gösterme alt puanı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf bir ilişki saptanmıştır.

Turgay Öğretmen DEHB ölçeği alt puanları ile ADÖ alt puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

**Tablo 39. Tedavi Öncesi Turgay Aile ve Öğretmen DEHB Alt Puanlarının ADÖ ile İlişkisi**

	Prob. çözme	İletişim	Roller	Duygu. Tepki	Gereken ilgiyi gös.	Davranış Kontrolü	Genel İşlevler	Toplam
<b>T-Aile</b>								
<b>Dikkat Eksikliği</b>	,01	,22	,27*	,17	,22	,01	,17	,26*
<b>Hareketlilik</b>	,08	,05	,22	,08	,21	-,02	,11	,15
<b>Karşıt Olma</b>	,23	,23	,31*	,21	,27*	,00	,26*	,33*
<b>Davranım Boz.</b>	,19	,17	,25*	,01	,01	,01	,21	,25*
<b>Total</b>	,18	,20	,32*	,18	,26*	,08	,22	,30*
<b>T-Öğretmen</b>								
<b>Dikkat Eksikliği</b>	-,04	,01	,03	,00	,03	-,09	,00	-,00
<b>Hareketlilik</b>	-,04	-,01	,09	,05	,20	-,19	-,01	-,02
<b>Karşıt Olma</b>	,02	-,04	,01	,01	,23	-,16	,02	,06
<b>Davranım Boz.</b>	,07	-,01	,15	,07	,20	-,01	,08	,09
<b>Total</b>	-,03	-,01	,07	,04	,19	-,01	-,07	-,01

(r: Korelasyon katsayısı)

Tedavi öncesi DEHB'li çocukların ailelerinden doldurulması istenen CADÖ alt puanları ile ABTÖ alt puanları arasındaki ilişki incelendiği tablo 40'da; Connors Karşıt Gelme alt puanı ile ADÖ problem çözme, gereken ilgiyi gösterebilme ve genel işlevler alt puanları ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı zayıf; ADÖ roller ve toplam alt puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif orta derecede bir ilişki saptanmıştır.

Conners Dikkat Eksikliği alt puanı ile ADÖ roller ve ADÖ total alt puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf derecede pozitif bir ilişki saptanmıştır.

Conners Hareketlilik alt puanı ile ADÖ roller ve ADÖ gereken ilgiyi gösterebilme alt puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf derecede pozitif bir ilişki saptanmıştır.

Conners Sosyal Problemler alt puanı ile ADÖ iletişim, ADÖ gereken ilgiyi gösterebilme, ADÖ duygusal tepki verebilme, ADÖ genel işlevler ve ADÖ toplam alt puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf derecede pozitif bir ilişki saptanmıştır.

Conners DEHB alt indeks alt puanı ile ADÖ roller, ADÖ gereken ilgiyi gösterebilme ve ADÖ total alt puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf derecede pozitif bir ilişki saptanmıştır.

Conners CGI- İmpulsivite alt puanı ile ADÖ roller, ADÖ gereken ilgiyi gösterebilme ve ADÖ total alt puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf derecede pozitif bir ilişki saptanmıştır.

Conners CGI-Duygusal Değişkenlik alt puanı ile ADÖ genel işlevler ve ADÖ total arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf derecede pozitif bir ilişki saptanmıştır.

Conners CGI-Total alt puanı ile ADÖ roller, ADÖ gereken ilgiyi gösterebilme, genel işlevler ve ADÖ total alt puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf derecede pozitif bir ilişki saptanmıştır.

Conners DSM-Dikkat Eksikliği alt puanı ile ADÖ iletişim, ADÖ roller, genel işlevler ile istatistiksel olarak anlamlı zayıf; ADÖ total alt puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta derecede pozitif bir ilişki saptanmıştır.

Conners DSM total alt puanı ile ADÖ roller, ADÖ gereken ilgiyi gösterebilme ve ADÖ total alt puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf derecede pozitif bir ilişki saptanmıştır.

Conners total alt puanı ile ADÖ roller ve ADÖ total alt puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta derecede pozitif, ADÖ genel işlevler alt puanı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif zayıf bir ilişki saptanmıştır.

**Tablo 40. Tedavi Öncesi CADÖ'nin ADÖ ile İlişkisi**

	Problem Çözme	İletişim	Roller	Duygu	Gereksinim	Davranış	Genel İşlevler	Toplam
Karşıt Gelme	,26*	,22	,33*	,19	,27*	,01	,29*	,33*
Dikkat Eksikliği	,17	,19	,25*	,19	,21	,04	,21	,26*
Hareketlilik	,01	,17	,27*	,16	,25*	-,03	,18	,23
Kaygi-utangaçlık	,07	,01	,03	,04	,01	-,03	,01	,01
Mükemmelliyeçilik	,09	,07	,08	,09	,05	-,05	,07	,08
Sosyal Problemler	,15	,26*	,23	,27*	,25*	,07	,25*	,30*
Psikosomatik	,01	,21	,24	,16	,20	,10	,19	,24
DEHB Alt indeks	,18	,19	,29*	,17	,25*	,06	,20	,27*
CGI-İmpulsivite	,21	,20	,29*	,22	,26*	-,11	,22	,28*
CGI-Duygu. Değ.	,19	,23	,21	,13	,19	,12	,25*	,26*
CGI-Total	,22	,23	,29*	,21	,26*	-,03	,25*	,30*
DSM-Dikkat Eks.	,22	,25*	,30*	,21	,22	,10	,29*	,33*
DSM-Hareketlilik	,16	,01	,23	,17	,24	-,04	,01	,20
DSM-Total	,20	,20	,29*	,20	,26*	,24	,23	,29*
Conners Total	,22	,23	,31*	,22	,28*	,15	,26*	,31*

(r: Korelasyon katsayısı)

CÖDÖ ile ADÖ arasındaki ilişki incelendiği tablo 41'de, CÖDÖ DEHB alt indeksi ile ADÖ gereken ilgiyi gösterebilme alt puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf derecede pozitif ilişki saptanmıştır.

**Tablo 41. Tedavi Öncesi CÖDÖ'nün ADÖ ile İlişkisi**

	Problem Çözme	İletişim	Roller	Duygusal Tepki	Gereksinim İlgiyi Gös.	Davranış Kontrolü	Genel İşlevler	Toplam
Karşıt Gelme	,08	-,03	,09	,01	,22	-,07	,06	,09
Dikkat Eksikliği	,02	-,01	,07	,08	,01	,02	-,00	,05
Hareketlilik	-,03	-,01	,05	,04	,20	-,17	-,01	-,04
Kaygi-utangaçlık	-,09	-,07	-,09	-,01	-,01	-,01	-,01	-,01
Mükemmelliyeçilik	-,09	-,16	-,04	-,01	-,04	,01	-,01	-,01
Sosyal Problemler	,06	,03	,04	,01	,01	,01	,03	,08
Psikosomatik	-,03	-,06	,04	,04	,07	-,06	-,01	-,02
DEHB Alt indeks	-,02	-,09	,09	,06	,25*	-,17	-,06	,00
CGI-İmpulsivite	-,03	-,01	,08	,06	,22	-,01	-,08	-,00
CGI-Duygu. Değ.	-,00	-,09	,01	,04	,01	-,07	-,05	-,01
CGI-Total	-,03	-,01	,04	,05	,19	-,01	-,09	-,02
DSM-Dikkat Eksikliği	-,05	-,05	,03	,04	,09	-,04	-,08	-,01
DSM-Hareketlilik	-,01	-,01	,08	,07	,23	-,15	-,08	-,00
DSM-Total	-,06	-,01	,02	,06	,19	-,06	-,01	-,03

(r: korelasyon katsayısı)

Düzenli ilaç kullanımını sonrasında ailelere tekrar verilen CADÖ ile AHÇYTÖ ve ABTÖ arasındaki ilişki incelendiği tablo 42 ve 43'de, ilaç kullanımını sonrasında Conners Psikosomatik alt puanı ile AHÇYTÖ evlilik çatışması alt puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki saptanmıştır.

CADÖ karşıt gelme, CGI-Impulsivite, CGI-total alt puanları ile ABTÖ psikolojik özerklik alt puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf pozitif bir ilişki saptanmıştır.

**Tablo 42. Tedavi Sonrası CADÖ'nün AHÇYTÖ Alt Puanları İle İlişkisi**

	Aşırı Koruma	Demokrasi	Ev Kadın. Reddi	Evlilik Çatış.	Disiplin	Total
Karşıt Gelme	-,02	-,03	,10	,01	,01	,08
Dikkat Eksikliği	-,07	,03	-,09	,01	-,02	-,00
Hareketlilik	-,04	,04	-,09	,17	,06	,08
Kaygi-utangaçlık	-,01	,05	,05	,09	,01	,04
Mükemmelliyeçilik	,09	-,04	,01	,08	,20	,15
Sosyal Problemler	,01	-,02	,18	,22	,20	,21
Psikosomatik	,00	,04	,16	,25*	,01	,16
DEHB Alt indeks	-,01	,00	,01	,01	-,02	-,02
CGI-İmpulsivite	-,03	,01	,01	,19	,07	,08
CGI-Duygu. Değ.	-,02	,01	,01	,15	,01	,01
CGI-Total	-,03	,01	,01	,19	,08	,09
DSM-DE	-,01	,03	,02	,15	-,02	-,00
DSM-HA	-,10	,04	,05	,01	-,00	,01
DSM-Total	-,01	,01	,05	,15	-,00	,01

(r: korelasyon katsayısı)

**Tablo 43. Tedavi Sonrası CADÖ'nün ABTÖ Alt Puanları ile İlişkisi**

	Kabul İlgisi	Ps. Özerklik	Kontrol Denetim	Total
Karşıt Gelme	-,01	,28*	-,07	,02
Dikkat Eksikliği	-,01	,17	,03	,00
Hareketlilik	-,01	,21	-,06	-,01
Kaygi-utangaçlık	,02	,01	,01	,08
Mükemmelliyeçilik	,07	,20	-,07	,06
Sosyal Problemler	-,09	,20	-,05	,00
Psikosomatik	-,04	,20	-,05	,02
DEHB Alt indeks	-,01	,24	,02	,03
CGI-İmpulsivite	-,03	,25*	,01	,08
CGI-Duygu. Değ.	,03	,21	-,00	,09
CGI-Total	-,01	,25*	,01	,09
DSM-DE	-,01	,21	,02	,02
DSM-HA	-,10	,20	-,01	-,01
DSM-Total	-,01	,22	-,01	-,00

(r: korelasyon katsayısı)

Tedavi sonrası DEHB'li çocukların ailelerinden doldurulması istenen CADÖ alt puanları ile ABTÖ alt puanları arasındaki ilişkinin incelendiği tablo 44'de; Connors Sosyal Problemler alt puanı ile ADÖ iletişim, ADÖ roller ve ADÖ toplam alt puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif zayıf bir ilişki saptanmıştır.

**Tablo 44. Tedavi Sonrası CADÖ'nin ADÖ Alt Puanlarına Göre Değerlendirilmesi**

	Problem çözme	iletişim	roller	duygu	gereksinim	Davranış kontrolü	Genel işlevler	Toplam
Karşıt Gelme	,18	,18	,22	,16	,01	,04	,20	,23
Dikkat Eksikliği	,01	,18	,01	,01	-,00	,09	,01	,16
Hareketlilik	,17	,01	,20	,01	,07	,07	,17	,20
Kaygı-utangaçlık	,06	,01	-,01	,02	,00	,01	,01	,09
Mükemmelliyetçilik	-,01	,01	,07	-,00	-,01	-,01	,04	,02
Sosyal Problemler	,01	,26*	,19	,26*	,04	,24	,17	,25*
Psikosomatik	,05	,20	,19	,01	,01	,08	,01	,18
DEHB Alt indeks	,21	,21	,01	,01	-,00	,06	,16	,19
CGI-İmpulsivite	,20	,20	,01	,16	,05	,09	,17	,20
CGI-Duygu. Değ.	,01	,24	,01	,01	,01	-,01	,17	,19
CGI-Total	,18	,22	,01	,16	,08	,06	,18	,21
DSM-DE	,15	,20	,01	,01	-,02	,01	,01	,17
DSM-HA	,15	,01	,01	,01	,04	,00	,01	,15
DSM-Total	,16	,19	,01	,15	,02	,07	,01	,18
Conners Total	,18	,22	,17	,16	,05	,09	,18	,22

(r: korelasyon katsayısı)

ADÖ ile AHÇYTÖ ve ABTÖ arasındaki ilişki incelendiği tablo 45'de, ADÖ problem çözme alt puanı ile AHÇYTÖ evlilik çatışması arasında istatistiksel olarak anlamlı orta derecede pozitif bir ilişki saptanmıştır.

ADÖ iletişim alt puanı ile AHÇYTÖ evlilik çatışması, AHÇYTÖ disiplin ve AHÇYTÖ total alt puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta derecede pozitif bir ilişki, AHÇYTÖ aşırı koruma alt puanı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf derecede pozitif bir ilişki saptanmıştır.

ADÖ roller alt puanı ile AHÇYTÖ ev kadınlığı reddi, AHÇYTÖ evlilik çatışması ve AHÇYTÖ total alt puanları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı orta derecede pozitif bir ilişki, AHÇYTÖ disiplin alt puanı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf pozitif bir ilişki saptanmıştır.

ADÖ duygusal tepki verebilme alt puanı ile AHÇYTÖ evlilik çatışması, AHÇYTÖ disiplin ve AHÇYTÖ total alt puanları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf derecede pozitif bir ilişki saptanmıştır.

ADÖ gereken ilgiyi gösterebilme ile AHÇYTÖ aşırı koruma, ev kadınlığı reddi, evlilik çatışması, disiplin alt puanları ile arasında anlamlı zayıf pozitif bir ilişki,

AHÇYTÖ total alt puanı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı orta derecede pozitif bir ilişki saptanmıştır.

ADÖ genel işlevler ile AHÇYTÖ ev kadınlığı reddi, evlilik çatışması ve AHÇYTÖ total alt puanları ile aralarında istatistiksel olarak orta derecede anlamlı, AHÇYTÖ disiplin alt puanı ile arasında pozitif zayıf derecede bir ilişki saptanmıştır.

ADÖ total ile AHÇYTÖ ev kadınlığı reddi, evlilik çatışması, disiplin ve AHÇYTÖ total alt puanları ile aralarında istatistiksel olarak orta derecede anlamlı, AHÇYTÖ aşırı koruma alt puanı ile arasında pozitif zayıf derecede bir ilişki saptanmıştır.

ADÖ alt puanları ile ABTÖ alt puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

**Tablo 45. ADÖ ve AHÇYTÖ Arasındaki İlişki**

	<b>Aşırı Koruma</b>	<b>Demokrasi</b>	<b>Ev Kadın Reddi</b>	<b>Evlilik Çatış.</b>	<b>Disiplin</b>	<b>Total</b>
<b>Problem Çözme</b>	,01	-,06	,22	,37*	,18	,22
<b>İletişim</b>	,26*	,00	,24	,37*	,32*	,33*
<b>Roller</b>	,16	-,01	,33*	,32*	,29*	,31*
<b>Duygusal tepki verebilme</b>	,23	-,01	,21	,37*	,29*	,29*
<b>Gereken ilgiyi gösterebilme</b>	,29*	,02	,27*	,28*	,27*	,33*
<b>Davranış Kontrolü</b>	,15	-,06	,01	,01	,21	,16
<b>Genel İşlevler</b>	,18	-,09	,31*	,46*	,26*	,31*
<b>Toplam</b>	,27*	-,04	,35*	,47*	,36*	,39*

(r: korelasyon katsayısı)

Tablo 46'da DEHB alt gruplarının tedavi öncesi ve sonrası Stroop testi sonuçlarının karşılaştırılması yer almaktadır. Tabloya göre DEHB alt grupları arasında, ilaçsız olarak yapılan ilk teste, toplam düzeltme ile DEHB alt tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttur (s=77, ortalama sırasıyla 134,1±36,2, 143,3±50,6, p<0,05).

Düzenli ilaç kullanımı sonrası yapılan Stroop testinde, çalışmaya katılan çocukların DEHB alt türleri ile Stroop testinin toplam süresi arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark mevcuttur (s=85, ortalamalar sırasıyla 118,8±33,2, 128,2±28,7 p<0,05). Ancak toplam düzeltme ve hata olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

**Tablo 46. Stroop Testi Skorlarının Tedavi Öncesi ve Sonrası Karşılaştırılmasının DEHB Alt Tiplerine Göre Değerlendirilmesi**

	<b>Dikkat eksikliği (ort±ss)</b>	<b>Bileşik tip (ort±ss)</b>	<b>P</b>
<b>Tedavi öncesi</b>			
<b>Toplam süre</b>	134,1±36,2	143,3±50,6	0,368
<b>Toplam hata</b>	1,4±1,9	1,9±3,3	0,937
<b>Toplam düzeltme</b>	4,0±2,7	5,6±4,2	0,039
<b>Tedavi sonrası</b>			
<b>Toplam süre</b>	118,8±33,2	128,2±28,7	0,034
<b>Toplam hata</b>	0,6±1,4	0,8±1,5	0,530
<b>Toplam düzeltme</b>	2,1±1,9	2,2±1,6	0,303

(r: korelasyon katsayısı)

Tablo 47’de Stroop testinin çalışmaya katılan çocukların cinsiyeti ile ilişkisi incelenmektedir. Hem ilaç öncesi hem de ilaç sonrası uygulanan Stroop testini kızların erkeklerden anlamlı biçimde daha uzun sürede tamamladıkları belirlenmiştir (ortalama sırasıyla 143,1±43,9, 122,5±32,7, p<0,05 ve 127,3±31,4, 107,7±29,1 p<0,05).

**Tablo 47. Stroop Testi Skorlarının Cinsiyetlere Göre Değerlendirmesi**

	<b>Kız (ort±ss)</b>	<b>Erkek (ort±ss)</b>	<b>p</b>
<b>Tedavi öncesi</b>			
<b>Toplam süre</b>	143,1±43,9	122,5±32,7	0,010
<b>Toplam hata</b>	1,6±2,7	1,6±1,8	0,456
<b>Toplam düzeltme</b>	4,8±3,7	3,9±2,5	0,286
<b>Tedavi sonrası</b>			
<b>Toplam süre</b>	127,3±31,4	107,7±29,1	0,000
<b>Toplam hata</b>	0,8±1,6	0,5±0,8	0,651
<b>Toplam düzeltme</b>	2,2±1,8	0,2±1,7	0,496

Tablo 48’de Stroop testinin toplam süre, hata ve düzeltme bakımından incelenmesi yer almaktadır. Tedavi öncesi ve sonrasında toplam süre, hata ve düzeltme bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (137,4±42,2 ve 118,3±29,5, 1,6±2,5 ve 0,7±1,4, 4,6±3,4 ve 2.1±1,8 p<0,005)

**Tablo 48. Stroop Testinin Tedavi Öncesi ve Sonrası Toplam Süre, Düzeltme ve Hata Sayısının Değerlendirilmesi**

	<b>Stroop</b>	<b>Ortalama±ss</b>	<b>p</b>
<b>Süre</b>	Tedavi öncesi	137,4±42,2	0,000
	Tedavi sonrası	118,3±29,5	
<b>Hata</b>	Tedavi öncesi	1,6±2,5	0,000
	Tedavi sonrası	0,7±1,4	
<b>Düzeltilme</b>	Tedavi öncesi	4,6±3,4	0,000
	Tedavi sonrası	2.1±1,8	

(p: Wilcoxon testi)

Tablo 49’da cinsiyet ve Stroop testi arasındaki ilişki gösterilmiştir. Cinsiyet ve tedavi öncesi ile sonrası arasında yapılan Stroop testleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (erkekler için; 143,0±44,0 ve 124,0±29,2, 1,6±2,7 ve 0,8±1,6, 4,9±3,7 ve 2,2±1,9, kızlar için; 122,8±33,2 ve 103,3±25,3, 1,5±1,9 ve 0,5±0,8, 3,7±2,5 ve 1,9±1,7)

**Tablo 49. Stroop Testi Skorlarının Tedavi Öncesi ve Sonrası Karşılaştırılmasının Cinsiyetlere Göre Değerlendirilmesi**

	<b>Tedavi öncesi Ortalama+ss</b>	<b>Tedavi sonrası Ortalama+ss</b>	<b>P</b>
<b>Erkek</b>			
<b>Toplam süre</b>	143,0±44,0	124,0±29,2	0,000
<b>Toplam hata</b>	1,6±2,7	0,8±1,6	0,012
<b>Toplam düzeltme</b>	4,9±3,7	2,2±1,9	0,000
<b>Kız</b>			
<b>Toplam süre</b>	122,8±33,2	103,3±25,3	0,000
<b>Toplam hata</b>	1,5±1,9	0,5±0,8	0,005
<b>Toplam düzeltme</b>	3,7±2,5	1,9±1,7	0,000

Tablo 50’de DEHB tipleri ve Stroop testi arasındaki ilişki gösterilmiştir. DEHB alt tipleri ile tedavi öncesi ve sonrası Stroop testi alt puanları incelendiğinde, bileşik tip ile tedavi sonrası yapılan Stroop testi toplam hata dışında anlamlı bir fark saptanmıştır (Dikkat Eksiliği için; 134,0±36,4 ve 115,2±31.1, 1,4±1,9 ve 0,6±1,4, 4,0±2,6 ve 2.1±1,9, Bileşik tip için; 143,7±51,0 ve 124,0±25,8, 5,7±4,4 ve 2,2±1,6).

**Tablo 50. DEHB Alt Tiplerinin Tedavi Öncesi ve Sonrası Yapılan Stroop Testi Skorlarına Göre Değerlendirilmesi**

	<b>Tedavi öncesi Ortalama+ss</b>	<b>Tedavi sonrası Ortalama+ss</b>	<b>p</b>
<b>DE</b>			
<b>Toplam süre</b>	134,0±36,4	115,2±31.1	0,000
<b>Toplam hata</b>	1,4±1,9	0,6±1,4	0,002
<b>Toplam düzeltme</b>	4,0±2,6	2.1±1,9	0,000
<b>Bileşik</b>			
<b>Toplam süre</b>	143,7±51,0	124,0±25,8	0,001
<b>Toplam hata</b>	2,0±3,4	0,9±1,5	0,054
<b>Toplam düzeltme</b>	5,7±4,4	2,2±1,6	0,000

## 5. TARTIŞMA, YORUM, SONUÇ VE ÖNERİLER

### 5.1. Tartışma ve Yorumlar

DEHB, çocukluk çağında en sık görülen psikiyatrik bozukluklardan biri olup, dünya genelindeki yaygınlığı % 3-10 arasında değişmektedir<sup>7</sup>. Dikkat sorunları, aşırı hareketlilik ve/veya dürtüsellikle karakterize olan hastalık, çocuğun yaşamı kadar ailesinin ve çevresinin de yaşam kalitesini bozmakta, akademik ve sosyal hayatta başarısızlıklara neden olabilmektedir<sup>403</sup>.

Birçok ruhsal rahatsızlık gibi DEHB de birçok farklı genin ortak kalıtımı ve çevresel etkenlerin karşılıklı olarak etkileşmesi sonucunda meydana gelen, kompleks ve heterojen bir rahatsızlıktır<sup>321</sup>. Çevresel etmenler içerisinde yer alan aile tutumları, hastalığın seyrinde oldukça önemli bir yer tutmaktadır<sup>352</sup>. Ancak bugüne kadar aile tutumlarının DEHB seyri ve şiddeti üzerine etkisi üzerine yapılan çalışmalar sınırlı sayıdadır.

DEHB'li çocukların ısrarcı, talepkar yapıda olması, organize olmakta ve davranışlarını durdurmakta güçlük çekmeleri nedeniyle diğer aile üyeleri ile yaşadıkları çatışma sonucunda aile üyelerinin psikopatolojisini etkilemektedir<sup>322,404</sup>. DEHB'li çocukların ebeveynleri, normal gelişen diğer çocukların anne-babalarına göre daha fazla stres yaşamakta, anne-babalık kavramını içselleştirmekte zorluk çekmekte, hayal kırıklıkları daha fazla olmakta, aile içi anlaşmazlıklar olabilmekte ve bunun sonucu boşanmaya kadar varabilmektedir<sup>341,405</sup>. DEHB'nin tedavi edilmesi sonucunda parental stresin azaldığı, ebeveyn-çocuk arasındaki etkileşimin iyileştiğini bildiren çalışmalar mevcuttur<sup>406,407</sup>. Yazında metilfenidatı yanıtı yordayan çalışmalarda yaş, cinsiyet, komorbid hastalık, kurşun veya kotinin maruziyeti, DEHB alt tipi, yürütücü fonksiyon testleri gibi çeşitli etmenler incelenmişken, aile tutumunun DEHB ve ilaç kullanımı üzerine etkisinin görece daha az olduğu dikkati çekmektedir<sup>408,409,410</sup>.

Ülkemizde aile tutumunun DEHB ve ilaç kullanımı üzerine etkisi literatürde incelendiği zaman henüz yapılmış bir çalışma yayınlanmamıştır. DEHB'li çocukların ailelerindeki ebeveyn-çocuk etkileşiminin incelenmesi ile tedavi sürecine önemli katkılar yapılabileceği, tedaviye uyum ve yanıtın artabileceği, ebeveyn-çocuk arasındaki

etkileşimin iyileşmesi sonucunda ebeveynlerin aile içi fonksiyonların gelişebileceği, tüm bunların sonucunda çocuğun psikolojik, akademik ve sosyal alanlarda daha iyi sonuçlar alabileceği tahmin edilmektedir. Yaptığımız çalışmanın sonucu olarak, bu sorulara yanıt arayarak literatüre katkıda bulunacak ve yeni çalışmalar planlanırken çıkış noktaları sunacaktır.

Çalışmamızda DEHB grubunun yaklaşık % 73,7'sini erkek, % 26,3'ünü kız olgular oluşturmuştur. Erkek / Kız oranı yaklaşık olarak 2,8 olarak hesaplanmıştır. DEHB'nin hem klinik hem toplum örnekleminde erkeklerde daha sık görüldüğü bilinmektedir. Toplum temelli araştırmalar ile klinik araştırmalar arasında oranlar açısından başvuru sıklığının erkeklerde fazla olmasından kaynaklı farklılık bulunmaktadır<sup>411</sup>. Erkek/kız oranı toplum temelli araştırmalarda 3/1 oranında iken, klinik temelli araştırmalarda 9/1'e dek yükselmektedir<sup>37</sup>. Literatürle uyumlu şekilde, kliniğimize ilk kez başvurup DEHB tanısı alan örnekleminizde de erkek olgular daha yüksek oranlarda bulunmuştur<sup>37</sup>.

Çalışmamızda olgularda DEHB Dikkat Eksikliği baskın alt tip % 62,3, Bileşik tip ise % 37,7 oranında saptanmıştır. Literatür incelendiğinde, olguların çoğunda DEHB dikkat eksikliği baskın tipin görüldüğü; dikkat eksikliği baskın tipi sırasıyla DEHB bileşik tip ve DEHB hiperaktivite-impulsivite baskın tipin izlediği saptanmıştır<sup>412</sup>. Çalışmamızda elde ettiğimiz bu bulgu, literatürle uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda hem erkek hem de kızlarda dikkat eksikliği alt tipinin bileşik tipe oranla daha fazla olduğu saptanmıştır. Erkeklerdeki dikkat eksikliği yüzdesi % 54,4, kızlarda ise dikkat eksikliği yüzdesi %84,1 olarak bulunmuştur. Yapılan çalışmalar, erkeklerde her üç alt tipin kızlara oranla 3 kat fazla görüldüğü, kızlarda ise dikkat eksikliği alt tipinin diğer alt tiplere oranla daha sık gözlemlendiğini bildirmektedir<sup>412</sup>. Çalışmamızda elde ettiğimiz bu sonuç literatürle uyumlu olup cinsiyet ve DEHB arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,005$ ).

Çalışmamızda, ebeveynlerin eğitim düzeyi incelendiği zaman, annelerin daha çok ilkokul ve altı eğitim düzeyine, babaların ise lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip oldukları gözlenmektedir. Eğitim düzeyinin yürütücü işlevler ile, yürütücü işlevlerin ise genetik ile ilişkili olabileceği literatürde tartışılmıştır<sup>413</sup>. Yürütücü işlev fonksiyonlarının yetersizliği DEHB semptomlarının daha şiddetli seyretmesine neden olabilmekte, aynı zamanda

anne-babadaki yetersiz yürütücü işlev fonksiyonları, genetiksel olarak çocuğa aktarılarak DEHB'nin gelişimine ve tutarsız disiplin uygulamalarına katkıda bulunabilmektedir<sup>414,415</sup>.

Yapılan çalışmalarda, düşük eğitim seviyesinin yetersiz yürütücü işlev fonksiyonu ile ilişkili olduğunu, bunun da DEHB semptomlarının şiddetini artırdığı saptanmıştır<sup>416,417</sup>. Yapılan bir diğer çalışmada ise istatistiksel olarak anlamlı olmasa da düşük eğitim seviyesindeki ailelerde yetişen DEHB'li çocukların semptomlarının şiddeti, yüksek eğitimdekilere oranla daha fazla bulunmuştur<sup>418</sup>. Çalışmamızda ise DEHB'li çocukların ailelerinin ortalama eğitim seviyesi ilköğretim düzeyi ve altında saptanmıştır. Elde ettiğimiz bu bulgu, literatür ile uyumludur. Aynı zamanda annelerin eğitim düzeyi ile DEHB arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken ( $p>0,05$ ), DEHB ile babaların eğitim düzeyi arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0,05$ )

DEHB'li çocukların normal gelişen çocuklara göre daha negativist tutum içinde oldukları, ebeveynleri ile daha fazla zıtladıkları, daha az uyumlu oldukları ve ebeveynlerin gerçekleştirmelerini beklediği talepleri yerine daha az yerine getirdikleri bilinmektedir<sup>324,419</sup>. Bu durum parental stresi artırıp, fonksiyonel olmayan disiplin yöntemlerinin geliştirilmesine neden olabilmektedir<sup>363</sup>. Disiplin yöntemleri içerisinde dayak en çok bilinenlerden yöntemlerden biri olup, yapılan çalışmalarda diğer psikiyatrik rahatsızlıklara göre DEHB'li çocuklarda daha yüksek oranda saptanmaktadır<sup>420</sup>. Literatür incelendiğinde, çocuklara disiplin amaçlı olarak dayak atma bir çalışmada %26 olarak bulunurken, bir diğer çalışmada % 28 olarak bulunmuştur<sup>421,422</sup>. Çalışmamızdaki olgulara dayak atma yüzdesi % 25,7 olarak saptanmış olup, diğer çalışmalardaki bulgularla benzer sayıda bulunmuştur. Çalışmamızda, çocuğa uygulanan şiddet ile DEHB alt tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Şiddet gören olguların % 83,7'sinin erkek, % 16,3'ünün kız cinsiyette olduğu ve cinsiyet ile DEHB bileşik tip arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Bu bulgudan yola çıkarak, DEHB'li erkek olgulara daha katı bir disiplin yöntemi uygulandığı şeklinde yorum yapılabilir.

DEHB, çocuğun aile yaşamını etkileyebildiği gibi, çocuğun akranları ile de iletişimini bozabilmektedir<sup>423</sup>. Annenin aşırı tepkili ya da otoriter tutum benimsediği olguların akran ilişkilerinde daha fazla reddedici tutumla karşılaştığı saptanmıştır<sup>343</sup>.

Yapılan bir çalışmada, DEHB'li çocukların, normal gelişen diğer çocuklara göre daha az sayıda arkadaşına sahip olduğu, arkadaşlık niteliğinin diğer çocuklara göre daha kötü olduğu ve bu çocukların diğer akranları tarafından daha fazla zorbalığa maruz kaldığını göstermiştir<sup>345</sup>. Özellikle DEHB bileşik alt tipin, akran ilişkileri bakımından dikkat eksikliği alt tipine göre daha fazla etkilendiği ve daha fazla dışlandığı, sosyal olarak daha fazla izole oldukları saptanmıştır<sup>424</sup>. Bileşik tipte düşünmeden hareket etme, patavatsız davranışlar, aşırı hareketlilikten dolayı kazaya yatkınlık ve bu kaza sonucunda diğer akranlara da zarar verebilme olasılığı, bu tipte akran ilişkilerinin nedendaha kötü ve akran şiddetinin neden daha fazla olduğunu açıklayabilir. Bizim çalışmamızda ise DEHB olgularının % 21,6'sı akranları ile ilişkilerinde sorun yaşamakta olup, bu olguların % 61,1'u bileşik tip şeklinde saptanmıştır. Bileşik tip DEHB olgularının akranları ile daha fazla sorun yaşamaları literatür ile uyumlu bulunmuştur<sup>424</sup>.

Ebeveynlik davranışları ve ebeveynlik uygulamalarının aksine, ebeveynlik stilleri, kültürden bağımsız olarak birçok toplumda benzerlik göstermektedir<sup>297</sup>. Öncesinde ebeveyn tutumlarının ailenin bağlı olduğu ırka bağlı olarak çocuktaki etkisinin farklı olabileceği savunulmuştur. Otoriter tutumun beyaz ırka mensup ailenin DEHB'li çocuğunda yıkıcı davranışı artırmasına rağmen, aynı tutumun Afro-Amerikan ailenin DEHB'li çocuğunda aynı sonuca neden olmadığı saptanmıştır<sup>425,426</sup>. Çalışmamıza katılan olguların beyaz ırk kökenli ailelere sahip olduğu düşünülürse, genetiksel faktörlere bağlı olarak DEHB olgularındaki zıtlama gibi yıkıcı davranış sıklığını artırıp, aile içi fonksiyonların bozulmasında etkisi olmuş olabilir.

Baumrind tarafından ebeveynlik stilleri demokratik, otoriter ve hoşgörülü olmak üzere üç ana grupta incelenmektedir<sup>293</sup>. Çocuk gelişimi için en uygun aile tutumunun demokratik tutum olduğu, otoriter tutumun ise çocuğun psikososyal gelişimini en olumsuz etkileyen tutum olduğu literatürde birçok kez tartışılmıştır. Aile fonksiyonlarının DEHB üzerine etkisi oldukça karmaşık olup, hastalığın şiddetini artırmakta ve komorbid rahatsızlıkların ortaya çıkmasını kolaylaştırmaktadır<sup>427</sup>. İran'da yapılan bir çalışmada DEHB ile demokratik tutum arasında negatif bir ilişki bulunmuştur. Yani, ailenin demokratik tutumu arttıkça, olgudaki DEHB riski azalmaktadır<sup>428</sup>. Aynı çalışmada, otoriter tutum ile DEHB arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Bu çalışmada, hoşgörülü tutum ile DEHB arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. İran'da yapılan bir diğer çalışmada DEHB'li olgularda, normal gelişen bireylere göre aile

tutumları ölçeğinde otoriter tutumdan daha yüksek ortalama puan almışlardır<sup>429</sup>. DEHB'li olgularda otoriter tutumun daha fazla saptandığına dair birçok çalışma daha mevcuttur<sup>333,340</sup>. Otoriter anne tutumunun, annenin artan bakıcı yüküne bağlı olarak ortaya çıkabileceği bildirilmiştir<sup>338</sup>. Ülkemizde yapılan çalışmalarda değişik bulgular saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada okul öncesi DEHB semptomları gösteren çocukların aile tutumlarında en fazla demokratik tutum saptanırken (% 72), bir diğer çalışmada otoriter tutum ile DEHB arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur<sup>303,430</sup>. DEHB'li çocuğa sahip, kendisi de DEHB olan ebeveynler ile çocuğu DEHB olup, kendisi DEHB olmayan ebeveynleri karşılaştıran bir diğer çalışma ise kendisi de DEHB olan ebeveynler, diğer gruba göre istatistiksel olarak anlamlı olarak otoriter ve aşırı tepkili aile tutumu sergilemişlerdir<sup>431</sup>.

Bizim çalışmamızda ise literatürdeki diğer çalışmalara paralel olarak en fazla otoriter tutum saptanırken (% 50,9), en az demokratik tutum saptanmıştır (% 1,9). DEHB'li çocuklarda gözlenen merkezi ketleme fonksiyon yetersizliği sonucunda olgular başına buyruk, sonunu düşünmeden davranışlar sergileyebilmektedirler<sup>321</sup>. Aynı zamanda aşırı hareketliliğin eşlik ettiği olgularda meydana gelen kazalar, aileleri kaygılandırabilmekte bu nedenle olgulara gereğinden fazla disiplin uygulayarak otoriter tutumun pekişmesine neden olabilmektedirler. Otoriter tutumun benimsenmesindeki bir diğer faktör olgulara sıkça eşlik edebilen komorbid psikiyatrik rahatsızlıklardır. Özellikle Karşıt Olma-Karşıt Gelme bozukluğunun komorbid olduğu olgularda var olan zıtlasma çözülemediğinden dolayı, kimi zaman da ailenin bu durumda ne yapacağına dair oluşan kafa karışıklığından fonksiyone olmayan disiplin yöntemlerine sığınarak otoriter tutumun benimsenmesine neden olmaktadır<sup>327</sup>. Bizim çalışmamızda erkek cinsiyet ve bileşik tip DEHB olgularında otoriter tutum yüzdesi, kız cinsiyet ve dikkat eksikliği baskın tip DEHB grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı olmamasına karşılık bir miktar yüksek saptanmıştır. Bu durumun nedeni bileşik tipteki aşırı hareketlilik/dürtüselliliğin katkıda bulunduğu düşünülmektedir. DEHB'nin erkeklerde daha sık gözlenmesi, erkeklerdeki sayının biraz daha yüksek saptanmasında etkisi olabilir. Literatürde kız çocuklarına uygulanan disiplin yöntemlerinin genel olarak daha yumuşak ve sıcak olduğu bildirilmektedir<sup>432,433</sup>. Çalışmamızdaki kız olgulardaki otoriter tutum yüzdesinin düşüklüğü (% 45,5) bu bulguyu destekler niteliktedir.

Çalışmamızda, akran ilişkilerinde problem yaşayan çocukların ailelerinde en sık saptanan tutum, otoriter tutum olarak saptanmıştır (% 55,60). Çocuğunun duygu ve davranışlarını özgürce dile getirmesini kısıtlayan bu tür ailelerdeki olgular, ailelerine karşı olan duygularını dile getirmekten dolayı kaygı duydukları için duygu regülasyonunu sağlayamamakta, bunun sonucunda da, hastalığın doğasında var olan impulsivitenin de katkısıyla akranları ile ufak bir problemde çözümlenmemiş olan duygularını uygun olmayan davranışlarla dışa vurduklarından akranları ile problem yaşamakta olabilirler. Literatürde problemlili davranışların en az demokrat tutumda gözlendiği bildirilmiştir<sup>434</sup>. Çalışmamızda, demokrat aile tutumunu benimsemiş olan ailelerin çocuklarında akranlarla yaşanan problem yüzdesinin düşük olmasının nedeni, bu görüşü destekler niteliktedir.

Annenin eğitim düzeyi ile aile tutumunu inceleyen bir çalışmada, annenin eğitim düzeyi, olumlu ebeveyn tutumu ile ilişkili bulunmuştur. Eğitim düzeyi yükseldikçe, annelerin sert ve acımasız tutumunun azaldığı saptanmıştır<sup>413</sup>. Çalışmamızda da bu bulguyla uyumlu olarak, annelerin eğitim seviyesi azaldıkça, çocuğa yönelik olumsuz tutumları içeren otoriter tutum yüzdesi artmış olarak bulunmuştur. Annelerin eğitim düzeyi ile aile tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Babalardaki eğitim seviyesi yüksekliğinin, otoriter ebeveyn tutumu ile ilişki olduğunu saptayan çalışmaya uygun olarak, bizim çalışmamızda da lise ve üzeri eğitim seviyesinde babalardaki otoriter tutum yüzdesi en fazla olarak (% 52,40)saptanmıştır<sup>435</sup>. Çalışmamızda her iki düşük ebeveyn eğitim düzeyinde de, ihmalkar tutum yüzdesinin arttığı gözlenmektedir. Düşük eğitim düzeyindeki ailelerin, DEHB hakkında bilgi sahibi olmamaları, çocukların şikayetlerini normal gelişim seyri olarak değerlendirip ilgili merkezlere başvurmakta geç kalmaları, olgularda ihmal edildiği hissini uyandırmış olabilmemesine bağlı olarak, ihmalkar tutum sayısının artmasına katkıda bulunabildiği düşünülmüştür. Bunu destekler nitelikte, lise ve üzeri eğitim düzeyindeki babalarda hoşgörülü tutum sayısının artmış olması, lise ve üstü düzeyindeki babaların çocuklarının ilgi, istek ve ihtiyaçlarına, ilkököl ve altı seviyedeki babalara göre daha fazla duyarlı olup, bunları karşılamasıyla ilgili olabileceğini düşündürmüştür.

Çalışmamızda tedavi öncesi dönemde Connors Anne-Baba Dereceleme Ölçeği (CADÖ), cinsiyetler ile karşılaştırıldığında, erkek cinsiyetin kız cinsiyete göre, Karşı Gelme, Dikkat Eksikliği, Hareketlilik, Psikosomatik, DEHB-indeksi, CGI- Duygusal

Değişkenlik, CGI-Impulsivite, CGI-Total, DSM-Dikkat Eksikliği, DSM- Aşırı Hareketlilik ve Conners Total puanlarından ortalama olarak daha yüksek olduğu gözlenmektedir. Literatürde belirtilen, her üç DEHB alt türünün de erkeklerde, kızlara göre üç kat daha fazla gözlenmesi nedeniyle erkeklerin kızlara göre Dikkat Eksikliği, Aşırı Hareketlilik, İmpulsivite alt puanlarından daha yüksek puan alması beklenen bir bulgu olmuştur<sup>412</sup>. Gershon ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada, DEHB’li kız çocuklarda, erkek olgulara göre içselleştirme problemlerinin daha yüksek oranda gözleneceği bildirilmiştir<sup>436</sup>. Çalışmamızda CADÖ kaygı alt puanının kızlara göre yüksek olması, bu bilgiyi destekler niteliktedir. Yine CADÖ-mükemmelliyetçilik alt puanının yüksekliği de, kız olguların olay ve durumlar tam ve eksiksiz yapma kaygısından dolayı yüksek puanda saptanmış olabilir. Mükemmel yapılamayan her şey de kaygı puanının artmasına katkıda bulunabilir. Bauermeister ve arkadaşlarının yaptığı bir diğer çalışmada ise DEHB bileşik tip erkek çocukların, kız çocuklara göre daha fazla demoralize edici olay yaşamasından dolayı depresif şikayetlerin daha fazla gözlenebileceği saptanmıştır<sup>437</sup>. Çocuk ve ergenlerde depresif şikayetler kendini somatik bulgularla gösterebilmektedir<sup>438</sup>. Bu nedenle çalışmamızdaki erkek olgulardaki psikosomatik alt puan ortalamasının, kızlara göre yüksek olmasının nedeni bu bilgi ile açıklanabilmektedir.

Çalışmamızda tedavi öncesi dönemde Turgay DEHB aile formu cinsiyetler ile karşılaştırıldığında, erkek cinsiyetin kız cinsiyete göre dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik/impulsivite, karşıt olma-karşıt gelme, davranım bozukluğu ve total puanlarda daha yüksek ortalama puan aldığı gözlenmektedir. Çalışmadaki erkek/kız oranının erkek lehine olan yüksekliği bu bulgunun ortaya çıkmasına neden olmuş olabilir.

DEHB, çocuğun psikolojik, sosyal ve akademik yaşamını etkilediği kadar, çocuk ve ebeveyn arasındaki etkin iletişimi bozup, ailedeki nitelikli etkileşimin azalmasına neden olabilmektedir<sup>329</sup>. Literatür incelendiğinde, DEHB’nin aile işlevselliğine etkisi çok yönlüdür. Hastalığın aile bireyleri arasındaki bağlılık ve karşılıklı etkileşimde azalmaya, organizasyon ve başarmaya yönelik oryantasyonda sorunlara ve daha fazla çatışmaya yol açtığı bulunmuştur<sup>322</sup>. Rutter ve arkadaşları ise, evlilik ilişkilerinde çatışmanın yoğun olmasının ailelerde, çocukluk çağı psikopatolojilerinin ortaya çıkışını kolaylaştırdığını savunmuşlardır<sup>439</sup>. Biederman ve arkadaşları DEHB tanılı çocukların aile yapısının çoğunlukla düzensiz olduğunu, bu risk faktörünün DEHB’nin etyopatogenezinde rol

oynaması yanında, var olan DEHB semptomlarını da kötüleştirebileceğini saptamışlardır<sup>440</sup>. Aile işlevindeki bozukluklar, DEHB'ye oldukça sık eşlik edebilen KOKB ve DB komorbidite riskini artırmakta, DEHB'ye eşlik eden bu rahatsızlıklar, aile psikopatolojisinin daha da artmasına neden olmaktadır<sup>427,441</sup>.

Çalışmamızda DEHB alt gruplarının aile içi işlevleri değerlendirildiğinde, bileşik tip, dikkat eksikliği alt tipine göre ADÖ problem çözme, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme ve total alt puanlarından daha yüksek puan almıştır. Bileşik tipte gözlenen aşırı hareketlilik, organize olamama, olası sonuçları düşünmeden hareket etme, sabırsızlık gibi özellikler bileşik tip DEHB'li çocukların ebeveynlerinin aile fonksiyonlarında, dikkat eksikliği grubuna göre daha fazla bozulmaya yol açtığı yorumu yapılabilir. Bileşik tipteki DEHB'li olguların kliniklerinin heterojenitesi nedeniyle olguların problemlerini ve var olan semptomlarının şiddetini artırarak ebeveynlerin aile içi problem çözme yeteneğinde bozulmalara ve problem çözmedeki yetersizliğe neden olmuş olabilir. Bu bulgu, literatürdeki diğer çalışma ile uyumludur<sup>442</sup>.

Roller alt bölümü; ailenin farklı aile görevlerini nasıl ele aldıkları ve bu görevlerin nasıl dağıldığı ve aile bireyleri tarafından nasıl yerine getirildiğiyle ilgili davranış modelleri oluşturma ve bunları sürdürme becerisine ilişkin yetileri değerlendirir<sup>446</sup>. Çalışmamızda bileşik tip grupta, ailede rollerin dağılımında sorun yaşadıkları yorumu yapılabilir. Bileşik tip DEHB olgularının, dikkat eksikliği grubuna göre daha hareketli ve impulsif yapıda olduklarından, çocukların aileleri tarafından kendilerine verilen görev ve sorumlulukları kendilerinden beklenen düzeyde yapamamakta, eşlik eden aşırı hareketliliğin yol açtığı sakarlığın kendilerine verilen görevi uygun şekilde tamamlayamamalarına neden olmakta, bu da ailenin roller konusunda zorluk çekmelerine yol açmaktadır. Bu tür olgularda çocuğun sorumluluğunda olan ödev, çanta hazırlama, program yapma gibi yürütücü işlev sorumluluğunda olan kimi görevler, DEHB'li çocuk tarafından hastalığın doğasından dolayı gerçekleştirilmekte zorluk çekilmektedir. Böylece, çocuğun aile içinde benimsemekte olduğu ders çalışma, ödev yapma, özbakım, odasını düzenleme gibi roller konusunda problem yaşanabilmektedir. Aynı zamanda DEHB bileşik tipteki olgulardaki karşıt olma ve davranım bozukluğu komorbiditesi dikkat eksikliği alt grubundan daha fazla olduğundan dolayı, olguların ailelerin verdiği görev ve sorumluluklara karşı gelmesi de roller alt puanının bileşik tipte yüksek

çıkmasına katkıda bulunabilmiş olabilir. Literatürde bu bulguyu destekleyen çalışmalar mevcuttur<sup>442</sup>.

Gereken ilgiyi gösterme, aile bireylerinin birbirine karşı göstermiş oldukları ilgi, bakım ve sevgiyi gösterebilme, karşıdaki bireyin ihtiyacını anlayabilme ve sorunlarını fark edebilme yeteneklerini değerlendirir. Bilindiği gibi en sağlıklı aileler, birbiri ile orta derece ilgilenen ailelerdir. Ailelerin birbirleriyle az ya da gereğinden fazla ilgilenmesi bu konudaki işlevlerini yeterince yerine getiremediklerini düşündürür. Bileşik tipin, dikkat eksikliği grubuna göre kestirilemeyen hareketleri, yerlerinde sabit duramamaları, dürtüsel davranışları nedeniyle aile içinde olumsuz bir etiketlenme sonucunda çocuğa olan tutum olumsuz etkilenmekte, var olan davranışlarının ailenin çocuğun kasıtlı şekilde yaptığına inanması ile çocuğa karşı olan sıcaklık, ilgi, bakım ve şefkat azabilmekte ve bazen duygusal ihmale varan sonuçlara yol açabilmektedir. Bileşik tipte gereken ilgi konusunda ailelerin sorun yaşama nedeni bu sebeplerden dolayı yaşanıyor olabilir.

Duygusal tepki verebilme ise, herhangi bir olay karşısında ailenin, aile fonksiyonlarını bozmayacak şekilde duygularını ifade edebilmesini içerir. Kimi zaman söylenenleri duymuyormuş gibi olan, kimi zaman aşırı hareketli olup, yerinde duramayan, aklına gelenleri dizginlemekte zorluk çeken bileşik tip DEHB'li çocukların aileleri, çocuklarının kendilerini kasıtlı olarak dinlemediğini, aşırı hareketliliği ise dikkat çekmek için yaptıklarına inanabildiklerinden dolayı kimi zaman bu davranışlar karşısında aşırı tepki verebilmekte, fiziksel ya da sözel şiddet uygulayabilmektedirler. Çalışmamızda bileşik tip DEHB'li çocukların aileleri, duygusal tepki verebilmekte sorun yaşadıklarını belirten alt puandan dikkat eksikliği grubuna göre daha yüksek ortalama puan almaları, bu yorumu desteklemektedir. Bunda yine genetiğe bağlı ailesel DEHB nedeniyle de ebeveynlerin emosyon regülasyon bozukluğunun da rol oynayabileceği düşünülebilir<sup>443</sup>. Yazındaki bir diğer çalışmada duygusal tepki verebilme, dikkat eksikliği alt tipinde anlamlı olarak bulunmuş olup, çalışmamızla uygunluk göstermemektedir<sup>444</sup>.

Çalışmamızda dikkat eksikliği alt tipi ise ADÖ iletişim, davranış kontrolü ve genel işlevler alt puanlarından bileşik tipe göre daha yüksek ortalama puan almışlardır. İletişimin sağlıklı olabilmesi için; iletinin karmaşık olmaması, net olması, yeterince açık ve anlaşılır olması gereklidir. Aynı zamanda karşıdaki kişide bunları algılayıp, anlayıp, dış engelleyicileri ketleyerek ortama uygun bir şekilde yanıt vermesi de gereklidir. Dikkat

eksikliği yaşayan bireylerde bu süreçlerde sorun yaşandığından dolayı, çalışmamızdaki dikkat eksikliği baskın grubun aileleri, çocukla iletişim alanında sorun yaşıyor olabilirler. Literatürdeki diğer çalışma bulgumuzu destekler niteliktedir<sup>442</sup>.

Davranış kontrolü ise ailenin belli davranış standartlarında davranma ve disiplini sağlama konusundaki becerileridir. Belli bir disiplin yönteminin benimsenmesi için ailenin çocuğu ile etkileşiminin iyi ve problem çözme konusunda becerikli olmaları gerekmektedir. Çalışmamızda, DEHB dikkatsizlik alt tipi grubunda daha yüksek ortalama ile gözlenmesi, DEHB dikkatsizlik tipi çocuğa sahip ailelerin bu alanda sorun yaşadığını göstermektedir. Saptadığımız bu bulgu, yapılan diğer çalışmalarla da uyumlu bulunmuştur<sup>445,446</sup>.

DEHB'nin tedavisinde öncelikli olarak metilfenidat gibi stimulan olan ve atomoksetin gibi non-stimulan olan psikofarmakolojik tedaviler kullanılır<sup>164</sup>. Dikkatsizlik, aşırı hareketlilik, impulsivite gibi çekirdek semptomların yanında, karşıt gelme, davranım bozukluğu gibi hastalığın seyrini ağırlaştırabilecek olan komorbid durumda da etkindirler<sup>185</sup>. Yazında ilaç tedavisi sonrası ebeveyn-çocuk etkileşim kalitesini de artırdığı, anksiyete-depresyon gibi içeatım problemlerinde de etkin olduğu, sosyal becerileri geliştirdiği, akademik iyileşmeye katkıda bulunduğu da bildirilmiştir<sup>447,448</sup>. Bizim çalışmamızda da tedavi sonrası tekrarlanan CADÖ ölçümleri sonucunda tüm CADÖ alt puanlarında azalma meydana gelmiş olup, anlamlı değişiklikler CADÖ dikkatsizlik, aşırı hareketlilik/impulsivite, kaygı, psikosomatik, CGI-Impulsivite, CGI-Duygusal değişkenlik, CGI-total, DSM-dikkatsizlik, DSM-hiperaktivite, DSM-total ve Conners Total alt puanlarında saptanmıştır. Mükemmeliyetçilik ve sosyal problemler alt puanlarında istatistiksel olarak anlamlı değişim olmasa da ortalama puanda azalma meydana gelmiştir.

CADÖ alt puanlarının cinsiyete göre tedavi öncesi ve sonrası incelendiği zaman, erkeklerde CADÖ mükemmeliyetçilik ve psikosomatik alt puanları dışında tüm değerlerde istatistiksel olarak anlamlı bir düşme saptanmıştır. Kızlarda ise CADÖ kaygı, psikosomatik, mükemmeliyetçilik, sosyal problemler alt puanları dışında anlamlı bir düşme saptanmıştır. Cinsiyetler ve DEHB alt tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Her iki cinsiyette en belirgin azalma DSM-total alt puanında olmuştur. Bu veriler sonucunda metilfenidat tedavisinden erkeklerin daha fazla

fayda gördüğü yorumu yapılabilir. İstatistiksel olarak da ilaç tedavisinden, erkeklerin kızlara göre daha fazla fayda gördüğü doğrulanmıştır. CADÖ alt puanlarının DEHB alt tiplerine göre tedavi öncesi ve sonrası incelendiği zaman, dikkat eksikliği alt tipinde CADÖ psikosomatik, mükemmeliyetçilik ve sosyal problemler alt puanı dışında diğer tüm alt puanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir azalma saptanmıştır. Bileşik tipte ise kaygı, psikosomatik, sosyal problemler ve mükemmeliyetçilik alt puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir düşme saptanmıştır. Tedavi öncesi ve sonrası ölçümlerin DEHB alt tipine göre ilişkisi incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş, dikkat eksikliği alt tipinin bileşik tipe göre daha çok fayda gördüğü saptanmıştır. Bu bulgu, Barkley'in 1991 yılında yapmış olduğu ve hiperaktivitenin eşlik ettiği olgularda metilfenidat kullanımına klinik yanıtın daha iyi bulunduğu çalışma ile uyumsuzdur<sup>449</sup>.

Çalışmamızda ilaç etkinliği Turgay DEHB aile formu ile de değerlendirilmek istenmiştir. Tedavi öncesi ve sonrasında, davranım bozukluğu alt puanı dışında diğer tüm alt puanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir düşme saptanmıştır. Her iki cinsiyette davranım bozukluğu alt puanı dışında istatistiksel olarak anlamlı bir düşme saptanmıştır. DEHB alt tipleri ve cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Total puan olarak erkeklerdeki düşme daha fazla saptanmış olup, Turgay DEHB aile formuna göre de ilaç kullanımından erkek cinsiyetin daha çok fayda gördüğünü söyleyebiliriz. Bu bulgu, çalışmamızın diğer bulgusu olan CADÖ alt puanlarının erkeklerde daha fazla azalması ile uyumludur. Turgay DEHB alt puanlarını tedavi sonrası DEHB alt gruplarına göre karşılaştırdığımızda ise, davranım bozukluğu alt puanı dışında diğer tüm alt puanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir azalma saptanmıştır.

Çalışmamızda olgular, öğretmenleri tarafından doldurulan CÖDÖ ile değerlendirildiği zaman, bileşik alt tipin, dikkat eksikliği alt tipine göre tüm alt puanlarda daha yüksek puan aldığı saptanmıştır. Cinsiyetlere göre değerlendirildiğinde ise erkeklerin, kızlara göre dikkat eksikliği alt tipi dışında diğer tüm alt puanlardan yüksek ortalama aldığı ve hem cinsiyet, hem de DEHB alt tiplerinin istatistiksel olarak birbirlerinden anlamlı olarak farklı olduğu saptanmıştır.

Yürütücü işlevler; bireyin organize olabilme, konsantrasyon gücü, ketleme becerisi, işlem hızı, duygusal düzenleme ve bilişsel beceriler olarak özetlenen, çalışma ve kısa süreli hafızayı da içeren çeşitli zihinsel süreçlerden oluşan, karmaşık bir nöronal

fonksiyondur<sup>450</sup>. Yürütücü işlev bozukluğu DEHB'li olguların % 30'unda saptanmıştır<sup>451</sup>. DEHB'li olan çocukların bilişsel işlevlerini değerlendirmede birçok araç geliştirilmiştir<sup>452</sup>. Normal gelişen ve DEHB'li olan olguların yürütücü işlev fonksiyon farklılığını değerlendirmekte kullanılan testlerden birisi de Stroop testidir<sup>453</sup>. DEHB'de metilfenidat tedavisi öncesi ve sonrası yürütücü fonksiyonların gelişiminin değerlendirilmesinde Stroop testi sıklıkla kullanılmaktadır<sup>454</sup>. Langleben ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, on sekiz DEHB'si olan ve 6normal gelişim gösteren çocuğu, metilfenidat tedavisi ile değerlendirmiş ve DEHB'li olan olguların performansları normale göre kötü olsa da, her iki grupta da Stroop performansında anlamlı ölçüde iyileşme saptanmıştır<sup>454</sup>. Bununla birlikte, metilfenidatın Stroop testi üzerindeki etkisinin anlamlı olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur<sup>455,456</sup>. Bizim çalışmamızda ise Langleben ve arkadaşlarının çalışmasına paralel olarak toplam süre, düzeltme ve hata bakımından, DEHB alt tipleri olarak her iki grupta da iyileşme gösterdiği saptanmıştır. İlaç kullanımı sonrası süre bakımından dikkat eksikliği grubu daha fazla ilerleme kaydederken, toplam düzeltme ve hata bakımından bileşik grup, dikkat eksikliği grubuna göre daha çok fayda görmüştür. Cinsiyet ile Stroop testi karşılaştırıldığında, ilaç kullanımı sonrasında erkekler, kızlara göre toplam süre ve toplam düzeltme sayısı olarak, kızlar ise erkeklere göre toplam hata sayısı bakımından daha iyi performans sergilemişlerdir. Bu bulgulara bakarak metilfenidat kullanımının Stroop testi üzerindeki etkisi bakımından, DEHB bileşik alt tipinde ve erkek cinsiyette daha fazla etkili olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda DEHB'deki aile tutumlarını değerlendirme amacı ile AHÇYTÖ kullanılmıştır. Çalışmamız, AHÇYTÖ alt puanları ve DEHB alt tiplerine göre değerlendirildiğinde, bileşik tip DEHB'li çocuğun ailesinin, çocuğunu DEHB dikkat eksikliği alt tipine göre daha az koruduğu, çocuğuna daha az eşitlik tanıdığı, daha az demokratik olduğu, bu ailelerde annelerin ev kadınlığı rolünde daha fazla zorluk yaşadıkları, ebeveynler arasında daha fazla çatışma yaşandığı ve daha fazla katı disiplin uyguladıkları şeklinde yorumlanmıştır. Bileşik tipte var olan aşırı hareketlilik/impulsivitenin aile fonksiyonlarını daha fazla etkilemesi sonucunda ailelerin, dikkat eksikliği baskın alt tipe göre daha fazla tükenme yaşadıkları, bunun sonucunda da, bu tükenmişliğin bazı alt puanlara yansımış olabileceği düşünülmüştür. Birçok araştırmaya göre birinci dereceden bakım veren kişiler anneler oldukları için daha fazla

tükenmektedirler<sup>457</sup>. Çalışmamızdaki AHÇYTÖ ölçeğini baskın olarak annelerin değerlendirdiği düşünüldüğünde bu yorum desteklenir niteliktedir. Çalışmamızda bileşik alt tip DEHB’li çocuklar, ailelerini kendilerine karşı daha ilgisiz, kontrol ve denetim konusunda daha az disiplin uygulayan, bireyleşmelerini destekleyen aileler olarak algılamaktadır. Dikkat eksikliği alt tipinde ise aileler, çocuklarına karşı daha korumacı davranmakta, bileşik tip DEHB’li çocuğa göre daha demokratik olmakta ve daha az disiplin uygulamaktadır. Bu bulgu literatürde yer alan bileşik tipe daha fazla disiplin uygulayan diğer çalışmayla uyumlu<sup>325</sup>; dikkat eksikliği alt tipi ile aşırı korumacılığın anlamlı; fakat negatif ilişkili bulunduğu çalışma ile uyumsuzdur<sup>342</sup>. Dikkat eksikliği alt tipindeki çocuk, bileşik tipe göre ailesini, daha fazla ilgili, daha denetimci ve kontrolü elde tutan ve bireyleşmesine daha az katkıda bulunan aileler olarak algılamaktadırlar. Dikkat eksikliği alt tipi olan çocuklarda dikkatsizce hatalar, duymuyormuş gibi görünme belirtileri ailelerin bu olgular üzerinde ilgisini artırıp denetimi güçlendirerek, var olan problemi bu yollarla kompanse etmiş olabileceğini düşündürmektedir. Bu bulgu Gau ve Chang’ın DEHB dikkat eksikliği alt tipi olan çocuğun ailesini daha kontrolcü ve daha az destekçi bulan çalışması ile uyumlu bulunmuştur<sup>342</sup>. Cinsiyete göre değerlendirildiğinde ise, aileler, erkek çocuğuna daha az demokratik davranmakta, daha disiplinli bir tutum sergilemekte, erkek çocuğun anne babasında ikili ilişkilerinde daha fazla zorluk gözlenmekte ve anneler, erkek çocuklarında daha fazla ev kadınlığı rolünde zorluk yaşamaktadırlar. Erkek çocuklar ise ailelerini, kız çocuklara göre daha ilgisiz, daha az kontrol eden, daha az denetleyen ancak; bireyleşmelerini de daha fazla destekleyen aileler olarak algılamaktadırlar. Erkek olgulara yönelik uygulanan fazla disiplin ve daha az demokratik davranışlarda, ailenin yetişmiş olduğu ataerkil kültürün de etkisi olmuş olabilir.

Aile tutumları ile annelerin eğitim düzeyi incelendiğinde ise ilkokul ve altı eğitim düzeyindeki annelerin çocuklarına karşı daha korumacı olduğu, ev kadınlığı rolünde daha fazla zorlandıkları, çocuklarına karşı daha sıkı disiplin uyguladıkları saptanmıştır. Çocuklar ise bu anneleri daha ilgili, daha kabullenici ancak, daha kontrolcü ve denetimci olarak algılamakta olduğu gözlenmektedir. Lise ve üzeri eğitim düzeyinde ise ailelerin çocuklarına daha demokratik davrandıkları, ebeveynleri ile ikili ilişkilerinin daha sorunsuz olduğu, çocuklarına karşı daha az sıkı disiplin uyguladıkları ve ev kadınlığı rolünü daha fazla benimsedikleri saptanmıştır. Çocuklar ise lise ve üzeri eğitim düzeyindeki

anneleri daha ilgili ve kabul edici olarak algılamaktadır. İlkokul ve altı eğitim seviyesinde Babalarda da çocuklarına karşı göstermiş olduğu korumanın arttığı, çocuklarına karşı daha sıkı disiplin uyguladıkları, çocuklarına karşı daha demokratik davrandıkları, eşlerinde ise ev kadınlığı reddinin daha fazla gözlemlendiği saptanmıştır. Bu bulgulara göre babalar, çocuklarına hem sıkı disiplin uygulayıp hem de demokratik olarak, annelere göre daha tutarsız bir ebeveyn tutumu sergiledikleri gözlenmektedir. Bu durum annelerin babalara göre çocukları ile daha fazla vakit geçirmelerinden ve bu nedenle çocuklarını babalara göre daha fazla tanıyor olabileceğinden dolayı kaynaklanıyor olabilir. Aynı zamanda ilkökul ve altı eğitim seviyesindeki annelerin çocuk yetiştirme ve aile tutumları hakkındaki bilgi kaynaklarına ve çeşitli seminerlere, lise ve üzeri gruba göre daha az ulaşılıyor oluşu, DEHB hakkında daha az bilgi sahibi olmaları, bu annelerin çocuklara karşı uyguladığı tutarsız ve dengesiz disiplin yöntemlerine katkıda bulunabilir. Çocuklar ise ilkökul ve altı eğitim düzeyindeki babaları daha kontrol edici ve denetleyici olarak algılamaktadır. Lise ve üzeri eğitim düzeyindeki babalar ise çocuklarına karşı daha kabullenici, daha ilgili olarak algılanmakta; ancak çocuğun bireyleşmelerine diğer eğitim düzeyindeki babalara göre daha az katkıda bulunmaktadır.

DEHB’li çocukların ebeveynleri, normal gelişim gösteren diğer çocukların ebeveynlerine göre özsayıgılarının daha düşük olduğunu, karşılaştıkları problemlerle başa çıkmakta zorluk yaşadıkları, çocuklarını yetiştirmek için sürekli desteğe ihtiyaç duyduklarını belirtmektedirler<sup>458</sup>. Aynı zamanda DEHB tanısı olan çocukların ebeveynlerinin anksiyete ve depresyon düzeyinin topluma göre daha yüksek olduğu görülmüştür<sup>373,459</sup>. Tüm bu nedenlerden dolayı DEHB’li çocuğa sahip anne ve babalarda evlilik ile ilgili çeşitli problemler baş göstermekte ve bunlar hastalığın seyrini olumsuz etkilemektedir<sup>460</sup>. DEHB’li çocuğun tedavi edilmesi sonrasında annelerin ebeveynlik kaygılarının azaldığını ve depresyon düzeyinin gerilediğini, bunun sonucu olarak da ebeveyn-çocuk arasındaki ilişki kalitesinin arttığını bildiren çalışmalar vardır<sup>408</sup>.

Literatür incelendiğinde DEHB’li çocuğa sahip ailelerde geçimsizlik ve evlilik memnuniyetinin daha az olduğu ve boşanma oranının daha fazla olduğu gözlenmektedir<sup>348,349</sup>. Buna bağlı olarak DEHB’li çocukların ebeveynlerinde AHÇYTÖ ev kadınlığı reddi, evlilik çatışması gibi alt puanların kontrol grubuna göre yüksek olması yazındaki birçok çalışmada saptanmıştır<sup>325,371</sup>. Çocukları ile vakit geçirmekten hoşlanmayan, onların ilgi, istek ve ilgilerini görmezden gelen, annelik ve eş olma rolünü

yeterince benimseyememiş olan annelerin, çocuk bakımı konusunda kafa karışıklığı yaşadıkları çalışmamızda saptanan bir diğer bulgudur. Babaya göre çocukların bakımına, disiplinine ve sorumluluklarına daha fazla zaman ayırmakta olan anneler yoğun tükenmişlik yaşayabilmektedir.

DEHB'li çocuğa sahip ailelerde, diğer ailelere göre daha fazla geçimsizlik yaşandığı ve eşler arasındaki ikili ilişkinin olumsuz olarak etkilendiği bilinmektedir<sup>461,462</sup>. Eşleri ile doyurucu bir evlilik yaşayamayan ebeveynlerin çatışma yaşamaları kaçınılmazdır. Bu çatışma sonucunda, eşleri ile yaşayamadığı sıcak etkileşimi, çocuklarına karşı ya aşırı fedakar, hoşgörülü, aşırı korumacı davranarak elde etmeye çalışabilir, ya da eşlerine karşı yöneltilmedikleri agresyonu çocuklarına karşı aşırı baskı ve disiplin uygulama yoluyla bu çatışmanın üstesinden gelmeye çalışmakta olabilirler. Eşleri ile yaşanan sorun, doğal olarak ev kadınlığı rollerine de yansıtacak, bu durum hem eşleri ile hem de çocukları ile etkileşimlerini olumsuz yönde etkileyebilecektir. Yazında, babadan çok artan anne ilgi ve sıcaklığının, DEHB semptomlarının iyileşmesine katkıda bulunacağı vurgulanmıştır<sup>346</sup>.

Karşıt olma-karşıt gelme (KOKB) ve Davranım Bozukluğu (DB), DEHB'ye sık olarak eşlik eden iki bozukluktur<sup>133</sup>. Eşlik eden komorbidite durumlarında hastalık, daha olumsuz seyretmekte, aile işlevleri daha fazla bozulmaktadır. Pekcanlar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, aile işlevlerini bozan asıl nedenin DEHB değil, eşlik eden diğer komorbiditeler olduğu iddia edilmiştir<sup>463</sup>. Çalışmamızda karşıt gelme ile ev kadınlığı reddi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Anne, çocukları ile babalarıyla daha fazla vakit geçirdiklerinden dolayı, çocuklarına eşlik eden KOKGB durumunda, çocuklarıyla daha fazla zıtlama yaşayacak bu da çocukları ile aralarındaki etkileşimi bozup agresyon ve depresif duygudurumu artırarak annelik rolünden uzaklaşmasına neden olabilecektir. Aynı zamanda bu durum ebeveynler arasındaki iletişimi etkileyip eşler arasında gerginliğe ve çatışmalara neden olabilecektir. KOKB ve DB eşliğinde değerlendiren ADÖ'de, yapılan birçok çalışmada ADÖ roller ve iletişim alt puanlarının bu ailelerde daha sağlıklı olduğu saptanmıştır<sup>441,444,446</sup>. Bizim bulgumuza ek olarak yapılan diğer literatür çalışmaları incelendiğinde, DEHB'ye eşlik eden KOKGB durumunda evliliğin daha olumsuz etkilenebileceği yorumu yapılabilir. İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da, KOKGB varlığında, çocuklar ailelerini daha reddedici ve ilgisiz olarak algılamakta oldukları çalışmamızda saptadığımız bir diğer bulgudur.

Çalışmamızda Conners aşırı hareketlilik ve DSM aşırı hareketlilik ile AHÇYTÖ ev kadınlığı reddi ile anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur. DEHB’li çocuğa sahip ebeveynlerin evliliklerinin daha az doyurucu, gerginliği fazla ve annelik sıcaklığının daha az olduğu yorumu yapılabilir. Saptadığımız bu bulgu, istatistiksel olarak anlamlı olan fakat aralarındaki ilişkinin negatif yönde olduğu diğer literatür bilgisi ile uyumsuz bulunmuştur<sup>325</sup>. Hareketlilik alt puanı ile AHÇYTÖ total puanının, dikkat eksikliğine göre daha fazla ilişkisel olması, hareketliliğin aile işlevlerini dikkat eksikliğine göre daha fazla bozduğu şeklinde yorumlanmasına neden olmuştur. Hareketliliğe oldukça sık eşlik eden impulsivitenin ölçümü olan CGI-Impulsivite ile AHÇYTÖ ev kadınlığı reddi alt puanı arasında anlamlı pozitif bir ilişki saptanmıştır. Çocuğun dürtüsel hareketleri, ortama uygun olmayan davranışları ebeveynleri psikolojik olarak tüketerek annenin sıcaklığının azalmasına neden olmuş olabilir. İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da, dikkat eksikliği ve/veya aşırı hareketli olan çocuklar ailelerini daha reddedici ve ilgisiz olarak algılamaktadırlar.

DEHB çocuğun kendi yaşamı kadar çevresini de olumsuz anlamda etkileyerek sosyal problemlere yol açar. Bireyin okul yaşamını ve arkadaş ile ilişkilerini bozarak bireyin psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkiler. Bu nedenle çocuğa yönelik çevreden ve okuldan sürekli olarak eleştiri duyan ebeveynler, çocuklarına aşırı baskı ve disiplin uygulayarak bunun önüne geçmeye çalışabilirler. Bu eleştiriler sonucunda aileler, hatayı kendilerinde arayıp tartışma içine girebilir, bu da aile içi ortamın gerilmesine ve evlilikle ilgili problemlere neden olabilmektedir. Aynı zamanda annenin bu durumdan etkilenecek annelik rolünden uzaklaşıp çocuğu ile nitelikli etkileşimini azaltabilmektedir.

Duygu düzenleme, yürütücü işlev fonksiyonlarından birisidir<sup>450</sup>. Yürütücü işlev bozukluğu ise DEHB’li olguların % 30’unda saptanmıştır<sup>451</sup>. DEHB’deki duygu düzenlemenin gençler ve yetişkinlerde işlevselliği önemli ölçüde etkilediği bulunmuştur<sup>464</sup>. Stimulan tedavisi ile tedavi sonrasında hem öğretmen hem de ebeveyn bildirimlerinde duygusal değişkenlikte belirgin düzelme olduğu bildirilmiştir<sup>465</sup>. Çalışmamızda ise DEHB’li çocuklardaki duygu düzenlemedeki problemin aile işlevlerinde bozulmaya da neden olduğu saptanmıştır. Duygudurum dalgalanmaları ile başa çıkamayan ve nasıl davranacağını bilemeyen annelerin annelikten aldığı doyum azalmakta, çocuk ile arasındaki ilişki bozulmaktadır. Bu durum annenin ev içindeki diğer rollerini benimseyip gerçekleştirmesinde de zorluk yaratabilmektedir.

Çalışmamızdaki Aile Turgay KOKGB alt puanının, dikkat eksikliği veya hareketliliğe göre aile fonksiyonlarını daha fazla bozduğu, KOKB ile evlilik çatışmasının daha şiddetli olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, DEHB'ye eşlik eden KOKB eşliğinde aile fonksiyonlarının daha kötü etkilendiğini saptayan diğer literatür çalışmaları ile uyumlu bulunmuştur<sup>321,322,446</sup>.

Çalışmamızda, diğer literatür bilgilerine uyumsuz olarak davranım bozukluğunun, aile işlevlerini olumsuz etkilese de bunun istatistiksel bir anlamı olmadığı saptanmıştır<sup>463</sup>.

Tedavi öncesi CÖDÖ ile aile ilişkileri incelendiği zaman, KOKGB durumunda, dikkat eksikliği ya da aşırı hareketliliğe göre evlilik çatışması daha fazla olmaktadır. Sonuçlara göre öğretmenler ailelerin, dikkat eksikliği alt grubundaki çocuklar aşırı hareketli olanlara göre daha fazla disiplin uyguladıklarını ve bu ailelerde, aile işlevselliğinin daha fazla bozulduğunu düşünmektedir. Bu bulgu, çocukların okul ortamı gibi sosyal ortamlarda eleştirileceği, reddedileceği kaygısıyla hareketliliği bastırmasından dolayı olguları sadece dikkat eksikliği baskın gibi düşünmesinden, aynı zamanda ailelerin öğretmenlere hareketlilikten çok dikkat eksikliğini yordayan semptomları öğretmenlere daha fazla bildirmesinden kaynaklanıyor olabilir.

CÖDÖ ile aile işlevleri arasındaki ilişki incelendiği zaman; çocuktaki DEHB alt indeksi ile ADÖ gereken ilgiyi gösterme alt puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Buna göre; aile içinde yeterince anlaşılamayan, ilgi ve istekleri yeterince karşılanamayan çocukların okul gibi sosyal ortamdaki bireylerle etkileşimi olumsuz etkilenmekte, uyum göstermek yerine, daha hareketli olarak dikkati üzerine çekmekte ve istediği ilgiyi bu yolla elde etmeye çalışmaktadır.

Aile Turgay DEHB ölçeği ile ADÖ arasındaki ilişkide, Turgay DEHB dikkatsizlik alt puanı ile ADÖ roller ve ADÖ total alt puanları ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki saptanmıştır. Dikkat eksikliğinde oldukça sık gözlenen dinlemiyormuş gibi görünme, unutkanlık gibi semptomlar, ailelerin bir komutu çocuğa birden fazla vermesine neden olmakta, bu da ailenin çocuğa uygun gördüğü sorumlulukların çocuk tarafından benimsenmemesini sağlamakta, dolayısıyla çocuğun aile içindeki rolünü etkileyebilmektedir<sup>466</sup>. Aile içinde belli durumlarda herkese verilen görevin uygun şekilde yapılması aile içindeki iletişimi güçlendirip, ebeveyn-çocuk iletişiminin kalitesini artırabilecektir. Dikkat eksikliği yaşayan bireyler, çabuk sıkılma, dış uyaranla dikkatin

çelinmesi gibi şikayetler nedeniyle, ebeveynlerinin vermiş olduğu sorumluluğu yerine getirirken zorluk çekebilir, bu nedenle aile içindeki benimsemesi gereken belli roller konusunda ailesi ile sıkıntı yaşayabilmektedirler. Bu bulgu, yoğun dikkatsizliğin aile içinde daha fazla davranış problemleri ile ilişkili bulunduğu çalışma ile uyumlu saptanmıştır<sup>342</sup>.

Çalışmamızda Turgay aile DEHB ölçeği ile ADÖ alt puanları arasındaki ilişkide dikkat çeken en önemli şey, çocukta karşıt olma-karşıt gelme alt puanının aile işlevlerini davranış kontrolü dışında belirgin biçimde bozmasıdır. Bu bulgu daha önce KOKB komorbiditesi olan DEHB'li olgulardaki aile işlevinin birçok alanda bozulduğunu belirten verilerle uyumludur<sup>445,446</sup>.

Çalışmamızda Turgay DEHB davranım bozukluğu alt puanı ile ADÖ roller ve ADÖ total alt puanları arasındaki pozitif ilişki Pekcanlar ve arkadaşlarının yaptığı Davranım bozukluğunun eşlik ettiği DEHB'li olgulardaki aile işlevinin bozuk olarak saptandığı çalışma ile uyumlu bulunmuştur<sup>463</sup>.

ADÖ ve AHÇYTÖ arasındaki ilişki incelendiğinde, ailenin bir sorunun çözümüne yönelik becerilerini yansıtan ADÖ problem çözme alt puanı ile AHÇYTÖ evlilik çatışması gibi ebeveynlere yönelik alt puanla ilişkili olduğu gözlenmektedir. Ortaya çıkan problemi yetkin olarak çözemeyen bir ebeveyn, problemin ortaya çıkışının nedeni olarak diğer ebeveyni suçlamasından ya da sorun çözümünde bir ebeveynin pasif kalarak, sorun çözümünü tamamıyla diğer kişilere bırakarak, problem çözümünü daha karmaşık hale getirebilmektedir. Bu yoruma dayanarak ADÖ problem çözme alt puanı ile AHÇYTÖ evlilik çatışması arasındaki pozitif ilişki açıklanabilmektedir.

Aile içinde yaşanan iletişim problemleri, çalışmamıza AHÇYTÖ aşırı koruma, ev kadınlığı reddi, evlilik çatışması, disiplin ve total puanlarla anlamlı bir ilişki olmasıyla yansımıştır. Gerek eşlerin kendi arasındaki iletişim problemleri, gerekse DEHB'li çocuk ile yaşanan iletişimsizlik hem ebeveyn-çocuk hem de ebeveynlerin kendi aralarındaki etkileşimi olumsuz anlamda etkiliyor görünmektedir. Verilen komutu dinlemiyormuş gibi görünen çocuğa tekrar edilen her bir komut, böyle bir sonucun ortaya çıkmasında etkili olmuş olabilir. Aynı zamanda aşırı hareketli/dürtüsel yapısından dolayı yerinde duramayıp, motor takılmış gibi hareket eden çocuk da ebeveynleri ile arasındaki

etkileşimin bozulmasına neden olabilecektir. Tüm bunların sonucunda aile çocuk üzerindeki disiplini artırıp aşırı baskı uygulayarak, bu duruma çare bulmaya çalışacaktır.

Sağlıklı bir aile modelinde, her bir bireyin aile içindeki konumu ve hangi sorumlulukları üstleneceği belirlidir. Ailedeki herhangi bir birey, bu sorumlulukları etkin bir biçimde yerine getirmediğinde, aile içi dinamik olumsuz yönde etkilenecektir. Kimi zaman bu sorunun çözümü olarak aileler çocuğa gereğinden fazla baskı ve disiplin uygulama yolunu seçebilmekte, bu da çocukla çatışmayı artırabilmektedir.

Ebeveynlerin gerek eşlerinin gerekse çocuklarının belirli durumdaki ilgi ve ihtiyacını empatik olarak algılayıp, yeterince karşılık verme aile dinamiğine olumlu katkı sağlayan bir özelliktir. Bu özelliğe sahip ailelerde hem evlilik doyumu fazla olmakta, hem de çocuğun ruhsal gelişimi daha olumlu seyretmektedir. Eşleri ile de yeterince ilgilenen ebeveynlerin daha huzurlu bir evlilik hayatı olabilecektir. Çalışmamızda ADÖ gereken ilgiyi gösterebilme alt puanı ile AHÇYTÖ ev kadınlığı reddi, evlilik çatışması, disiplin ve total puanlarıyla ilişkili olması bu yorumu desteklemektedir.

Genel olarak bakıldığında ADÖ genel işlevler ile aile tutumları birbirini destekler nitelikte bir sonuç vermektedir. Aile işlevselliği bozuldukça, ailenin uyguladığı aşırı baskı, sıkı disiplin gibi olumsuz tutumlar artmakta, bunun sonucu olarak hem ebeveynler arası ilişki hem de anneliğe yönelik genel doyum azalmaktadır.

CADÖ ile aile işlevleri değerlendirildiğinde, çalışmamızdaki diğer bulguları destekler nitelikte çocukta karşıt gelme alt puanı ile aile işlevlerinin ilişkili olduğudur. Karşıt olma alt puanının aile işlevlerini diğer tüm alt puanlardan daha fazla etkilediği saptanmıştır. Aile işlevlerini, karşıt gelmeden sonra en fazla etkileyen alt puan ise DSM-Dikkat Eksikliği ve total puanı ölçeği Connors-Total alt puanları olmuştur.

Çalışmamızda stimulan tedavi öncesi ve sonrasında verilen CADÖ ve Turgay DEHB formu karşılaştırıldığında, stimulan tedavi sonrasında AHÇYTÖ ev kadınlığı reddi, evlilik çatışması, disiplin ve total alt puanları ile Connors ve Turgay ölçekleri alt puanlarının, tedavi öncesinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı, güçlü pozitif bir ilişki varken, tedavi sonrasında alt puanların büyük bir çoğunluğunda düşme meydana gelerek istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Stimulan öncesi ve sonrası CADÖ ile ADÖ karşılaştırıldığı zaman, aile fonksiyonlarının çocuğun tedavisi sonrasında daha iyi yönde olduğu gözlenmiştir. Bu durum stimulan tedavisinin hem anne-baba tutumlarını olumlu anlamda etkilediği, hem de ebeveynler arası ilişkinin kalitesini arttırdığı şeklinde yorumlanmıştır. Çalışmamızdaki bu bulgu, daha önce yapılmış olan DEHB’li çocuklardaki stimulan tedavisinin, ebeveyn-çocuk arasındaki etkileşimi iyileştirdiği yönündeki çalışmalarla uyumlu bulunmuştur<sup>217,467,468,469,470</sup>. DEHB’li çocukların stimulan ile tedavisi ile, olumsuz anne davranışları azaltmasına rağmen, pozitif anne davranışlarının sürdürülmesindeki etkisinin kalıcı olmadığını bildiren yayın mevcuttur<sup>468</sup>. Bunların tersine, Pelham ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, stimulan tedavisinin 8 hafta gibi kısa bir sürede uygulanmasının, ebeveyn-çocuk uygulamasının stimulan sonrası olumlu değişiminin aksine, ebeveyn-ergen etkileşimini değiştirmediği saptanmıştır<sup>471</sup>.

DEHB tedavisinde oyun terapisi, supplement desteği, kısıtlayıcı diyetler, pet terapisi, birebir terapi gibi birçok yöntem uygulansa da hiçbirinin etkinliği kanıtlanmamıştır<sup>472</sup>. Etkin bulunan tedaviler: santral sinir sistemi stimulanları, davranış modifikasyonu ve bu üçünün kombinasyonudur<sup>472</sup>. Stimulan tedavisi kısa sürede etkili olsa, etkinliğini kısıtlayan birçok etmen vardır<sup>472</sup>. Stimulan tedavisi ile çocuğun davranışlarının değişmesine bağlı ebeveyn-çocuk arasındaki etkileşim iyileşse de, DEHB’li çocuğun ailesinin çocuğa yönelik uyguladığı uygun olmayan tutumlar, annenin stresli ve depresif yapısı, ebeveynlerin alkol kullanımı gibi aile içi dinamiğe yönelik değişim müdahaleleri uygulanmadan, stimulanların tedaviye katkısı kısıtlı olacaktır<sup>473,474</sup>. Bu nedenle tedavinin odak noktası, her olguya ait aile tutumlarını anlamak, psikofarmakolojik tedaviyi etkileyebilecek nedenleri saptamak ve bunlar üzerinde olumlu anlamda katkıda bulunmak olmalıdır<sup>475</sup>.

Çalışmamızda aile tutumlarını dört farklı grupta (otoriter, ihmalkar, hoşgörülü ve demokratik) ele aldığımız zaman stimulan tedavisi öncesi ve sonrasında Conners Karşıt Gelme, DEHB alt indeksi, CGI- Impulsivite, CGI- Duygusal Değişkenlik, CGI- Total ve Conners total alt puanı ile otoriter ve hoşgörülü aile tutumu arasında, Conners Dikkat Eksikliği, Hareketlilik, DSM- DE, DSM-HA, DSM-Total alt puanı ile otoriter, hoşgörülü ve ihmalkar aile tutumu arasında, Conners Kaygı ve Psikosomatik alt puanı ile hoşgörülü aile tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Bu bulgu da ilaç tedavisine ek olarak yapılacak psikososyal müdahalelerin kliniğe olumlu olarak ek

katkıları olacağını savunan diğer çalışmalarla uyumsuz niteliktedir<sup>407,467,476,477,478,479</sup>. Çalışmamız, literatüre Hoza ve arkadaşlarının yapmış olduğu disfonksiyonel ebeveyn tutumlarının tedavi yanıtını kötü etkilediğini bildiren çalışmasıyla da uyumlu olmayan bir bulgu sunmuştur<sup>345</sup>. Çalışmamızda saptanan aile tutumlarının birbirinden farklı olmasına rağmen ilaca verilen klinik yanıtın benzer olması, diğer çalışmalara göre farklı bir yorumun ortaya çıkmasını sağlamıştır. Genel olarak değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı fark en fazla hoşgörülü, daha sonra ise otoriter aile tutumunda meydana gelirken, en az demokratik aile tutumunda meydana gelmiştir. Literatür incelendiği zaman, bizim çalışmamıza paralel olarak DEHB’li olguların ebeveynlerine yönelik uygulanan aile terapisi ya da bilişsel davranışçı terapilerin tedaviye katkısı olmadığı tartışılmıştır<sup>354,480,481,482,483</sup>. Diğer çalışmalarda ise ilaç tedavisine eklenecek olan psikososyal yöntemlerin DEHB’den çok KOKB gibi komorbid durumlara faydalı olacağı gösterilmiştir<sup>484,485</sup>.

Çalışmamızın en önemli kısıtlılığı prospektif bir çalışma olması ve kontrol grubunun olmaması olup, ek bazı başka kısıtlılıkları da mevcuttur. Bunlar çalışmanın klinik örnekleme yapılması, ana- babalık tutumlarının birçok olguda sadece anne ya da sadece baba bildirimleri ile değerlendirilebilmiş olması, ana-babalık tutumları ile ilişkisi olabilecek anneye ve babaya ait özelliklerin (ebeveynlerde saptanabilecek olan psikiyatrik rahatsızlık ve bozukluklar) değerlendirilmemiş olması, ebeveynlerin düşük eğitim seviye yüzdesinin yüksekliği olarak sayılabilir. Bununla birlikte kullanılan değerlendirme araçlarının geçerlilik ve güvenilirliğinin yapılmış olması, olgu grubunun tedavi almayan, normal zeka puanına sahip hastalardan oluşması, aile işlevselliğinin birçok değerlendirme aracı ile değerlendirilmiş olması, objektif bir değerlendirme olması açısından öğretmen değerlendirmelerinin de alınmış olması, çalışmanın güçlü yanlarıdır.

## 5.2. Sonuç ve Öneriler

DEHB tanısı alan 167 olgunun verilerine yer verdiğimiz “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Aile Tutumları ve İlaç Kullanımına Etkisi” adlı çalışmamızdan çıkarılan sonuçlar ve bunlara dayanan öneriler aşağıda sıralanmıştır:

1. DEHB tanısı konularak çalışmaya dahil edilen olguların % 73,7’si erkek, % 26,3’ü kızdır. Erkek/kız oranı ise 2,8:1 olarak bulunmuştur. Cinsiyet ile DEHB alt tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır

2. Olguların 104'ü Dikkat Eksikliği baskın alt tip, 63'ü ise Bileşik alt tiptir.
3. Olguların yaş ortalaması  $8,3 \pm 1,7$  yıl olup, yaş ile DEHB alt tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.
4. TV izleme saati ile hem cinsiyetler arasında hem de DEHB alt grupları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır.
5. Olguların  $n=36$ , %21,6'sı akranları ile sorun yaşadığını belirtmiş olup, DEHB alt tipleri ile akranlarla yaşanan sorun arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.
6. Olguların 85'i (% 50,9'u) ailelerini otoriter, 62'si (% 37,1'i) izin verici/hoşgörülü, 17'si (% 10,2'si) ihmalkâr, 3'ü ise (%1,8'i) demokrat olarak algılamaktadır. Aile tutumları ile DEHB alt tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.
7. Akranları ile sorun yaşama en sık otoriter aile tutumunda saptanmıştır. Aile tutumları akran sorunları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.
8. Otoriter tutum, annelerde ilköğretim ve altı düzeyi, babalarda ise lise ve üzeri eğitim düzeyinde gözlenmiştir.
9. Anne ve babanın her ikisinin eğitim düzeyi azaldıkça ihmalkâr tutum yüzdesinin arttığı gözlenmiştir. Babalardaki eğitim düzeyi lise ve üzerinde ise çocukların algıladığı hoşgörülü tutum yüzdesi artmıştır.
10. Bileşik alt tip DEHB'li olgularda AHÇYTÖ ev kadınlığı reddi, evlilik çatışması ve disiplin alt puanları dikkat eksikliği alt puanına göre ortalama olarak daha yüksek saptanmıştır.
11. Dikkat eksikliği alt grubunda ise AHÇYTÖ aşırı koruma, demokratik ve total puanlarda bileşik tipe göre daha yüksek ortalama saptanmıştır.
12. Bileşik tip DEHB'li olgular ailelerini daha reddedici, daha ilgisiz ve kontrol/denetim uygulayamayan aileler olarak algılamaktadır.
13. Aileler, erkek olgulara karşı daha korumacı davranmakta, erkek olguların ailelerinde anneler, ebeveynlik rolünde daha fazla zorluk yaşamakta, eşleri ile daha fazla çatışmakta, kızlara göre daha fazla disiplin uygulamaktadırlar.
14. Erkek olgular ailelerini daha reddedici, ilgisiz, kontrol ve denetim uygulamakta zorluk çeken aileler olarak algılamaktadırlar.

15. Tedavi öncesi CADÖ değerlendirildiğinde, erkek olgular CADÖ kaygı ve CADÖ mükemmeliyetçilik alt puanları dışında tüm alt puanlardan kızlara göre yüksek ortalama almışlardır.
16. Stimulan kullanımı sonrası, CADÖ tekrar değerlendirildiğinde, erkek olgular CADÖ kaygı dışında, tüm alt puanlardan kızlara göre yüksek ortalama almışlardır.
17. Stimulan tedavi öncesi ve sonrası değerlendirilen CADÖ alt puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. DEHB-DE alt tipi, ilaç tedavisinden daha fazla fayda görmüştür.
18. Stimulan tedavisi öncesi ve sonrası değerlendirilen Turgay DEHB aile formunda tüm alt puanlardan erkek olgular, kızlara göre yüksek ortalama almışlardır.
19. Stimulan tedavisi öncesi ve sonrası değerlendirilen Turgay DEHB alt puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.
20. Stimulan tedavisi öncesi ve sonrası değerlendirilen ölçeklere göre istatistiksel olarak anlamlı olarak erkek olgular stimulan tedavisinden daha fazla fayda görmüşlerdir.
21. Bileşik tip DEHB’li olguların ADÖ formu incelendiğinde, Dikkat Eksikliği baskın tip olgulara göre problem çözme, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme ve total puanlarda daha yüksek ortalama almışlardır.
22. ADÖ’ye göre, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, bileşik tip DEHB, aile işlevlerini daha fazla bozmaktadır.
23. Erkek DEHB’li olguların ADÖ formu incelendiğinde, kızlara göre problem çözme, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme ve total puanlarda daha yüksek ortalama almışlardır.
24. Erkek DEHB olgularında, aile içi fonksiyonlar, kızlara göre daha kötü etkilenmektedir.
25. Tedavi öncesi ve sonrası yapılan Stroop testi ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Hem ilaç öncesi hem de ilaç sonrası uygulanan Stroop testini kızların erkeklerden anlamlı biçimde daha uzun sürede tamamladıkları belirlenmiştir.

26. Tedavi öncesi ve sonrası yapılan Stroop testi ile DEHB alt tipleri arasında, bileşik tip ile tedavi sonrası yapılan Stroop testi toplam hata dışındaki alt puanı dışında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.
27. Aile işlevlerini en çok aşırı korumacılık bozmakta, evlilik çatışması en fazla ev kadınlığı reddi sonucu yaşanmaktadır. Bu da toplumsal cinsiyet kalıplarına göre babadan çok anneye yüklenen çocuğun bakım, denetimi ve ev işleri sorumluluğunun adaletsiz dağılımı ile ilişkili olabilir.
28. Ev kadınlığı reddi ve fonksiyonel olmayan aile tutumları ile en fazla ilişkili olan alt puanlar Conners total, CGI-total ve CGI-duygudurum değişkenliğidir.
29. Turgay Aile DEHB ölçeği DE ve davranım bozukluğu alt puanları ile ADÖ roller ve ADÖ toplam alt puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki saptanmıştır.
30. Turgay Aile DEHB ölçeğine göre aile içi fonksiyonları KOKB bulguları daha fazla bozmaktadır.
31. Turgay Aile DEHB total alt puanı ile ADÖ roller ve ADÖ toplam arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki saptanmıştır.
32. ADÖ ve tedavi öncesi değerlendirilen CADÖ'ye göre, aile işlevselliğini en fazla bozan alt puanlar CADÖ karşıt gelme, DSM- DE ve Conners totaldir.
33. Stimulan tedavisi sonrası aile içi fonksiyonların iyileşmesine bağlı tedavi sonrası değerlendirilen CADÖ ile AHÇYTÖ ölçeği alt puanlarında istatistiksel olarak anlamlı iyileşmeler saptanmıştır.
34. Aile fonksiyonları kötüleştikçe, olgular ailelerini daha ilgisiz ve reddedici olarak algılamaktadır.
35. İlkokul ve altı eğitim düzeyindeki anneler olguları daha fazla korumakta, annelik ve karılık rolü konusunda daha zorluk yaşamakta, aynı zamanda olgulara daha fazla baskı ve disiplin uygulamaktadır. Lise ve üzeri eğitim seviyesinde ise annelerin demokratik tutum ortalama puanı yükselmekte olduğu saptanmıştır.
36. Babalarda da aynı şekilde, ilkokul ve altı düzeyindeki eğitim seviyesinde aşırı koruma tutumu ön plandadır. İlkokul ve altı eğitim düzeyindeki babalar, olguları hem aşırı korumakta hem eşit haklar tanımakta hem de sıkı bir disiplin uygulamaktadırlar. Lise ve üzeri eğitim seviyesindeki babalar, diğer babalara

göre olgulara daha az disiplin uygulamaktadır. Olgular ilkokul seviyesindeki babaları daha reddedici, ilgisiz algıırken, lise ve üzeri seviyedeki babaları daha kontrolcü ve denetimi sağlayan babalar olarak algılamaktadır.

37. Her iki yorum beraber düşünülüğünde DEHB'li olguların ebeveynleri dengesiz bir aile tutumu ile çocuk yetiştirmeye çalışmaktadır. Bunun sonucunda hem ebeveynler arası hem de ebeveyn-çocuk arası etkileşim bozulmaktadır.
38. Stimulan tedavisi sonrası alt puanlarda anlamlı fark en fazla hoşgörülü tutumu benimsemiş ailelerde saptanmışken, demokratik tutumu benimsemiş ailelerde anlamlı bir fark saptanmamıştır.
39. Otoriter ve hoşgörülü aile tutumunu benimsemiş ailelerde, tutumlar farklı olmasına rağmen ilaç tedavisine verilen yanıt benzer olmuştur.
40. Çalışmamızın temel bulgusu, DEHB'li çocuğa sahip ailelerin olgulara gelişimi sırasında uygun olmayan tutumlar sergiledikleri, çocuk yetiştirme konusunda kafa karışıklığı yaşadıkları, benimsedikleri tutumların birbiriyle tutarsız ve dengesiz olduğu, karşıt olma-karşıt gelme ve davranım bozukluğu gibi yıkıcı semptomlar geliştiren ailelerde aile fonksiyonlarının daha kötü olduğu, aile içi dinamik kötüleştikçe de çocuğun aileyi daha ilgisiz ve reddedici olarak algıladığı, tedaviye verilen yanıtın aile tutumu ile ilişkili olmadığıdır.
41. Çalışmamızın bulgularına dayanarak; tedavi öncesi, her olgu ve ailesinin ayrı ayrı değerlendirilip, ailenin işlevselliği ve zorlandıkları alanların belirlenip, psikososyal müdahalelerin yapılması, çocuğun tedaviye uyumunu ve cevabını olumlu yönde etkileyebilecektir.
42. Evlilik konusunda sıkıntı yaşayan aileleri psikoterapi açısından uygun bir psikoterapi merkezine yönlendirilmesiyle aile işlevlerine olumlu katkılar sağlanabileceği, bunun da çocuğun tedavi yanıtını olumlu yönde etkileyebilecektir.
43. DEHB'li çocukların ebeveynlerinde saptanacak herhangi bir psikiyatrik semptom varlığında, ebeveynin psikiyatrik muayenesinin yapılması için cesaretlendirilmesi sonucu aile içi dinamiğin daha iyi yöne gidebilecektir.

44. KOKB ya da DB gibi yıkıcı davranış semptomlarını içeren komorbid psikiyatrik bozukluğu olan olgulara uygun medikal tedavi yanında psikoterapi yöntemlerinin eklenmesiyle ebeveyn-çocuk arasındaki etkileşimin iyileşebilecektir.
45. Yeni evlenmiş çiftlere aile tutumları, toplumsal cinsiyet rolleri ve iletişim konusunda eğitimler verilerek, uygun disiplin yöntemlerini benimsemelerinin sağlanabilecektir.
46. DEHB'nin tedavisinde disiplinler arası iş birliğine ihtiyaç vardır. Bu ihtiyacın karşılanması için ilaç tedavisine ek olarak psikiyatri hemşireleri, pedagoglar ve sosyal hizmetleri tarafından çocuk psikiyatristinin önderliğinde bir ekip kurulmalı, bu ekip ile ailenin tüm bireyleri ile düzenli görüşmeler ayarlanmalıdır. Bu sürece babanın ve kardeşlerin de katılımı sağlanmalıdır. Böylelikle annelerin gerek annelik gerekse eş rolünde hissettiği doyum artacak ve aile içi ilişkileri gelişebilecektir.

Sonuç olarak yetersiz ve disfonksiyone disiplin yöntemleri, evlilik çatışmasının devamı olarak DEHB'li çocukların psikososyal yaşamını kötü olarak etkilemekte, eş tanı almalarına ve klinik şiddeti arttırmakta ve tedaviye yanıtını bozmaktadır. Aile tutumları, DEHB kliniği ve ilaç yanıtının birbirini nasıl, ne oranda ve hangi sosyal-kültürel değişkenlerle etkilediğinin aydınlatılmasına dair kontrol grubunu içeren izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

## 7. KAYNAKÇA

1. **Eyessenck MW, Keane MT.** Cognitive Psychology. *A Student's Handbook, 4<sup>th</sup> Ed.* London: Psychology Press, **2000**.
2. **Soysal AŞ, Yalçın K, Can H.** Bilişsel Psikoloji Kapsamında Yer Alan Dikkat Teorileri. *New/Yeni Symposium Journal*. Ocak **2008**. Cilt 46, sayı: 1
3. **Baddeley A.** Human Memory: Theory and Practice. *Boston: Allyn and Bacon* **1990**.
4. **Jennings RJ, Coles MGH.** Handbook of Cognitive Psychology: Central and Automatic Nervous System Approaches. *MA: Cambridge University Press* **1991**: 413-455.
5. **Özdemir PG, Selvi Y, Aydın A.** Dürtüsellik ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* **2012**; 4(3):293-314
6. **Tahiroğlu AY.** Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı olan çocukların sosyodemografik özellikleri, eşlik eden bozukluklar ve tedavi yaklaşımları. *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana, 2003*.
7. **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.
8. **Mukaddes NM.** Yaşam Boyu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Eşlik Eden Durumlar. *Nobel Tıp Yayıncılık*.**2015**.1.Baskı.
9. **Palmer ED, Finger S.** An Early Description of ADHD (Inattentive Subtype): Dr. Alexander Crichton and 'Mental Restlessness' (1798). *Child Psychol Psychiatry Rew* **2001**; 6:66-73.
10. **Hoffman H.** (Der Struwelpeter), *Lustige Geschichten und drollige Bilder*. Frankfurt am Main **1985**.
11. **Tuğlu C, Özlem ŞÖ.** *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, Current Approaches In Psychiatry* **2010**; 2(1):75116
12. **Seawell, M.** Family Narratives of ADHD: Labels Promoting Change. *Yayınlanmış Doktora Tezi, Our Lady Of The Lake University, Texas, 2010*.
13. **Millichap JG.** (2010). Attention Deficit Hyperactivity Disorder Handbook. *A Physician's Guide to ADHD. 2<sup>nd</sup> ed.* New York, NY: Springer; p.1-3, **2010**.
14. **Strauss AA, Lehtinen LE.** Psychopathology and education of the brain-injured child. *New York: Grune & Stratton, 1947*.
15. **Weis M, Weis G.** Attention deficit hyperactivity disorder. In: *Lewis M eds. Child and Adolescent Psychiatry. 3<sup>th</sup> ed.*, Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins, **2002**:645-670.

16. **Clements SD, Peters JE.** Minimal brain dysfunctions in the school-age child. Diagnosis and treatment. *Arch Gen Psychiatry* **1962**; 6:185-197.
17. **Senol S.** Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. In: *Çuhadaroğlu Çetin F, ve ark.(ED). Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2008:293-231*
18. **Shorter E.** A Historical Dictionary of Psychiatry. *1<sup>st</sup> Ed., New York, Oxford University Press. 2005:32-34*
19. **Motavalli N.** Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu: Tanı ölçütleri, yapısı, sınıflandırma sistemindeki yeri. *Nöropsikiyatri Arşivi, 1993*; 30:226-231.
20. **American Psychiatric Association.** Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-II). *2<sup>th</sup> ed., Washington: American Psychiatric Association, 1968.*
21. **Aysev Soykan A, Öner Ö.** Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *Aysev SA, Taner IY (eds), Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları 2007*; 23:397-419.
22. **American Psychiatric Association.** Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III). *3<sup>th</sup> Ed., Washington: American Psychiatric Association; 1980.*
23. **American Psychiatric Association.** Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R). *3<sup>th</sup> Ed., Washington: American Psychiatric Association; 1987.*
24. **ICD-10.** Classification of Mental and Behavioural Disorders. *Clinical Description and Diagnostic Guidelines.* Geneva: World Health Organization; **1992.**
25. **American Psychiatric Association.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). *4<sup>th</sup> Ed., Washington: American Psychiatric Association, 1994.*
26. **American Psychiatric Association.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, *4<sup>th</sup> Edition Text Revision (DSM-IV-TR).* Washington: American Psychiatric Association, **2000.**
27. **Amerikan Psikiyatri Birliği.** *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev.Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 2013.*
28. **Shaw P, Eckstrand K, Sharp W, Blumenthal J, Lerch JP, Greenstein D, Clasen L, Evans A, Giedd J, Rapoport JL.** Attention deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proc Natl Acad Sci USA, 104:19649-19654.2007.*
29. **Barkley RA, Biederman J.** Toward a broader definition of the age of onset criterion for attention deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.1997. Sep;36(9):1204-10.*
30. **Barkley RA, Brown TE.** Unrecognized attention deficit hyperactivity disorder in adults presenting with other psychiatric disorders. *CNS Spectr, 2008. 13:977-984.*
31. **Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, Faraone SV, Greenhill LL, Howes MJ, Secnik K, Spencer T, Ustun TB, Walters EE, Zaslavsky AM.** The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: result from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry, 2006*; 163:716-723.

32. **Lamanna AL, Craig F, Matera E, Simone M, Buttiglione M, Margari L.** Risk factors for the existence of attention deficit hyperactivity disorder symptoms in children with autism spectrum disorders. *Neuropsychiatr Dis Treat.* Jun 15 **2017**;13: 1559-1567.
33. **Simonoff E, Pickles A, Charman T, Chandler S, Loucas T, Baird G.** Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders; prevalence, comorbidity, and associated factors in a population derived sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* **2008**; 47(8): 921-929.
34. **Spencer TJ, Biederman J, Mick E.** Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *J Pediatr Psychol* **2007**; 32:631–642.
35. **Barkley RA, Murphy KR, Fischer M.** Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults. What the Science Says. 1<sup>st</sup> Ed., Newyork, London, The Guilford Press. **2008**:1-467.
36. **Schlander M, Schwarz O, Trott GE.** Who cares for patients with attention deficit/ hyperactivity disorder (ADHD)? *Eur Child Adolesc Psychiatry* **2007**; 16:430-438.
37. **Polanczyk G, Rohde LA.** Epidemiology of attention- deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Curr Opin Psychiatry* **2007**;20(4): 386-92.
38. **Willcutt EG.** The prevalence of DSM-IV attention- deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics* **2012**;9(3): 490-9.
39. **Polanczyk, G., and Jensen, P.** “Epidemiologic Considerations in Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Review and Update.” *Child And Adolescent Psychiatrc Clinics North America*, 17 (2), **2008**; 245-260.
40. **Polanczyk, GV, Willcutt, E G, Salum, GA, Kieling, C, Rohde, LA.** ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, **2014**; 43(2), 434–42.
41. **Fombonne E.** Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatr Res* **2009**; 65:591–98.
42. **Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, Biederman J.** The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry* **2003**;2(2):104-13.
43. **Anderson JC.** Is childhood hyperactivity the product of western culture? *Lancet* **1996**; 348(9020):73-4
44. **Taylor E.** Developing ADHD. *J Child Psychol Psychiatry* **2009**;50(1-2):126-32.
45. **Motavallı N.** Kentsel kesimde Türk İlkokul çocuklarında “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun” Nozolojik bağlamda prevalansının araştırılması. *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi*, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul, **1994**.
46. **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**; 13:354-361.
47. **Gül N, Tiryaki A, Kultur SEC, Topbas M, Ak I.** Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disruptive behavior disorders among school age children in Trabzon. *BCP* **2010**; 20:50-56.

48. **Mental Health in the United States:** Prevalence of Diagnosis and Medication Treatment for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder -United States, 2003. *MMWR Mortal Wkly Rep* **2005**;54(34):842-7
49. **Doğaroğlu, TK.** “Türkiye’de Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile İlgili Çalışmaların Yürütüldüğü Lisansüstü Tezlerin İncelenmesi.” *Bilgisayar ve Eğitim Araştırmaları Dergisi*. **2013**; Cilt 1 Sayı 2, 90-112.
50. **Tahiroğlu, A.Y., Avcı, A., Fırat, S., Seydaoğlu, G.**“Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Alt Tipleri.” *Anadolu Psikiyatri Dergisi*,**2005**; 6:5-10.
51. **Volkow ND, Swanson JM.** Clinical practice: Adult attention deficit-hyperactivity disorder. *N. Engl. J. Med.* **2013**; 369(20):1935-44.
52. **Thapar A, Cooper M.** Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet.* **2015** Sep 16. pii: S0140-6736(15)00238-X
53. **Faraone SV, Biederman J.** Neurobiology of attention-deficit hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*, **1998**; 44: 951-958.
54. **Biederman J, Faraone SV, Mick E, Spencer T, Wilens T, Kiely K, Guite J, Ablon JS, Reed E, Warburton R.** High risk for attention deficit hyperactivity disorder among children of parents with childhood onset of the disorder: a pilot study. *Am J Psychiatry* **1995**;152(3):431- 5.
55. **Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, Sklar P.** Molecular genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* **2005**;57(11):1313-23.
56. **Kuntsi J, Neale BM, Chen W, Faraone SV, Asherson P.** The IMAGE project: methodological issues for the molecular genetic analysis of ADHD. *Behav Brain Funct.* **2006**; 2:27
57. **Zuk O, Hechter E, Sunyaev SR, Lander ES.** The mystery of missing heritability: genetic interactions create phantom heritability. *Proc Natl Acad Sci USA.* **2012**; 109:1193-8.
58. **Asherson P, Consortium I.** Attention-deficit hyperactivity disorder in the post-genomic era. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, **2004**; 13:i50-i70.
59. **Sherman DK, Iacono WG, McGUE MK.** Attention-deficit hyperactivity disorder dimensions: a twin study of inattention and impulsivity-hyperactivity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* **1997**; 36:745-753.
60. **Castellanos FX, Tannock R.** Neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder: the search for endophenotypes. *Nature Rev Neurosci* **2002**; 3:617-628.
61. **Faraone SV, Biederman J.** Nature, nurture, and attention deficit hyperactivity disorder. *Dev Rev* **2000**; 20:568-581.
62. **Lasky- Su J, Anney RJ, Neale BM, Franke B, Zhou K, Maller JB.** Genome-wide association scan of the time to onset of attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* **2008**; 147:1355-1358.

63. **Lasky- Su J, Neale BM, Franke B, Anney RJ, Zhou K, Maller JB.** Genome- wide association scan of quantitative traits for attention deficit hyperactivity disorder identifies novel associations and confirms candidate gene associations. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* **2008**; 147:1345-1354.
64. **Lesch KP, Timmesfeld N, Renner TJ, Halperin R, Röser C, Nguyen TT, Craig DW, Romanos J, Heine M, Meyer J, Freitag C, Warnke A, Romanos M, Schäfer H, Walitza S, Reif A, Stephan DA, Jacob C.** Molecular genetics of adult ADHD: converging evidence from genome-wide association and extended pedigree linkage studies. *J Neural Transm (Vienna)* **2008**; 115:1573-1585.
65. **Sonuga-Barke EJ, Lasky-Su J, Neale BM, Oades R, Chen W, Franke B, Buitelaar J, Banaschewski T, Ebstein R, Gill M, Anney R, Miranda A, Mulas F, Roeyers H, Rothenberger A, Sergeant J, Steinhausen HC, Thompson M, Asherson P, Faraone SV.** Does parental expressed emotion moderate genetic effects in ADHD? An exploration using a genome wide association scan. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* **2008**; 147:1359-1368.
66. **Franke B, Neale BM, Faraone SV.** Genome-wide association studies in ADHD. *Hum Genet* **2009**; 126:13-50.
67. **Banaschewski T, Becker K, Scherag S, Franke B, Coghill D.** Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder: an overview. *Eur Child Adolesc Psychiatry* **2010**; 19:237-257.
68. **Lasky-Su J, Neale BM, Franke B, Anney RJ, Zhou K, Maller JB, Vasquez AA, Chen W, Asherson P, Buitelaar J, Banaschewski T, Ebstein R, Gill M, Miranda A, Mulas F, Oades RD, Roeyers H, Rothenberger A, Sergeant J, Sonuga-Barke E, Steinhausen HC, Taylor E, Daly M, Laird N, Lange C, Faraone SV.** Genome-wide association scan of quantitative traits for attention deficit hyperactivity disorder identifies novel associations and confirms candidate gene associations. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* **2008**;147B(8):1345-54.
69. **Arias-Vásquez A1, Altink ME, Rommelse NN, Slaats-Willemse DI, Buschgens CJ, Fliers EA, Faraone SV, Sergeant JA, Oosterlaan J, Franke B, Buitelaar JK.** CDH13 is associated with working memory performance in attention deficit/hyperactivity disorder. *Genes Brain Behav* **2011**;10(8): 844-51.
70. **Hawi Z, Cummins TD, Tong J, Johnson B, Lau R, Samarraï W, Bellgrove MA.** The molecular genetic architecture of attention deficit hyperactivity disorder. *Mol Psychiatry* **2015**;20(3):289-97.
71. **Arcos-Burgos M, Muenke M.** Toward a better understanding of ADHD: LPHN3 gene variants and the susceptibility to develop ADHD. *Atten Defic Hyperact Disord* **2010**;2(3):139-47.
72. **Arcos-Burgos M, Jain M, Acosta MT, Shively S, Stanescu H, Wallis D, Domené S, Vélez JI, Karkera JD, Balog J, Berg K, Kleta R, Gahl WA, Roessler E, Long R, Lie J, Pineda D, Londoño AC, Palacio JD, Arbelaz A, Lopera F, Elia J, Hakonarson H, Johansson S, Knappskog PM, Haavik J, Ribases M, Cormand B, Bayes M, Casas M, Ramos-Quiroga JA, Hervas A, Maher BS, Faraone SV, Seitz C, Freitag CM, Palmason H, Meyer J, Romanos M, Walitza S, Hemminger U, Warnke A, Romanos J, Renner T, Jacob C, Lesch KP, Swanson J, Vortmeyer A, Bailey-Wilson JE, Castellanos FX, Muenke M.** A common variant of the latrophilin 3 gene, LPHN3, confers susceptibility to ADHD and predicts effectiveness of stimulant medication. *Mol Psychiatry* **2010**;15(11):1053-66.
73. **Fallgatter AJ, Ehli AC, Dresler T, Reif A, Jacob CP, Arcos-Burgos M, Muenke M, Lesch KP.** Influence of a latrophilin 3 (LPHN3) risk haplotype on event-related potential measures of cognitive response control in attention- deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Neuropsychopharmacol* **2013**;23(6):458-68.

74. **Wallis D, Hill DS, Mendez IA, Abbott LC, Finnell RH, Wellman PJ, Setlow B.** Initial characterization of mice null for *Lphn3*, a gene implicated in ADHD and addiction. *Brain Res* **2012**;1463:85-92.
75. **Süren S.** Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu etiyopatogenezi: beyin görüntüleme. *Turkiye Klinikleri Journal of Child Psychiatry-Special Topics* **2015**;1(1):12-6.
76. **Castellanos FX, Tannock R.** Neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder: the search for endophenotypes. *Nature Reviews Neuroscience* **2002**;3(8):617-28.
77. **Van Ewijk H, Heslenfeld DJ, Zwiers MP, Buitelaar JK, Oosterlaan J.** Diffusion tensor imaging in attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev* **2012**;36(4):1093-106.
78. **Greven CU, Bralten J, Mennes M, O'Dwyer L, van Hulzen KJ, Rommelse N, Schweren LJ, Hoekstra PJ, Hartman CA, Heslenfeld D, Oosterlaan J, Faraone SV, Franke B, Zwiers MP, Arias-Vasquez A, Buitelaar JK.** 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.
79. **Filipek PA, Semrud-Clikeman M, Steingard RJ, Renshaw PF, Kennedy DN, Biederman J.** Volumetric MRI analysis comparing subjects having attentiondeficit hyperactivity disorder with normal controls. *Neurology* **1997**;48(3): 589-601.
80. **Ellison-Wright I, Ellison-Wright Z, Bullmore E.** Structural brain change in Attention Deficit Hyperactivity Disorder identified by meta-analysis. *BMC Psychiatry* **2008**;8:51.
81. **Nakao T, Radua J, Rubia K, Mataix-Cols D.** Gray matter Volume abnormalities in ADHD: voxel-based metaanalysis exploring theeffects of age and stimulant medication. *Am J Psychiatry* **2011**;168(11):1154-63.
82. **Frodl T, Skokauskas N.** Meta-analysis of structural MRI studies in children and adults with attention deficit hyperactivity disorder indicates treatment effects. *Acta Psychiatr Scand* **2012**;125(2):114-26.
83. **Shaw P, Gilliam M, Liverpool M, Weddle C, Malek M, Sharp W, et al.** Cortical development in typically developing children with symptoms of hyperactivity and impulsivity: support for a dimensional view of attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* **2011**;168(2): 143-51.
84. **Shaw P, Malek M, Watson B, Sharp W, Evans A, Greenstein D.** Development of cortical surface area and gyrification in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* **2012**;72(3):191-7.
85. **Rubia K, Alegria A, Brinson H.** Imaging the ADHD brain: disorder-specificity, medication effects and clinical translation. *Expert Rev Neurother* **2014**;14(5):519-38.
86. **Cortese S, Kelly C, Chabernaud C, Proal E, Di Martino A, Milham MP, Castellanos FX.** Toward systems neuroscience of ADHD: a meta-analysis of 55 fMRI studies. *Am J Psychiatry* **2012**;169(10):1038-55.
87. **Hart H, Radua J, Nakao T, Mataix-Cols D, Rubia K.** Meta-analysis of functional magnetic resonance imaging studies of inhibition and attention in attention deficit/ hyperactivity disorder: exploring task-specific, stimulant medication, and age effects. *JAMA Psychiatry* **2013**;70(2):185-98.

88. **Peterson BS, Potenza MN, Wang Z, Zhu H, Martin A, Marsh R, Plessen KJ, Yu S.** An fMRI study of the effects of psychostimulants on default-mode processing during Stroop task performance in youths with ADHD. *Am J Psychiatry* **2009**; 166: 1286-94.
89. **Rubia K, Halari R, Christakou A, Taylor E.** Impulsiveness as a timing disturbance: neurocognitive abnormalities in attention-deficit hyperactivity disorder during temporal process and normalization with methylphenidate. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* **2009**; 364: 1919-1931
90. **Rubia K, Halari R, Cubillo A, Mohammed MA, Brammer M, Taylor E.** Methylphenidate normalises activation and functional connectivity deficits in attention and motivation networks in medication-naïve children with ADHD during a rewarded continuous performance task. *Neuropharmacology* **2011**; 57: 640-652.
91. **Akay AP, Kaya GC, Emiroğlu NI, Aydin A, Monkul ES, Taşçi C, Miral S, Durak H.** Effects of long-term methylphenidate treatment: a pilot follow-up clinical and SPECT study. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, **2006**; 30(7), 1219.
92. **Stahl, S.M.** Essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications. 2<sup>nd</sup> Edition. Cambridge University Press **2000**.
93. **Sagvolden T, Johnsen EB, Aase H, Russell VA.** A dynamic developmental theory of attention deficit/hyperactivity disorder: predominantly hyperactive/impulsive and combined subtypes. *Behav Brain Sci* **2005**; 28:397-419.
94. **Dewey D, Kaplan BJ, Crawford SG, Wilson BN.** Developmental coordination disorder: associated problems in attention, learning and psychosocial adjustment. *Hum Mov Sci* **2002**; 21:905-918.
95. **Zametkin, A.J., Nordahl, T.E., Gross, M., King, A.C., Semple, W.E., Rumsey, J., Hamburger, S., Cohen, R.M.** Cerebral glucose metabolism in adults with hyperactivity of childhood onset. *NEJM* **1990**; 323: 1361-1366
96. **Volkow ND, Wang GJ, Kollins SH, Wigal TL, Newcorn JH, Telang F, Fowler JS, Zhu W, Logan J, Ma Y, Pradhan K, Wong C, Swanson JM.** Evaluating dopamine reward pathway in ADHD: clinical implications. *JAMA* 302: 1084-1091.
97. **Lezak MD, Howieson DB, Loring DW.** Neuropsychological assessment. 4<sup>th</sup> ed. New York: Oxford University Press; **2004**.
98. **Lezak MD.** Neuropsychological assessment. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Oxford University Press; **1995**.
99. **Araujo Jiménez EA, Jané Ballabriga MC, Onillo Martín A, Capdevilla Brophy C.** Executive function deficits and symptoms of disruptive behaviour disorders in preschool children. *Universitas Psychologica* **2014**; 13(4): 1267-77.
100. **Alvarez JA, Emory E.** Executive function and the frontal lobes: A meta-analytic review. *Neuropsychol Rev* **2006**; 16(1):17-42.
101. **He N, Li F, Li Y, Guo L, Chen L, Huang X, Lui S, Gong Q.** Neuroanatomical deficits correlate with executive dysfunction in boys with attention deficit hyperactivity disorder. *Neurosci Lett* **2015**; 600: 45-49

- 102. Moore TL, Schettler SP, Killiany RJ, Rosene DL, Moss MB.** Impairment in delayed nonmatching to sample following lesions of dorsal prefrontal cortex. *Behav Neurosci* **2012**; 126: 772-780.
- 103. Ravizza SM, Ciranni MA.** Contributions of the prefrontal cortex and basal ganglia to set shifting. *J Cogn Neurosci* **2002**; 14: 472-483.
- 104. Purper-Ouakil D, Ramoz N, Lepagnol-Bestel AM, Gorwood P, Simonneau M.** Neurobiology of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatric Research*. **2011**; 69, 69R-76R
- 105. Barkley RA.** Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychol Bull* **1997**;121(1):65-94
- 106. Irak M.** Duyumdan Biliş: Bilgi işleme Süreçlerinin Temel Öğeleri ve İşleyişine Yönelik Nörobiyolojik, nöropsikolojik ve Davranışsal Yaklaşımlar. In: *Irak M, editor. Psikopatolojilerde Bilgi İşleme Süreçleri. Ankara: HYB Basım Yayın, 2009*; 3-39.
- 107. Brown TE.** Attention deficit disorder: The unfocused mind in children and adults. *New Haven: Yale University Press Health & Wellness*; **2005**.
- 108. Hale JB, Reddy LA, Decker SL, Thompson R, Henzel J, Teodori A, Forrest E, Eusebio E, Denckla MB.** Development and validation of an attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) executive function and behavior rating screening battery. *J Clin Exp Neuropsychol*. **2009**;31(8):897-912.
- 109. Skogli EW, Andersen PN, Hovik KT, Øie M.** Development of Hot and Cold Executive function in boys and girls with ADHD. *J Atten Disord* **2017**; 21:305-315.
- 110. Yarmolovsky J, Szwarc T, Schwartz M, Tirosch E, Geva R.** Hot executive control and response to a stimulant in a double blind randomized trial in children with ADHD. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* **2017**; 267:73-82.
- 111. Ince Tasdelen B, Karakaya E, Oztop DB.** Effects of atomoxetine and osmotic release oral system methylphenidate on executive functions in patients with combined type attention deficit/hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* **2015**; 25:494-500
- 112. Willcutt EG, Doyle AE, Nigg JT, Faraone SV, Pennington BF.** Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a metaanalytic review. *Biol Psychiatry* **2005**;57(11):1336-46.
- 113. Karakaş S, Doğutepe Dinçer E.** BİLNOT Bataryası El Kitabı: Nöropsikolojik Testlerin Çocuklar için Araştırma ve Geliştirme Çalışmaları: BİLNOT-Çocuk (Cilt I). *İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2011*.
- 114. Yildiz O, Sismanlar SG, Memik NC, Karakaya I, Agaoglu B.** Atomoxetine and methylphenidate treatment in children with ADHD: the efficacy, tolerability and effects on executive functions. *Child Psychiatry & Human Development* **2011**;42(3):257-69.
- 115. Van Mourik R, Oosterlaan J, Sergeant JA.** The Stroop revisited: a metaanalysis of interference control in AD/HD. *Journal of child Psychology and Psychiatry* **2005**;46(2):150-65.
- 116. Conners CK,** Conners' Rating Scales- Revised. Instruments for use with children and adolescents. *New York: Multi-Health System, Inc; 2000*.

117. **Swanson JM, Sandman CA, Deutsch C, Baren M.** Methylphenidate hydrochloride given with or before breakfast: I. Behavioral, cognitive, and electrophysiologic effects. *Pediatrics* **1983**;72(1):49-55.
118. **Ercan ES.** Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu kitabı. 20. Baskı, İstanbul: *Doğan Kitap yayıncılık*, **2008**; sayfa 191-204.
119. **Johnson P, Ahamat B, McConnachie A, Puckering C, Marwick H, Furnivall D, Marwick R, Gillberg C, Heron J, Wilson P.** Motor activity at age one year does not predict ADHD at seven years. *Int J Methods Psychiatr Res* **2014**; Mar; 23(1):9-18
120. **Gilbert C.** ADHD and its many associated problems. *Oxford University Press* **2014**.
121. **Woodward LJ, Fergusson DM, Horwood LJ.** Driving outcomes of young people with attentional difficulties in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. **2000**; May;39(5):627-34.
122. **Nada-Raja S, Langley JD, McGee R, Williams SM, Begg DJ, Reeder AI.** Inattentive and hyperactive behaviors and driving offenses in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **1997**; Apr;36(4):515-22.
123. **Langley K, Fowler T, Ford T, Thapar AK, van den Bree M, Harold G, Owen MJ, O'Donovan MC, Thapar A.** Adolescent clinical outcomes for young people with attention-deficit hyperactivity disorder. *British Journal of Psychiatry*. **2011**; 196(3), 235-240.
124. **Lee SS, Humphreys KL, Flory K, Liu R, Glass K.** Prospective association of childhood attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and substance use **2011**; Apr;31(3):328-41
125. **Miniksar Yıldız D, Özcan Özlem Ö.** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı. Türkiye Klinikleri *J Child Psychiatry-Special Topics* **2015**;1(1):25-30
126. **Pennington BF.** The Development of Psychopathology: Nature and Nurture. *New York: Guilford Press*; **2002**. p.162-76.
127. **Wicks-Nelson R, Israel AC.** Abnormal Child and Adolescent Psychology. 7<sup>th</sup> ed. *London: Pearson-Prentice Hall*; **2009**.
128. **Mukaddes NM.** Yaşam Boyu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Eşlik Eden Durumlar. *Nobel Tıp Kitabevleri*. **2015**
129. **Leibenluft E, Cohen P, Gorrindo T Brook JS, Pine DS.** Chronic versus episodic irritability in youth: a community-based, longitudinal study of clinical and diagnostic associations. *J Child Adolesc Psychopharmacol* **2006**;16(4):456-66.
130. **Geller B, Zimmerman B, Williams M, Delbello MP, Bolhofner K, Craney JL, Frazier J, Beringer L, Nickelsburg MJ.** DSM-IV mania symptoms in a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype compared to attention-deficit hyperactive and normal controls. *J Child Adolesc Psychopharmacol* **2002**;12(1):11-25.
131. **Wozniak J, Biederman J, Kiely K Ablon JS, Faraone SV, Mundy E, Mennin D.** Mania-like symptoms suggestive of childhood-onset bipolar disorder in clinically referred children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **1995**;34(7): 867-76.

- 132.. Gillberg C, Gillberg IC, Rasmussen P, Kadesjö B, Söderström H, Råstam M, Johnson M, Rothenberger A, Niklasson L. Co-existing disorders in ADHD-Implications for diagnosis and intervention. *Eur Child Adolesc Psychiatry* **2004**;13(Suppl. 1):80-92.
- 133.Coşkun C, Kaya İ. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Diğer Komorbid Durumlar *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics* **2015**;1(1):68-76.
- 134.Jensen PS, Hinshaw SP, Kraemer HC, Lenora N, Newcorn JH, Abikoff HB, March JS, Arnold LE, Cantwell DP, Conners CK, Elliott GR, Greenhill LL, Hechtman L, Hoza B, Pelham WE, Severe JB, Swanson JM, Wells KC, Wigal T, Vitiello B. ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2001**;40(2):147-58
- 135.Biederman J, Newcorn J, Sprich S. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *Am J Psychiatry* **1991**;148(5):564-77.
- 136.AACAP Official Action. 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.
- 137.Pliszka SR. Conceptual issues in undersanding comorbidity in ADHD. In: Adler LA, Spencer TJ, Wilens TE, eds. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Adults and Children. 1<sup>st</sup> ed. UK: Cambridge University Press; **2015**. p. 63-72.
- 138.Wilens TE, Biederman J, Brown S, Tanguay S, Monuteaux MC, Blake C, Spencer TJ. Psychiatric comorbidity and functioning in clinically referred preschool children and school-age youths with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2002**;41(3):262-8.
- 139.Spetie L, Arnold LE. Attention-deficit/hyperactivity disorder. In: Andres M, Volkmar FR, eds. *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; **2007**. p. 431-54.
- 140.Connor DF, Edwards G, Fletcher KE, Baird J, Barkley RA, Steingard RJ. Correlates of comorbid psychopathology in children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. **2003**;42(2):193-200.
- 141.Ercan ES. Türkiye DEHB uzman görüşü raporu: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu uzman görüşü raporu. Türkiye; **2013**.
- 142.Pliszka SR, Crismon ML, Hughes CW, Corners CK, Emslie GJ, Jensen PS, McCracken JT, Swanson JM, Lopez M. Texas Consensus Conference Panel on Pharmacotherapy of Childhood Attention Deficit Hyperactivity Disorder. The Texas Children's Medication Algorithm Project: revision of the algorithm for pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2006**;45(6):642-57.
- 143.Farmer CA, Brown NV, Gadow KD, Arnold LE, Kolko DG, Findling RL, Molina BSG, Buchan-Page KA, Rice RR, Bangalore SS, Bukstein O, Rivera VR, McNamara N, Aman MG. Comorbid symptomatology moderates response to risperidone stimulant, and parent training in children with severe aggression, disruptive behavior disorder, and attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* **2015**;25(3):213-24
- 144.Ghuman JK, Riddle MA, Vitiello B, Greenhill LL, Chuang SZ, Wigal SB, Kollins SH, Abikoff HB, McCracken JT, Kastelic E, Scharko AM, McGough JJ, Murray DW, Evans L, Swanson JM, Wigal T, Posner K, Cunningham C, Davies M, Skrobala AM. Comorbidity moderates response to

- methylphenidate in the preschoolers with attention-deficit/hyperactivity disorder treatment study (PATS). *J Child Adolesc Psychopharmacol* **2007**;17(5):563-80
- 145. Anam PS, Coffey DB.** Exacerbation of obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder, and chronic motor tics during treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: medication management in an older adolescent. *J Child Adolesc Psychopharmacol* **2013**; 23(8):577-82.
- 146. Biederman J, Mick E, Faraone SV.** Depression in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) children: “true” depression or demoralization? *J Affect Disord* **1998**; 47:113–122.
- 147. Daviss WB.** A review of co-morbid depression in pediatric ADHD: etiologies, phenomenology, and treatment. *J Child Adolesc Psychopharmacol* **2008**;18(6):565-71.
- 148. Biederman J, Ball SW, Monuteaux MC, Mick E, Spencer TJ, McCreary M, Cote M, Faraone SV.** New insights into the co-morbidity between ADHD and major depression in adolescent and young adult females. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2008**;47(4):426-34.
- 149. Joshi G and Wozniak J.** Bipolar disorder and ADHD. In: Adler LA, Spencer TJ, Wilens TE eds. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Adults and Children. 1<sup>st</sup> ed.* UK: Cambridge University Press; **2015.** p.72-81.
- 150. Findling RL, Short EJ, McNamara NK, Demeter CA, Stansbrey RJ, Gracious BL, Whipkey R, Manos MJ, Calabrese JR.** Methylphenidate in the treatment of children and adolescents with bipolar disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2007**; 46: 1445–1453.
- 151. Chang K, Nayar D, Howe M, Rana M.** Atomoxetine as an adjunct therapy in the treatment of comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents with bipolar I or II disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* **2009**; 19: 547–551
- 152. Weis M, Weis G.** Attention deficit hyperactivity disorder. In: Lewis M (ed). *Child and Adolescent Psychiatry (3<sup>th</sup>).* Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, **2002**: 645-670.
- 153. Cyr M, Brown CS.** Current drug therapy recommendations for the treatment attention deficit hyperactivity disorder. In: Palmer KJ (ed). *Topics in Pediatric Psychiatry (1<sup>th</sup>).* Hong Kong, Adis Boks, **2000**: 69- 79.
- 154. Gadow KD, Nolan EE, Sverd J, Sprafkin J, Schwartz J.** Anxiety and depression symptoms and response to methylphenidate in children with attention deficit hyperactivity disorder and tic disorder. *J Clin Psychopharmacol* **2002**; 22 (3):349-354.
- 155. Wilens TE, Morrison NR.** Attention deficit hyperactivity disorder and the substance use disorders in ADHD. In: Adler LA, Spencer TJ, Wilens TE eds. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Adults and Children. 1<sup>st</sup> ed.* UK: Cambridge University Press; **2015.** p. 111- 22.
- 156. Wilens TE, Martelon M, Joshi G, Bateman C, Fried R, Petty C, et al.** Does ADHD predict substance-use disorders? A 10-year follow up study of young adults with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2011**;50(6): 543-53.
- 157. Jummani R, Coffey BJ.** ADHD and tic disorders. In: Adler LA, Spencer TJ, Wilens TE eds. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Adults and Children. 1<sup>st</sup> ed.* UK: Cambridge University Press; **2015.** p. 343-51.

- 158. Mathews CA, Grados MA.** Familiality of Tourette syndrome, obsessive-compulsive disorder, and attention-deficit/hyperactivity disorder: heritability analysis in a large sib-pair sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2011**;50(1):46-54.
- 159. Canat S.** Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *Güleç C, Köroğlu E (ed). Psikiyatri Temel Kitabı (1.baskı). Ankara, Hekimler Yayın Birliği* **1998**: 1119-1131.
- 160. Sobanski E.** Psychiatric comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* **2006** ;256 Suppl 1:i26-31.
- 161. DuPaul GJ, Gormley MJ, Laracy SD.** Comorbidity of LD and ADHD: implications of DSM- 5 for assessment and treatment. *J Learn Disabil* **2013**;46(1):43-51.
- 162. Hahn LG, Morgan JE.** ADHD and learning disorders. In: Adler LA, Spencer TJ, Wilens TE eds. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Adults and Children. *1<sup>st</sup> ed. UK: Cambridge University Press; 2015.* p. 123-38.
- 163. Masi G, Millepiedi S, Mucci M, Bertini N, Pfanner C, Arcangeli F.** Comorbidity of obsessive compulsive disorder and attention-deficit/ hyperactivity disorder in referred children and adolescents. *Compr Psychiatry* **2006**;47(1): 42-7.
- 164. Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance (CADDRA).** *Canadian ADHD Practice Guidelines. 3<sup>rd</sup> ed.* Toronto ON; CADDRA; **2011.**
- 165. Antshel KM, Zhang-James Y, Faraone SV.** The comorbidity of ADHD and autism spectrum disorder. *Expert Rev Neurother* **2013**; 13(10):1117-28.
- 166. Ritu Goel, Ji Su Hong, Robert L. Findling & Na Young Ji**An update on pharmacotherapy of autism spectrum disorder in children and adolescents, *International Review of Psychiatry* **2018**
- 167. Harfterkamp, M., Buitelaar, JK., Minderaa, RB., Van de Loo-Neus, G., Van der Gaag, R., & Hoekstra, PJ.** Long-term treatment with atomoxetine for attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in children and adolescents with autism spectrum disorder: An open-label extension study. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* **2013**; 23, 194–199.
- 168. Harfterkamp, M., Van de Loo-Neus, G., Minderaa, R. B., Van der Gaag, R., Escobar, R., Schacht, A., ... Hoekstra, P. J.** A randomized double-blind study of atomoxetine versus placebo for attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in children with autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* **2012**; 51, 733–741.
- 169. Ercan ES.** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Prognoz ve Öngörücü Faktörler. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics* **2015**;1(1):96-8
- 170. Sayal K, Washbrook E, Propper C.** Childhood behavior problems and academic outcomes in adolescence: longitudinal population-based study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2015**;54(5):360-8. e2.
- 171. Ercan ES, Kose S, Kutlu A, Akyol O, Durak S, Aydin C.** Treatment duration is associated with functioning and prognosis in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* **2012**;22(2): 148-60.

172. **Arnold LE, Hodgkins P, Caci H, Kahle J, Young S.** Effect of treatment modality on longterm outcomes in attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. *PLoS One* **2015**;10(2):e0116407
173. **Vahdet G.** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Tedavi Yaklaşımları: İlaç Tedavileri. *Turkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics* **2015**;1(1):77-86
174. **Taylor E, Döpfner M, Sergeant J, Asherson P, Banaschewski T, Buitelaar J, Coghill D, Danckaerts M, Rothenberger A, Sonuga-Barke E, Steinhausen HC, Zuddas A.** European clinical guidelines for hyperkinetic disorder -first upgrade. *Eur Child Adolesc Psychiatry* **2004**;13 Suppl 1:17-30.
175. **Sonuga-Barke EJ, Brandeis D, Cortese S, Daley D, Ferrin M, Holtmann M, Stevenson J, Danckaerts M, van der Oord S, Döpfner M, Dittmann RW, Simonoff E, Zuddas A, Banaschewski T, Buitelaar J, Coghill D, Hollis C, Konofal E, Lecendreux M, Wong IC, Sergeant J; European ADHD Guidelines Group.** European ADHD Guidelines Group. Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *Am J Psychiatry* **2013**;170(3):275-89.
176. **Emine ŞS.** Metilfenidatın kötüye kullanımında idrar ve tükürükte belirlenmesi. *Yüksek Lisans Tezi* **2010**; İstanbul
177. **Rasmussen N.** America's first amphetamine epidemic 1929-1971: a quantitative and qualitative retrospective with implications for the present. *Am J Public Health*, **2008**; 98:974-985.
178. **Findling RL, Short EJ, McNamara NK, Demeter CA, Stansbrey RJ, Gracious BL, Whipkey R, Manos MJ, Calabrese JR.** Methylphenidate in the treatment of children and adolescents with bipolar disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2007**;46(11): 1445-53.
179. **Leonard BE, McCartan D, White J, King DJ.** Methylphenidate: a review of its neuropharmacological, neuropsychological and adverse clinical effects. *Hum Psychopharmacol* **2004**;19(3):151-80.
180. **Murat Y.** Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Bulunan Çocuk ve Ergenlerde Psikiyatrik Komorbidite. *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi* **2006**; Gaziantep.
181. **Wilens TE, Spencer T.** The stimulants revisited. In: Stubbe C, ed. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. Philadelphia, PA, USA: Saunders; **2000**. p. 573-603.
182. **Fawcett J, Kravitz HM, Zajecka JM.** CNS stimulant potentiation of monoamine oxidase inhibitors in treatment refractory depression. *J Clin Psychopharmacology* **1991**; 11:127-132
183. **Habel LA, Cooper WO, Sox CM, Chan KA, Fireman BH, Arbogast PG, Cheetham TC, Quinn VP, Dublin S, Boudreau DM, Andrade SE, Pawloski PA, Raebel MA, Smith DH, Achacoso N, Uratsu C, Go AS, Sidney S, Nguyen-Huynh MN, Ray WA, Selby JV.** ADHD medications and risk of serious cardiovascular events in young and middle-aged adults. *JAMA*, **2011**; 306:2673-2683.
184. **Challman TD, Lipsky JJ.** Methylphenidate: it's pharmacology and uses. *Mayo Clin Proc.* **2000**;75:711–721.
185. **Kutcher S, Aman M, Brooks SJ, Buitelaar J, van Daalen E, Fegert J, Findling RL, Fisman S, Greenhill LL, Huss M, Kusumakar V, Pine D, Taylor E, Tyano S.** International consensus statement

- on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): clinical implications and treatment practice suggestions. *Eur Neuropsychopharmacol* **2004**;14(1):11-28.
- 186.Rapport MD, Moffitt C.** Attention deficit/hyperactivity disorder and methylphenidate a review of height/weight, cardiovascular, and somatic side effects. *Clin Psychol Rev.* **2002**; 22(8):1107-1131.
- 187.Albert E, Mouren MC, Dugas M.** A case of hallucination from methylphenidate in an 8-year-old hyperkinetic boy. *J Toxicol Clin Exp.* **1985**;5:195-1996.
- 188.Gross-Tsur V, Joseph A, Shalev RS.** Hallucinations during methylphenidate therapy. *Neurology.* **2004**; 24:63:753-754
- 189.Ross RG.** Psychotic and manic-like symptoms during stimulant treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* **2006**;163:1149-52.
- 190.Chakraborty K, Grover S.** Methylphenidate-induced mania like symptoms. *Indian J Pharmacol.* **2011**; 43:80-1.
- 191.Mosholder AD, Gelperin K, Hammad TA, Phelan K, Johann-Liang R.** Hallucinations and other psychotic symptoms associated with the use of attention-deficit/ hyperactivity disorder drugs in children. *Pediatrics* **2009**;123:611-6.
- 192.Koehler-Troy C, Strober M, Malenbaum R.** Methylphenidate-induced mania in a prepubertal child. *J Clin Psychiatry* **1986**; 47:566-7.
- 193.Klein-Schwartz W.** Abuse and toxicity of methylphenidate. *Curr Opin Pediatr* **2002**; 14:219-223
- 194.Ünal F, Mazlum B.** Dışaatım Bozuklukları. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı, FÇ Çetin ve ark. (Ed), Ankara, Hekimler Yayın Birliği* **2008**; s.524-533.
- 195.Golubchik P, Weizman A.** Attention-deficit hyperactivity disorder, methylphenidate, and primary encopresis. *Psychosomatics* **2009**; 50: 178
- 196.Cox DJ, Morris JB Jr, Borowitz SM, Sutphen JL.** Psychological differences between children with and without chronic encopresis. *J Pediatr Psychol* **2002**;27:585-591.
- 197.Bloch MH, Panza KE, Landeros-Weisenberger A, Leckman JF.** Meta-analysis: treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children with comorbid tic disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2009**;48(9):884-93.
- 198.Ogundele M, Ayyash HF.** Review of the evidence for the management of co-morbid Tic disorders in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *World J Clin Pediatr* **2018** Feb 8;7(1):36-42
- 199.Dunn DW, Austin JK, Perkins SM.** Prevalence of psychopathology in childhood epilepsy: categorical and dimensional measures. *Dev Med Child Neurol* **2009**;51(5):364-72.

- 200. Wernicke JF, Holdridge KC, Jin L, Edison T, Zhang S, Bangs ME, Allen AJ, Ball S, Dunn D.** Seizure risk in patients with attention-deficit-hyperactivity disorder treated with atomoxetine. *Dev Med Child Neurol* **2007**; 49(7):498-502.
- 201. Lee PC, Niew WI, Yang HJ, Chen VC, Lin KC.** A meta-analysis of behavioral parent training for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Res Dev Disabil* **2012**; 33(6):2040-9.
- 202. Serra-Pinheiro MAI, Coutinho ES, Souza IS, Pinna C, Fortes D, Araújo C, Szobot CM, Rohde LA, Mattos P.** Is ADHD a risk factor independent of conduct disorder for illicit substance use? A meta-analysis and metaregression investigation. *J Atten Disord* **2013**;17 (6):459-69.
- 203. Wilens TE, Faraone SV, Biederman J, Gunawardene S.** Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics* **2003**;111(1): 179-85.
- 204. Findling RL, Short EJ, McNamara NK, Demeter CA, Stansbrey RJ, Gracious BL, Whipkey R, Manos MJ, Calabrese JR.** Methylphenidate in the treatment of children and adolescents with bipolar disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2007**;46(11): 1445-53.
- 205. Peruzzolo TL, Tramontina S, Rohde LA, Zeni CP.** Pharmacotherapy of bipolar disorder in children and adolescents: an update. *Rev Bras Psiquiatr* **2013**;35(4):393-405.
- 206. Flory K, Molina BS, Pelham WE, Jr Gnagy E., & Smith B.** Childhood ADHD predicts risky sexual behavior in young adulthood. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* **2006**; 35(4), 571–577
- 207. Winters KC, Botzet AM, Fahnhorst T, Baumel L & Lee S.** Impulsivity and its relationship to risky sexual behaviors and drug use. *Journal of Child & Adolescent Substance Use* **2009**; 18(1), 43–56.
- 208. Shaw P, Stringaris A, Nigg J, Leibenluft E.** Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatr* **2014**; 171:276–293.
- 209. Stringaris A, Goodman R.** Mood lability and psychopathology in youth. *Psychol Med* **2009**; 39:1237–1245.
- 210. Kutlu A, Akyol Ardic U, Ercan ES.** Effect of Methylphenidate on Emotional Dysregulation in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder + Oppositional Defiant Disorder/Conduct Disorder. *J Clin Psychopharmacol* **2017** Apr;37(2):220-225.
- 211. Belle DJ, Ernest CS, Sauer JM, Smith BP, Thomasson HR, Witcher JW.** Effect of potent CYP2D6 inhibitor by paroxetine on atomoxetine pharmacokinetics. *J Clin Pharmacol* **2002**; 42: 1219-1227
- 212. Allen AJ, Wernicke JP, Dunn D.** Safety and efficacy of atomoxetine in pediatric CYP2D6 extensive vs poor metabolizers. *Biol Psychiatry* **2001**; 51(suppl 8):S375
- 213. Carlson GA, Dunn D, Kelsey D, Ruff D, Ball S, Ahrbecker L, Allen AJ.** A pilot study for augmenting atomoxetine with methylphenidate: safety of concomitant therapy in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* **2007**;1(1):10.

- 214. Sumner C, Sher L, Sutton V, Bakken R, Paczkowski M, Trzepacz P, Kelsey D, Haynes VS.** Atomoxetine treatment for pediatric patients with ADHD and comorbid anxiety. *Neuropediatrics* **2006**; 37(S1), TP74.
- 215. Sangal RB, Owens J, Allen AJ, Sutton V, Schuh K, Kelsey D.** Effects of atomoxetine and methylphenidate on sleep in children with ADHD. *Sleep* **2006**; 29(12):1573-85.
- 216. Faraone SV, Biederman J, Spencer TJ, Alvardi M.** Comparing the efficacy of medications for ADHD using meta-analysis. *Med-GenMed* **2006**; 8(4):4.
- 217. Sibley MH, Kuriyan AB, Evans SW, Waxmonsky JG, Smith BH.** Pharmacological and psychosocial treatments for adolescents with ADHD: an updated systematic review of the literature. *Clin Psychol Rev* **2014**; 34(3):218-32.
- 218. Wilens TE, Bukstein O, Brams M, Cutler AJ, Childress A, Rugino T, Lyne A, Grannis K, Youcha S.** A controlled trial of extended-release guanfacine and psychostimulants for attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2012**; 51(1):74-85.e2.
- 219. 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.
- 220. Palumbo DR, Sallee FR, Pelham WE Jr, Bukstein OG, Daviss WB, McDermott MP.** Clonidine for attention-deficit/hyperactivity disorder: I. Efficacy and tolerability outcomes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2008**;47(2):180-8.
- 221. Biederman J, Melmed RD, Patel A, McBurnett K, Konow J, Lyne A, Scherer N.** SPD503 Study Group. A randomized, double-blind, placebocontrolled study of guanfacine extended release in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* **2008**;121(1):e73-84.
- 222. Toren P, Ratner S, Weizman A, Lask M, Ben-Amitay G, Laor N.** Reboxetine maintenance treatment in children with attention-deficit/ hyperactivity disorder: a long-term follow-up study. *J Child Adolesc Psychopharmacol* **2007**; 17(6):803-12.
- 223. Ghanizadeh A, Freeman RD, Berk M.** Efficacy and adverse effects of venlafaxine in children and adolescents with ADHD: a systematic review of non-controlled and controlled trials. *Rev Recent Clin Trials* **2013**;8(1):2-8.
- 224. Conners CK, Casat CD, Gualtieri CT, Weller E, Reader M, Reiss A, Weller RA, Khayrallah M, Ascher J.** Bupropion hydrochloride in attention deficit disorder with hyperactivity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **1996**; 35(10):1314-21.
- 225. Jafarinia M, Mohammadi MR, Modabbernia A, Ashrafi M, Khajavi D, Tabrizi M, Yadegari N, Akhondzadeh S.** Bupropion versus methylphenidate in the treatment of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: randomized double-blind study. *Hum Psychopharmacol* **2012** ;27(4):411-
- 226. Verbeek W, Bekkering GE, Van den Noortgate W, Kramers C.** Bupropion for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev* **2017** Oct 2;10:CD009504
- 227. Padilha Sarah COS.ve ark.** Efcacy and safety of drugs for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: a network meta- analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* **2018** Feb 19.

- 228. Yanofski J.** The dopamine dilemma: using stimulants and antipsychotics concurrently. *Psychiatry (Edgmont)* **2010**;7(6):18-23.
- 229. Schweren LJ, Hartman CA, Zwiers MP, Heslenfeld DJ, van der Meer D, Franke B, Oosterlaan J, Buitelaar JK, Hoekstra PJ.** Combined stimulant and antipsychotic treatment in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a cross-sectional observational structural MRI study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* **2014** Nov 14.
- 230. Lachaine J, De G, Sikirica V, Van Stralen J, Hodgkins P, Yang H, Heroux J, Ben Amor L.** Treatment patterns, resource use, and economic outcomes associated with atypical antipsychotic prescriptions in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder in quebec. *Can J Psychiatry* **2014**; 59(11):597-608.
- 231. Armenteros JL, Lewis JE, Davalos M.** Risperidone augmentation for treatment-resistant aggression in attention-deficit/ hyperactivity disorder: A placebo-controlled pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2007**;46(5):558-65.
- 232. Zeni CP, Tramontina S, Ketzer CR, Pheula GF, Rohde LA.** Methylphenidate combined with aripiprazole in children and adolescents with bipolar disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized crossover trial. *J Child Adolesc Psychopharmacol* **2009**;19(5): 553-61.
- 233. Molina BS, Hinshaw SP, Swanson JM, Arnold LE, Vitiello B, Jensen PS, Epstein JN, Hoza B, Hechtman L, Abikoff HB, Elliott GR, Greenhill LL, Newcorn JH, Wells KC, Wigal T, Gibbons RD, Hur K, Houck PR.** MTA Cooperative Group. The MTA at 8 years: Prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2009** ;48(5):484-500.
- 234. Loo S, Barkley R.** Clinical utility of EEG in attentiondeficit hyperactivity disorder. *Appl Neuropsychol* **2005**;12(2):64-76.
- 235. Linden M, Habib T, Radojevic V.** A controlled study of the effects of EEG biofeedback on cognition and behavior of children with attention-deficit disorder and learning disabilities. *Biofeedback and Self Regul* **1996**;21(1):35-49.
- 236. Monastra VJ, Monastra DM, George S,** The effects of stimulant therapy, EEG biofeedback, and parenting style on the primary symptoms of attention deficit/ hyperactivity disorder. *Appl Psychophysiology and Biofeedback* **2002**; 27(4):231-49
- 237. Monastra VJ, Monastra DM, George S,** The effects of stimulant therapy, EEG biofeedback, and parenting style on the primary symptoms of attention deficit/ hyperactivity disorder. *Appl Psychophysiology and Biofeedback* **2002**; 27(4):231-49
- 238. Nazari MA, Querne L, Broca A, Berquin P.** Effectiveness of EEG biofeedback as compared with methylphenidate in the treatment of attention deficit/hyperactivity disorder: *A clinical outcome study. Neurosci Med* **2011**;2(2):78-86.
- 239. Janssen TW, Bink M, Geladé K, van Mourik R, Maras A, Oosterlaan J.** A randomized controlled trial into the effects of neurofeedback, methylphenidate, and physical activity on EEG power spectra in children with ADHD. *J Child Psychol Psychiatry* **2016**; May;57(5):633-44.

240. **Geladé K, Janssen TW, Bink M, van Mourik R, Maras A, Oosterlaan J.** Behavioral Effects of Neurofeedback Compared to Stimulants and Physical Activity in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Psychiatry* **2016** Oct;77(10):e1270-e1277
241. **Barragán E, Breuer D, Döpfner M.** Efficacy and safety of omega-3/6 fatty acids, methylphenidate, and a combined treatment in children with ADHD. *J Atten Disord* **2014**.
242. **Bos DJ, Oranje B, Veerhoek ES, Van Diepen RM, Weusten JM, Demmelair H, Berthold Koletzko B, Velden MGM, Eilander A, Hoeksma M, Durston S.** Reduced symptoms of inattention after dietary Omega-3 fatty acid supplementation in boys with and without attention deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychopharmacology* **2015**; 40(10):2298e306.
243. **Manor I, Magen A, Keidar D, Rosen S, Tasker H, Cohen T, Richter Y, Zaaroor-Regev Manor Y, Weizman A.** The effect of phosphatidylserine containing Omega3 fatty-acids on attention-deficit hyperactivity disorder symptoms in children: a double-blind placebocontrolled trial, followed by an open-label extension. *Eur Psychiatr* **2012**; 27(5):335e42.
244. **Milte CM, Parletta N, Buckley JD, Coates AM, Young RM, Howe PR.** Eicosapentaenoic and docosahexaenoic acids, cognition, and behavior in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized controlled trial. *Nutrition (Burbank, Los Angeles County, Calif)* **2012**;28(6):670e7.
245. **Richardson AJ, Burton JR, Sewell RP, Spreckelsen TF, Montgomery P.** Docosahexaenoic acid for reading, cognition and behavior in children aged 7-9 years: a randomized, controlled trial (the DOLAB Study) *PLoS One* **2012**;7(9): e43909.
246. **Widenhorn-Muller K, Schwanda S, Scholz E, Spitzer M, Bode H.** Effect of supplementation with long-chain omega-3 polyunsaturated fatty acids on behavior and cognition in children with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a randomized placebo-controlled intervention trial. *Prostagl Leukot Essent Fat Acids* **2014**; 91(1e2):49e60
247. **Cortese S, Tessari L.** Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and obesity: update 2016. *Curr Psychiatr Rep* **2017**; 19(1):4.
248. **Cortese S, Moreira-Maia CR, St Fleur D, Morcillo-Penalver C, Rohde LA, Faraone SV.** Association between ADHD and obesity: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatr* **2016**;173(1):34e43
249. **Cortese S, Castellanos FX.** The relationship between ADHD and obesity: implications for therapy. *Expert Rev Neurother* **2014**;14(5):473e9.
250. **Cook BG, Li D, Heinrich KM.** Obesity, physical activity, and sedentary behavior of youth with learning disabilities and ADHD. *J Learn Disabil* **2015**;48(6): 563e76.
251. **Hoza B, Smith AL, Shoulberg EK, Linnea KS, Dorsch TE, Blazo JA, Alerding CM, McCabe GP.** A randomized trial examining the effects of aerobic physical activity on attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in young children. *J Abnorm Child Psychol* **2015**;43(4):655e67.
252. **Smith AL, Hoza B, Linnea K, McQuade JD, Tomb M, Vaughn AJ, Shoulberg EK, Hook H.** Pilot physical activity intervention reduces severity of ADHD symptoms in young children. *J Atten Disord* **2013**;17(1):70e82.

- 253.Rios-Hernandez A, Alda JA, Farran-Codina A, Ferreira-Garcia E, Izquierdo Pulido M.** The mediterranean diet and ADHD in children and adolescents. *Pediatrics* **2017**;139(2).
- 254.Howard AL, Robinson M, Smith GJ, Ambrosini GL, Piek JP, Oddy WH.** ADHD is associated with a “Western” dietary pattern in adolescents. *J Atten Disord* **2011**;15(5):403e11.
- 255.Woo HD, Kim DW, Hong YS, Kim YM, Seo JH, Choe BM, Park JH, Kang JW, Yoo JH, Chueh HW, Lee JH, Kwak MJ, Kim J.** Dietary patterns in children with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Nutrients* **2014**;6(4):1539e53.
- 256.Sahin N, Altun H, Kurutas EB, Balkan D.** Vitamin D and vitamin D receptor levels in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* Volume **2018**:14 Pages 581—585.
- 257.Avcil S, Uysal P, Yılmaz M, Erge D, Demirkaya SK, Eren S.**Vitamin D deficiency and a blunted parathyroid hormone response in children with attention-deficit/Hyperactivity disorder. *Clinical Laboratory* Volume 63, Issue 3, **2017**; Pages 435-443
- 258.Goksugur, S. B., Tufan, A. E., Semiz, M., Gunes, C., Bekdas, M., Tosun, M., Demircioglu, F.** Vitamin D status in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatrics Int* **2014**; 56, 515–519.
- 259.Patrick, RP and Ames BN.** Vitamin D hormone regulates serotonin synthesis. Part 1: relevance for autism. *FASEB J* **2014**; 28, 2398–2413
- 260.Rucklidge JJ, Frampton CM, Gorman B and Boggis A.** Vitamin-mineral treatment of attention-deficit hyperactivity disorder in adults: double-blind randomised placebo controlled trial. *Br. J. Psychiatry* **2014**; 204, 306–315.
- 261.Budak S.** Psikoloji Sözlüğü. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları, **2000**.
- 262.Allport GW.** Attitudes. In: Murchison, C., Ed., *Handbook of Social Psychology*, Clark University Press, Worcester, MA, **1935**.
- 263.Plotnik R.** Psikoloji’ye Giriş. (Çeviren: Tamer Geniş). İstanbul: Kak-nüs Yayınları, **2009**.
- 264.Özakkaş T.** Halk Konferansları. *Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları*: 12. Aralık **2016**, İkinci Baskı.
- 265.Grusec JE and Davidov M.** Socialization in the family: The roles of parents. In J.E. Grusec and P.D. Hastings (Ed.), *Handbook of socialization: Theory and research* (pp.284-309). New York: The Guilford Press, **2007**.
- 266.Şanlı D, Öztürk C.** Anne Babaların Çocuk Yetiştirme Tutumları ve Tutumlar Üzerine Kültürün Etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* **2015**; 8 (4),240-246
- 267.Bandura A. and Walters R.** *Social Learning and Personality Development* New York: Holt, Rinehart & Winston, **1963**.
- 268.Kağıtçıbaşı Ç.** Family, self and human development across cultures: Theory and applications (genişletilmiş 2. baskı). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, **2007**.

- 269.Maccoby EE, Martin JA.** Socialization in the context of the family: Parent–child interaction. P. H. Mussen, (Seri Ed.), E. M. Heatherington, (*Cilt Ed.*), *Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality, and social development.* Wiley, New York, **1983.**
- 270.Kağıtçıbaşı Ç.** Family, self and human development across cultures: Theory and applications (genişletilmiş 2. baskı). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, **2007.**
- 271.Maccoby EE, Martin JA.** Socialization in the context of the family: Parent–child interaction. P. H. Mussen, (Seri Ed.), E. M. Heatherington, (*Cilt Ed.*), *Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality, and social development.* Wiley, New York, **1983.**
- 272.Belsky J.** The determinants of parenting: A process model. *Child Development* **1984**; 55(1), 83-96
- 273.Sümer N, Aktürk EG, Helvacı E.** Anne-Baba Tutum ve Davranışlarının Psikolojik Etkileri: Türkiye’de Yapılan Çalışmalara Toplu Bakış. *Türk Psikoloji Yazıları*, Haziran **2010**; 13 (25), 42-59
- 274.Odağ C.** *Nevrozlar-1.* Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Eğitim Hizmetleri Org. Ltd. Şti. Yayınları No:1. İzmir,**2011.**
- 275.Özakkaş T.** Kimlik Bocalaması ve Bunalımı ve Ego Psikolojileri. 10. BPT Aralık 2011 Ders Notları. *Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları*: 129. Birinci Baskı: Haziran **2013.**
- 276.Kuzgun Y.** Ana-baba tutumlarının bireyin kendini gerçekleştirme düzeyine etkisi. *Hacettepe Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi* Cilt: 5, sayı: 1, Mart **1973.**
- 277.Maslow A.** *Toward a Psychology of Being.* New York: Van Nostrand **1968**
- 278.Rogers, RC.** A Theory of therapy, Personality and interpersonal relationships as developed in a client-centered framework (S. Koch Ed.) *Psychology: A Study of a science* Vol: 3e New York: McGraw-Hill, **1959**; s. 184-256.
- 279.Maslow A.** *Motivation and Personality.* New York: Harper and Row, **1970.**
- 280.Cassidy J.** The nature of child’s ties. Cassidy J, Shaver PR ed. *Handbook of Attachment Theory, Research, and Clinical Applications*, 2.Basım. New York: The Guilford Press. **2008**:3–22.
- 281.Holmes J.** Attachment theory: a biological basis for psychotherapy? *Br J Psychiatry* **1993**; 163:430–438.
- 282.İşeri E, Soysal AŞ, Bodur Ş.** Tepkisel bağlanma bozukluğu. Çuhadaroğlu Çetin F, Coşkun A, İşeri E ve ark, ed. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*, 1.Basım. Ankara: Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları. **2008**; 360–366.
- 283.Brown L, Wright J.** Attachment theory in adolescence and its relevance to developmental psychopathology. *Clin Psychol Psychother* **2001**;8(1):15–32.
- 284.Emde RN, Fonagy P.** An emerging culture for psychoanalytic research? *Int J Psychoanal* **1997**; 78:643–651.

- 285. Wolke D, Rizzo P, Woods S.** Persistent infant crying and hyperactivity problems in middle childhood. *Pediatrics* **2002**; 109:1054–1060.
- 286. Carlson EA, Jacobvitz D, Sroufe LA.** A developmental investigation of inattentiveness and hyperactivity. *Child Dev* **1995**; 66:37–54.
- 287. Sroufe LA.** Psychopathology as an outcome of development. *Dev Psychopathol* **1997**;9: 251–268.
- 288. Kissgen R, Krischer M, Kummetat V, Spiess R, Schleiffer R, Sevecke K.** Attachment representation in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychopathology* **2009**; 42(3):201–208.
- 289. Scholtens S, Rydell A-M, Bohlin G, Thorell LB.** ADHD symptoms and attachment representations: considering the role of conduct problems, cognitive deficits and narrative responses in non-attachment-related story stems. *J Abnorm Child Psychol* **2014**; 42(6):1033-1042.
- 290. Green J, Stanley C, Peters S.** Disorganized attachment representation and atypical parenting in young school age children with externalizing disorder. *Attach Hum Dev.* **2007**; 9(3):207–222.
- 291. Watson JB.** Behaviorism. Chicago, *University of Chicago Press.* **1959**, sayfa: 104.
- 292. Sak R, Sak İTŞ, Atli S, Şahin BK.** Okul Öncesi Dönem: Anne Baba Tutumları. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* **2015**; 11(3): 972-991.
- 293. Baumrind D.** Harmonious parents and their preschool children. *Developmental Psychology* **1971**; 4(1), 99-102.
- 294. Baumrind D.** New directions in socialization research. *American Psychologist* **1980**; 35 (7), 639- 652.
- 295. Maccoby EE & Martin, JA.** Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In: E.M. Hetherington (Ed.), P.H. Mussen (Series Ed.), *Handbook of child psychology: Vol 4 Socialization, personality, and social development* (pp. 1-101). New York: Wiley, **1983**.
- 296. Steinberg L, Mounts NS, Lamborn SD and Dornbush SM.** Authoritative parenting and adolescent adjustment across varied ecological niches. *Journal Research on Adolescence* **1991**; 1, 19-36.
- 297. Darling N. and Steinberg L.** (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin* **1983**; 113(3), 487-496.
- 298. Barber BK. and Harmon EL.** Violating the self: Parental psychological control of early adolescents and adolescents. B. K. Barber, (Ed.), *Intrusive parenting: How psychological control affects children and adolescents içinde* (15-52). *Washington, DC: American Psychological Association Press, 2002*.
- 299. Smetana JG. and Daddis C.** Domain-specific antecedents of psychological control and parental monitoring: The role of parenting beliefs and practices. *Child Development* **2002**; 73, 563-580.
- 300. Sayıl M, Kındap Y.** Ergenin Anne-Babadan Algıladığı Psikolojik Kontrol: Psikolojik Kontrol Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirliliği. *Türk Psikoloji Yazıları Haziran* **2010**; 13 (25), 62-71

- 301. Baumrind D.** Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development* **1966**; 37 (4), 887-907.
- 302. Eksi A.** Çocuk, Genç, Ana Babalar, *Bilgi Yayınevi*, Ankara, **1990**.
- 303. Günalp A.** Farklı Anne Baba Tutumlarının Okul Öncesi Eğitim Çağındaki Çocukların Özgüven Gelişimine Etkisi. *Yayınlanmamış yüksek lisans tezi* Konya, **2007**.
- 304. Demiriz S. ve Öğretir AD.** Alt ve üst sosyo-ekonomik düzeydeki 10 yaş çocuklarının anne tutumlarının incelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi* **2007**;15(1):105-122.
- 305. Navaro L.** “Çağdas Anne/Baba Eğitimi Neleri Kapsayabilir?”, *Ya-Pa 5.Okul Öncesi Eğitimi ve Yaygınlaştırılması Semineri*, Antalya, **1987**.
- 306. Yavuzer H.** Çocuğu Tanımak ve Anlamak, *Remzi Kitabevi*, İstanbul, **2003**.
- 307. Candemir F.** Anne-Baba Tutumlarının Çocuktaki Benlik Kavramı Üzerine Etkisi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi, **2000**.
- 308. Tola D.** İlkokul 5.Sınıf Çocuklarında Ahlaki Yargı İle Ana-Baba Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Basılmamış Yüksek Lisans Tezi* Ankara: Gazi Üniversitesi, **2003**.
- 309. Özyürek A.** Kırsal Bölge Ve Şehir Merkezinde Yaşayan 5-6 Yaş Grubu Çocuğa Sahip Anne-Babaların Çocuk Yetiştirme Tutumlarının İncelenmesi. *Yayınlanmamış yüksek lisans tezi* Ankara: Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimler Enstitüsü Çocuk Gelişimi ve Ev Yönetimi ABD, **2004**.
- 310. Yavuzer H.** Ana-Baba ve Çocuk. *Remzi Kitabevi*, İstanbul, **2005**.
- 311. Sertelin Ç.** Ebeveyn tutumlarının sosyo-kültürel yapı ve aile fonksiyonları ile ilişkisi. *Yayınlanmamış yüksek lisans tezi*. İstanbul Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, **2003**.
- 312. Hale R.** Baumrind parenting styles and their relationship to the parent developmental theory. *Doctoral Dissertation*, Pace University, **2008**.
- 313. Yılmaz Y.** “Anne-baba tutumları ile ilköğretim ikinci kademe öğrencilerinin okul başarıları ve özerkliklerinin gelişimi arasındaki ilişkinin incelenmesi”, *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, **2007**.
- 314. Gander JM. ve Gardiner HW.** Çocuk ve Ergen Gelişimi (Beşinci baskı). Çeviren: Bekir Onur, İmge Yayınevi, Ankara, **2004**.
- 315. Dokuyan M.** 12.Sınıf Öğrencilerinde Algılanan Anne-Baba Tutumları İle Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* Y.**2016**, C.2, S.2, s.1-21
- 316. Öztürk O.** Ruh sağlığı ve bozuklukları, Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, **2004**.
- 317. Öğretir AD.** “Alt ve Üst Sosyo-Ekonomik Düzeyde Altı Yas Çocuklarının Sosyal Oyun Davranışlarıyla Ana-Baba Tutumları Arasındaki ilişkinin incelenmesi”, *Yayınlanmamış Master Tezi* Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çocuk Gelişimi ve Ev Ekonomisi Eğitimi Anabilim Dalı, Ankara, **1991**.

- 318.Yücel Y.** Ortaokul Öğrencilerinin Algıladığı Anne-Baba Tutumlarının, Benlik Saygısı ve Öğrenilmiş Çaresizlik ile İlişkisi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. T.C. Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı.İstanbul, **2013**.
- 319.Yörükoğlu A.** Çocuk Ruh Sağlığı. 23. Basım. *İstanbul: Özgür Yayın Dağıtım, 1998*.
- 320.Gordon M, Antshel K, Faraone S, Barkley R, Lewandowski L, Hudziak JJ, Biederman J, Cunningham C.** Symptoms versus impairment: the case for respecting DSM-IV's criterion D. *J Attn Disord* **2006**; 9:465–475
- 321.Deault CL.** A Systematic Review of Parenting in Relation to the Development of Comorbidities and Functional Impairments in Children with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD). *Child Psychiatry Hum Dev* **2010**; 41:168–192
- 322.Johnston C, Mash EJ.** Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clin Child Fam Psychol Rev* **2001**; 4:183–207
- 323.Cunningham CE.** A family centered approach to planning and measuring the outcome of interventions for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Pediatr Psychol***2007**; 32:676-694.
- 324.Modesto-Lowe V, Danforth JS, Brooks D.** ADHD: Does Parenting Style Matter? *Clinical Pediatrics* Volume 47 Number 9 November **2008** 865-872
- 325.Çöp E, Kültür SEÇ, & Dinç GS.** Relationship between parental attitudes and ADHD symptoms [article in Turkish]. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2017**; 28, 25-32.
- 326.Ellis B, Nigg J.** Parenting practices and attention-deficit/hyperactivity disorder: new findings suggest partial specificity of effects. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2009**; 48:146-54.
- 327.Burke JD, Pardini DA & Loeber R.** Reciprocal relationships between parenting behavior and disruptive psychopathology from childhood through adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology* **2008**; 36, 679-692.
- 328.Forssman L, Eninger L, Tillman CM, Rodriguez A & Bohlin G.** Cognitive functioning and family risk factors in relation to symptom behaviors of ADHD and ODD in adolescents. *Journal of Attention Disorders* **2012**; 16, 284-294.
- 329.Kendall J, Leo MC, Perrin N, Hatton D** (2005) Modeling ADHD child and family relationships. *Western J Nurs Res* **2005**; 27: 500-518
- 330.Satcher, D.** Mental health: Culture, race & ethnicity—A supplement to mental health: *A report of the surgeon general (Inventory No. SMA-01-3613)*. Rockville, MD: Government Printing Office, **2001**.
- 331.Center on an Aging Society.** Child and adolescent mental health services: Whose responsibility is it to ensure care? (Issue Brief No. 3). Washington, DC: Author, **2003**.
- 332.Barkley, R.** Attention deficit hyperactivity disorder: *A handbook for diagnosis and treatment* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Guilford, **1998**.

333. **Gau SS.** Parental and Family Factors for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Taiwanese Children. *Aust N Z J Psychiatry* **2007**; 41 (8), 688-696.
334. **Edwards G, Barkley RA, Laneri M, Fletcher K, Metevia L.** Parent adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *J Abnorm Child Psychol* **2001**;29:557-72.
335. **Gerdes AC, Hoza B, Arnold LE, Hinshaw SP, Wells KC, Hechtman L, Greenhill LL, Swanson JM, Pelham WE, Wigal T.** Child and parent predictors of perceptions of parent-child relationship quality. *J Attn Disord* **2007**; 11:37-48.
336. **Chronis AM, Lahey BB, Pelham WE Jr, Williams SH, Baumann BL, Kipp H, Jones HA, Rathouz PJ.** Maternal depression and early positive parenting predict future conduct problems in young children with attention deficit/ hyperactivity disorder. *Dev Psychol* **2007**;43:70-82
337. **Pfiffner LJ, McBurnett K, Rathouz PJ, Judice S.** Family correlates of oppositional and conduct disorders in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Abnorm Child Psychol* **2005**; 33:551-563
338. **Danforth JS, Barkley RA, Stokes TR.** Observations of parent-child interactions with hyperactive children: research and clinical implications. *Clin Psychol Rev* **1991**;11:703-727.
339. **Alizadeh H, Applequist KF, Coolidge FL.** Parental selfconfidence, parenting styles and corporal punishment in families of ADHD children in Iran. *Child Abuse Neg.* **2007**;31:567-572.
340. **Mano S, Uno H.** Relationship between characteristic behaviors of children with ADHD and mother's parenting styles. *No To Hattatsu* **2007**;39:19-24.
341. **Podolski CL, Nigg JT.** Parent stress and coping in relation to child ADHD severity and associated child disruptive behavior problems. *J Clin Child Psychol* **2001**; 30:503-13.
342. **Gau SS, Chang JP.** Maternal parenting styles and mother-child relationship among adolescents with and without persistent attention deficit/hyperactivity disorder. *Res Dev Disabil* **2013**; 34:1581-94.
343. **Fanti KA & Henrich CC.** Trajectories of pure and co-occurring internalizing and externalizing problems from age 2 to age 12: Findings from the National Institute of Child Health and Human Development Study of Early Child Care. *Developmental Psychology* **2010**; 46, 1159-1175
344. **Thompson A, Hollis C, Dagger DR.** Authoritarian parenting attitudes as a risk for conduct problems. *European Child & Adolescent Psychiatry* **2003**; 12:84-91.
345. **Hoza B, Owens JS, Pelham WE, Swanson JM, Conners CK, Hinshaw SP, Arnold LE, Kraemer HC.** Parent cognitions as predictors of child treatment response in attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Abnorm Child Psychol* **2000**; 28:569-83.
346. **Schachar R, Taylor EM, Thorley G& Rutter M.** Changes in family function and relationships in children who respond to methylphenidate. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* **1987**; 26, 728-732.
347. **McKee TE, Harvey E, Danforth JS, Ulaszek WR, Friedman JL.** The relation between parental coping styles and parent-child interactions before and after treatment for children with ADHD and oppositional disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol* **2004**;33:158-168.

- 348.Counts CA, Nigg JT, Stawicki JA, Rappley MD, von Eye A.** Family adversity in DSM-IV ADHD combined and inattentive subtypes and associated disruptive behavior problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2005;44, 690-698.
- 349.Sochos, A., & Yahya, F.** Attachment style and relationship difficulties in parents of children with ADHD. *Journal of Child and Family Studies* 2015; 24, 3711-3722.
- 350.Brown RT, Pancini JN.** Perceived family functioning, marital status, and depression in parents of boys with attention deficit disorder. *J Learn Disabil* 1989; 22:581–7.
- 351.Kashdan TB, Jacob RG, Pellhem WE, Lang AR, Hoza B, Blumenthal JD, Gnagy EM.** Depression and anxiety in parents of children with ADHD and varying levels of oppositional defiant behaviors: modeling relationships with family functioning. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2004; 33:169–181
- 352.Johnston C, Jassy JS.** Attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional/conduct problems: links to parent–child interactions. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 16:74–79
- 353.Jensen PS, Hinshaw SP, Swanson JM, Greenhill LL, Conners CK, Arnold LE, Abikoff HB, Elliott G, Hechtman L, Hoza B, March JS, Newcorn JH, Severe JB, Vitiello B, Wells K, Wigal T.** Findings from the NIMH multimodal treatment study of ADHD (MTA): implications and applications for primary care providers. *J Dev Behav Pediatrics* 2001; 22:60–73
- 354.MTA Cooperative Group** Moderators and mediators of treatment response for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: the multimodal treatment study of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56:1088–1096
- 355.Owens EB, Hinshaw SP, Kraemer HC, Arnold LE, Abikoff HB, Cantwell DP, Conners CK, Elliott G, Greenhill LL, Hechtman L, Hoza B, Jensen PS, March JS, Newcorn JH, Pelham WE, Severe JB, Swanson JM, Vitiello B, Wells KC, Wigal T.** Which treatment for whom for ADHD? Moderators of treatment response in the MTA. *J Consult Clin Psychol* 2003 71:540–552
- 356.Hinshaw SP.** Moderators and mediators of treatment outcomes for youth with ADHD: understanding for whom and how interventions work. *J Pediatr Psychol* 2007;32:664-675.
- 357.Huang HL, Chao CC, Yang PC.** Behavioral parent training for Taiwanese parents of children with attention deficit/ hyperactivity disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 2003; 57:275-281.
- 358.Hartman RR, Stage SA, Webster-Stratton C.** A growth curve analysis of parent training outcomes: examining the influence of child risk factors (inattention, impulsivity, and hyperactivity problems), parental and family risk factors. *J Child Psychol Psychiatry* 2003;44: 388-398.
- 359.Bor W, Sanders MR, Markie-Dadds C.** The effects of the Triple P-Positive Parenting Program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and attentional/hyperactive difficulties. *J Abnorm Child Psychol* 2002; 30:571-587.
- 360.Seipp CM, Johnston C.** Mother–son interactions in families of boys with attention-deficit/hyperactivity disorder with and without oppositional behavior. *J Abnorm Child Psychol* 2005 ;33:87-98.
- 361.Cunningham CE, Boyle MH.** Preschoolers at risk for attention-deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: family, parenting, and behavioral correlates. *J Abnorm Child Psychol* 2002; 30:555-569.

362. **Scott S.** Aggressive behaviour in childhood. *Br Med J* **1998**; 316: 202-207
363. **Keown LJ, Woodward LJ.** Early parent-child relations and family functioning of preschool boys with pervasive hyperactivity. *J Abnorm Child Psychol* **2002**; 30: 541-553.
364. **Goldstein LH, Harvey EA, Friedman-Weieneth J.** Examining subtypes of behavior problems among 3-year-old children, part III: Investigating differences in parenting practices and parenting stress. *J Abnorm Child Psychol* **2007**; 35: 125-136.
365. **Mc Laughlin DP, Harrison CA.** Parenting practices of mothers of children with ADHD: The role of maternal and child factors. *Child and Adolescent Mental Health* **2006**; 11: 82-88.
366. **Muñoz-Silva A, Lago-Urbano R.** Child ADHD Severity, Behavior Problems and Parenting Styles. *Ann Psychiatry Ment Health* **2016**; 4(3): 1066.
367. **Buschgens CJ, van Aken MA, Swinkels SH, Ormel J, Verhulst FC, Buitelaar JK.** Externalizing behaviors in preadolescents: familial risk to externalizing behaviors and perceived parenting styles. *Eur Child Adolesc Psychiatry* **2010**; 19:567-75.
368. **Copeland WE, Brotman MA, Costello EJ.** Normative irritability in youth: developmental findings from the Great Smoky Mountains study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2015**; 54:635-642.
369. **Mick, E., Spencer, T., Wozniak, J., & Biederman, J.** Heterogeneity of irritability in attention-deficit/hyperactivity disorder subjects with and without mood disorders. *Biological Psychiatry* **2005**; 58, 576-582.
370. **De la Cruz LF, Simonoff E, McGough JJ, Halperin JM, Arnold LE, & Stringaris, A.** Treatment of children with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and irritability: Results from the multimodal treatment study of children with ADHD (MTA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **2015**; 54, 62-70.
371. **Uçar HN, Vural AP** *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* **2018**; Apr 17:1-11
372. **Ertuğrul G, Toros F.** Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan ergenlerin algıladıkları ebeveyn tutumu ve ebeveynlerinin evlilik uyumları arasındaki ilişki. *Yeni Symposium Journal* **2010**; 48:172-83
373. **Durukan İ, Erdem M, Tufan AE, Yorbık Ö, Türkbay T.** DEHB olan çocukların annelerinde depresyon ve anksiyete düzeyleri ile kullanılan başa çıkma yöntemleri: Bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* **2008**; 9, 217-223.
374. **Meesters C, Muris P, Esselink T.** Hostility and perceived parental rearing behavior. *Pers Divid Differ* **1995**; 18:567-70.
375. **Barnow S, Schuckit M, Smith TL, Preuss U, Danko G.** The relationship between the family density of alcoholism and externalizing symptoms among 146 children. *Alcohol Alcohol* **2002**; 37:383-7.
376. **Singh I.** Boys will be boys: fathers' perspectives on ADHD symptoms, diagnosis, and drug treatment. *Harv Rev Psychiatry* **2003**; 11:308-16.

377. Tallmadge JM, Barkley RA. The interactions of hyperactive and normal boys with their fathers and mothers. *J Abnorm Child Psychol* **1983**;11:565–80.
378. Hinshaw SP, Zupan BA, Simmel C, Nigg JT, Melnick SM. Peer status in boys with and without attention-deficit hyperactivity disorder: predictions from overt and covert antisocial behavior, social isolation, and authoritative parenting beliefs. *Child Dev* **1997**; 64:880–96
379. Gerdes AC, Hoza B, Pelham WE. Attention-deficit/hyperactivity disordered boys' relationships with their mothers and fathers: child, mother, and father perceptions. *Dev Psychopathol* **2003**;15:363-82.
380. Arnold EH, O'Leary S, Edwards G. Father involvement and self-reported parenting of children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Abnorm Child Psychol* **1997** ;22:247–65.
381. Johnston C, Leung DW. Effects of medication, behavioral and combined treatments on parents' and children's attributions for the behavior of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Consult Clin Psychol* **2001**; 69:67–76.
382. Johnston C, Fine S, Weiss M, Weiss J, Weiss G, Freeman WS. Effects of stimulant medication treatment on mothers' and children's attributions for the behavior of children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Abnorm Child Psychol* **2000**; 28:371–82.
383. Buhrmester D, Camparo L, Christensen A, Gonzalez LS, Hinshaw SP. Mothers and fathers interacting in dyads and triads with normal and hyperactive sons. *Dev Psychol* **1992**; 28:500-9.
384. Jacobvitz D, Hazen N, Curran M, Hitchens K. Observations of early triadic family interactions: boundary disturbances in the family predict symptoms of depression, anxiety, and attention-deficit/hyperactivity disorder in middle childhood. *Dev Psychopathol* **2004**;16:577-92
385. Psychogiou L, Daley D, Thompson M, Sonuga-Barke E. Testing the interactive effect of parent and child ADHD on parenting in mothers and fathers: a further test of the similarity-fit hypothesis. *Br J Dev Psychol* **2007**; 25:419-33.
386. Cunningham CE, Benness BB, Siegel LS. Family functioning, time allocation, and parental depression in the families of normal and ADDH children. *J Clin Child Psychol* **1988**;17:169-77.
387. Chang LR, Chiu YN, Wu YY, Gau SS. Father's parenting and father-child relationship among children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Comprehensive Psychiatry* **54** **2013**; 128–140
388. Aghebati A, Gharraee B, Hakim Shoshtari M, Gohari MR. Triple p-positive parenting program for mothers of ADHD children. *Iran J Psychiatry Behav Sci* **2014** ;8(1):59-65.
389. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, Williamson D, Ryan N. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **1997**; 36:980-988.
390. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B, Kültür EÇ, Akdemir D, Taner Y. Reliability and Validity of Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version-Turkish Version (K-SADS-PL-T). *Turk J Child Adolesc Ment Health* **2004**; 11:109-116.

391. **LeCompte G, LeCompte A, Özer S ve ark.** Üç sosyoekonomik düzeyde Ankara'lı annelerin çocuk yetiştirme tutumları: Bir ölçek uyarlaması. *Psikoloji Dergisi*, **1978**; 1:5-8.
392. **Küçük S.** PARI ölçeğinin Türkçe formunun 2., 3., ve 4. alt ölçeklerinin geçerlilik çalışması. V. Ulusal Psikoloji Kongresi. *Psikoloji Seminer Dergisi Özel Sayısı* **1990**; 8:451-60.
393. **Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS.** The McMaster Family Assessment Device. *J Marital Fam Ther* **1983**; 9:171-180.
394. **Bulut I.** Aile Değerlendirme Ölçeği El Kitabı. Ankara: Özgüneliş Matbaası. **1990**; 1-38.
395. **Conners CK, Sitarenios G, Parker JDA ve ark.** The Revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R): Factor structure, reliability, and criterion validity. *J Abnorm Child Psychol* **1998**; 26: 257-268.
396. **Kaner S, Büyükoztürk Ş, İşeri E, Ak A, Özaydın L.** Conners anababa dereceleme ölçeği yenilenmiş uzun formu: Faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* **2011**; 18(1):45-58
397. **Conners CK.** A teacher rating scale for use in drug studies with children. *Am J Psychiatry* **1969**; 126:884-888.
398. **Kaner S, Büyükoztürk Ş, İşeri E, Ak A, Özaydın L.** Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği Yenilenmiş/Uzun: Türk Çocukları için Psikometrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. *Klin Psikiyatr Derg* **2011**; 14:150-163.
399. **Lamborn SD, Mounts NS, Steinberg L ve ark.** Paterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent and neglectful families. *Child Dev* **1991**; 62:1049-65.
400. **Yılmaz A** Anne Baba Tutum Ölçeği'nin Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* **2000**; 7:160-72.
401. **Turgay A.** The DSM-IV Based child and adolescent behavior rating scale. Ontario, Integrative Therapy Institute, Canada, **1995**.
402. **Ercan ES, Amado S, Somer O.** Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve yıkıcı davranım bozuklukları için bir test bataryası geliştirme çabası. *Çocuk Genç Ruh Sağlığı Derg* **2001**; 8:132-44.
403. **Gökçen C, Özatalay E, Fettahoğlu EÇ.** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Anne Babalarında Psikolojik Belirtiler Ve Aile İşlevselliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* **2011**; 18 (2).
404. **Barkley RA.** ADHD and the nature of self-control. *Guilford Press*, New York, **2005**.
405. **Harrison C, Sofronoff K.** ADHD and parental psychological distress: role of demographics, child behavioral characteristics, and parental cognitions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2002**; 41: 703–711.
406. **Hwang JW, Kim B, Kim Y, Kim TH, Seo WS, Shin DW, Woo YJ, Yoo H, Lee JS, Lee JH, Lim MH, Chung YC, Jung CH, Yoo HK.** Methylphenidate-osmotic-controlled release oral delivery system

treatment reduces parenting stress in parents of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Hum. Psychopharmacol Clin Exp* **2013**; 28: 600–607.

- 407. Chronis AM, Pelham WE Jr, Gnagy EM, Roberts JE, Aronoff HR.** The Impact of Late-Afternoon Stimulant Dosing for Children With ADHD on Parent and Parent–Child Domains. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* **2003**; Vol. 32, No. 1, 118–126.
- 408. Kim JW, Sharma V, Ryan ND.** Predicting Methylphenidate Response in ADHD *Using Machine Learning Approaches, International Journal of Neuropsychopharmacology* **2015**, 1–7.
- 409. Elliott GR, Blasey C, Rekshan W, Rush AJ, Palmer DM, Clarke S, Kohn M, Kaplan C, Gordon E.** Cognitive Testing to Identify Children With ADHD Who Do and Do Not Respond to Methylphenidate. *Journal of Attention Disorder* **2017**; Dec;21(14):1151-1160.
- 410. Babinski DE, Waxmonsky JG, Waschbusch DA, Humphery H, Pelham WE Jr.** Parent-Reported Improvements in Family Functioning in a Randomized Controlled Trial of Lisdexamfetamine for Treatment of Parental Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. *Journal Of Child and Adolescent Psychopharmacology* DOI: 10.1089/cap.2016.0129, **2016**.
- 411. Staller J, Faraone SV.** Attention-deficit hyperactivity disorder in girls: epidemiology and management. *CNS Drugs* **2006**; 20(2):107-23.
- 412. Skounti M, Philalithis A, Galanakis E.** Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *Eur J Pediatr* **2007**; 166(2):117-23.
- 413. Carr A. & Pike A.** Maternal Scaffolding Behavior: Links With Parenting Style and Maternal Education. *Developmental Psychology* **2012**; Vol. 48, No. 2, 543–551.
- 414. Seidman LJ, Biederman J, Faraone SV, Milberger S, Norman D, Seiverd K, Benedict K, Guite J, Mick E, Kiely K.** Effects of family history and comorbidity on the neuropsychological performance of children with ADHD: Preliminary findings. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* **1995**; 34, 1015-1024.
- 415. Crosbie, J, & Schachar, R.** Deficient inhibition as a marker for familial ADHD. *American Journal of Psychiatry* **2001**; 158, 1884-1890.
- 416. Hackman, DA, & Farah, MJ.** Socioeconomic status and the developing brain. *Trends in Cognitive Sciences* **2009**; 13, 65-73.
- 417. Pineda D, Ardila A, Rosselli M, Arias BE, Henao GC, Gomez LF, Mejia SE, Miranda ML.** Prevalence of attention- deficit/hyperactivity disorder symptoms in 4- to 17-year oldchildren in the general population. *Journal of Abnormal Child Psychology* **1999**; 27, 455-462.
- 418. Tillman C & Granvald V.** The Role of Parental Education in the Relation Between ADHD Symptoms and Executive Functions in Children. *Journal of Attention Disorders* **2014**; 1–7.
- 419. DuPaul GJ, McGoey KE, Eckert TL, & VanBrakle J.** Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Impairments in behavioral, social, and school functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* **2001**; 40, 508–515.

420. **Tahiroğlu YA, Bahalı K, Avcı A, Seydaoğlu G, Uzel M.** Ailedeki Disiplin Yöntemleri, Demografik Özellikler ve Çocuklardaki Davranış Sorunları Arasındaki İlişki. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* : 16 (2) **2009**.
421. **Erkman F, Rohner RP.** Youths' perceptions of corporal punishments, parental acceptance, and psychological adjustment in a Turkish metropolis. *Cross- Cultural Research* **2006**; 40:250-267.
422. **Regalado M, Sareen H, Inkelas M, Wissow LS, Halfon N.** Parents' discipline of young children: result from the national survey of early childhood health. *Pediatrics* **2004**; 113:1952-1958.
423. **Gardner DM, Gerdes AC.** A Review of Peer Relationships and Friendships in Youth With ADHD. *Journal of Attention Disorders* **2015**; Vol. 19(10) 844–855.
424. **Hodgens JB, Cole J & Boldizar J.** Peer-based differences among boys with ADHD. *Journal of Clinical Child Psychology* **2000**; 29, 443-452. doi:10.1207/S15374424JCCP2903\_15
425. **Lamborn SD, Dornbusch SM & Steinberg L.** Ethnicity and community context as moderators of the relations between family decision making and adolescent adjustment. *Child Development* **1996**; 67, 283-301
426. **Deater-Deckard K, Dodge, KA, Bates, JE& Pettit GS.** Physical discipline among African American and European American mothers: Links to children's externalizing behaviors. *Developmental Psychology* 32 **1996**; 1065-1072.
427. **Cantwell DP.** Attention deficit disorder: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc. Psychiatry* **1996**; 35: 978-987.
428. **Alizadeh H&Andries C.** Interaction of Parenting Styles and Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Iranian Parents. *Child & Family Behavior Therapy* · October **2002**
429. **Moghaddam MF, Assareh M, Heidaripoor A, Rad RE, Pishjoo M.** The study comparing parenting styles of children with ADHD and normal children. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* **2013**; 4 : 45–49
430. **Börekeçi B.** Okul Öncesi Çocuklarda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirtilerinin, Davranışsal, Sosyal Problemler, Aile İşlevselliği ve Ebeveyn Tutumları ile İlişkilerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, sayfa 67. İstanbul, **2017**
431. **Karbalaei Sabagh A, Khademi M, Noorbakhsh S, Razjooyan K, Arabgol F.** Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Parenting Styles. *Send to Indian J Pediatr* **2016** Mar;83(3):254-7. doi: 10.1007/s12098-015-1851-y. Epub 2015 Aug 13.
432. **Crockenberg S.** Predictors and correlates of anger toward and punitive control of toddlers by adolescent mothers. *Child Dev* **1987**; 58:964-975.
433. **Horn IB, Cheng TL, Joseph J.** Discipline in the African American community: the impact of socioeconomic status on beliefs and practices. *Pediatrics* **2004**; 113:1236-1247.
434. **Baumrind D.** The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence* **1991**; 11, 56-95.

435. **Keshavarz S, Baharudin R, Mounts NS.** Perceived parenting style of fathers and adolescents' locus of control in a collectivist culture of Malaysia: the moderating role of fathers' education. *J Genet Psychol* **2013**; May-Jun;174(3):253-70.
436. **Gershon J.** A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *J Atten Disord* **2002**; 5(3):143–54.
437. **Bauermeister JJ, ShROUT PE, Chávez L, Rubio-Stipec M, Ramírez R, Padilla L, Anderson A, García P, Canino G.** ADHD and gender: are risks and sequela of ADHD the same for boys and girls? *J Child Psychol Psychiatry* **2007**; 48(8):831–9.
438. **Carlson GA, Kashani JH.** Phenomenology of major depression from childhood through adulthood: analysis of three studies. *Am J Psychiatry* **1988**; 145(10):1222-5.
439. **Rutter M, Cox A, Tupling C, Berger M, Yule W.** Attainment and adjustment in two geographical areas: vol 1. The prevalence of psychiatric disorders. *Br J Psychiatry* **1975**; 126:493-509.
440. **Biederman J, Millberger S, Farone S, Kiely K, Guite J, Mick E, Ablon S, Warburton R, Reed E.** Family-environment risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* **1995**; 52: 464-70.
441. **İmren SG, Arman AR, Gümüştaş F, Yulaf Y, Çakıcı Ö.** Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu ve/veya Davranım Bozukluğu Eşhastalanımı Olan ve Olmayan DEHB Tanılı Çocuk ve Ergenlerde Aile İşlevselliğinin Değerlendirilmesi. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi (Cukurova Medical Journal)* **2013**; 38 (1):22-30.
442. **Soysal AŞ, Yıldırım A, Acar A, Karateke B, Kılıç KM.** Effects of attention deficit and hyperactivity disorder subtypes on family functions. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* **2013**; 26:286-294 DOI: 10.5350/DAJPN2013260308.
443. **Nikolas MA, Momany AM.** DRD4 Variants Moderate the Impact of Parental Characteristics on Child Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Exploratory Evidence from a Multiplex Family Design. *J Abnorm Child Psychol* **2017**;45(3):429-442.
444. **Özyurt G, Akay AP, Öztürk Y.** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanısı Olan Olgularda Aile İşlevselliği ve Anne Anksiyetesinin Kontrol Grubu ile Karşıtlaştırılması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi* **2015**; 3: 162-172
445. **Türkbay T, Cöngüloğlu A, Cesur G, Söhmen T.** Evaluation of family functions of children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder with and without oppositional defiant disorder. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry* **2002**; 3: 53-58.
446. **Çakaloğlu B, Akay AP, Böber E, Eminağaoğlu N, Günay T.** Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu Eşlik Eden Veya Etmeyen Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Puberte Öncesi Erkek Olgularda Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi Cilt 20, SAYI 3, (EYLÜL)* **2006**, S: 149- 155.
447. **Wells KC, Chi TC, Hinshaw SP, Epstein JN, Piffner L, Nebel-Schwalm M, Owens EB, Arnold LE, Abikoff HB, Conners CK, Elliott GR, Greenhill LL, Hechtman L, Hoza B, Jensen PS, March J, Newcorn JH, Pelham WE, Severe JB, Swanson J, Vitiello B, Wigal T.** Treatment related changes in objectively measured parenting behaviors in the multimodal treatment study of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Consult Clin Psychol* **2006**; 74:649–657.

448. **Jensen PS, Hinshaw SP, Swanson JM, Greenhill LL, Conners CK, Arnold LE, Abikoff HB, Elliott G, Hechtman L, Hoza B, March JS, Newcorn JH, Severe JB, Vitiello B, Wells K, Wigal T.** from the NIMH multimodal treatment study of ADHD (MTA): implications and applications for primary care providers. *J Dev Behav Pediatrics* **2001**; 22:60–73.
449. **Barkley RA, DuPaul GJ, McMurray MB.** Attention deficit disorder with and without hyperactivity: clinical response to three dose levels of methylphenidate. *Pediatrics* **1991**; Apr;87(4):519-31.
450. **Hosenbocus S and Chahal R.** A review of executive functions deficits and pharmacological managements in children and adolescents. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* **2012**; 21:223-229
451. **Brown TE.** Executive functions and attention deficit hyperactivity disorder: implications of two conflicting views. *Int Jour. Disability, Development and Education* **2006**; 53:35-46.
452. **Thursina C, Ar Rochmah M, Nurputra DK, Harahap IS, Harahap NI, Sa'Adah N, Wibowo S, Sutarni S, Sadewa AH, Nishimura N, Mandai T, Iijima K, Nishio H, Kitayama S.** Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): Age Related Change of Completion Time and Error Rates of Stroop Test. *Kobe J. Med. Sci* Vol. 61, No. 1, pp. E19-E26, **2015**.
453. **Lansbergen MM, Kenemas J and van England H.** Stroop interference and attention-deficit/hyperactivity disorder: A review and meta-analysis. *Neuropsychology* **2007**; 21(2):251-262
454. **Langleben, DD, Monterosso J, Elman I, Ash B, Krikorian G and Austin G.** 2006. Effect of methylphenidate on Stroop Color-word task performance in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Res* **2006**; 141:315-320.
455. **Bedard AC, Ickowicz A, Tannock R,** Methylphenidate improves Stroop naming speed, but not response interference, in children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* **2002** Winter;12(4):301-9.
456. **Scheres A, Oosterlaan J, Swanson J, Morein-Zamir S, Meiran N, Schut H, Vlasveld L, Sergeant JA.** The effect of methylphenidate on three forms of response inhibition in boys with AD/HD. *Journal of Abnormal Child Psychology* **2003**; 31, 105– 120 *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 12, 301– 309.
457. **Chumblers NR, Grimm JW, Cody M, Beck C.** Gender, kinship and caregiver burden: the case of community-dwelling memory impaired seniors. *International journal of geriatric psychiatry*, **2003** 18:722-732.
458. **Mash EJ, Johnston C.** Parental perception of child behavior problems, parenting, self-esteem, and mother's reported stress in younger and older hyperacnves and normal children. *J Consult Clin Psychol* **1983**; 51:86-99.
459. **Ray GT, Croen LA, Habel LA.** Mothers of children diagnosed with attentiondeficit/ hyperactivity disorder: health conditions and medical care utilization in periods before and after birth of the child. *Med Care* **2009**; 47, 105- 114
460. **Biederman J, Faraone SV, Keenan K, Benjamin J, Krifcher B, Moore C, Sprich-Buckminster S, Ugaglia K, Jellinek MS, Steingard R.** Further evidence for family genetic risk factors in attention deficit hyperacUvity disorder: patterns of comorbidity in probands and relatives in psychiatrically and pediatrically referred samples. *Arch Gen Psychiatry* **1992**; 49:728-738.

- 461. Keser N.** Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Almış ve Almamış Çocukların Duygu Ayarlama, Anne Baba Tutumları, Annenin DEHB Belirti ve Bilgi Düzeyinin İncelenmesi. *Yayınlanmamış yüksek lisans tezi*, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitimde Psikolojik Hizmetler Anabilim Dalı. Ankara, **2010**.
- 462. Türe FS.** Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların (8-12 yaş) Değişik Anne Tutumlarına Göre Benlik Saygı Düzeylerinin İncelenmesi. *Yayınlanmamış yüksek lisans tezi*, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı. İstanbul, **2010**.
- 463. Pekcanlar A, Turgay A, Miral S, Baykara A.** Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve aile işlevleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* **1999**;6, 99-107.
- 464. Bunford N, Evans SW, Wymbs F.** ADHD and emotion dysregulation among children and adolescents. *Clin Child Fam Psychol Rev* **2015**; 18:185-217.
- 465. Coghill DR, Rhodes SM, Matthews K.** The neuropsychological effects of chronic methylphenidate on drug-naive boys with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* **2007**; 62:954-962.
- 466. DuPaul GJ, McGoey KE, Eckert TL, VanBrakle J.** Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Impairments in behavioral, social, and school functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* **2001**; 40, 508-515. doi:10.1097/00004583-200105000-00009
- 467. Hechtman L, Abikoff H, Klein RG, Greenfield B, Etcovitch J, Cousins L, Fleiss K, Weiss M, Pollack S.** Children With ADHD Treated With Long-Term Methylphenidate and Multimodal Psychosocial Treatment: Impact on Parental Practices. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2004**; 43(7):830-838.
- 468. Barkley RA** Hyperactive girls and boys: stimulant drug effects on mother-child interactions. *J Child Psychol Psychiatry* **1989**, 30:379-390
- 469. Horn WF, Ialongo N, Popovich S, Peradotto D.** Behavioral parent training and cognitive-behavioral self-control therapy with ADHD children: comparative and combined effects. *J Clin Child Psychol* **1987**;16:57-68
- 470. American Academy of Pediatrics** ADHD: Clinical practice guidelines for diagnosis, evaluation, and treatment of attention deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics* **2011**; 128, 1-16.
- 471. Pelham WE, Meichenbaum DL, Smith BH, Sibley MH, Gnagy EM, Buckstein O.** Acute Effects of MPH on the Parent-Teen Interactions of Adolescents With ADHD. *Journal of Attention Disorders* **2017** Jan;21(2):158-167
- 472. Pelham WE, Wheeler T, Chronis A.** Empirically Supported Psychosocial Treatments for Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Child Psychology* **1998**; Vol. 27, No. 2,190-205.
- 473. Barkley RA, Karlsson J, Pollard S& Murphy J.** Developmental changes in the mother-child interactions of hyperactive boys: Effects of two doses of Ritalin. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* **1985**; 26, 705-715.

474. **Barkley RA, Karlsson J, Stmlecki E & Murphy JV.** Effects of age and Ritalin dosage on the mother-child interactions of hyperactive children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* **1984** 52,739-749.
475. **Jones HA, Epstein JN, Hinshaw SP, Owens EB, Chi TC, Arnold LE, Hoza B, Wells KC.** Ethnicity as a Moderator of Treatment Effects on Parent-Child Interaction for Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders* Volume 13 Number 6 May **2010**; 592-600.
476. **Pollard S, Ward EM, Barkley RA** The effects of parent training and Ritalin on the parent-child interactions of hyperactive boys. *Child Fam.Behav.Ther* **1983**;5:51-69
477. **Zwi M, Jones H, Thorgaard C, York A, Dennis JA.** Parent training interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *Cochrane Database Syst Rev* **2011** Dec 7;(12):CD003018. doi: 10.1002/14651858.CD003018.pub3.
478. **Malik TA, Rooney M, Chronis-Tuscano A, Tariq N.** Preliminary Efficacy of a Behavioral Parent Training Program for Children With ADHD in Pakistan. *J Atten Disord* **2017** Mar;21(5):390-404. doi: 10.1177/1087054714524158. Epub 2016 Jul 28.
479. **Mohammadi MR, Soleimani AA, Ahmadi N, Davoodi E.** A Comparison of Effectiveness of Parent Behavioral Management Training and Methylphenidate on Reduction of Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Acta Med Iran* **2016** Aug;54(8):503-509.
480. **Bjornstad G, Montgomery P.** Family therapy for attention-deficit disorder or attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* **2005** Apr 18;(2):CD005042.
481. **Montiel Nava C, Peña JA, Espina Mariñes G, Ferrer-Hernandez ME, López-Rubio A, Puertas-Sánchez S, Cardozo-Durán JJ.** A pilot study of methylphenidate and parent training in the treatment of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Rev Neurol* **2002** Aug 1-15;35(3):201-5.
482. **Ercan ES, Ardic UA, Kutlu A, Durak S.** No beneficial effects of adding parent training to methylphenidate treatment for ADHD + ODD/CD children: a 1-year prospective follow-up study. *J Atten Disord* **2014** Feb;18(2):145-57. doi: 10.1177/1087054711432884. Epub 2012 Apr 20.
483. **Abikoff, H., Hechtman, L., Klein, R. G., Gallagher, R., Fleiss, K., Etcovitch, J., . . . Pollack, S.** Social functioning in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* **2004** 43, 820-829.
484. **Battagliese G, Caccetta M, Luppino OI, Baglioni C, Cardi V, Mancini F, Buonanno C.** Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders: A meta-analysis of treatment effectiveness. *Behav Res Ther* **2015**; Dec;75:60-71. doi: 10.1016/j.brat.2015.10.008. Epub 2015 Nov 3.
485. **Hoza B, Kaiser N. M, Hurt E.** Multimodal treatments for childhood ADHD: Interpreting outcomes in the context of study designs. *Clinical Child and Family Psychology Review* **2007**; 10, 318-334.

## ÖZGEÇMİŞ

**Adı Soyadı** : Oğuz SEVİNCE  
**Doğum Tarih ve Yeri** : 14 Ekim 1989- Seyhan/ADANA  
**Medeni Durumu** : Bekar  
**Adres** : Toros Mahallesi Gündüz Tekin Onay Sokak  
Kayalıoğlu  
Apartmanı Kat: 9 Numara: 18 Çukurova/ADANA  
**Telefon** : 0507 871 42 11  
**Faks** : -  
**E.posta** : sevinceoguz@hotmail.com  
**Mezun Olduğu Tıp Fakültesi** : Mustafa Kemal Üniversitesi  
Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi  
**Varsa Mezuniyet Derecesi** : 4.  
**Görev Yerleri** : Saimbeyli Toplum Sağlığı Merkezi, pratisyen hekim  
Çukurova Ü.T.F. Balcalı Hastanesi Çocuk ve Ergen  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD  
**Dernek Üyelikleri** : -  
**Alınan Burslar** : -  
**Yabancı Dil(ler)** : İngilizce  
**Diğer Hususlar** :

# EKLER

## Ek 1. Aydınlatılmış Onam Formu

### AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sayın Hastamız,

Çocuklarda “DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNDA AİLE TUTUM ÖZELLİKLERİ VE AİLE TUTUMUNUN İLAÇ KULLANIMINA ETKİSİ” isimli tıpta uzmanlık tezi için bilimsel bir araştırma yapmayı planlamaktayız. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı diliyoruz. Ancak bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’nda gerçekleştirilecek bu araştırmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir. Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuklarda aile tutumu ve disiplinin önemi, hastalığa etkisi ve ilaç kullanımı üzerine olan etkilerini değerlendirmektir.

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’nda ilgili hekimler tarafından çocuğunuzun psikiyatrik muayenesi yapılacaktır. Çocuğunuzla ilgili olarak sizin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve ilişkili şikayetlerle ilgili; Conners Anne-Baba Ölçeği, Turgay Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları Ölçeği’ni, Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği ve aile işlevselliğini değerlendirmek için Aile Değerlendirme Ölçeği’ni doldurmanız istenecektir. Çocuğunuzun öğretmeninden de Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve ilişkili şikayetlerle ilgili bilgi almak amacıyla Conners Öğretmen Ölçeği ve Turgay Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları Ölçeği’ni doldurtmanız istenecektir. Çocuğunuzdan ise Anne-Baba Tutum Ölçeğini doldurması istenecektir. Çocuğunuzun dikkat işlevlerini değerlendirmek için Stroop Testi uygulanacaktır. Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz ruhsal değerlendirmeniz Dr. Oğuz Sevince, Prof. Dr. Ayşegül Yolga Tahiroğlu veya onun görevlendireceği bir hekim tarafından gerçekleştirilecek ve doktorunuz uygun görürse bu araştırmaya alınacaksınız. Ruhsal muayene, ölçek ve test bulgularınız kaydedilecektir.

Sonuçlar öncelikle bilimsel amaçla kullanılacak, kişisel bilgileriniz gizli tutulacak, sorun saptanması halinde durum size bildirilecek ve alınması gereken önlemler konusunda ayrıntılı bilgilendirme yapılacaktır. Parasal bir bedel ödemenizi gerektirmeyen ve size de bir ödeme yapılması söz konusu olmayan bu çalışmaya katılmama ve katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Ek bilgi talebiniz olursa sözlü olarak karşılanacaktır.

**Araştırmamıza katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen aşağıdaki bölüme adınızı-soyadınızı yazıp tarih ve imza atınız. Teşekkür ederiz.**

---

SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA, YUKARIDA BELİRTİLEN KOŞULLAR ÇERÇEVESİNDE HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMASIZIN KENDİ RIZAMLA KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

**Tarih:**

## Ek 2. Sosyodemografik Form

### ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI HASTA DEĞERLENDİRME FORMU

Tarih:

Kiminle geldi:

Görüşmeyi yapan :

Hastanın adı-soyadı :

Gönderen

1. Kendileri
2. Eğitim kuruluşu
3. Psikiyatrist
4. Özel doktor
5. Adli makam
6. Konsültasyon

Yaş :

Kardeş sayısı :

Kaçıncı çocuk:

Kendi cinsinden kardeş :

Eğitimi

Annenin eğitimi :

Annenin İşi :

Annenin Yaşı :

Annede bedensel hastalık

Annede ruhsal hastalık

Babanın eğitimi:

Babanın işi:

Babanın Yaşı :

Babada bedensel hastalık

Babada ruhsal hastalık

Alkol kullanımı

Sıklığı:

- Aile durumu
1. Anne-baba birlikte
  2. Boşanmış
  3. Parçalanma

Ailede Ruhsal Hastalık

1. Var
2. Yok

Anne-baba arasında akrabalık

1. Var
2. Yok

Aile yapısı

1. Çekirdek aile
2. Geniş aile
3. Anne ile
4. Baba ile
5. Diğer (.....)

Oturduğu Yer

1. Kentsel
2. Kırsal

Aylık Gelir:

Gebeliğin seyri

Doğum Komplikasyonu:

Doğum Haftası

1. Prematüre
2. Miad

Doğum Kilosu:

Doğumdan sonra ilk durum :

1. Normal
2. Morarma
3. Ağlama
4. Küvezde bakım

Anne sütü (.....ay)

Yürüme ayı (desteksiz)

Konuşma ayı (Cümle ile)

Tuvalet eğitimi (gece-gündüz)

Bakan kişi:

1. Anne
2. Baba
3. Anneanne-babaanne
4. Bakıcı
5. Diğer

Anneden ayrılık (6 hafta):

Düzenli İlaç Kullanımı

1. Var (.....)
2. Yok

Geçirdiği önemli hastalık:

Organik Hastalık	Çocuk	Aile
Tonsillektomi		
Adenoidektomi		
Allerji		
Otoimmün Hastalık		
ARA		
Penisilin Profilaksisi		
Kafa Travması		
Epilepsi/FK		

Menarş Yaşı:

Sünnet Yaşı :

Çocuğunuzu Döver misiniz?

1. Evet
2. Hayır

Ne sıklıkla

Kim tarafından

Ebeveyn dayak yer mi?

1. Evet
  2. Hayır
- Ne sıklıkla :

Kim tarafından :

Uyku sorunu :

İştah sorunu :

Katkılı Gıda Tüketimi

Bir yılda ÜSYE Sayısı :

Not Ortalaması :

Ders Başarısı:

Bu yıl:

Geçen Yıl:

Okumayı ne zaman söktüğü

Akran İlişkileri

Günlük TV Kullanım saati

Günlük İnternet/Bilgisayar

Kullanım Saati

### Ek 3. Connors Ana-Baba Dereceleme Ölçeği (CADÖ) Formu

#### YENİLENMİŞ CONNERS EBEVEYN DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (3-17 YAŞ)

Çocuğun adı -----	Cinsiyeti: K E (daire içine alınız)
Doğum tarihi -----/-----/----- Ay Gün Yıl	Yaşı: Sınıfı:
Anne ya da Babanın Adı:-----	Bugünün Tarihi : -----/-----/----- Ay Gün Yıl

**Yönerge:** Aşağıda çocukların yaşadıkları yaygın pek çok sorun vardır. Lütfen her bir maddeyi, çocuğunuzun son bir ay içerisindeki davranışlarına göre derecelendiriniz. Her bir madde için kendinize 'Son bir ay içinde bu sorunun ne kadar görüldüğü' sorusunu sorunuz ve her madde için en uygun yanıtı yuvarlak içine alınız. Eğer o davranış hiçbir zaman görülüyorsa ya da çok seyrek, nadiren görülüyorsa 0'ı işaretleyiniz. Eğer çok sık görülüyorsa 3 ü işaretleyiniz. Bu ikisi arasında kalan derecelendirmeler için 1'i ya da 2'yi işaretleyiniz. Lütfen bütün maddeleri yanıtlayınız.

	HİÇ DOĞRU DEĞİL (Hiçbir zaman, nadiren)	BİRAZ DOĞRU (Bazen)	OLDUKÇA DOĞRU (Çoğu kez, Sık sık)	ÇOK DOĞRU (Pek çok kez, Çok sık sık)
1 Öfkeli ve alıngandır.	0	1	2	3
2 Ev ödevlerini yapmada ya da tamamlamada güçlük çeker	0	1	2	3
3 Sürekli hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi hareket eder.	0	1	2	3
4 Ürkektir, kolayca korkar	0	1	2	3
5 Her şey yerli yerinde olmalıdır	0	1	2	3
6 Hiç arkadaşı yoktur .	0	1	2	3
7 Karnı ağrır.	0	1	2	3
8 Kavga eder.	0	1	2	3
Uzun süreli zihinsel çaba göstermeyi gerektiren görevlerden (okul çalışmaları ya da ev ödevleri gibi) kaçınır, isteksizlik gösterir ya da yapmakta zorlanır.	0	1	2	3
10 Görevlerde ya da oyun etkinliklerinde dikkatini sürdürmede güçlük çeker.	0	1	2	3
11 Yetişkinlerle tartışır.	0	1	2	3
12 Ödevlerini tamamlamayı başaramaz	0	1	2	3
13 Çarşıda ya da marketlerde alışveriş sırasında kontrolü zordur	0	1	2	3
14 İnsanlardan korkar	0	1	2	3
15 Bir şeyleri tekrar tekrar kontrol eder.	0	1	2	3
16 Çabuk arkadaş kaybeder	0	1	2	3
17 Ağrıları ve sızıları olur .	0	1	2	3
18 Huzursuzdur ya da aşırı hareketlidir.	0	1	2	3
19 Sınıfta dikkatini toplamada sorunu vardır.	0	1	2	3
20 Kendisine söyleneni dinlemiyor görünür.	0	1	2	3
21 Hiddetlenir.	0	1	2	3
22 Ödevlerini yaparken yakından denetlenmesi gerekir	0	1	2	3
23 Uygun olmayan ortamlarda aşırı bir şekilde koşuşturur ya da tırmanır.	0	1	2	3
24 Yeni durumlardan korkar.	0	1	2	3
25 Temizlik konusunda titizdir.	0	1	2	3
26 Nasıl arkadaş edineceğini bilemez .	0	1	2	3
27 Okula gitmeden önce ağrıları, sızıları ya da karın ağrıları olur.	0	1	2	3
28 Kolay heyecanlanır, düşünmeden hareket eder.	0	1	2	3
29 Yönergeleri izlemez ve okul çalışmalarını, günlük ev işlerini ya da iş yerindeki görevlerini bitiremez (karşı gelme davranışından ya da yönergeleri anlamadığından değil)	0	1	2	3

- Bu proje, M.E.B. Eğitim Araştırma ve Geliştirme Dairesi tarafından desteklenmektedir.
- Copyright 1997, 2000 by Psychological Assessment Resource, Inc.
- Türkçe çeviri ve uyarlama çalışması ( \* ) Prof. Dr. Sema Kaner, Doç. Dr. Elvan Karacan, Yrd. Doç. Dr. Şener Büyükoztürk, Aylin Ak ve Latife Özaydın tarafından Psychological Assessment Resource, Inc. izni ile yapılmaktadır.
- \*Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Bölümü Öğretim Üyesi

30	Görevleri ve etkinlikleri düzenlemede güçlük çeker.	0	1	2	3
31	Sinirlidir.	0	1	2	3
32	Kıpır kıpırdır, huzursuzdur .	0	1	2	3
33	Yalnız kalmaktan korkar.	0	1	2	3
34	Her şey, her zaman aynı şekilde yapılmalıdır.	0	1	2	3
35	Arkadaşlarının evlerine çok sık davet edilmez.	0	1	2	3
36	Başı ağrır.	0	1	2	3
37	Başladığı işi bitiremez.	0	1	2	3
38	Dikkatsizdir, dikkati kolayca dağılır.	0	1	2	3
39	Çok konuşur.	0	1	2	3
40	Yetişkinlerin isteklerine açıkça karşı gelir ya da uymayı reddeder .	0	1	2	3
41	Ayrıntılara dikkatini veremez ya da okul çalışmalarında iş ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.	0	1	2	3
42	Sırada beklemekte ya da oyunlarda ve grup etkinliklerinde sıranın kendisine gelmesini beklemekte güçlüğü vardır.	0	1	2	3
43	Pek çok korkuları vardır.	0	1	2	3
44	Mutlaka gerçekleştirdiği kalıpsal davranış biçimleri vardır	0	1	2	3
45	Dikkatinin dağınıklığı ya da dikkatinin süresi sorun yaratır.	0	1	2	3
46	Hiç bir şeyi yokken hastalıktan yakınır.	0	1	2	3
47	Öfke patlamaları vardır.	0	1	2	3
48	Bir şey yapması için yönergeler verildiğinde dikkati dağılır	0	1	2	3
49	Başkalarını böler ya da zorla araya girer (örneğin başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar).	0	1	2	3
50	Günlük etkinliklerde unutkanlır.	0	1	2	3
51	Matematiği kavrayamaz	0	1	2	3
52	Yemekte lokmalar arasında koşutur durur.	0	1	2	3
53	Karanlıktan, hayvanlardan ya da böceklerden korkar.	0	1	2	3
54	Kendisi için çok yüksek hedefler koyar.	0	1	2	3
55	Elleri ayakları hiç durmaz ya da oturduğu yerde kıpır kıpırdır.	0	1	2	3
56	Dikkat süresi kısadır.	0	1	2	3
57	Alıngandır ya da başkaları tarafından kolayca kızdırılır.	0	1	2	3
58	Özensiz bir el yazısı vardır.	0	1	2	3
59	Sakin bir biçimde oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker.	0	1	2	3
60	Utangaçtır, çekiniktir.	0	1	2	3
61	Kendi hataları ya da yanlış davranışları nedeniyle başkalarını suçlar	0	1	2	3
62	Yerinde duramaz.	0	1	2	3
63	Evde ya da okulda dağınık ya da düzensizdir	0	1	2	3
64	Bir başkası ona ait şeyleri yeniden düzenlerse bundan rahatsız olur.	0	1	2	3
65	Anne babasına ya da diğer yetişkinlere yapışır	0	1	2	3
66	Diğer çocukları rahatsız eder.	0	1	2	3
67	Başkalarını kızdıran şeyleri kasıtlı olarak yapar.	0	1	2	3
68	İstekleri hemen karşılanmalıdır-kolayca sinirlenir.	0	1	2	3
69	Yalnızca gerçekten ilgi duyduğu şeylere dikkatini verir	0	1	2	3
70	Kincidir ya da öç almak ister.	0	1	2	3
71	Görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örneğin okul ödevleri, kalemler, kitaplar, araç gereçler ya da oyuncaklar)	0	1	2	3
72	Başkalarıyla kıyaslandığında kendini küçük görür.	0	1	2	3
73	Çoğu zaman yorgun ya da bitkin görünür	0	1	2	3
74	İmlası zayıftır.	0	1	2	3
75	Sık sık ve kolayca ağlar.	0	1	2	3
76	Sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda yerinden kalkar.	0	1	2	3
77	Ruh hali ani ve çarpıcı bir şekilde değişir	0	1	2	3
78	Çabalamaktan çabuk vazgeçer	0	1	2	3
79	Dışsal uyaranlarla dikkati kolayca dağılır.	0	1	2	3
80	Sorunun tamamlanmasını beklemeden cevabı yapıştırır	0	1	2	3

#### Ek 4. Connors Öğretmen Dereceleme Ölçeği (CÖDÖ) Formu

##### YENİLENMİŞ CONNERS SINIF ÖĞRETMENİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (3-17 YAŞ)

Öğrencinin Adı -----	Cinsiyeti: K E (daire içine alınız)
Doğum tarihi -----/-----/----- Ay Gün Yıl	Yaşı: Sınıfı:
Öğretmenin Adı:-----	Bugünün Tarihi : -----/-----/----- Ay Gün Yıl

**Yönerge:** Aşağıda çocukların okulda yaşadıkları yaygın pek çok sorun vardır. Lütfen her bir maddeyi, problemin son bir ay içerisinde görülme sıklığına göre derecelendiriniz. Her bir madde için kendinize "son bir ay içerisinde bu sorunun ne kadar görüldüğü" sorusunu sorunuz ve en uygun yanıtı yuvarlak içine alınız. Eğer bu problem hiçbir zaman görülmüyorsa ya da nadiren ya da çok az görülüyorsa 0'ı yuvarlak içine alınız. Eğer çok doğruysa ya da çok sık görülüyorsa 3' ü yuvarlak içine alınız. Bu ikisi arasında kalan derecelendirmeler için 1' ya da 2'yi yuvarlak içine alınız. Lütfen bütün maddeleri yanıtlayınız.

		HİÇ DOĞRU DEĞİL (Hiçbir zaman, nadiren)	BİRAZ DOĞRU (Bazen)	OLDUKÇA DOĞRU (Çoğu kez, Sık sık)	ÇOK DOĞRU (Pek çok kez, Çok sık sık)
1	Karşı gelir.	0	1	2	3
2	Kıpır kıpırdır, huzursuzdur.	0	1	2	3
3	Öğrendiklerini hemen unuttur.	0	1	2	3
4	Göründüğü kadarıyla gruba alınmaz.	0	1	2	3
5	Duyguları kolayca incinir.	0	1	2	3
6	Mükemmeliyetçidir	0	1	2	3
7	Öfke patlamaları vardır; aniden parlayan, önceden kestirilemeyen davranışlar gösterir.	0	1	2	3
8	Kolay heyecanlanır, düşünmeden hareket eder	0	1	2	3
9	Ayrıntılara dikkatini veremez ya da okul çalışmalarında, yaptığı işlerde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.	0	1	2	3
10	Küstahtır	0	1	2	3
11	Sürekli hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi hareket eder.	0	1	2	3
12	Uzun süreli zihinsel çaba gerektiren görevlerden (okul ödevleri ya da ev ödevleri gibi) kaçınır, isteksizlik gösterir ya da yapmakta zorlanır	0	1	2	3
13	Takımlara ya da oyunlara en son seçilen kişilerden biridir	0	1	2	3
14	Duygusal bir çocuktur.	0	1	2	3
15	Her şey yerli yerinde olmalıdır	0	1	2	3
16	Huzursuzdur ya da aşırı hareketlidir	0	1	2	3
17	Başladığı işi bitiremez	0	1	2	3
18	Kendisine söylenenleri dinlemiyor görünür	0	1	2	3
19	Yetişkinlerin isteklerine açıkça karşı gelir ya da uymayı reddeder	0	1	2	3
20	Sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda yerinden kalkar	0	1	2	3

- Bu proje, M.E.B. Eğitim Araştırma ve Geliştirme Dairesi tarafından desteklenmektedir.
- Copyright 1997, 2000 by Psychological Assessment Resource, Inc.
- Türkçe çeviri ve uyarlama çalışması ( \* ) Prof. Dr. Sema Kaner, Doç. Dr. Elvan Karacan, Yrd. Doç. Dr. Şener Büyükoztürk, Aylin Ak ve Latife Özaydın tarafından Psychological Assessment Resource, Inc. izni ile yapılmaktadır.
- \*Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Bölümü Öğretim Üyesi

	HİÇ DOĞRU DEĞİL (Hiçbir zaman, nadiren)	BİRAZ DOĞRU (Bazen)	OLDUKÇA DOĞRU (Çoğu kez, Sık sık)	ÇOK DOĞRU (Pek çok kez, Çok sık sık)	
21	Kelimedeki harfleri doğru sırada yazamaz	0	1	2	3
22	Hiç arkadaşı yoktur	0	1	2	3
23	Ürkektir, kolayca korkar.	0	1	2	3
24	Bir şeyleri tekrar tekrar kontrol eder.	0	1	2	3
25	Sık sık ve kolayca ağlar	0	1	2	3
26	Dikkatsizdir, dikkati kolayca dağılır	0	1	2	3
27	Görevleri ya da etkinlikleri düzenlemede güçlük çeker	0	1	2	3
28	Görevlerde ya da oyun etkinliklerinde dikkatini sürdürmede güçlük çeker	0	1	2	3
29	Sıranın kendisine gelmesini beklemekte güçlük çeker.	0	1	2	3
30	Beklenen düzeyde okuyamaz.	0	1	2	3
31	Nasıl arkadaş edineceğini bilemez.	0	1	2	3
32	Eleştiriyi duyarlıdır.	0	1	2	3
33	Göründüğü kadarıyla ayrıntılarla çok fazla uğraşır.	0	1	2	3
34	Yerinde duramaz.	0	1	2	3
35	Diğer çocukları rahatsız eder.	0	1	2	3
36	Çok konuşur.	0	1	2	3
37	Yetişkinlerle tartışır.	0	1	2	3
38	Hareket etmeden duramaz.	0	1	2	3
39	Uygun olmayan ortamlarda aşırı bir şekilde koşuşturur ya da tırmanır.	0	1	2	3
40	Okul çalışmalarına ilgisizdir.	0	1	2	3
41	Sosyal becerileri zayıftır.	0	1	2	3
42	Sakin bir biçimde oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker	0	1	2	3
43	Her şeyin düzgün ve temiz olmasını ister .	0	1	2	3
44	Elleri ayakları hiç durmaz ya da oturduğu yerde kıpır kıpırdır.	0	1	2	3
45	İstekleri hemen karşılanmalıdır-kolayca sinirlenir.	0	1	2	3
46	Sorunun tamamlanmasını beklemeden cevabı yapıştırır.	0	1	2	3
47	Kincidir ya da öç almak ister.	0	1	2	3
48	Dikkat süresi kısadır.	0	1	2	3
49	Görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örneğin okul ödevleri, kalemler, kitaplar, araç gereçler ya da oyuncaklar)	0	1	2	3
50	Yalnızca gerçekten ilgi duyduğu şeylere dikkatini verir.	0	1	2	3
51	Utangaçtır, çekiniktir.	0	1	2	3
52	Dikkatinin dağınıklığı ya da dikkatinin süresi sorun yaratır.	0	1	2	3
53	Her şey her zaman aynı şekilde yapılmalıdır.	0	1	2	3
54	Ruh hali çok ani ve çarpıcı bir şekilde değişir.	0	1	2	3
55	Başkalarını böler ya da zorla araya girer (örneğin başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar).	0	1	2	3
56	Matematikte zayıftır.	0	1	2	3
57	Yönergeleri izlemez ve okul çalışmalarını bitiremez (karşı gelme davranışından ya da yönergeleri anlamadığından değil).	0	1	2	3
58	Dış uyaranlarla dikkati kolayca dağılır	0	1	2	3
59	Huzursuzdur, her an ayakta ve hareket halindedir.	0	1	2	3

## Ek 5. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)

### AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA : İlişkide aileler hakkında 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, sizin ailenize ne derecede uyduğuna karar veriniz. Önemli olan, sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür.

CÜMLELER :	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
1. Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.	( )	( )	( )	( )
2. Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz	( )	( )	( )	( )
3. Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenlerini bilir.	( )	( )	( )	( )
4. Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler.	( )	( )	( )	( )
5. Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler.	( )	( )	( )	( )
6. Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz..	( )	( )	( )	( )
7. Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız.	( )	( )	( )	( )
8. Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız.	( )	( )	( )	( )
9. Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınırız.	( )	( )	( )	( )
10. Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız	( )	( )	( )	( )
11. Evde dertlerimizi, üzüntülerimizi birbirimize söylemeliyiz.	( )	( )	( )	( )
12. Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uygularız.	( )	( )	( )	( )
13. Bizim evdekiler, ancak onları hoşuna giden şeyler söylediğimizde bizi dinlerler.	( )	( )	( )	( )
14. Bizim evde birkişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir.	( )	( )	( )	( )
15. Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur.	( )	( )	( )	( )
16. Ailemizin üyeleri birbirlerine hoşgörülü davranırlar.	( )	( )	( )	( )
17. Evde herkes, başına buyruktur.	( )	( )	( )	( )
18. Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değilde doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler.	( )	( )	( )	( )
19. Ailede bazılarımız, duygularımızı belli etmeyiz.	( )	( )	( )	( )
20. Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz.	( )	( )	( )	( )
21. Ailecek, korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınırız.	( )	( )	( )	( )
22. Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz.	( )	( )	( )	( )
23. Gelirimiz (Ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor.	( )	( )	( )	( )
24. Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.	( )	( )	( )	( )
25. Bizim ailede herkes kendini düşünür.	( )	( )	( )	( )
26. Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz..	( )	( )	( )	( )

27. Evimizde banyo ve tuvalet bir türlü temiz durmaz	( )	( )	( )	( )
28. Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz.	( )	( )	( )	( )
29. Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir.	( )	( )	( )	( )
30. Ailemizde, her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır.	( )	( )	( )	( )
31. Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	( )	( )	( )	( )
32. Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.	( )	( )	( )	( )
33. Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışırız.	( )	( )	( )	( )
34. Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz.	( )	( )	( )	( )
35. Evde genellikle söylediklerimizle, söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.	( )	( )	( )	( )
36. Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranırız.	( )	( )	( )	( )
37. Evde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacak ilgi gösteririz.	( )	( )	( )	( )
38. Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz.	( )	( )	( )	( )
39. Ailemizde sevgi ve şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır.	( )	( )	( )	( )
40. Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız.	( )	( )	( )	( )
41. Ailemizde herhangi bir şey karar vermek her zaman sorun olur.	( )	( )	( )	( )
42. Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterir.	( )	( )	( )	( )
43. Evde birbirimize karşı açık sözlüyüz.	( )	( )	( )	( )
44. Ailemizde hiçbir kural yoktur.	( )	( )	( )	( )
45. Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir.	( )	( )	( )	( )
46. Aile içinde, herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz.	( )	( )	( )	( )
47. Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeliyiz.	( )	( )	( )	( )
48. Bizim evde aklınıza gelen her şey olabilir.	( )	( )	( )	( )
49. Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz.	( )	( )	( )	( )
50. Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz.	( )	( )	( )	( )
51. Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	( )	( )	( )	( )
52. Sinirlenince birbirimize küseriz.	( )	( )	( )	( )
53. Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez.	( )	( )	( )	( )
54. Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz.	( )	( )	( )	( )
55. Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza, gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir.	( )	( )	( )	( )
56. Aile içinde birbirimize güveniriz.	( )	( )	( )	( )
57. Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz.	( )	( )	( )	( )
58. İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz.	( )	( )	( )	( )
59. Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz.	( )	( )	( )	( )
60. Problemimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.	( )	( )	( )	( )

## Ek 6. Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği

Yıkıcı Davranım Bozuklukları - Ölçekler

### TURGAY DSM-IV KÖKENLİ YIKICI DAVRANIŞ BOZUKLUKLARI BELİRTİ TARAMA ÖLÇEĞİ

Adı Soyadı :

Doğum Tarihi :

Cinsiyeti :

Doldurulma Tarihi :

Belirtilerin Süresi :

Son Tanı :

Ölçeği yanıtlayan kişinin yakınlık derecesi

Sorunlar	Hiç yok	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
1. Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerinde dikkatsizce hatalar yapar.	0	1	2	3
2. Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da yaptığı etkinliklerde dikkati dağılır.	0	1	2	3
3. Doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür.	0	1	2	3
4. Çoğu zaman emirlere uyamaz ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da işyerindeki görevlerini tamamlayamaz (kendisinden isteneni anlamaya bağlı değildir.)	0	1	2	3
5. Çoğu zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemekte ve planlamakta zorluk çeker.	0	1	2	3
6. Çoğu zaman sürekli kafa çalıştırmayı gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir.	0	1	2	3
7. Çoğu zaman üzerine aldığı görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örneğin; oyuncaklar, okul ödevleri, kalemler, kitaplar ya da araç-gereçler.)	0	1	2	3
8. Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağılır.	0	1	2	3
9. Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkanlıktır.	0	1	2	3
10. Çoğu zaman elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.	0	1	2	3
11. Çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar ve dolaşır.	0	1	2	3
12. Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuşturur durur ya da tırmanır (ergenlerde sadece kendisinin algıladığı huzursuzluk duyguları olabilir.)	0	1	2	3
13. Çoğu zaman, sakin bir biçimde, boş zamanları geçirme ya da oyun oynama zorluğu vardır.	0	1	2	3
14. Çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından idare ediliyormuş gibi davranır.	0	1	2	3
15. Çoğu zaman çok konuşur.	0	1	2	3
16. Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan önce cevabını yapıtırır.	0	1	2	3
17. Çoğu zaman sırasını bekleme güçlüğü vardır.	0	1	2	3
18. Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer (örneğin; başkalarının oyunlarına ya da konuşmalarına burnunu sokar.)	0	1	2	3

Çocuk Psikiyatrisinde Ölçütler/Ölçekler

Sorunlar	Hiç yok	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
19. Sık sık öfkelenir.	0	1	2	3
20. Sık sık büyükleriyle tartışmaya girer.	0	1	2	3
21. Büyüklerinin isteklerine ya da kurallarına uymaya çoğu zaman etkin bir biçimde karşı gelir ya da bunları reddeder.	0	1	2	3
22. Çoğu zaman, isteyerek, başkalarını kızdıran şeyler yapar.	0	1	2	3
23. Kendi yaramazlıkları için çoğu zaman başkalarını suçlar.	0	1	2	3
24. Çoğu zaman, alıngandın, çabuk darılır ya da başkalarını kolay kızdırılır.	0	1	2	3
25. Çoğu zaman içerler, kızgın ve güceniktir.	0	1	2	3
26. Çoğu zaman kincidir ve intikam almak ister.	0	1	2	3
27. Çoğu zaman başkalarına kabadaylık eder, gözdağı verir ya da gözünü korkutur.	0	1	2	3
28. Çoğu zaman kavga-dövüş başlatır.	0	1	2	3
29. Başkalarının ciddi bir biçimde fiziksel olarak yaralanmasına neden olacak bir silah kullanmıştır (örneğin; bir değnek, taş, kırık şişe, bıçak, tabanca.)	0	1	2	3
30. İnsanlara karşı fiziksel olarak acımasız davranmıştır.	0	1	2	3
31. Hayvanlara karşı fiziksel olarak acımasız davranmıştır.	0	1	2	3
32. Başkasının gözü önünde çalışmıştır (örneğin; saldırıp soyma, çanta kapıp kaçma, göz korkutarak alma, silahlı soygun.)	0	1	2	3
33. Birisini cinsel etkinlikte bulunması için zorlamıştır.	0	1	2	3
34. Ciddi hasar vermek amacıyla isteyerek yangın çıkarmıştır.	0	1	2	3
35. İsteyerek başkalarının malına mülküne zarar vermiştir (yangın çıkarma dışında.)	0	1	2	3
36. Bir başkasının evine, binasına ya da arabasına zorla girmiştir.	0	1	2	3
37. Bir şey elde etmek, bir çıkar sağlamak ya da yükümlülüklerinden kaçınmak için çoğu zaman yalan söyler (yani başkalarını 'atlatır'.)	0	1	2	3
38. Hiç kimse görmeden değerli şeyler çalmıştır (örneğin; kırmadan ve içeri girmeden mağazalardan mal çalma; sahtekarlık.)	0	1	2	3
39. 3 yaşından önce başlayarak, ailenin yasaklarına karşın çoğu zaman geceyi dışarıda geçirmiştir.	0	1	2	3
40. Anne - babasının ya da onların yerini tutan kişilerin evinde yaşarken en az iki kez gece evden kaçmıştır. ( ya da uzun bir süre geri dönmemişse bir kez.)	0	1	2	3
41. 3 yaşından önce başlayarak, çoğu zaman okuldan kaçmıştır.	0	1	2	3

## Ek 7. Aile Hayatı Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (AHÇYTÖ)

Ek : PARI Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme tutumu Ölçeği:

	4	3	2	1
	çok uygun buluyorum	oldukça uygun buluyorum	biraz uygun buluyorum	hiç uygun bulmuyorum
1. Çocuk yorucu veya zor işlerden korunmalıdır.	4	3	2	1
2. Anne ve babalar, çocuklarını dertlerini anlatmaya teşvik ederler. Fakat bazen çocukların dertlerinin hiç açılmaması gerektiğini anlayamazlar.	4	3	2	1
3. Çocuk boşa geçen dakikaların bir daha hiç geri gelmeyeceğini ne kadar çabuk öğrenirse, kendisi için o kadar iyi olur.	4	3	2	1
4. Bir anne çocuğunun düş kırıklığına uğramaması için elinden geleni yapmalıdır.	4	3	2	1
5. Çocuk ne kadar erken yürümeyi öğrenirse o kadar iyi terbiye edilebilir.	4	3	2	1
6. Çocuk yetiştirme sinir bozucu, yıpratıcı bir iştir.	4	3	2	1
7. Çocuğun hayatta öğrenmesi gereken o kadar çok şey vardır ki, zamanını boşa geçirmesi affedilmez.	4	3	2	1
8. Babalar, biraz daha şefkatli olsalar, anneler çocuklarını daha iyi yönetebilirler.	4	3	2	1
9. Çocuk yetiştirmenin kötü taraflarından biri de, anne ya da babanın istediğini yapabilmesi için yeter derecede özgür olmamasıdır.	4	3	2	1
10. Sıkı kurallarla yetiştirilen çocuklardan en iyi yetişkinler çıkar.	4	3	2	1
11. Bir anne çocuğunun mutluluğu için kendi mutluluğunu feda etmesini bilmelidir.	4	3	2	1
12. Daima koşuşturan, hareketli bir çocuk büyük bir olasılıkla mutlu bir kişi olacaktır.	4	3	2	1
13. Büyükler çocukların şakalarına güler, onlara eğlendirici öyküler anlatırsa, evdeki düzen daha düzgün, daha akıcı olur.	4	3	2	1
14. Çocuğun en gizli düşüncelerini kesinlikle bilmek, bir annenin görevidir.	4	3	2	1
15. Anne babalar çocuklarına, sorgusuz sualsiz kendilerine sadık kalmalarını öğretmelidirler.	4	3	2	1
16. Bütün genç anneler, bebek bakımında beceriksiz olacaklarından korkarlar.	4	3	2	1

17. Eğer bütün gününü çocuklarla geçirmek zorunda kalırsa, hangi anne olursa olsun sonunda çocuklar sinirine dokunur. 4 3 2 1
18. Anne ve babalar her zaman çocuklarının kendilerine uymasını beklememeli, biraz da kendileri çocuklarına uymalıdır. 4 3 2 1
19. Eğer aneler dileklerinin kabul edileceğini bilselerdi, babalarının daha anlayışlı olmalarını dilerlerdi. 4 3 2 1
20. Bir çocuğa ne olursa olsun döğüşmekten kaçınması gerektiği öğretilmelidir. 4 3 2 1
21. Çocuklar bencil olduklarında hep bir şeyler istediklerinde, annenin tepesinin atması çok normaldir. 4 3 2 1
22. Eğer çocuklar ailedeki kuralları uygun bulmuyorlarsa, bunu anne babalarına söylemeleri hoş karşılanmalıdır. 4 3 2 1
23. Anneler çoğu zaman çocuklarına bir dakika daha dayanamayacakları duygusuna kapılırlar. 4 3 2 1
24. Çocuğu sıkı terbiye ederseniz sonra size teşekkür eder. 4 3 2 1
25. Küçük bir çocuk cinsiyet konusundan sakınmalıdır. 4 3 2 1
26. Bir annenin çocuğun hayatı hakkında herşeyi bilmesi hakkıdır. Çünkü çocuğu onun bir parçasıdır. 4 3 2 1
27. Uyanık bir anne-baba çocuğun tüm düşüncelerini öğrenmeye çalışmalıdır. 4 3 2 1
28. Çocuklar, anne babalarının kendileri için neler feda ettiklerini düşünmelidirler. 4 3 2 1
29. Eğer çocukların dertlerini söylemelerine izin verilirse büsbütün şikayetçi olurlar. 4 3 2 1
30. Sert terbiye, sağlam ve iyi karakter geliştirir. 4 3 2 1
31. Genç bir kadın henüz gençken yapmak istediği pekçok şey olduğu için, anne olunca kendisini tutuklanmış duygusuna kaptırır. 4 3 2 1
32. Anneler çocukları için hemen hemen tüm eğlencelerini feda ederler. 4 3 2 1
33. Babalar daha az bencil olsalar kendilerine düşen görevi yaparlardı. 4 3 2 1
34. İyi bir anne çocuğunu ufak tefek güçlüklerinden korumalıdır. 4 3 2 1
35. Bir çocuğa anne ve babasını herkesten üstün görmesi öğretilmelidir. 4 3 2 1
36. Çocuklar hiçbir zaman ailesinden sır saklamamalıdır. 4 3 2 1

37. Çocuklardan sık sık ödün vermelerini, anne babaya uymalarını istemek doğru değildir. 4 3 2 1
38. Çoğu anneler bebeklerine bakarken onu inciteceklerinden korkarlar. 4 3 2 1
39. Bir çocuğa başı derde girdiğinde dövüşmek yerine büyüklere başvurması öğretilmelidir. 4 3 2 1
40. Anne baba arasındaki bazı konular hafif bir tartışma ile çözümlenemezler. 4 3 2 1
41. Ev bakımı ve idaresinde en kötü şeylerden biri de, kişinin kendi evinde tutuklanmış gibi hissetmesidir. 4 3 2 1
42. Hiçbir kadından yeni doğmuş bir bebeğe tek başına bakması beklenmemelidir. 4 3 2 1
43. Oğlan ve kız çocuklarının birbirlerini soyunurken görmemeleri gerekir. 4 3 2 1
44. Çocukların sorunlarına eğilirseniz sizi oyalamak için birçok masal uydururlar. 4 3 2 1
45. Eğer anne babalar çocukları ile şakalaşıp beraber eğlenirse, çocuklar onların öğütlerini dinlemeye daha çok yönelirler. 4 3 2 1
46. Anneleri kendileri yüzünden zorluk çektiği için çocuklar onlara karşı daha anlayışlı olmalıdırlar. 4 3 2 1
47. Bir çocuk eninde sonunda anne babasınınkinden daha üstün bir akıla sahip olamayacağını öğrenir. 4 3 2 1
48. Eğer bir anne çocuklarını iyi yetiştirmiyorsa belki de bu, babanın evde kendine düşen görevi iyi yapmamasından ileri geliyordur. 4 3 2 1
49. Genç bir anne için ilk bebeğin bakımı sırasında yalnız kalmaktan daha kötü birşey olamaz. 4 3 2 1
50. Bir çocuğun diğer bir çocuğa vurması hiçbir şekilde hoşgörülle karşılanamaz. 4 3 2 1
51. Anne babalar çocuklarına hayatta ilerleyebilmeleri için hep birşeyler yapmaları ve boşa zaman geçirmemeleri gerektiğini öğretmelidirler. 4 3 2 1
52. Akıllı bir kadın yeni bir bebeğin doğumundan önce ve sonra yalnız kalmamak için elinden geleni yapar. 4 3 2 1
53. Evde olup bitenleri sadece anne bildiği için ev hayatını onun planlaması lazımdır. 4 3 2 1
54. Kendi haklarına sahip olabilmesi için, bazen bir kadının kocasını terslemesi gerekir. 4 3 2 1
55. Bütün zamanını çocuklarıyla geçirmek, bir kadına kanadı kopmuş kuş duygusunu verir. 4 3 2 1

56. Eger anne kollarını sıvar, bütün yükü sırtına alırsa tüm aile rahat eder. 4 3 2 1
57. Anne babalar çocuklarını kendi kendilerine oluşturdukları güveni sarsabilecek bütün güç işlerden sakınmalıdırlar. 4 3 2 1
58. Çocuklar aslında sıkı disiplin içinde mutlu olurlar. 4 3 2 1
59. Çocukların toplantılarıyla, kız erkek arkadaşlıklarıyla ve eğlenceleriyle ilgilenen anne babalar onların iyi yetişmelerini sağlarlar. 4 3 2 1
60. Anne ve babaya sadakat herşeyden önce gelir. 4 3 2 1

## Ek 8. Anne-Baba Tutum Ölçeği (ABTÖ)

### ANNE-BABA TUTUM ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki soruları kendi anne ve babanın düşünerek dikkatle okuyunuz.  
Aşağıdaki durumun anne ve babanızın davranışına ne kadar benzediğini düşünün.  
Eğer **TAMAMEN BENZİYORSA** aşağıdaki cümlelerin sonuna 4;  
**BİRAZ BENZİYORSA** 3;  
**BENZEMİYORSA** 2;  
**HİÇ BENZEMİYORSA** 1; yazınız.

1. Herhangi bir sorunun olduğunda, eminim annem ve babam bana yardım ederler.
2. Annem ve babam büyüklerle tartışmam gerektiğini söylerler.
3. Annem ve babam yaptığım her şeyin en iyisini yapmam için beni zorlarlar.
4. Annem ve babam herhangi bir tartışma sırasında başkalarını kızdırmamak için, susmam gerektiğini söylerler.
5. Annem ve babam bazı konularda sen" kendin karar ver" derler.
6. Derslerimden ne zaman düşük not alsam, annem ve babam kızar.
7. Ders çalışırken anlayamadığım bir şey olduğunda, annem ve babam bana yardım ederler.
8. Annem ve babam kendi görüşlerinin doğru olduğunu bu görüşleri onlarla tartışmam gerektiğini söylerler.
9. Annem ve babam benden bir şey yapmamı istediklerinde, niçin bunu yapmam gerektiğini de açıklarlar.
10. Annem ve babamla her tartıştığımda bana "büyüdüğün zaman anlarsın" derler.
11. Derslerimden düşük not aldığımda, annem ve babam beni daha çok çalışmam için desteklerler.
12. Annem ve babam yapmak istediklerim konusunda kendi kendime karar vermeme izin verirler.
13. Annem ve babam arkadaşlarımı tanırlar.
14. Annem ve babam istemedikleri bir şey yaptığımda, bana karşı soğuk davranırlar ve küserler.
15. Annem ve babam sadece benimle konuşmak için zaman ayırırlar.
16. Derslerimden düşük notlar aldığımda, annem ve babam öyle davranır ki suçluluk duyar ve utanırım.
17. Ailemle birlikte hoşça vakit geçiririz.
18. Annemi ve babamı kızdıracak bir şey yaptığımda, onlarla birlikte yapmak istediğim şeyleri yapmama izin vermezler.

19. Genel olarak annen ve baban okul zamanı hafta içinde gece arkadaşlarıyla bir yere gitmene izin verirler mi?

Evet

Hayır

Eğer cevabınız Evet ise, aşağıdaki soruyu cevaplayınız.

Hafta içinde en geç saat kaçta kadar gece dışarıda kalmanıza izin verilir (PazartesiCuma arası)?

20.00'dan önce

20.00 - 20.59 arası

21.00 - 21.59 arası

22.00-22.59 arası

23.00 ya da daha geç

İstediğim saate kadar

20. Genel olarak annen ve baban hafta sonları gece arkadaşlarıyla bir yere gitmene izin verirler mi?

Evet

Hayır

Eğer cevabınız Evet ise, aşağıdaki soruyu cevaplayınız.

**Haftanın Cuma ya da Cumartesi akşamları en geç saat kaçta kadar gece dışarıda kalmanıza izin verilir?**

- 20.00'dan önce
- 20.00 - 20.59 arası
- 21.00 - 21.59 arası
- 22.00-22.59 arası
- 23.00 ya da daha geç
- İstediğim saate kadar

**Annen ve baban aşağıdakileri öğrenmek için ne kadar çaba gösterirler?**

**21. Eğer gece bir yere gittiysen nereye gittiğini,**

- Hiç çaba göstermez
- Çok az çaba gösterir
- Çok çaba gösterir

**22. Boş zamanlarınızda ne yaptığınızı,**

- Hiç çaba göstermez
- Çok az çaba gösterir
- Çok çaba gösterir

**23. Okuldan çıktıktan sonra ne yaptığınızı,**

- Hiç çaba göstermez
- Çok az çaba gösterir
- Çok çaba gösterir

**Annen ve babanın aşağıdakiler hakkında ne kadar bilgileri vardır?**

**24. Eğer gece bir yere gittiysen nereye gittiğin,**

- Bilgileri yoktur
- Çok az bilgileri vardır
- Çok bilgileri vardır

**25. Boş zamanlarınızda ne yaptığınızı,**

- Bilgileri yoktur
- Çok az bilgileri vardır
- Çok bilgileri vardır

**26. Okuldan çıktıktan sonra nereye gittiğin,**

- Bilgileri yoktur
- Çok az bilgileri vardır
- Çok bilgileri vardır.

## Ek 9. Stroop TBAG Formu

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ  
BALCALI HASTANESİ  
ÇOCUK PSİKİYATRİ ABD

### STROOP TESTİ TBAG FORMU\* KAYIT FORMU

Adı Soyadı : .....  
Doğum Tarihi : .....  
Yaşı : .....  
Cinsiyeti : .....  
Eğitim Düzeyi : .....

\*Uygulayıcının  
Adı Soyadı : .....  
Uygulama Tarihi : ...../...../.....  
Uygulama Yeri : .....

Bölüm I : Siyah Basılmış Renk İsmi Okuma				Bölüm II : Renkli Basılmış Renk İsmi Okuma			
M	S	K	Y	M	S	K	Y
Y	M	S	K	Y	M	S	K
Y	K	M	S	Y	K	M	S
K	Y	S	M	K	Y	S	M
S	K	Y	M	S	K	Y	M
K	M	S	Y	K	M	S	Y

Bölüm III : Şekil Rengi Söyleme				Bölüm IV : Renk İsmi Olmayan Kelime Rengi Söyleme			
Y	M	S	K	Y	M	S	K
S	K	Y	M	S	K	Y	M
M	Y	S	K	M	Y	S	K
M	S	K	Y	M	S	K	Y
K	Y	M	S	K	Y	M	S
S	Y	M	K	S	Y	M	K

	TOPLAM SÜRE	HATA SAYISI	DÜZELTME SAYISI
BÖLÜM I			
BÖLÜM II			
BÖLÜM III			
BÖLÜM IV			
BÖLÜM V			

Bölüm V : Renk İsmi Olan Kelime Rengi Söyleme			
Y	M	S	K
S	K	Y	M
M	Y	S	K
M	S	K	Y
K	Y	M	S
S	Y	M	K

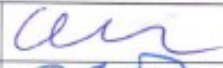



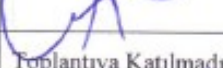
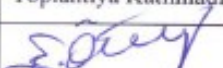

\*BİRNOT Bataryasının araştırma ve geliştirme çalışmaları TBAG-Ü /17-2 sayılı proje ile TÜBİTAK TARAFINDAN GERÇEKLEŞTİRİLMİŞTİR.

## Ek 10. Etik Kurul Kararı

### T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı	Tarih
72	28 Aralık 2017

KARAR NO 5- Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda, Prof. Dr. Ayşegül Yolga Tahiroğlu yönetiminde, Doç. Dr. Gonca Gül Çelik'in, Yrd. Doç. Dr. Özge Metin'in, Uzm. Dr. Perihan Çam Ray'ın katkılarıyla, Araş. Gör. Dr. Oğuz Sevince tarafından yürütülmesi öngörülen, "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Aile Tutumları ve İlaç Kullanımına Etkisi" başlıklı tıpta uzmanlık tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	Doç Dr Selim Kadioğlu Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	Prof Dr Davut Alptekin Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyostatistik Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	
	Prof Dr Murat Gündüz Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Doç Dr Ezgi Özyılmaz Saraç Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	Toplantıya Katılmadı
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye	

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana  
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22