ISSN: 2146-9490
JCBPR, 2015, 3: 162-172

ORIGINAL ARTICLE/*ÖZGÜN MAKALE*

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanısı Olan Olgularda Aile İşlevselliği ve Anne Anksiyetesinin Kontrol Grubu ile Karşılaştırılması

Gonca ÖZYURT[1], Aynur PEKCANLAR AKAY[2], Yusuf ÖZTÜRK[3]

[1]Uzm. Dr./Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Nevşehir Devlet Hastanesi
[2]Prof. Dr./Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İzmir
[3]Uzm. Dr./Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Kâtip Çelebi Tıp Fakültesi İzmir

Özet

Giriş: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), çocukluk çağında en sık görülen nörogelişimsel bozukluklardan biridir. Ebeveyn ile ilgili etkenler aile işlevselliğini etkileyerek, çocuğun DEHB belirtileri üzerine değişiklikler yapabilir. Bu çalışmada DEHB tanılı olguların aile işlevselliği ve annelerindeki kaygı düzeyinin kontrollerle karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya 6-12 yaş arasında 62 DEHB tanılı ve DEHB grubu ile yaş ve cinsiyet olarak eşleştirilmiş hastanenin diğer kliniklerine başvuran 62 çocuk katılmıştır. DEHB tanısı ve eşlik eden komorbiditeleri ortaya koymak için Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi, Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDGŞG-ŞY) kullanılmıştır. Çalışmaya katılan DEHB olguları tedavi almamaktadır. DuPaul DEHB ölçeği Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) ve annelerin kaygısını değerlendirmek için Spielberger Süreklilik ve Durumluk Kaygı ölçeği kullanılmıştır.

Sonuçlar: Olgu ve kontrollerin sosyodemografik özellikleri farksızdır. DEHB ve kontrol grubunun ADÖ alt ölçekleri açısından kıyaslandığında "roller", "gereken ilgiyi gösterme", "davranış kontrolü" alt ölçeklerinde istatistiksel anlamlı farklılık bulunmuştur. Yine DEHB tanılı çocuğu olan annelerin durumluk ve süreklilik kaygı düzeyi kontrollere göre daha yüksek bulunmuştur.

Tartışma: DEHB genellikle ergenlik ve erişkinlik döneminde de devam eden ve birçok alanda işlev kaybına sebep olan bir bozukluktur. Eğer annelerin kaygısı, ailelerin işlevsellikleri ve DEHB arasındaki ilişki iyi anlaşılırsa, DEHB'nin tedavisi daha etkin sağlanabilir. **(Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi 2015; 3: 162-172)**

Anahtar kelimeler: Aile işlevselliği, anne, dikkat eksikliği, kaygı, hiperaktivite

Abstract

Family Functioning and Maternal Anxiety Among Cases Diagnosed With Adhd: A Comparison Study

Aim: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most common childhood neurodevelopmental disorders. Factors related with parents affect family functioning and make changes in ADHD symptoms. We aimed to evaluate maternal anxiety and family functioning in children with ADHD comparing with controls and their mothers.

Method: The study group consisted of 62 children (6-12 years old) diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. The control group (62 children) comprised patients of other clinics at hospital and was matched for gender and age to the ADHD patients. The Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children- Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) was used to diagnose ADHD and allowed comorbidities. All patients were treatment-naive. DuPaul Attention Deficit and Hyperactivity Disorder-Rating Scale -IV Inventory for ADHD symptoms, Family Assessment Device (FAD) for family functioning, State Trait Anxiety Inventory for maternal anxiety were used.

Results: There was no significant difference between sociodemographic data of two groups. The families of children with ADHD had more family dysfunction in roles, behavioral control, affective involvement subscales. Mothers of children with ADHD had higher scores than controls in State and Trait Anxiety Inventory forms.

Conclusion: ADHD generally continues into adolescence and adulthood, and multiple functional impairments can occur due to ADHD. If the relationship between maternal anxiety; family functioning, and ADHD is understood well, treatment of ADHD will be provided more effectively. **(Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapy and Research 2015; 3: 162-172)**

Keywords: Anxiety, attention deficit, family functioning, hyperactivity, mother

GİRİŞ

DEHB, dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik gibi heterojen klinik özellikleri olan ve çocukluk çağında en sık görülen nörogelişimsel bozukluklardan biridir (Amerikan Psikiyatri Birliği 2013). Yaygınlığı dünya genelinde %8 ile %12 arasında değişmektedir (Polanczyk ve ark. 2007). DEHB; akran ilişkisinde zorluk, ders başarısızlığı, ebeveynlerle sık sık tartışma gibi birçok olumsuzluğa sebep olabilir (Johnston ve Mash 2001, Seipp ve Jonhston 2005, Herman ve ark. 2007, Mrug ve ark. 2009, Deault 2010). Çocuk yetiştirmek, birçok kişi için hayatının en zorlu göreviyken ek olarak çocuklarında DEHB gibi öz düzenleme bozukluğunun eşlik ediyor olması ebeveynleri çaresiz hissettirebilmekte ve aile işlevselliğinde bozulmalar olabilmektedir. Konuyla ilgili yazın incelendiğinde DEHB tanısı olan çocuklara sahip ebeveynlerin anksiyete ve depresyon düzeyinin topluma göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Gerdes ve ark. 2007, Kepley ve Ostrander 2007, Durukan ve ark. 2008, Ray ve ark. 2009). Ebeveynler; DEHB tanısı olan çocukların davranış sorunlarıyla başa çıkma dışında medikal tedavileri, okul başarısı ve akran ilişkisinde bozulmanın onarılması gibi birçok konu ile mücadele ederler (Riley ve ark. 2006). Zorlayıcı bu durum ebeveynlerde özellikle depresyon, anksiyete bozukluğu, artmış alkol ve madde kullanımı gibi psikiyatrik bozukluklara sebep olabilmektedir (Biederman ve ark. 1991a, Biederman ve ark. 1992, Chronis ve ark. 1992, Fones ve ark. 2000). DEHB tanısı olan çocukların yaklaşık % 50'si; otorite figürlerine karşı gelme, negativistik ve düşmanca davranışlarla kendisini gösteren bir bozukluk olan, karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKB) tanısı da almaktadır (Biederman ve ark. 1991b). Her ne kadar DEHB'nin etiyolojisi için birçok genetik ve biyolojik faktör gösterilse de (Barkley 1998), karşıt olma karşı gelme davranışlarının sosyal ve çevresel etkenlerle güçlü ilişkisi olduğu gösterilmiştir (Campbell ve ark. 1986, Anderson ve ark. 1994, Barkley 1998, August ve ark. 1999, Johnston ve Mash 2001). DEHB'de görülen karşıt olma karşı gelme davranışlarının ebeveyn psikopatolojisi ve zorlayıcı ebeveyn tutumu gibi ailesel değişkenlere bağlı olarak gelişebildiği birçok çalışmada araştırılmıştır (Moffitt 1990, Whalen ve Henker 1999). Her ne kadar ebeveynlerin olumsuz tutumları neticesinde DEHB olan çocuklardaki davranış bozukluklarının geliştiği öne sürülse de Scaramella ve Leve (2004) çocukların davranış sorunlarının ebeveynlerde daha sert ve zorlayıcı ebeveynlik sergilemelerine yol açtığını ileri sürmüştür. DEHB ve komorbid KOKB tanısı olan çocuklardaki davranış sorunları nedeni ile annelerin yoğun kaygı yaşayabildiği, depresyona girebildiği ya da çocuğuna karşı düşmanca davranışlar sergileyebildiği çalışmalarda gösterilmiştir (Befera ve Barkley 1985, Biederman ve ark. 1987, Brown ve Pacini 1989).

DEHB etiyolojisinde biyolojik ve genetik faktörlerin etkili olduğunun anlaşılmasından sonra çalışmalar genellikle bu yöne kaymış ve ailelerle ilgili yapılan çalışmaların önemi göz ardı edilmeye başlamıştır (Johnston ve Mash 2001). Aile işlevselliği üzerine yapılan çalışmalarda aile bireyleri arasındaki bağlılıkta ve karşılıklı etkileşimde azalmaya, daha fazla çatışmaya sebep olduğu bulunmuştur (Scahill 1999). DEHB'li çocukların aileleri ile ilgili ülkemizde sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (Pekcanlar ve ark. 1999, Varolgüneş 1999, Güçlü ve Erkıran 2004, Kılıç ve Şener 2005, Gökçen ve ark. 2011, Kandemir 2009).

Bu çalışmada DEHB ya da DEHB'ye komorbid KOKB tanısı konulmuş çocukların annelerinin, anksiyete düzeyleri ve aile işlevlerinin araştırılması ve sağlıklı kontrollerin anneleriyle karşılaştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Örneklem

Okulların açıldığı dönem olan Eylül 2015- Kasım 2015 arasında Nevşehir Devlet Hastanesi Çocuk Psikiyatri polikliniğine başvuran; K-SADS'e göre DEHB tanısı olan; daha önce DEHB ilacı kullanmamış; çalışmaya katılmayı kabul eden 6-12 yaş arasında 62 DEHB tanılı olgu ve anneleri ile Nevşehir Devlet Hastanesi polikliniklerine başvuran; K-SADS'e göre herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı olmayan; çalışmaya katılmayı kabul eden yaş ve cinsiyet olarak olgu grubundan farksız 62 çocuk ve annesi çalışmaya dâhil edilmiştir. Klinik olarak normal zekâ olanlar çalışmaya dâhil edilmiştir. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

1. ***Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi- Şimdi ve yaşam boyu versiyonu (ÇDGŞG-ŞY) (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children Present and Life-time KIDDIE-SADS-PL):*** Kauffman ve arkadaşları (1997) tarafından 6-18 yaşlar arasındaki çocuk ve ergenlerde şimdiki ve yaşam-boyu psikopatolojiyi araştırmak için geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir görüşme biçimidir. K-SADS-PL, DSM-IV

(Amerikan Psikiyatri Birliği 1994) tanı ölçütleri doğrultusunda oluşturulmuştur (Kaufman ve ark. 1997). K-SADS-PL'nin Türkçe çevirisi ve geçerlik ve güvenilirlik çalışması Gökler ve arkadaşları (2004) tarafından yapılmıştır.

2. ***Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) (Family Assessment Device (FAD):*** Yedi kısımdan oluşan ölçek 1983 yılında Epstein ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Birinci kısım; problem çözme becerilerini, ikinci kısım; aile içi iletişimi, üçüncü kısım; aile içindeki rolleri, dördüncü kısım; üzüntü, öfke, korku, sevinç, sevgi, ilgi, sevgi 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 bir (1) puan' , 'Büyük ölçüde katılıyorum: iki (2) puan', 'Biraz katılıyorum: üç (3) puan', 'Hiç katılmıyorum: dört (4) puan' olarak değerlendirilir. Ölçek ebeveynler tarafından doldurulur. Türkçe geçerlilik ve güvenirliği Bulut (1990) tarafından yapılmıştır.

3. ***DuPaul Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu değerlendirme ölçeği (DuPaul ADHD-RS-IV Inventory) (DuPaul DEHB ölçeği):*** DuPaul DEHB ölçeği, DEHB'nin DSM-IV tanısında bulunan 18 semptomun her biri için 1 madde bulunan 18 maddeli bir ölçektir. DuPaul ve arkadaşları (1998) tarafından geliştirilmiş olan değerlendirme ölçeği geçmiş hafta boyunca semptomların ciddiyetini değerlendiren hekim tarafından doldurulan bir ölçektir.

4. ***Sosyodemografik Veri Formu:*** Bu form çocukların ve ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri hakkında bilgi toplama amacıyla ilgili yazın temel alınarak, yazarlar tarafından oluşturulmuştur. Formda çocuğun yaşı, cinsiyeti, sosyoekonomik düzeyi, akademik durumu, akran ilişkisi ve ebeveynlere yönelik ebeveynlerin yaşı, eğitim durumu, medeni hali ve mesleğini araştıran sorular mevcuttur. Klinisyen tarafından doldurulmuştur

5. ***Durumluk ve Süreklilik Kaygı Ölçeği:*** Spielberger ve arkadaşları (1970) tarafından Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (State–Trait Anxiety Inventory) geliştirilmiş, 1985 yılında Necla Öner ve Le Compte tarafından Türkçeye çevrilerek geçerliliği ve güvenirliği yapılmıştır.

Durumluk Kaygı Ölçeği, bireyin belli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler. Sürekli Kaygı Ölçeği ise; bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak, kendini nasıl hissettiğini belirler. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeğinde, bireylerin duygularını ifade etmede kullanabilecekleri 40 ifade bulunmaktadır. Kişi kendini nasıl hissediyorsa ve duygularının şiddetine göre, "Hiç" (1), "Biraz" (2), "Oldukça" (3), "Tamamıyla" (4) seçeneklerinden birini işaretlemesi gerekir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan ise düşük kaygı seviyesini belirtir.

İstatistiksel Analiz: Çalışmada elde edilen değişkenlerin istatistiksel analizi için SPSS 15.0 programı kullanıldı. Olgu ve kontrol grubuna ait sosyodemografik ve klinik bazı kategorik değişkenler sayı ve yüzde değerleri ile değerlendirilmiştir. Sınıflandırılmış kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında çapraz kikare testi kullanılmıştır. Öncelikle verilerin dağılımı Kolmogorov-Smirnov yöntemi ile değerlendirilmiştir. Verilerin dağılımı normal dağılıma uymadığı için ikili gruplar Mann-Whitney U testi ile, üçlü grup ise Kruskal Wallis ile değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkinin saptanmasında Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Anlamlılık, %95'lik güven aralığında, $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

SONUÇLAR

Sosyodemografik açıdan DEHB ve kontrol grubu karşılaştırılmasında ki-kare istatistiksel analiz kullanılmıştır. DEHB grubunun yaş ortalaması 8.34±1.50 iken kontrol grubunun yaş ortalaması 8.08±1.58 bulunmuştur. İki grubunun yaş ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p = 0.238$). DEHB grubunda 47 erkek çocuk 15 kız çocuk varken kontrol grubunda yine 48 erkek çocuk 14 kız çocuk yer almıştır ($p = 0.832$). Anne babaların yaşı, eğitim durumu, evlilik durumu, çalışma durumu ve sosyoekonomik durumu arasında fark bulunmamıştır. DEHB grubunun ders başarısı daha düşük, akran ilişkisi daha kötü bulunmuştur ($p < 0.001$, $p < 0.001$). Tablo 1'de sosyodemografik veriler detaylı olarak verilmiştir. DEHB grubundaki 62 çocuğun 19'unda KOKB, 6'sında sosyal fobi, 2'sinde depresyon, 1'inde yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) tanısı varken 34 çocukta herhangi komorbid bir bozukluk saptanamamıştır. Yine DEHB alt tiplerine bakıldığında 10 çocukta Dikkat Eksikliği Baskın Tip DEHB, 12 çocukta Aşırı Hareketlilik Baskın Tip DEHB ve 40 çocukta Karma Tip DEHB vardır (Tablo 2).

DEHB ve kontrol grubunun ADÖ alt ölçekleri açısından kıyaslandığında "Problem Çözme", "Duygu-

Tablo 1. Olgu ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri

	DEHB grubu	**Kontrol grubu**	**z/x^2**	**P**
Yaş*	8.34±1.50	8.08±1.58	-1.181	0.238
Cinsiyet**				
Erkek	47	48	0.045	0.832
Kız	15	14		
Evlilik durumu**				
Evli	61	62	1.008	0.315
Boşanmış	1	0		
Annenin doğum yaşı**				
15-18	29	31	-2.430	0.488
18-35	33	31		
Anne yaşı*	33.50±3.80	32.77±4.61	-0.778	0.436
Anne eğitimi**				
<8 yıl	30	29	3.564	0.313
>8 yıl	32	33		
Annenin çalışma durumu**				
Çalışıyor	15	20	2.396	0.494
Çalışmıyor	47	42		
Baba eğitimi**				
<8 yıl	41	38	1.264	0.738
>8 yıl	21	24		
Babanın çalışma durumu**				

Çalışıyor	54	56	1.717	0.633
Çalışmıyor	8	6		
Sosyoekonomik durum**				
Orta-düşük gelir	24	32	5.672	0.059
Yüksek gelir	38	30		
Okul başarısı**				
Orta-düşük başarı	11	1	26.379	**<0.001**
Yüksek başarı	51	61		
Arkadaş ilişkisi**				
Yeterince iyi	42	62	23.846	**<0.001**
Yakın arkadaş tariflenmiyor	20			

*: Mann Whitney U testi uygulanarak iki grup karşılaştırılmıştır.
**:Ki-kare analizi kullanılmıştır.

sal Tepki Verebilme", "İletişim" ve "Genel İşlevler" alt ölçekleri açısından istatistiksel anlamlı farklılık yokken; "Roller", "Gereken İlgiyi Gösterme", "Davranış Kontrolü" alt ölçeklerinde istatistiksel anlamlı farklılık bulunmuştur (sırasıyla, $p = 0.076$, $p = 0.123$, $p = 0.654$, $p = 0.123$, $p < 0.001$, $p < 0.001$, $p < 0.001$). DEHB grubundaki annelerin kaygısı kontrol grubu annelerine göre anlamlı yüksek bulunmuştur (sırasıyla, $p < 0.001$, $p < 0.001$).

Annelerin durumluk kaygısı ile aile değerlendirme ölçeği "roller" ($r = 0.387$, $p < 0.001$), "duygusal tepki verme" ($r = 0.281$, $p = 0.002$), "yeterince ilgi gösterme" ($r = 0.384$, $p < 0.001$), "davranış kontrolü" ($r = 0.331$, $p < 0.001$), "genel İşlevler" ($r = 0.229$, $p < 0.001$), DuPaul Dikkat ($r = 0.699$, $p < 0.001$) ve DuPaul Hareketlilik ($r = 0.694$, $p < 0.001$) arasında pozitif korelasyon; Annelerin "Süreklilik Kaygısı" ile aile değerlendirme ölçeği "roller" ($r = 0.274$, $p = 0.002$), "duygusal tepki verebilme" ($r = 0.241$, $p = 0.007$), "yeterince ilgi gösterme" ($r = 0.277$, $p = 0.002$), "genel işlevler" ($r = 0.191$, $p = 0.033$), DuPaul dikkat ($r = 0.551$, $p < 0.001$) ve DuPaul hareketlilik ($r = 0.552$, $p < 0.001$), pozitif korelasyon saptanmıştır.

KOKB+DEHB grubu DEHB grubu ile karşılaştırıldığında ADÖ "roller", "duygusal tepki verebilme", "gereken ilgiliyi gösterme", "genel işlevler" alanlarında istatistiksel anlamlı farklılık saptanırken (sırasıyla, $p = 0.037$, $p = 0.018$, $p = 0.015$, $p = 0.005$) "davranış kontrolü", "problem çözme", "iletişim" alt ölçeklerinde farklılık bulunmamıştır (sırasıyla, $p = 0.955$, $p = 0.080$, $p = 0.092$). KOKB+DEHB grubu annelerinin STAI-süreklilik ve STAI-durumluk skorları DEHB grubu annelerinden istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (sırasıyla, $p < 0.001$, $p < 0.001$).

Kruskal Wallis testi ile DEHB alt tipleri ve ADÖ alt ölçekleri ve STAI skorları arasında istatistiksel açıdan değerlendirme yapıldığında sadece ADÖ "duygusal tepki verebilme" alt ölçeği arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p = 0.02$). DE baskın tipte "duygusal tepki verebilme" skorları diğer iki gruba göre daha düşüktür.

Tablo 2. Komorbid durumlar ve DEHB alt tipleri

Komorbidite	**N**	**%**
KOKB*	**19**	**30.6**
YAB**	**1**	**1.6**
Sosyal Fobi	**6**	**9.7**
Depresyon	**2**	**3.2**
Komorbid durum yok	**34**	**54.8**
DEHB alt tipleri		
Dikkat eksikliği baskın	9	14.5
Hareketlilik baskın	12	19.4
Karma	41	66.1

KOKB: Karşı olma karşı gelme bozukluğu
YAB: Yaygın anksiyete bozukluğu

TARTIŞMA

Çalışmamızda DEHB tanısı olan çocukların annelerinin hem durumluk hem de süreklilik kaygı düzeyi kontrol grubunun annelerine göre daha yüksek bulunmuştur. Yine KOKB+DEHB tanısı olan çocukların annelerinin kaygı düzeyi sadece DEHB tanısı olan çocukların annelerine göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızın bu sonuçları; DEHB tanısı olan çocukların okul işlevselliğinde, akranlarıyla olan ilişkilerinde, aile bireyleri ile iletişiminde ve davranış kontrolünde zorlukları olması ve yaşanılan zorlukların ebeveynin stresini ve kaygısını artırıyor olması ile ilişkili olabilir (Stormskhak ve ark. 2000, Johnston ve Mash 2001, Gerdes ve ark. 2007, Kepley ve Ostrander 2007, Durukan ve ark. 2008). KOKB tanılı çocuklarda bulunan sorumluluk almayı kabul etmeme, büyüklerle sık sık tartışmaya girme, çabuk öfkelenme, karşı gelme davranışları KOKB+DEHB grubunun annelerinin kaygılarını daha da artırmış olabilir. Çalışmamızda DEHB tanısı olan çocukların annelerinin hem durumluk hem de süreklilik kaygı düzeyi kontrol grubunun annelerine göre daha yüksek bulunması önceki çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur (Gerdes ve ark. 1997, Riley ve ark. 2006, Durukan ve ark. 2008).

Çalışmamızda ADÖ verilerine bakıldığında ise "gereken ilgiyi gösterme", "roller" ve "davranış kontrolü" alanlarında DEHB grubunun 2'nin üstünde ve kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlı bulunduğu; "duygusal tepki verebilme", "genel işlevler", "problem çözme", "duygusal tepki verebilme" ve "iletişim" alt ölçeklerinin kontrol grubu ile arasında fark bulunmadığı tespit edilmiştir. Kandemir (2009) tarafından yapılan çalışmada DEHB ve kontrol gruplarında ADÖ puanları açısından karşılaştırıldığında; "problem çözme", "iletişim", "roller", "duygusal tepki verebilme", "gereken ilgiyi gösterme", "genel işlevler" puanları, DEHB grubunda anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. "Davranış kontrolü" alanında ise iki grup arasında fark saptanmamıştır (Kandemir 2009). Pekcanlar ve arkadaşları (1999) yaptığı çalışmada DEHB'li çocukların aile işlevleri ile kontroller arasında fark bulunmamıştır. Çalışmamızda eşlik eden KOKB ve DEHB tanısı olan çocukların sadece DEHB olan çocuklara göre "genel işlevler", "duygusal karşılılık" ve "gereken ilgiyi gösterme" alanlarında daha fazla güçlükleri vardır. Pekcanlar ve arkadaşlarının (1999) çalışmasında ise DEHB ve Davranım Bozukluğu olan çocukların ailelerinde "iletişim" alanlarında problemler olduğu tespit edilmiştir. Özcan ve arkadaşları (2003) yaptıkları bir çalışmada "davranış kontrolü" alt ölçeği puanlarını, DEHB+KOKB olan grupta sadece DEHB olan gruba göre anlamlı derecede daha yüksek bu-

Tablo 3. DEHB ve kontrol grubunun ADÖ, STAI ve DuPaul verileri açısından kıyaslanması

	DEHB	**Kontrol**	*Z*	**P**
ADÖ				
Problem Çözme	2.51±0.78	2.15±0.61	-1.776	0.076
İletişim	1.93±0.49	1.86±0.50	-0.449	0.654
Roller	2.24±0.68	1.73±0.57	-4.745	<0.001
Duygusal tepki verme	1.93±0.72	1.67±0.45	-1.543	0.123
Gereken ilgiyi gösterme	2.16±0.51	1.71±0.50	-4.599	<0.001
Davranış kontrolü	2.18±0.51	1.65±0.60	-4.877	<0.001
Genel işlevler	1.96±0.55	1.82±0.43	-1.542	0.123
STAI-süreklilik	44.58±10.87	31.27±9.98	-5.655	<0.001
STAI-durumluk	45.03±10.35	28.70±7.00	-6.018	<0.001
Dupaul dikkat	17.80±3.30	3.37±1.76	-9.660	<0.001
Dupaul Hareketlilik	17.29±4.16	4.25±1.82	-9.646	<0.001

*: Mann Whitney U testi uygulanarak iki grup karşılaştırılmıştır.
ADÖ: Aile değerlendirme ölçeği
STAI: Durumluk ve Süreklilik Kaygı Ölçeği

lunmuştur. Kılıç ve Şener (2003) yaptığı çalışmada "roller" ve "davranış kontrolü" puanlarında DEHB ve KOKB ile DEHB ve Davranım Bozukluğu gruplarında DEHB grubuna göre anlamlı yüksek saptanmıştır. Yazında DEHB'ye eşlik eden davranım bozukluğu ve KOKB olan çocukların ailelerinin sadece DEHB'si olan ve kontrol grubundaki ailelere oranla kişiler arası ilişkilerde daha çatışmalı ve daha az organize olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Landgraf ve ark. 2002). Yıkıcı Davranım Bozukluğu olan çocukların anne babalarının aile çevrelerinin daha az destekleyici, daha fazla stresli ve anne babaların baş

Tablo 4. KOKB+DEHB grubu ile DEHB grubunun ADÖ ve STAI verileri açısından kıyaslanması

	KOKB+DEHB	DEHB	Z	P
ADÖ				
Problem Çözme	2.27±0.68	2.03±0.56	-1.754	0.080
İletişim	2.08±0.57	1.85±0.43	-1.683	0.092
Roller	2.53±0.71	2.10±0.67	-2.086	0.037
Duygusal tepki verme	2.24±0.80	1.79±0.67	-2.363	0.018
Gereken ilgiyi gösterme	2.36±0.4	2.07±0.5	-2.424	0.015
Davranış kontrolü	2.20±0.47	2.15±0.48	-0.057	0.955
Genel işlevler	2.25±0.45	1.85±0.55	-2.792	0.005
STAI-süreklilik	57.63±3.43	36.85±6.49	-5.655	<0.001
STAI-durumluk	58.36±3.83	37.11±3.70	-6.018	<0.001

*: Mann Whitney U testi uygulanarak iki grup karşılaştırılmıştır.
ADÖ: Aile değerlendirme ölçeği
STAI: Durumluk ve Süreklilik Kaygı Ölçeği

edebilme becerilerinin daha kötü olduğu tespit edilmiştir (Matza ve ark. 2004). Çalışmalar aile işlevlerindeki bozukluğun DEHB'den çok eşlik eden KOKB ile ilişkili olabileceğini ortaya koymuştur (Çakaloz ve ark. 2006, Macklem 2008, Martel 2009). Yazınla uyumlu olarak bizim çalışmamızda da eşlik eden KOKB durumunda aile işlevselliğinin daha da kötü olduğu bulunmuştur (Türkbay ve ark. 2002, Özcan ve ark. 2003, Çakaloz ve ark. 2006). Yine çalışmamızda olguların tedavisine henüz başlanmamış olması aile işlevselliği üzerine etki etmiş olabilir; başlanılan tedavilerle çocuklarda oluşan klinik yanıtın aile işlevleri üzerine olumlu etkisi olabilir.

Annelerin durumluk kaygısı ile Aile Değerlendirme Ölçeği, "roller", "duygusal tepki verebilme", "yeterince ilgi gösterme", "davranış kontrolü", "genel işlevler" arasında; annelerin süreklilik kaygısı ile aile değerlendirme ölçeği, "roller", "duygusal tepki verebilme", "yeterince ilgi gösterme", "genel işlevler" arasında ilişki saptamış olmamız kaygı düzeyi yüksek annelerin aile işlevlerinde daha fazla bozulma olduğunu düşündürebilir.

ADÖ'nün "roller" alt bölümünde aile bireylerinin görevlerinin belirli olması ve yerine getirilmesine dair değerlendirme yapılmaktadır. Hem DEHB ve kontrol

grubu karşılaştırıldığında hem de KOKB+DEHB grubu DEHB grubu ile kıyaslandığında anlamlı farklılıklar elde edilmiştir. DEHB tanısı olan çocukların ödevlerini yapmada zorlanması, eşyalarını sık sık unutması ya da kaybetmesi; odasını yeterince düzenleyememesi kontrol grubu ile bu farklılığın oluşumuna sebep olmuş olabilir. KOKB tanısı olan çocukların ise evdeki görevlerini yerine getirmede daha da zorlandığı; evdeki kurallara uyamadığı düşünülmüştür. Bu durum annelerin ebeveynlik streslerini artırıp onları kaygılandırmış olabilir. Annelerin kaygısı ile roller daha da karışmış olabilir. Kepley ve Ostrander (2007) yaptığı çalışmada DEHB olan çocukların anneleri ebeveynlik rollerini yeterince yerine getiremediklerini ifade etmişlerdir.

"Duygusal tepki verebilme" alt bölümünde uyaranlar karşısında uygun tepkiyi göstermek olarak tariflenebilir. DEHB+KOKB tanısı olan çocukların hareketlerini yeterince kontrol edememesi, ebeveynine sık sık karşı gelmesi, dürtüselliği ebeveyni zorlayabilir. Daha önce yapılan çalışmalarda ebeveynlerin çocuklarının bu davranışlarını kontrol edebildiklerini düşündükleri, çocukların kasten yaptığını düşündükleri ortaya çıkmıştır (West ve ark. 1999).

"Gereken ilgiyi gösterme", aile üyelerinin birbirine gösterdiği ilgi, bakım ve sevgiyi içerir. Yeterince olması çok önemlidir. DEHB tanılı olgular kendilerini yeterince iyi düzenleyemedikleri için ödev yapma süreleri uzamakta, anneleri ile sık sık tartışma yaşamakta ve başka alanlarda ilgilenmek için yeterli vakit ve enerjiyi bulamıyor olabilirler.

Bir çalışmada DEHB tanılı çocuğu olan annelerin çocukları ile daha az iletişime girdikleri ve onlara daha az yakınlık gösterdikleri bulunmuştur (Gerdes ve ark. 1997). KOKB tanısının da eklenmesi anne çocuk ilişkisini daha da bozuyor olabilir ve gösterilen ilgi daha da azalıyor olabilir.

"Davranış kontrolü", ebeveynlerin uyguladığı disiplinle ilgili değerlendirmeyi içerir. Kontrolün esnek, katı, serbest ve ya düzensiz olması sorulur. DEHB tanısı olan çocukların aileleri çocuklarının davranış sorunlarına karşı davranışların ya değişmeyeceğini düşünürler ya da fazla tepki vermeye başlayabilirler (Ray ve ark. 2009).

Anne- çocuk ilişkisinin zedelenmesi, çocuklarda karşı gelme ve saldırgan davranışların artmasına, devamlı hâl almasına sebep olabilir (Stormskhak ve ark. 2000). Aile ilişkilerinde güçlükler, ailenin işlevselliğinde bozulmaya; DEHB'nin şiddetlenmesine ve KOKB'nin eşlik etmesine yola açabilir. Bu çalışmanın sonuçları yazında DEHB'ye eklenen KOKB olan çocukların ailelerinde aile işlevlerinde sorun olduğunu gösteren çalışmalarla uyumludur (Freeman ve ark. 1997, Türkbay ve ark. 2002, Ray ve ark. 2009).

DEHB'ye eşlik eden KOKB olması tedaviyi sadece DEHB olmasına göre daha zor kılabilir, aile işlevlerinde daha fazla bozulmaya sebep olabilir; bu durum belirtilerin daha ağır ve ebeveyn çocuk ilişkisinin daha çok güçlüklerle karşılaşması ile ilişkili olabilir. Yapılan bazı çalışmalarda ise aile işlevselliğindeki bozulmanın ve ebeveyndeki ruhsal sorunların DEHB'de KOKB veya davranım bozukluğu komorbidite riskini artırdığını göstermiştir (Leung ve ark. 1996, Lindhal 1998). Aile ilişkileri, ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasında ve devamında çok önemlidir (Taylor ve ark. 1986). Ebeveyn-çocuk ilişkisinin yeterince iyi olmadığı durumlarda çocuklarda davranış sorunları ortaya çıkabilir ve süregelen davranış sorunları yıkıcı davranış bozukluklarını tetikleyebilir (Stormskhak ve ark. 2000).

Çalışmamızın kısıtlılıkları ise örneklemi sonuçları genellemek açısından yeterli değildir. Yine çalışmamızda sadece annelerden gelen bilgileri kullanmamız çalışmamızın nesnelliğini etkilemiş olabilir; öğretmenlerde bilgi almak çalışmanın sonuçlarını daha objektif hale getirebilirdi. Annelerin psikiyatrik durumu yarı yapılandırılmış görüşmelerle değerlendirilebilirdi. Çalışmadaki çocukların tedavisi başlanmadan bu veriler elde edilmiştir; tedaviyle değişimler incelenebilirdi.

Sonuç olarak DEHB olan çocuklarda aile işlevlerinin ve annelerin kaygısının incelenmesi ve tedavide bu alana da önem verilmesi çocuklarda DEHB belirtilerinin şiddetini, komorbid KOKB ve diğer bozuklukları azaltabilir. Ebeveynler tedavinin önemli parçası olduğu için ebeveynin güçlükleri de iyi incelenmelidir.

KAYNAKLAR

Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, dördüncü baskı (DSM-IV) (Çev. Ed. E. Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995

Amerikan Psikiyatri Birliği (2013) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, beşinci baskı (DSM 5) (Çev. Ed. E. Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2013.

Anderson CA, Hinshaw SP, Simmel C (1994) Mother–child interactions in ADHD and comparison boys: Relationships with overt and covert externalizing behavior. J Abnorm Child Psychol, 22, 247–265.

August GJ, Realmuto GM, Joyce R ve ark. (1999) Persistence and desistance of oppositional defiant disorder in a community sample of children with ADHD. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 38, 1262–1270.

Barkley RA (1998) Attention deficit hyperactivity disorder (2nd Ed.). Guilford Press, New York

Befera MS, Barkley RA (1985) Hyperactive and normal girls and boys: Mother child interaction, parent psychiatric status and child psychopathology. J Child Psychol Psychiatry, 26, 439–452.

Biederman J, Munir K, Knee D (1987) Conduct and oppositional disorder in clinically referred children with attention deficit disorder: A controlled family study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 26, 724–730.

Biederman J, Faraone SV, Keenan K ve ark. (1991a) Familial association between attention deficit disorder and anxiety disorders. Am J Psychiatry, 148, 251-256.

Biederman J, Newcorn J, Sprich S (1991b) Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. Am J Psychiatry, 148, 564–577.

Biederman J, Faraone SV, Keenan K ve ark. (1992) Further evidence for family genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder: patterns of comorbidity in probands and relatives in psychiatrically and pediatrically referred samples. Arch Gen Psychiatry, 49, 728-738.

Brown RT, Pacini JN (1989) Perceived family functioning, marital status, and depression in parents of boys with attention deficit disorder. J Learn Disabil, 22, 581–587.

Bulut I (1990) Aile değerlendirme ölçeği el kitabı. Ankara. Özgüzeliş Matbaası, 1990.

Campbell SB, Breaux AM, Ewing LJ ve ark. (1986) Correlates and predictors of hyperactivity and aggression: A longitudinal study of parent-referred problem preschoolers. J Abnorm Child Psychol, 14, 217–234.

Chronis AM, Lahey BB, Pelham WE ve ark. (1992) Psychopathology and substance abuse in parents of young children with attention deficit hyperactivity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiat, 42, 1424-1432.

Çakaloz B, Akay AP, Böber E ve ark. (2006) Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu Eşlik Eden veya Etmeyen Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Puberte Öncesi Erkek Olgularda Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Tıp Dergisi, 20, 149-155.

Deault LC (2010) A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attentiondeficit hyperactivity disorder (ADHD). Child Psychiatr Hum Dev, 41, 168-192.

Dupaul G, Anastopoulos A, Power T ve ark. (1998) ADHD Rating Scale IV: Checklists, norms and clinical interpretation. Guilford Press, New York.

Durukan İ, Erdem M, Tufan AE ve ark. (2008) DEHB olan çocukların annelerinde depresyon ve anksiyete düzeyleri ile kullanılan başa çıkma yöntemleri: Bir ön çalışma. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 9, 217-223.

Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS (1983) The McMaster Family Assessment Device. J Marital Fam Ther, 9, 171-180

Fones CS, Pollack MH, Susswein L ve ark. (2000) History of childhood attention deficit hyperactivity disorder features among adults with panic disorder. J Affect Disord, 58, 99-106.

Freeman WS, Johnston C, Barth FM (1997) Parent attributions for inattentive-overactive, oppositional-defiant, and prosocial behaviours in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. CJBS, 29, 239–248.

Gerdes AC, Hoza B, Arnold LE ve ark. (2007) Maternal depressive symptomatology and parenting behavior: exploration of possible mediators. J Abnorm Child Psychol, 35, 705-714.

Gökçen C, Özatalay E, Fettahoğlu EÇ (2011) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Anne Babalarında Psikolojik Belirtiler ve Aile İşlevselliği. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 18, 95-104.

Gökler B, Ünal F, Pehlivantürk B ve ark. (2004) Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu şekli-Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirliği. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 11, 109-116.

Güçlü O, Erkıran M (2004) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı konmuş çocukların ebeveynlerinde psikiyatrik yüklülük. Klinik Psikiyatri, 7, 32-41.

Herman KC, Lambert SF, Ialongo NS ve ark. (2007) Academic pathways between attention problems and depressive symptoms among urban African American children. J Abnorm Child Psychol, 35, 265-274.

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

Kandemir H (2009) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklar ve Ailelerinde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.

Kaufman J, Birmaher B, Brent D ve ark. (1997) 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, 36, 980-988.

Kepley HO, Ostrander R (2007) Family characteristics of anxious ADHD children. J Attn Disord, 10, 317–323.

Kılıç BG, Şener Ş (2005) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda karşıt olma karşı gelme bozukluğu/davranış bozukluğu eş hastalanımında aile işlevleri ve psikososyal değişkenlerin karşılaştırılması. Türk Psikiyatri Dergisi, 16, 21-28.

Landgraf JM, Rich M, Rappaport L (2002) Measuring quality of life in children with attention-deficit/hyperactivity disorder and their families: development and evaluation of a new tool. Arch Pediatr Adolesc Med, 156, 384-391.

Leung PWL, Ho TP, Luk SL ve ark. (1996) Seperation and comorbidity of hyperactivity and conduct disturbance in Chinese schoolboys. J Child Psychol Psychiatry, 37, 841-853.

Lindhal KM (1998) Family process variables and children's disruptive behavior problems. J Family Psychol, 12, 420-436.

Macklem GL (2008) Practitioner's Guide to Emotion Regulation in School-Aged Children (First edition). NY: Springer Science&Business Media, LLC.

Martel MM (2009) Research Review: A New Perspective on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Emotion Dysregulation and Trait Models. J Child Psychol Psychiatry, 50, 1042-1051.

Matza LS, Rentz AM, Secnik K ve ark. (2004) The link between health-related quality of life and clinical symptoms among children with attention-deficit hyperactivity disorder. J Dev Behav Pediatr, 25, 166-174.

Moffitt TE (1990) Juvenile delinquency and attention deficit disorder: Boys' developmental trajectories from age 3 to 15. Child Development, 61, 893–910.

Mrug S, Hoza B, Gerdes AC ve ark. (2009) Discriminating between children with ADHD and classmates using peer variables. J Atten Disord, 12, 372–380.

Öner N, LeCompte A (1985) Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, İkinci Baskı. İstanbul. Boğaziçi Üniversitesi Matbaası

Özcan C, Oflaz F, Türkbay T (2003) Dikkat eksikliği aşırı hareketlilik bozukluğu ve binişik karşıt olma-karşı gelme bozukluğu olan çocukların anne-babalarının empati düzeylerinin karşılaştırılması. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 10, 108-114.

Pekcanlar A, Turgay A, Miral S ve ark. (1999) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve aile işlevleri. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 6, 99-107.

Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL ve ark. (2007) The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. Am J Psychiatry, 164, 942-948.

Ray GT, Croen LA, Habel LA (2009) 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, 47, 105-114.

Riley AW, Lyman LM, Spiel G ve ark. (2006) The family strain index. Reliability, validity, and factor structure of a brief questionnaire for families of children with ADHD. Eur Child Adolesc Psychiatry, 15, 72-78.

Scaramella LV, Leve LD (2004) Clarifying parent–child reciprocities during early childhood: the early childhood coercion model. Clin Child Fam Psychol Rev, 7, 89–107.

Scahill L, Schwab-Stone M, Merikangas KR ve ark. (1999) Psychosocial and clinical corraletes of ADHD in a community sample of schoolage children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 38, 976-984.

Seipp CM, Johnston C (2005) Mother-son interactions in families of boys with attentiondeficit/ hyperactivity disorder with and without oppositional behavior. J Abnorm Child Psychol, 33, 87–98.

Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE (1970) Manual for State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, ABD. California Consulting Psychologists Press.

Stormskhak EA, Bierman KL, Mahon RJ ve ark. (2000) Parenting practics and child distruptive behavior problems in early elementary school. J Clin Chil Psychol, 29, 17-29. 54.

Taylor E, Everitt B, Thorley G ve ark. (1986) Conduct disorder and hyperactivity II: A cluster analytic approach to the identifi cation of a behavioural syndrome. Br J Psychiatry, 149, 768-777.

Türkbay T, Cögöloğlu A, Cesur G ve ark. (2002) Evaluation of family functions of children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder with and without oppositional defiant disorder. Türkiye Klinikleri J Psychiatry, 3, 53-58.

Varolgüneş D (1999) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin anne babalarında psikiyatrik özellikler ve DEHB'nin araştırılması. Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir, s: 40.

Whalen CK, Henker B (1999) The child with Attention- Deficit/ Hyperactivity Disorder in family contexts. In HC Quay & AE Hogan (Eds.), Handbook of disruptive behavior disorders (s: 139–155). New York, Kluwer Academic/ Plenum Publishers.

West J, Houghton S, Douglas G ve ark. (1999) Levels of self-reporting depression among mothers of children with attentiondeficit/hyperactivity disorder. J Attn Disord, 3, 135–140.

Yazışma adresi/Address for correspondence:
Gonca Özyurt, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Nevşehir Devlet Hastanesi
email: goncaenginozyurt@gmail.com

Alınma tarihi : 18/12/2015
Recieved : 18/12/2015
Kabul tarihi : 06/02/2015
Accepted : 06/02/2015