



T.C.

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

ANABİLİM DALI

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ERGENLERİN
ALGILANAN DUYGU DIŞAVURUMU İLE BENLİK SAYGISI ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN KARŞILAŞTIRMALI İNCELENMESİ

Dr. Halit Necmi UÇAR

UZMANLIK TEZİ

Bursa-2015



T.C.

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

ANABİLİM DALI

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ERGENLERİN
ALGILANAN DUYGU DIŞAVURUMU İLE BENLİK SAYGISI ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN KARŞILAŞTIRMALI İNCELENMESİ

Dr. Halit Necmi UÇAR

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Doç. Dr. Ayşe Pınar VURAL

Bursa-2015

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	ii
SUMMARY	iii
GİRİŞ.....	1
Genel Bilgiler.....	3
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	3
Benlik Saygısı	15
Duygu Dışavurumu	20
GEREÇ VE YÖNTEM.....	27
BULGULAR.....	32
Sosyodemografik Veriler	32
Ailede Kronik Fiziksel Hastalık	37
Ailede Ruhsal Hastalık	37
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Grubu'nun Bozukluğa Yönelik Tanımlayıcı Bulguları.....	37
Uygulanan Test ve Ölçeklere İlişkin Bulgular	40
I. WISC-R Sonuçlarına İlişkin Bulgular	40
II. RBSÖ Sonuçlarına İlişkin Bulgular.....	41
III. KDDÖ Sonuçlarına İlişkin Bulgular	44
IV. RBSÖ ile KDDÖ Sonuçlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	46
TARTIŞMA VE SONUÇ	47
KAYNAKLAR.....	57
EKLER	65
Ek-1: Bilgi Toplama Formu	65
Ek-2: Ergenlerde Kısaltılmış Duygu Dışavurum Ölçeği.....	66
Ek-3: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği.....	67
TEŞEKKÜR.....	68
ÖZGEÇMİŞ	69

ÖZET

Bu araştırmada, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan, yaşları 12-16 arasında bulunan ergenlerin benlik saygısı ve algılanan duygu dışavurumu (DD) düzeylerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Araştırmanın örneklemi Uludağ Üniversitesi Tıp Fakóltesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Poliklinięi'ne 1 Nisan 2015-31 Temmuz 2015 tarihleri arasında başvuran 12-16 yaş grubunda bulunan toplam 41 DEHB'li ergen ve onların anne babalarından, kontrol grubu yaşları eşleştirilmiş sağlıklı 35 ergen ve onların anne babalarından oluşmuştur. Araştırmada çocukların benlik saygısı "Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği" ile; algılanan DD "Kısaltılmış Duygu Dışavurum Ölçeği" ile ölçölmüş, sosyodemografik özellikler "Bilgi Toplama Formu" ile saptanmıştır. İstatistiksel analiz için SPSS 22.0 programı kullanılmıştır. Gruplar arasında değişkenlerin karşılaştırılmasında student t testi ve chi-square testi kullanılmıştır.

Sonuç olarak benlik saygısının DEHB'li grupta anlamlı düzeyde düşük olduğu, algılanan DD'nin ise DEHB'li grupta anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, DEHB'li ergenlerin klinik değerlendirmesinde psikososyal boyutun da göz önünde bulundurulması açısından dikkat çekicidir.

Anahtar Kelimeler: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Benlik Saygısı, Algılanan Duygu Dışavurumu.

SUMMARY

The Comparative Investigation between Perceived Expressed Emotion and Self-Esteem in Adolescents with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder

In this research, the relation has been compared whether there are significant differences between the self-esteem, and perceived expressed emotion (EE) of adolescents aged between 12-16 years old with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) have been investigated.

The study population consisted of 41 children who were 12 and 16 years old and referred to the Uludag University Faculty of Medicine, Department of Child and Adolescent Psychiatry Clinic with ADHD April 1, 2015 and July 31, 2015. The control group also comprises 35 healthy adolescent and their parents. In this study self-esteem has been measured by Rosenberg Self-Esteem Scale, perceived EE has been measured by "Shortened Level of Expressed Emotion Scale". Socio-demographic characteristics have been determined by Personal Information Form. Statistical analysis was performed with SPSS 22.0 for Windows. The differences between two groups were tested using independent sample t-test and chi-square test.

As a result it has been statistically shown that there is significantly low self-esteem, and high perceived EE in the ADHD group. This is noticeable for it draws attention to the psycho-social dimension in the clinical evaluation of adolescents with ADHD.

Key words: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Self-esteem, Perceived Expressed Emotion.

GİRİŞ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), dikkat süresi kısalığı/dağınıklığı, kaotik hareketlilik ve fevrilikle seyreden, belirtileri büyük oranda, hayat boyu süren nörogelişimsel bir bozukluktur (1). DEHB, çocuk ve ergenin gelişiminin tüm basamaklarında ciddi sosyal, akademik ve psikolojik yetersizliklere yol açmaktadır. Bu yetersizlikler kişiler arası ilişkilerde bozulma, aile içi ilişkilerde bozulma ve ruhsal iyilik halinin olumsuz yönde etkilenmesi ile sonuçlanabilmektedir (2). Benlik saygısındaki düşüklük DEHB olan çocuklarda uzun süre devam eden problemlerin başında gelmektedir (3). Duygu dışavurumunun (DD) ise DEHB de görülen duygusal ve davranışsal problemlerle ilişkili olduğu görülmüştür (4). Bozukluğun bu psikososyal boyutu, bu boyuttaki yeterlilik ve yetersizliklerin saptanması, seyirinin izlenmesinde giderek klinik belirtiler kadar önem kazanmıştır (5).

DEHB de benlik saygısının düşük düzeyde (6-13) ve orta düzeyde (14) olduğunu ifade eden yayınların yanı sıra değişiklik olmadığını (15-17) ifade eden yayınlar da mevcuttur. Yazında DEHB'li hastalarda benlik saygısını etkileyen değişkenler olarak ise yaş (10,18), cinsiyet (17), ilaç kullanımı (19-21), tedavinin şekli ve süreci (22-24), sosyal yapı, baş etme mekanizmaları (25), agresif davranışlar (26) gösterilmiştir.

DD ve DEHB arasındaki ilişkiyi değerlendiren yazın anne babanın doldurduğu ölçeklere dayanan çalışmalardan oluşmaktadır (27-31). Genel olarak yüksek maternal DD'nin artmış DEHB bulguları ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir (4,28). Yazında DD'nin DEHB ve eşlik eden davranışsal-duygusal problemlerle olan ilişkisi (4), eleştirisellik ve düşmanca tutumun anne depresyonuyla olan ilişkisi (32) ve anne babadaki agresyonun yetersiz anne baba tutumlarıyla olan ilişkisi (33) değerlendirilmiştir.

Kronik bir bozukluk olan DEHB'nin benlik saygısı ve DD üzerine olan etkilerini değerlendirmek, bu bozukluğun bireysel ve aile düzeyinde etkileri hakkında fikir verebileceği gibi takip ve gidiş hakkında da yön verebilir. Benlik saygısının olumlu gelişmesi için çocuğun olumlu davranışları nedeniyle ödüllendirilmesi, kabul görmesi ve sevilmesi gerekir. Oysa DEHB olan

çocuklar, yaşamın birçok alanında yaşadıkları zorluklar nedeniyle sürekli eleştirilir, cezalandırılır ve genellikle çevrelerinden olumsuz tepkiler alırlar (34). Bununla birlikte DEHB'nin ailesel geçişi de göz önüne alındığında DEHB'li ailelerde ergen ve ebeveyn arasında karşılıklı duygusal ilişki zorlukları söz konusudur (35). Dolayısıyla DEHB olan ergenlerde ailenin DD'sinin benlik saygısı üzerine etkisi olabileceği düşünülebilir.

Yazın incelendiğinde DEHB'li ergenlerin benlik gelişimi ile ilgili araştırmalara rastlanmakla birlikte (21,36,37), DEHB ve DD ile ilgili sadece anne baba tarafından yapılan değerlendirmeye dayanan yurtdışı çalışmalara ulaşılmıştır (27-30). DEHB'de benlik saygısı ve DD'nin birlikte değerlendirildiği, sağlıklı ergenlerle karşılaştırıldığı bir araştırma, bu çalışmanın yürütüldüğü süre sırasında bulunamamıştır.

Çalışmanın amacı DEHB'li ergenlerin benlik saygısı ve DD'sinde, sağlıklı ergenlere göre farklılık olup olmadığını belirlemek ve varsa bu farklılığı etkileyen etmenleri bulmaktır. Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır: DEHB'li ergenlerin, sağlıklı yaşitlarına göre benlik saygısı ve DD arasında farklılık var mıdır? Farklılık varsa, DEHB'li ergenlerin benlik saygısı ve DD'sini etkileyen etmenler nelerdir? DEHB alt tiplerinin benlik saygısı ile arasında bir ilişki var mıdır? DEHB alt tipleri ile DD arasında bir ilişki var mıdır? Benlik saygısı ve DD'nin birbiri ile ilişkisi var mıdır?

Hipotezimiz DEHB'li ergenlerin benlik saygısı ve DD düzeylerinin sağlıklı yaşitlarından farklı olduğudur.

Bu çalışmada DEHB'li ergenlerin benlik saygısı düzeyini, DD düzeyini ve bunların arasındaki ilişkinin yönünü belirleyerek ailelere, eğitimcilere ve bu çocuklarla ilgilenen diğer bireylere yardımcı olabilecek verilere ulaşmak amaçlanmıştır.

Genel Bilgiler

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

Tanımlama ve Tarihçe

DEHB, dikkat süresi kısalığı/dağınıklığı, kaotik hareketlilik ve fevrilikle seyreden, belirtileri büyük oranda, hayat boyu süren nörogelişimsel bir bozukluktur (1).

Yazın bilgileri gözden geçirildiğinde DEHB'nin yıllar boyunca çeşitli terimlerle anıldığı görülmektedir. Bozukluk 19. yüzyılın sonlarında tıp yazınında "çılgın aptallar (mad idiots)", "dürtüsel delilik (impulsive insanity)", "yetersiz engellenme (defective inhibition)" olarak adlandırılmıştır. DEHB ile ilgili ilk kaynak 1865 yılında Alman hekim Heinrich Hoffman'ın hekimlik uygulamaları sırasında çocukluk dönemine ilişkin bozuklukları kaleme aldığı eserinden "Kıpır Kıpır Phil" şiiri iken, bilimsel olarak ilk kaynaklar George Stil ve Alfred Tredgold tarafından bildirilmiştir. 1902'de Stil, bugün kullanılaben zeyen kolay anlaşılır bir tanımlama yapmıştır. 1947 yılında Strauss ve arkadaşları bozukluğun adını "Minimal Beyin Zedelenmesi Sendromu" olarak değiştirmişler, Clement ve Peters ise 1962 yılında bu sorunları gösteren bütün çocuklarda beyin hasarından söz edilemeyeceğini ileri sürerek "Minimal Beyin Disfonksiyonu" terimini kullanmışlardır. 1970'li yıllara doğru artık "hiperaktivite" terimi kullanılmaya başlanmıştır. En son görüş olarak 1993 yılında "ters ve gecikmiş engellenme (aversive delayed inhibition)" kavramı ileri sürülmüştür (38).

Tanı ile ilgili geçerli ve güvenilir sınıflandırma çalışmaları ise Dünya Sağlık Örgütü'nün ICD-9'da ve Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM-II'de bu bozukluğu "Çocukluktaki Hiperkinetik Sendrom" olarak belirlemesiyle başlamıştır. DSM-II'de tanı hiperaktivite, dikkat kısalığı ve kolay uyarılabilirlik ile belirlenmiştir. DSM-III'de dikkat eksikliği bozukluğu; hiperaktiviteli ya da hiperaktivitesiz olarak tanımlanmış ve temel belirtiler dikkatsizlik, ataklık (impulsivite) ve huzursuzluk olarak belirlenmiştir. DSM-III-R'de bu tanı dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olarak belirlenerek 14 belirti sıralanmış ve

tanı için sekiz belirtinin olması gerekli görülmüştür. Bozukluk ICD-10'da ve DSM-IV'de bir önceki sınıflandırmalarda belirtilen şekilleri ile tanımlanmıştır (38). DSM 5'de ise DSM-IV'de olduğu gibi "dikkat eksikliği" ve "hiperaktivite-dürtüsellik" olmak üzere iki grupta değerlendirilmeye devam edilmiştir (1).

Epidemiyoloji

Yapılan pek çok çalışma, çocuklarda ve ergenlerde DEHB oranının %3-13 arası olduğunu bildirmiştir. Epidemiyolojik araştırmalarda DEHB'nin erkeklerde daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir (39). Son yıllarda yapılan iki meta-analiz çalışmasında DEHB'nin tüm dünyadaki birleştirilmiş sıklığı %5,29 (40) ve %5,9-7,1 (41) olduğu öne sürülmüştür. Yapılan epidemiyolojik araştırmalarda DEHB alt tipleri arasında dikkat eksikliği alt tipinin, en sık görülen alt tip olduğu ve onu takiben bileşik tip ve en son hiperaktivite-fevrilik alt tipinin görüldüğü tespit edilmiştir (41).

Ergenlikte DEHB yaygınlığı yapılan epidemiyolojik çalışmalarda %2,2-9,9 (42) arasında, erkek kız oranı ise 5,7/1 (43) olarak bulunmuştur.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda farklı sıklıklar bildirilmiştir. İlköğretim yaş grubu çocuklarda yapılan yaygınlık çalışmalarında %3,4-%8,9 arasında oranlar saptanmış olup, Erzurum'da %3,4, İstanbul'da %5, Bursa'da %8,6, Malatya'da %9,5, Sivas'ta %8,1 olarak rapor edilmiştir (44-48). Klinik çalışmalarda bu oranlar %8,6-%12,5 arasında bildirilmiş olup Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Psikiyatrisi örnekleminde %8,6, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Psikiyatrisi örnekleminde %12,5 olarak rapor edilmiştir (49,50). Ülkemizdeki çalışmalarda erkek kız oranı Aşkın ve arkadaşları tarafından 5/1 (44), Şenol ve arkadaşları tarafından ise 6/1 (49) olarak bulunmuştur. Kızlarda eşlik eden davranış bozuklukları daha az görüldüğünden ve daha fazla oranda dikkat eksikliği alt tipi görüldüğünden kliniğe başvuru oranları erkeklerden 9 kat daha azdır (51).

Etiyoloji

DEHB nedeni bilinmeyen heterojen bir bozukluktur. Bozuklukta biyolojik ve psikososyal etkenlerin birlikte rol oynadığı düşünülmektedir (38).

I. Genetik

Genetik araştırmaları ikiz, evlat edinme ve aile araştırmalarına dayanmaktadır. Bu çocukların birinci dereceden kan bağı olan akrabalarında da bozukluğun sık olması, monozigot ikizlerde dizigotlara göre daha fazla eş hastalanma olması ya da hiperaktif çocukların kardeşlerinde genel topluma göre iki kat daha fazla DEHB riski olması, DEHB için olası genetik kanıtlar olarak ileri sürülmektedir. Diğer psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi birden fazla genin kalıtımıyla ortaya çıktığı kabul edilmektedir (38).

II. Beyin Hasarı

Hastalık tanımlandığından beri bu çocuklarda perinatal dönemlerde gizli ya da açık minimal derecede santral sinir sistemi hasarı olduğu belirtilmektedir. Bu hasara yol açan toksik, metabolik, mekanik ve dolaşım ile ilgili nedenler olabileceği gibi erken bebeklik döneminde santral sinir sistemini etkileyen enfeksiyonlar da söz konusu olabilir. Silik nörolojik belirtiler ve özgün olmayan EEG bozuklukları ve epilepsi gelişme olasılığının daha yüksek olması bu hasarı kanıtlar niteliktedir (38).

III. Beyin Görüntüleme Çalışmaları

Çocukların önemli bir bölümünde santral sinir sisteminde (SSS) yapısal hasara ilişkin bir belirti yoktur. Bilgisayarlı beyin tomografisi (BT) ile “korpus kallozumun iki ön bölgesi olan rostum ve rostral cismi DEHB olan çocuklarda kontrollerden belirgin derecede küçük bulunduğu” gösterilmiş, yazarlar bu bulgunun dikkatsizliği açıklayabileceğini ileri sürmüştür. Manyetik rezonans görüntüleme (MRI) çalışmalarında düşük korpus kallozum hacminin gösterilmesi DEHB’de fronto-striatal döngüdeki gelişimsel bozukluk hipotezini desteklemiştir. Tek foton yayımlı bilgisayarlı tomografi (SPECT) çalışmalarında striatumda bölgesel kan akımında azalma, duyu ve motor bölgelerde ise artış görülmüştür. Pozitron yayımlı tomografi (PET)

çalışmalarında bu çocukların frontal loblarında beyin kan akımı ve metabolik hızda azalma olduğu gözlenmiştir (38).

IV. Nörofizyoloji Çalışmaları

Bozukluğun nörofizyolojik nedenleri ile ilgili araştırmaların sonucunda genel olarak SSS gelişiminde gecikme ya da aksamalar olabileceği üzerinde durulmaktadır. Ayrıca frontal lobun daha alt merkezleri baskılayıcı etkisinin bozulduğu ya da olmadığı ve retiküler aktive edici sistemin dikkat merkezi üzerindeki etkisinin azalmasından söz edilmektedir (38). DEHB'deki aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtilerinden sorumlu dopaminerjik ve noradrenerjik yollar, dikkat bozukluğundan sorumlu yollardan farklı gibi görünmektedir. Nigrostiratal dopamin yolağı DEHB'deki aşırı hareketlilik ve dürtüsellığı açıklamaya adaydır. Bu yolak motor aktiviteyi kontrol etmekte olup Castellanos'a göre DEHB'de nigrostiratal yolakta dopamin (DA) aktivitesinde görece bir artış söz konusudur (52). Mezokortikal dopamin yolağı ve lokus seruluestan prefrontal bölgeye projekte olan noradrenerjik nöronların işlev bozukluğunun da dikkat eksikliğinden sorumlu olduğu tahmin edilmektedir (38). Ülkemizde yapılan SPECT çalışmasının birinde sol temporal (53), diğerinde ise sağ frontal lob (54) kan akımlarında azalma bildirilmiş, metilfenidat tedavi sonrası bu bölgelerdeki kan akımının arttığı gösterilmiştir. Sonuç olarak elimizdeki veriler dikkat ve motor davranışı düzenleyen fronto-kortikal yollarda (özellikle frontal-striatal-serebellar yollar ve olası diğer bölgelere bağlantılarda) işlev bozukluğu olduğuna işaret etmektedir (55).

V. Nörotransmitterler

Tedavide kullanılan ilaçların etkilerinden yola çıkılarak nörotransmitterler de irdelenmektedir. En sık kullanılan ilaçlar olan amfetaminler hem DA'yı hem de noradrenalin (NA) etkilediğinden her iki sistemde de işlev bozukluğu olabileceği ileri sürülmüştür. Stimulanlar katekolamin salınımını artırır, geri alınmasını azaltır. Trisiklik ilaçlar ve monoaminoksidaz inhibitörleri (MAOI) de hiperaktiviteyi azaltır. Ancak, süreçten sorumlu tek bir nörotransmitter belirlenememiştir (38). DA ve DA'dan sentezlenen NA dikkat, konsantrasyon ve bunlarla ilgili motivasyon,

uyanıklık gibi diğer bilişsel işlevlerdeki rolü bilinmektedir. DA'nın DEHB'de hiperaktivite ve öğrenme sorunlarında, sorunlu olduğu düşünülen operan ödül mekizmalarında ve işleyen bellekte önemli olduğu düşünülmektedir. Genel olarak DEHB'de DA ve NA'nin metabolizmasında bir azalmadan bahsedilmekle birlikte bu modeller tek bir dopaminerjik sistem olduğu varsayımını temel aldığından yeterli olmamaktadır. Serotonin ve katekolamin sistemleri arasındaki etkileşim nedeniyle tek nörotransmitter yaklaşımı oldukça yetersiz kalacaktır (38).

VI. Psikososyal Etkenler

Bozukluğun gelişiminde temel bir etkiden çok hazırlayıcı ve ortaya çıkışını hızlandırıcı etkilerden söz edilebilir. Zorlayıcı yaşam olayları, aile düzeninde bozulma ve diğer anksiyete yaratan nedenler DEHB'nin ortaya çıkmasında ya da sürmesinde etkili olmaktadır (38).

Klinik Özellikler

DEHB'si olan çocuklardaki ataklık, hiperaktivite ve dikkat eksikliği okul başarılarını ve arkadaş ilişkilerini olumsuz etkilemektedir. Özellikle ilkokul döneminde uyumsuz davranışlar nedeni ile polikliniğe getirilmektedirler. Ergenlik döneminde yakınma olarak motor etkinliklerdeki artış yerine huzursuzluk hissi olabilmekte ve riskli davranışlar (araba, motorsiklet kazaları vb) sergileyebilmektedirler. Dikkatsizlik ve bilişsel sorunlar nedeniyle okul başarıları etkilenebilmektedir. Daha ileri yaşlarda ve erişkinlikte ise dikkat eksikliği, planları tamamlayamama, bir etkinliği bitirmeden diğerine geçme ve değişken duygudurum gibi belirtiler görülmektedir (38).

DEHB klinik bir tanı olup tanıyı kesinleştirmeye yönelik herhangi bir laboratuvar ya da özgün bir tanı testi yoktur. Klinisyenin tanı araçları aile ve çocuk görüşmeleri, klinik gözlem, fizik ve nörolojik inceleme, davranış değerlendirme ölçekleri ile bilişsel testlerdir (38). Kantitatif Elektroensefalogram'ın (Q-EEG) bozukluğun dikkat eksikliği ve hiperaktivite alt tiplerini belirlemede yardımcı olabileceği bildirilmektedir (56).

Değerlendirmede anne babalar, öğretmenler ve diğer özel kişilerden ölçekler yardımı ile bilgi toplanır. Achenbach tarafından geliştirilen “Child Behavior Check List” anne baba ve öğretmen formları (57), Conners anne-baba ve öğretmen formları (58,59), Pelham ve arkadaşlarının “Disruptive Behavior Disorder Scale” (60), Turgay ve arkadaşlarının “Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV’e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği” (61) tanı ve komorbid tanıyı koymada yardımcı araçlardır. Adı geçen ölçeklerden CBCL (62), Conners (63,64), Turgay ölçekleri (65) Türkçe’ye çevrilmiş, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Psikometrik testlerde yavaşlamış ya da değişken tepki süresi, dürtüsel hatalar ve ihmalden kaynaklanan hatalarda artma, çeldiriciye karşı koyamama, hatalara karşı azalmış duyarlılık, zihinsel hesaplama ve sözel bellek güçlükleri, uzamsal bellek bozuklukları, konuşmanın içselleştirilmesinde gecikme, zamansal temsilde güçlükler ve koku ayırımında güçlükler saptanabilmektedir (66).

Tanı

DSM 5’te DSM IV’de olduğu gibi “dikkat eksikliği” ve “hiperaktivite-dürtüsellik” olarak iki belirti grubundan söz edilmektedir. Bu belirtiler Tablo-1’de verilmiştir. Çocuk ve ergenlerde her belirti grubundan altışar belirti tanı için gereklidir (39).

DEHB’nin farklı alt tiplerinde farklı klinik görünümler mevcuttur.

DEHB-Bileşik Tip: Bu gruptaki klinik özellikler, iki belirti grubundan da belirtiler içermektedir. Klinik başvurular en çok bu alt tipte olmaktadır. Hiperaktivite zamanla hafiflemekte veya yetişkinlikte huzursuzluk veya aşırı spor yapma şeklinde seyretmektedir. Ancak dürtüsellik ve dikkat sorunları daha az değişim göstermektedir.

DEHB-Dikkatsizliği Baskın Tip: Bu bireyler genelde rüya âleminde olan, sıklıkla içe dönük, ağır, dikkati dağınık ve karar verme güçlüğü olan, bazen de hata yapmamak için her işi tekrar tekrar kontrol eden bireylerdir. Bazen de performans kaygısı ve panik yaşama durumları görülmektedir. Bu alt tip kızlarda daha fazla görülür. Bu alt tipin tanısı çok ihmal edilir. Ancak

hayatları çok zorlaştığı zaman veya bir başka psikiyatrik durumla karşılaştıklarında, kaygı bozukluğuyla veya depresyonla başvurabilirler.

Tablo-1: DSM 5'e göre dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanı ölçütleri

A. A-1'de ve/veya A-2'de belirtilen işlevleri ve gelişimi etkileyen, süregiden dikkatsizlik ve/veya hiperaktivite-dürtüsellik.

1) **Dikkatsizlik:** Aşağıdaki belirtilen semptomlardan altı tanesinin veya daha fazlasının gelişimsel düzeye uymayacak biçimde ve sosyal, akademik/mesleki etkinlikleri olumsuz etkileyecek biçimde en az 6 ay süre ile görülmesi.

- Çoğu kez dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işte ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hata yapar.
- Çoğu kez işlerine veya oyun aktivitelerine dikkatini vermekte güçlük çeker.
- Çoğu kez onunla konuşurken dinliyormuş gibi görünmez.
- Çoğu kez talimatları sırası ile izlemekte güçlük çeker ve uğraştığı ödevi, işi bitiremez.
- Çoğu kez görevlerini ve faaliyetlerini düzenlemekte zorluk çeker.
- Çoğu kez fazla odaklanma ve zihinsel çaba gerektiren görevlerden kaçınır veya bunları sevmez.
- Çoğu kez işleri ve faaliyetleri için gerekli olan şeyleri (malzemeleri) kaybeder
- Çoğu kez dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağılır.
- Çoğu kez günlük etkinliklerde unutkanıdır.

2) **Hiperaktivite ve dürtüsellik:** Aşağıdaki belirtilen semptomlardan altı tanesinin veya daha fazlasının gelişimsel düzeye uymayacak biçimde ve sosyal, akademik/mesleki etkinlikleri olumsuz etkileyecek biçimde en az 6 ay süre ile görülmesi.

- Çoğu kez elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.
- Çoğu kez oturması istenildiği yeri terk eder.
- Çoğu kez uygun olmadığı halde etrafta koşuşturur veya çevresindeki şeylere tırmanır.
- Çoğu kez sessizce oynamakta ya da eğlenmekte güçlük çeker.
- Çoğu kez sürekli hareket halindedir ya da bir motor takılmış gibidir.
- Çoğu kez çok konuşur.
- Çoğu kez sorulan soru tamamlanmadan önce cevabını verir.
- Çoğu kez grup faaliyetlerinde sırasını bekleme güçlüğü vardır.
- Çoğu kez başkalarının faaliyetlerine müdahale eder.

B. 12 yaştan önce dikkatsizlik ve hiperaktivite-dürtüsellikğe dair bazı semptomların başlaması

C. Dikkatsizlik ve hiperaktivite-dürtüsellikğin pek çok semptomunun en az iki ortamda görülmesi

D. Sosyal ilişkileri, okul ilişkilerini ve iş kalitesini bu belirtilerin bozduğuna dair açık kanıtların bulunması

E. Bu belirtilerin sadece şizofreni ya da diğer bir psikotik bozukluklar sırasında görülmemesi veya başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaması (Duygu Durum Bozukluğu, Anksiyete Bozukluğu, Dissosiyatif Bozukluk, Kişilik Bozukluğu, Madde İntoksikasyonu veya Çekilmesi)

Aşağıdakilerden hangisi olduğunu belirtiniz:

Bileşik Tip: Hem A, hem B kriterini son 6 ayda karşılıyorsa

Dikkat eksikliğinin ön planda olduğu tip: Eğer A kriterini karşılıyor ama B kriterini son 6 ayda karşılamıyorsa

Hiperaktivitenin ön planda olduğu tip: Eğer B kriterini karşılıyor ama A kriterini son 6 ayda karşılamıyorsa

Aşağıdaki durumları belirtiniz:

Kısmi remisyon: Eğer eskiden tam belirtiler varsa ve son 6 ayda belirtilerin hepsi yoksa ancak mevcut belirtiler halen sosyal, akademik hayatta ve iş hayatında yetersizliğe yol açıyorsa buna "kısmi remisyon" denir.

Şu anki şiddetini belirtiniz:

Hafif: Tanı için gerekli olan semptomlardan daha fazlası yok ise ve sosyal ve mesleki açıdan kısmi yetersizliğe yol açıyorsa.

Orta: Hafif ve şiddetli arasında bir yetersizlik söz konusuysa.

Şiddetli: Tanı için gerekli semptomlardan daha fazlası veya özellikle şiddetli olan pek çok semptom varsa veya semptomlar sosyal ve mesleki işlevlerde belirgin bozulmaya yol açıyorsa.

DEHB-Hiperaktivite/Dürtüsellik Tipi: Dikkat problemi olmaksızın hareketli ve fevri olan bireylerdir. Bu alt tip pek çok yönüyle karşıt olma bozukluğuyla karışabilmektedir. Bu alt tipin tanısal geçerliliğine dair verilerin yetersiz olduğu düşünülmektedir (39).

DEHB ile İlişkili Diğer Durumlar

DEHB olan çocuk ve ergen, gelişiminin tüm basamaklarında ciddi sosyal, akademik ve psikolojik yetersizliklerle karşılaşmaktadır. Yaşamının hemen her alanında görülen yetersizlikler çocuk-ergende moral bozukluğu, benlik saygısı (özgüven) azalması, akranları tarafından dışlanma, anksiyete-depresyona yol açabilir. DEHB'nin çocuğun okul performansı üzerindeki genel etkileri; üretkenlik ve motivasyon sorunları, fikir ve duygularını ifade edebilme yeteneğinde azalma, işleyen bellekte (working memory) azalma, konuşmada bozukluklar, sözel muhakeme sorunlarıdır. DEHB'in davranış gelişiminin üzerindeki etkileri ise; sınıfta kötü davranış, düşük nitelikli akademik başarı, özel eğitim gereksinimi, okul dışı kalma, sınıfta kalma, liseden mezun olamama gibi durumlardır. Bunların yanında bozukluğun aileler üzerinde olumsuz ekonomik etkileri de olmaktadır. Aileler yüksek düzeyde stres, kendini suçlama, sosyal izolasyon, depresyon ve evlilik anlaşmazlıkları yaşayabilmektedirler. Bu çocuklar akranları ve yetişkinler tarafından dışlanırlar ve sürekli müdahaleye ve negatif uyarılara maruz kalırlar. Ebeveynleri baş etmekte zorlanır ve yetersiz kalırlar. Çocuğun problemleri ile baş etmek çoğu zaman sosyal izolasyona ve aile içi-evlilik sorunlarına kadar varmaktadır (2).

DEHB'de Ayırıcı Tanı

Üç yaşından küçük çocuklarda aşırı hareketlilik ve dikkatsizlik gibi temel belirtilerin DEHB'de sıklıkla gözlenen görsel-motor ve algı ile ilgili yetersizliğe mi, yoksa normalde tam olarak gelişmemiş sinir sisteminin klinik görünümüne mi bağlı olduğunun ayırımı oldukça güçtür. Ayırıcı tanıda

gelişim dönemine uygun bu aşırı hareketliliğin göz önüne alınması gerekir. Okul öncesi dönemde böylesi coşkulu çocukların ayırıcı tanısı önemlidir. Gerçek DEHB olanlarda belirtiler kalıcıdır ve genellikle öfke patlamaları, kavgacılık, saldırgan tutumlar, yaralanmaya neden olabilecek korkusuz hareketler ve gürültücülük eşlik etmekte, karşı gelme tutumları izlenmektedir (38).

Dikkat eksikliği dışında okuma ya da matematik beceriksizliğine bağlı olarak ortaya çıkabilen değişik tipte öğrenme bozuklukları DEHB'den ayırt edilmelidir. Öğrenme yetersizliği olan bu çocuklar okulda sıkılmakta, hevesleri kırılmaktadır. Yeterli yardımı alamadıkları okul ortamlarında ise çocuklarda huzursuzluk ve dikkatsizlik ortaya çıkmaktadır. Bu durum zekâ geriliği olan çocuklar için de geçerlidir. Zekâ geriliği olan çocuklarda DEHB tanısı, ancak dikkatsizlik ve hiperaktivite belirtileri o zekâ yaşından beklenenden çok daha fazla ise konmalıdır (38).

DEHB'den ayrılması gereken önemli bir tanı da uyum bozukluğudur. Her iki bozuklukta (özellikle erkek çocuklarda) benzer özellikler bulunmaktadır. Uyum bozukluğunda süre genellikle 6 aydan kısadır ve ortaya çıkışı yaşamın daha geç dönemlerindedir. DEHB olan çoğu çocukta ise yaşamın ilk yıllarında sorunlar başlamaktadır (38).

Çocuklardaki anksiyetenin de ayırıcı tanı için araştırılması gerekmektedir. DEHB'ye ikincil olarak anksiyete eşlik edebilmektedir. Anksiyete de aşırı hareketlilik ve dikkatin kolayca dağılmasına neden olabilmektedir (38).

DEHB olan çocukların ders çalışma ve öğrenme ile ilgili güçlükleri nedeniyle anne baba ile çocuk arasında sürekli bir sürtüşme yaşanmaktadır. Bunun sonucunda çocuk örselenmekte, bazen aşağılanmakta ve giderek benlik saygısı düşmektedir. Bu çocuklarda klinik duruma sıklıkla depresyon eşlik etmektedir. DEHB'ye ikincil olarak ortaya çıkan bu depresyon, hareketlerde azalma ve sosyal geri çekilmenin olduğu birincil depresyondan ayırt edilmelidir (38).

Ayırıcı tanıda diğer psikiyatrik, gelişimsel, tıbbi ve nörolojik bozukluklar düşünölmelidir. Absans nöbetler DEHB'ye eşlik edebildiğinden ya da benzer belirtiler sergileyebildiğinden ayırıcı tanıda göz önüne alınmalıdır (38).

Dikkat eksikliğinin önde gelen tipi için ayırıcı tanıda başta Asperger Bozukluğu olmak üzere, yaygın gelişimsel bozukluklar, iletişim bozuklukları ve travma sonrası stres bozukluğunun göz önünde bulundurulması, ayrıca çeşitli tıbbi durumlar için kullanılabilecek semptomimetikler, steroidler, teofilin, antihistaminikler ve fenobarbital gibi ilaçların kullanımının, madde kötüye kullanımının, hipertiroidizm, kurşun ve çinko gibi çevresel toksinlerin de bozukluğun ayırıcı tanısında önemli olduğu bildirilmektedir (38).

DEHB'de Tedavi

DEHB kronik seyri olan, yaşamın pek çok alanını etkileyen ve pek çok ek davranışsal ve psikiyatrik bozuklukla birlikte seyreden klinik bir durum olduğundan, çok boyutlu tedavi yaklaşımı gerekmektedir. Günümüzde bu durumun tedavisinde ilaç tedavileri ve psikoeğitsel-danışmanlık-davranışçı yaklaşımlar yaygın biçimde kullanılmaktadır (39).

Bugüne kadar en çok bilimsel araştırmanın yapıldığı ve etkinliği en çok kanıtlanmış tedaviler psikofarmakolojik tedavilerdir. Ancak bireylerin farklı yaşam evrelerinde, gerek ruhsal zorlukları sebebiyle gerek DEHB'de görölen dezorganizasyon ve yürütücü işlevlerdeki problemler sebebiyle eğitsel-terapötik yaklaşımlara da ihtiyaç duyulmaktadır (39).

Tablo-2: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda tedavi seçenekleri

<p>A. İlaç Tedavileri</p> <ol style="list-style-type: none">1. Psikostimölanlar2. Atomoksetin3. Diğer ilaçlar <p>B. Psikoterapötik/Psikososyal Müdahaleler</p> <ol style="list-style-type: none">1. Davranışçı Yaklaşımlar2. Ebeveyn Eğitim Programları.

I. Psikostimülanlar

Stimülan ilaçlar DEHB tedavisinde yüksek derecede etkindirler. Çift kör plasebo kontrollü çalışmalarda çocuk ve erişkinlerin her ikisinde de stimülanlarla klinik yanıt oranı plaseboya göre belirgin derecede yüksek bulunmuştur (stimülanlarla %65 ile %75, plaseboda %4 ile %30 arasında) (67).

Klinikte gündemde olan karışık amfetamin tuzları, dekstroamfetamin ve metamfetamindir. MSS'de hem DA, hem de NA seviyelerini arttırarak merkezi sinir sistemi stimülanı olarak işlev görürler. Prefrontal kortekste DA seviyesini gerek gerialımı engelleyerek, gerek sinaptozomların boşaltılması yoluyla arttırarak, DEHB belirtilerinin kontrol altına alınmasına yol açar (68).

Metilfenidat (MPH), yalnızca DA ve NA gerialımını engelleyerek etkisini ortaya koyar. Prefrontal kortekste DA miktarının artması, DEHB belirtilerinde azalmaya yol açar (68).

Stimülan tedavi ile en sık görülen yan etkiler iştahsızlık, kilo kaybı, uykusuzluk ve baş ağrısıdır. Daha az görülen yan etkiler ise tikler ve emosyonel labilite veya irritabilitedir. MPH kullanımı ile ortaya çıkan kısa süreli yan etkiler iştahsızlık ve uykusuzluktur (69).

II. Psikostimülan Dışı İlaçlar

Atomoksetin, seçici NA gerialım engelleyicisidir. Hayvan çalışmalarında gösterildiği üzere atomoksetin yalnızca frontal kortekste DA artışına da yol açar ve bu etki striatum ve nukleus akkumbenste gözlenmez. Prefrontal DA ve NA yollarının bu sistem aracılığıyla uyarılması, atomoksetinin DEHB'deki çekirdek belirtileri azaltmasına yardımcı olur (70).

Atomoksetin kullanımı ile gözlenen yan etkiler iştahsızlık, hafif sedasyon, ağız kuruluğu, mide bulantısı, terleme, uykusuzluk, irritabilite, çarpıntı ve nabız ve kan basıncında artıştır. Periferik noradrenerjik etkilerine dikkat edilmesi gerekir. Kardiyak sorunu olanlarda kullanımı önerilmemektedir (39).

Bupropiyon, NA ve DA gerialım engelleyicisidir. Ergenlerde kısmi yanıt olduğu bildirilmiştir (39).

İmipramin, geçmişte daha yaygın biçimde kullanılmaktaydı. Hiperaktiviteye kısmen etkili, ancak dikkat üzerine etkisinin olmadığı bulunmuştur (39).

Modafinil, hipokretin/oreksin sistemini dolaylı yoldan etkileyen bir ilaçtır. Yapılan birçok randomize kontrollü çalışma, modafinilin DEHB olan çocuklarda etkili olduğunu ve günde tek doz ile yeterli yanıt alındığını ortaya koymuştur (71).

Alfa 2 agonistleri olan klonidin ve guanfasin, DEHB tedavisinde kullanılmaktadır. Son zamanlarda yapılan bir meta-analiz çalışmasında bu ilaçların hem DEHB'nin her iki boyut belirtisini hem de karşıt gelme özelliklerini azaltmada plasebodan üstün olduğunu göstermiştir (72).

III. Psikososyal/Psikoterapötik Yaklaşımlar

DEHB çoğu bireyde ömür boyu süren, yürütücü işlev bozukluğu ile seyreden bir durumdur. Bu bireyler uzun süreli veya bazen aralıklı danışmanlık, rehberlik, psikoterapi ihtiyacı duyabilmektedir. Etkinliği araştırılmış ve belli yaş grupları için kısmen desteklenen yöntemler; davranışçı tedaviler ve ebeveyn eğitim programlarıdır (39).

Davranışçı tedavilerin esası sosyal öğrenme teorisine dayanmaktadır. Beğenilen davranışları ödüllendirmeyi, beğenilmeyen davranışları ise söndürmeyi hedeflemektedir. Bu yöntem okul öncesi çocuklar ve ilkökul çağı çocukları için ilk görüşmeden sonra uygulanmaya başlanabilmektedir. Hedef davranışların tespiti ve iyi bir gözlem yapılması önemlidir. Yazılı ev kuralları uygulamak yararlı olabilir (39).

Ebeveyn eğitim programları hafif olgularda etkinlik göstermektedir. Ancak yaş büyüdükçe ve belirti şiddeti arttıkça etkinlik düzeyi azalmaktadır(39).

Okul yaşantısını düzenleme, özellikle günlük veya haftalık karneler, ebeveynlerin okul davranışlarını takip etmesine ve buna yönelik ödüller ve cezalar uygulamasına yardımcı olacaktır. Sınav süresini arttırmak, çocuğun dış uyaranlardan dikkatinin dağılmaması için sınavın uygun ortamda olması ve ev ödevi miktarının azaltılması yapılabilecek düzenlemeler arasındadır (39).

Benlik Saygısı

Tanım ve Tarihçe

Benlik saygısı, kişinin kendisini benimseyip değer vermesi, kendisine güven ve saygı duyması, kişinin kendini değerlendirmesi sonucunda ulaştığı benlik kavramını onaylamasından doğan beğeni durumudur. Benlik saygısının insan yaşamında özellikle de ergenlik çağında çok önemli bir yeri vardır. Ergenlik çağında kazanılan kimlik duygusu benlik saygısıyla ilişkili olarak gelişmektedir (73).

“Benlik saygısı” kavramı, yüzyıldan fazla bir zaman önce ilk kez William James tarafından kullanılmış, 1960’larda Dr. Abraham Maslow tarafından kavramlaştırılmıştır. Dr. Morris Rosenberg tarafından 1965’te global benlik saygısı ölçeği (R-ESI) geliştirilmiştir. Susan Harter, 1985’te Çocuklar için Self-Perception Profilini tanımlamış ve benlik kavramını beş alt yapıda incelemiştir. Dr. Nathaniel Brandon ise benlik saygısı hareketinin öncülerindendir (74).

Rosenberg’e göre benlik saygısı kişinin tüm alanlarda (global benlik saygısı) ya da özel alanlarda (spesifik benlik saygısı) kendini nasıl tanımladığı ve algıladığıdır. Özel alanlardaki benlik saygısının global benlik saygısına göre kişinin gözlenen davranışları için daha iyi bir belirleyici olduğu bildirilmektedir (75).

Harter benlik saygısını “bir bireyin kişi olarak kendisinden ne kadar hoşlandığı, kendini ne kadar kabul ettiği ve saydığı biçiminde” sorusu ile açıklamaya çalışmış, benlik saygısına ilişkin iki farklı kuramsal görüş sunmuştur. Bunlardan birincisi, William Cames’in görüşüdür. Bu görüşe göre benlik saygısı bireyin belirli bir alanda algılanan başarısının oranı olarak görülmektedir ki birey burada başarıya odaklanmıştır. İkinci kuramsal görüş C. Horton Cooley’in olup, bu görüşe göre benlik saygısı kişinin kendisi için önemli olan kişilerin kendisini nasıl gördüğüne ilişkin algısıdır (74).

Özetleyecek olursak benlik ile ilgili kavramlardan benlik kavramı, benliğin bilişsel yanını, benlik saygısı ise benliğin duygusal boyutunu ifade eder. Çoğunlukla karıştırılan benlik kavramı ile benlik saygısı birbirlerinden

farklı bir anlam taşımaktadırlar. İkisi de bireyin kendi benliği hakkındaki fikirleri kapsamakla birlikte benlik saygısı benlik kavramından daha farklı değerlendirici bileşimleri de içine almaktadır (76).

Benlik Saygısının Değerlendirilmesi

Benlik saygısının değerlendirilmesi psikometrik ölçümlerle yapılmaktadır ve genellikle öz bildirim dayalı ölçekler kullanılmaktadır (77-80). Bazı klinisyenler öz bildirim ile çocuğun benlik saygısının değerlendirmenin güvenilir ve gerçekçi olmayacağını, bunun yerine anne-baba ya da öğretmen alınacak bildirimlerin daha belirleyici olmasının tercih edilmesi gerektiği (81) belirtmekle birlikte hasta-merkezli pratikte önerilen çocuğun rapor ettiği her şeyi dikkate almamız gerektiği şeklindedir (82), daha güvenilir olabilmesi için tekrarlı doldurtulabileceği de önerilmektedir (83).

Benlik saygısını değerlendirmek amacıyla kullanılan birçok ölçekten Türkçe'ye kazandırılan, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış olanları şunlardır;

Morris Rosenberg tarafından 1963 yılında geliştirilmiş olan Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin, 1965 yılında geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (77). Guttman ölçüm şekline göre düzenlenmiş olan testte olumlu ve olumsuz yüklü maddeler ardışık olarak sıralanmıştır. Sorulardan her biri çok doğru, doğru, yanlış, çok yanlış olmak üzere 4 farklı biçimde cevaplanmaktadır. Ölçeğin kendi içinde değerlendirme sistemine göre, denekler 0-6 arasında puan almakta, puanın yüksek olması benlik saygısının düşük, düşük olması ise benlik saygısının yüksek olduğunu göstermektedir. 0-1 puan yüksek, 2-4 puan orta ve 5-6 puan düşük benlik saygısı olarak değerlendirilmektedir. Ülkemizde 1986 yılında Çuhadaroğlu tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılarak uygulanmaya geçirilmiştir. Ölçeğin geçerlilik katsayısı 0,71, güvenilirlik katsayısı 0,75 olarak bulunmuştur (84).

Coopersmith tarafından 1967 yılında geliştirilmiş olan Coopersmith'in Benlik Saygısı Envanteri toplam 57 maddeden oluşmakta, envanterden benlik saygısına ilişkin toplam puan elde edilmektedir (79). Envanterde

yüksek benlik saygısının göstergesi kabul edilen cevaplara 1, diğer cevaplara ise 0 puan verilmiştir. Envanterden alınan puan yükseldikçe bireylerin benlik saygıları da yükselmektedir. Ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması Güçray tarafından yapılmıştır (85). Bu envanterin bir de kısa formu bulunmakta ve bu kısa form genel benlik saygısını ölçmektedir. Kısa form benlik saygısı ile ilgili kendini küçümseme, liderlik, popülerlik, anne-baba-aile, atılganlık ve kaygı gibi faktörleri kapsayan 25 maddeden oluşmaktadır. Bu envanter 4.-8. sınıf öğrencilerine uygun olarak hazırlanmıştır. Envanter maddeleri evet-hayır biçiminde yanıtlanmaktadır. Envanterden alınabilecek en yüksek puan 25, en düşük puan ise 0'dır (86).

“Kendim Hakkında Düşüncelerim” adı ile de anılmakta olan Piers-Harris Çocuklarda Benlik Kavramı Ölçeği 9 ile 16 yaş gruplarındaki öğrenciler için geliştirilmiştir. Ölçek öğrencilerin kendilerine yönelik düşünce, duygu ve tutumlarını değerlendirmeyi amaçlar. Toplam 80 tanımlayıcı ifadeden oluşan altı alt ölçek içermektedir. Kuramsal olarak 0 ile 80 arasında değişen puanlar elde edilir. Yüksek puanlar olumlu öz-kavramının, düşük puanlar da olumsuz öz-kavramının varlığını ifade eder (80). Ölçeğin Türkçe uyarlaması Öner tarafından yapılmış, güvenirlik katsayısı 0,81 ve 0,89 arasında bulunmuştur (87).

Benlik Saygısı ile Psikopatoloji Arasındaki İlişki

Ergenlik döneminde kendisinin nasıl biri olduğu, neye benzediği, kendisi hakkında neler hissettiği ergeni en çok düşündüren sorunlardandır. Bireyin kendisi hakkında olumlu ya da olumsuz bakış açısına sahip olması, kendini değerli ya da değersiz olarak görmesi benlik saygısını belirler (88).

Benlik saygısı yüksek olan kişide kendine güven, iyimserlik, başarıya isteği, zorluklardan yılmama gibi olumlu ruhsal nitelikler bulunur. Buna karşılık benlik saygısı düşük bir kimsenin kendine güveni azdır, kolay umutsuzluğa kapılır, kısacası olumsuz ruhsal belirtiler geliştirmeye daha yatkındır (73).

Ergenlik döneminde benlik saygısının önemli ilişki gösterdiği bir başka nokta psikopatolojik durumlardır. Düşük benlik saygısı sadece rahatsız edici bir durum olarak kalmaz, anksiyeteden psikoza kadar değişik patolojik durumların ortaya çıkmasında da önemli rol oynar. Kimlik duygusu sağlıklı bir şekilde gelişmezse kimlik kargaşası ve daha sonra da bunun yol açacağı asabiyet veya psikotik durumlar gibi psikopatolojiler ortaya çıkabilir (84).

Benlik saygısı düşük ergenlerde depresif ve psikosomatik belirtilere de çok daha fazla oranda rastlanmaktadır. Golin (89) depresif ve depresif olmayan ergenleri karşılaştırdığında depresiflerin diğer gruba göre benlik saygısını azaltıcı durumlarda daha fazla duyarlılık gösterdiklerini bulmuştur. Çuhadaroğlu (84) yapmış olduğu bir çalışmada psikotik ve nevrotik özellikler gösteren adölesanlar kontrol grubuyla karşılaştırılmış ve her iki grubun benlik saygıları ortalama olarak kontrol grubuna göre önemli derecede düşüklük gösterdiğini saptamıştır. Her üç grupta da depresif duygulanımla benlik saygısı arasında önemli bir ilişki görülmüş; benlik saygısının azalması, depresif duygulanımın artması ile ilişkili bulunmuştur. Psikosomatik belirtiler açısından araştırma grupları incelendiğinde, belirtiler kontrol grubunda az, psikotik grupta orta derecede, nörotiklerde ise yüksek bulunmuştur. Benlik saygısı her üç grupta da aynıyken psikosomatik belirtilerle ilişkili gruplar arasında böyle bir farklılık olması, adölesanlarda psikiyatrik yakınma olarak psikosomatik belirtilerin depresif belirtilere göre daha önemli olduğunu göstermiştir. Bu çalışmada benlik saygısı sosyodemografik veriler açısından incelendiğinde annenin yaşı, eğitimi ve mesleği ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Benlik Saygısı İle Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Arasındaki İlişki

Benlik saygısı çocuğun çevresiyle etkileşimine ve deneyimlerine bağlı olarak gelişir. Önce anne-baba ve diğer aile bireyleri gibi çocuğun hemen yakınında bulunan kişilerin, daha sonra arkadaş ve öğretmenlerin davranış ve tutumlarıyla şekillenir. Benlik saygısının olumlu gelişmesi için çocuğun olumlu davranışları nedeniyle ödüllendirilmesi, kabul görmesi ve takdir

edilmesi gerekir. Oysa DEHB olan çocuklar yıkıcı davranışları ve sosyal ilişkilerindeki zorlukları nedeniyle sıklıkla evde, okulda ve diğer ortamlarda eleştiri ve cezaya fazlaca maruz kalırlar. Özellikle başarı ve başarma duygularının tadılması gereken ilköğretim yıllarında başarısızlık ile tanışırlar. Gerek akademik, gerekse ilişkisel bağlamda yaşanan başarısızlıklar sonunda “ben aptalım, hiçbir işe yaramam” gibi ifadelerle kendilerine olan güvensizlik ve mutsuzluğu ifade edebilirler (90).

DEHB olan çocukların dikkat sorunları, aşırı hareketlilikleri, dürtüsel olmaları ve DEHB’ye sıklıkla eşlik eden davranış sorunları; diğer akranları ve arkadaşları tarafından fark edilmekte ve bu farklılıklarını kendilerine göre adlandırabilmektedirler. Zamanla çocukların kendine güvenlerinin azalması, benlik saygısının düşmesine neden olabilmektedir. Bu düşük benlik saygısı, mutsuzluk ve güvensizlik; çocuğun DEHB belirtilerinin daha da artmasına neden olabilmekte ve kısır döngü oluşturabilmektedir (91).

Barkley’e göre, DEHB’si olan çocuklar uygun sosyal becerileri öğrenme girişimlerinde bulunurken akranları tarafından kabul edilmedikleri için kafaları karışabilmektedir. Bu durumda ise olumsuz benlik kavramı gelişimi ortaya çıkmaktadır. Bütün çocuklar olumsuz benlik kavramına sahip olmamaktadır. Çünkü sahip oldukları yeterlilikleri abartarak kendileri hakkında gerçekçi olmayan olumlu duygulara sahip olabilmektedirler. İçinde buldukları bu çökkün ve mutsuz durumu kullandıkları savunma mekanizmaları ile gerçekçi olmayan olumlu duygulara çevirebilmektedirler. Sınırlı farkındalıkları ile kusurlarının, başarısızlıklarının sorumluluğunu başkalarının üzerine atabilmektedirler (34).

DEHB olan çocukların, öğrenim yetersizlikleri ile kendini gösteren eğitim zorlukları, ebeveynlerin hoşgörüsüzlüğü ile pekişen ailevi zorlukları ve depresif kişisel deneyimleri olumsuz benlik kavramının sebebi olabilmektedir (92,93).

DEHB’si olan çocukların olumlu benlik kavramı kazanmasında ailenin ve öğretmenlerin desteği gerekmektedir. Çocuklar yetişkinleri model alırlar. Anne baba ve öğretmenlerin çocuklar için doğru model olmaları önemlidir. Anne babalar, öğretmenler çocukla doğru iletişim kurar, birlikte plan yapar ve

hedefleri saptarlarsa DEHB'li çocuk için içinde buldukları durumu iyileştirmek daha kolay olacaktır (90).

Duygu Dışavurumu

Tanım ve Tarihçe

DD, kökenlerini, aile içindeki duygusal iklimin psikiyatrik bozukluklarda prognostik bir etken olup olamayacağına dair çalışmadan alan, ampirik olarak türetilmiş bir kavramdır (94). DD, akrabaların, düşmanlık, eleştiri ve aşırı duygusal koruyuculuk/kollayıcılığı da içeren iletişim tarzları ile karakterize olan evdeki çevresel stresin, kullanılmakta olan bir ölçüsüdür (95).

Tarihsel olarak DD kavramı, Brown ve ark.'ın (96) 1950'lerde Londra'da başlatmış oldukları bir seri çalışmaya dayanmaktadır. Bu çalışmada, taburculuk sonrası ailesinin yanında yaşayan şizofreni hastalarının, bir kurumda yaşayanlara göre kötü bir gidiş gösterdikleri saptanmıştır. Benzer çalışmayı Brown ve ark. (97) bir yıl izlem sonrası nüks oranlarını tespit etmek şeklinde yapmışlar ve ailesinin yanında yaşayan hastaların nüks oranlarının bir kurumda yaşayanlara göre daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Bu çalışmalarla, hasta yakınlarından hastaya yönelen duyguların önemli olduğu bildirilmiştir (98). Hastalık seyrini etkilediği düşünülen aile etkenlerinin önemli bir kısmı, DD kavramı içinde incelenmektedir (99). DD, genel olarak aile tutumlarının bir ölçüsü olup; hasta hakkında aile üyeleri tarafından yapılan eleştirelilik, düşmancıl tutumlar, aşırı müdahalecilik ve duygusal aşırı ilginin düzeyini yansıtmaktadır. Yani DD, hastanın değil, aile üyelerinin bir özelliğidir (100).

Yüksek DD, hastaya karşı yüksek şiddette "eleştirelilik", "düşmancıl oluş", "aşırı müdahalecilik" ya da "duygusal aşırı ilgiyi" kapsar (101). Ruhsal hastalığı olan bir bireyi bulunan ailelerde "rol", "davranış kontrolü" ve "problem çözme" işlevlerinde bozulmalar olduğu saptanmıştır. Yüksek DD de aile işlevlerinde bozulma ile ilişkili görünmektedir (102).

Asarnow (94) ergenlerin ailelerine hala bağımlı olduğunu ve bu nedenle, özellikle de sağlıklı bir aile ortamının olumsuz etkilerine karşı savunmasız olduğunu aktarmıştır. Çocuk ve ergenlerin "yüksek ebeveyn DD'sinin zararlı etkilerine erişkinlere göre daha duyarlı" olabileceği ileri sürülmüştür (103). Yetişkin ve çocuk yazını arasındaki tutarlılık ile birlikte, DD ve çocuk ergen sağlığı konusundaki araştırmalara, artan bir ilginin olduğu göze çarpmaktadır (104).

DD'nin davranış sorunlarının ve strese başa çıkmanın şekillenmesinde de etkili olduğu bildirilmiştir (105-107).

Duygu Dışavurumunun Değerlendirilmesi

DD ile ilgili çalışmalar 1950-1960'lı yıllarda Londra'da Medical Research Council's Social Psychiatry Unit'de yapılan bir dizi çalışmalar sonucunda geliştirilmiştir ve yüksek DD olan ailelerde daha fazla relaps olduğu anlaşılmıştır (108).

İlerleyen dönemlerde ailelerdeki bu ilişkiyi değerlendirilebilecek ölçekler yapılmak istenmiştir (109). DD geleneksel olarak Camberwell Aile Görüşmesi (CFI:"Camberwell Family Interview") (110); veya alternatif olarak Beş Dakikalık Konuşma Örneği (FMSS: "Five Minute Speech Sample") (111) ile değerlendirilmektedir. DD kavramı hastanın hayatında önemli yeri olan yakınının düşmanlık tutumlarını, eleştireliliğini ve aşırı koruyuculuk/kollayıcılığını ile müdahaleciliğini incelemektedir. Ancak CFI ile değerlendirme yöntemi ortalama 3 saat sürmekte ve değerlendirme için zaman kısıtlılıkları yaratmaktadır. Bu nedenle çalışmalarda alternatif yöntemler kullanılmak istenmiştir. Gift ve ark. (112) ile Magana ve ark. (111) beş dakikalık görüşme formunu kullanırken; Parker ve ark. (113) ile Baker ve ark. (114) şizofren hastalarda öz bildirim formunu tercih etmiştir. Kısa yöntemler umut verici olsa da bazı sakıncaları gözlenmiştir. Beş dakikalık görüşme formunda hasta yakının katılımı gereklidir. Ayrıca puanlama sistemi değerlendirme gerektirir ve öznel sonuçlar içerebilir. Öz bildirim ölçekleri ise

hastadan alınan bilgiye dayalı olduğu için yakınlarından alınamayan değerli bilgileri de içermekle birlikte, DD özgül yapısını koruyamamıştır.

CFI, DD'nin kıstas ölçüsü olarak kabul edilse de, Kavanagh (101) DD'nin bu tek kullanım şekline dayanmaması gerektiğini belirtmektedir. DD algılamalarını değerlendirmek için bir dizi alternatif ölçüm geliştirilmiştir (115). DD için alternatif ölçüm sağlamaya yönelik ilk girişimlerden birinde DD düzeyi ölçeğinin yaratıcıları, hem DD'nin teorik çerçevesini yansıtacak hem de duygusal dışavurumu yüksek ya da düşük olabilen akrabalar arasındaki ayrımı sağlayacak olan, dört tane duygusal, bilişsel ve davranışsal özellik belirlemişlerdir (116). Bunlar;

1-Yüksek düzeyde müdahaleci olma (bir şey istediklerinde sürekli tekrarlayan istenmeyen söylemlerde, tavsiyelerde bulunma, sıklıkla eleştirel yorumlarda bulunma)

2- Hastalığı ile ilgili konularda yüksek duygusal tepki verme (öfke, ani tepki ya da her ikisini de içeren hastayı rahatsız eden tepkiler gösterme)

3- Hastanın hastalığına karşı olumsuz bir tutum sergileme (gerçekten hasta olduğuna dair şüphe etme, sık suçlamak ya da onu durumdan sorumlu tutarak hastayı rahatsız edecek tutum sergileme)

4-Düşük tolerans gösterme ve yüksek beklenti içinde olma (hastalık ile ilgi henüz ikna olmadıkları için sosyal beklentiler oldukça yükselir) (116).

DD ölçeği, DD ve şizofreni prognozu arasındaki ilişki üzerine yapılan çalışmalarda (116-118), depresif poliklinik hastaları üzerine bir çalışmada (119) ve hemşirelerin DD'sini azaltmak için tasarlanmış bir programda (120) kullanılmıştır. Bu çalışmalardan elde edilen sonuçlar, daha önce CFI kullanılan çok sayıdaki çalışmada bildirilen bulgulara paraleldir (117).

Gerlsma ve ark. (121) 345 katılımcı ile DD ölçeğinin Hollanda versiyonunun bir faktör analizini yürütmüştür. Faktör analizi, ölçeği 33 maddeye ve Duygusal Destek Yokluğu, Müdahalecilik ve Sinirlilik olarak

belirlenen üç faktöre indirmiştir. Startup (122) İngiltere'de 75 gönüllü ile bu kısaltılmış ölçeğin doğrulayıcı bir faktör analizini yapmış ve Gerlsma (121) tarafından bildirilen faktör yapısıyla aynı sonuca ulaşmıştır. Hale ve ark. (123) kısaltılmış DD anketinin teorik dört faktör yapısının, Hollandalı ergenlerden oluşan bir örnek üzerinde de geçerli olduğunu bulmuş ve aynı zamanda, DD ölçeklerinin öz bildirim yapıları depresyon ve anksiyete ile ilişkili olduğunu bildirmiştir.

Nelis ve ark. (124) da DD ölçeğinin, algılanan DD'nin bir ölçüsü olarak uygunluğunu, 661 ergenden oluşan bir örnekte incelenmiş ve ergenlerde kullanılabilecek bir ölçek olarak değerlendirmiştir. Ülkemizde de bu ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışması 1010 ergen üzerinde yapılmıştır (125).

Duygu Dışavurumu ile Psikopatoloji Arasındaki İlişki

Diatez stres modeli gelişimsel psikopatolojide de yatkınlık ve olumsuz yaşam olayları arasındaki ilişkiyi inceleyen bir modeldir. Tek başına yatkınlık ya da stres bir psikopatoloji için yeterli olmazken bu birleşim bozukluğun ortaya çıkmasına neden olabilir. Çalışmalarda da bireysel özelliklerin tek başına hastalık oluşturmada yetersiz kalırken olumsuz yaşam olaylarının bunu tetiklediği düşünülmüştür. Yapılan çalışmalarda da genetik ve biyolojik risklerin etkisi olsa da aile içi psikososyal faktörlerin etkinliğini göstermiştir (126) .

Aile ve sosyal çevre faktörlerinin majör psikiyatrik bozuklukların seyrini etkilediği ya da en azından yordadığı kabul gören bir yaklaşımdır (106). Hastalık seyrini etkilediği düşünülen aile faktörlerinin önemli bir kısmı, DD kavramı içinde incelenmektedir (99). DD'nin, bir dizi psikolojik ve fiziksel bozuklukta, relapsın önemli ve güçlü bir yordayıcısı olabileceği gösterilmiştir. DD, çocuk ve ergen psikopatolojisinde kötü prognoz ile de ilişkilendirilmiştir (95,127).

Stubbe ve ark. (127), yüksek DD'li anneleri olan çocuklarda herhangi bir tanı olasılığının, düşük DD'li anneleri olan çocuklara göre beş kat daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Fristad, Gavazzi, Centolella ve Soldano

(128) yüksek DD'nin çocuk ve ergenlerde, depresyon başlangıcı ve seyri ile bağlantılı olabileceğini öne sürmüştür.

Hibbs ve Hamburger (105) OKB belirtileri gösteren 49 çocuğun annelerinin %76'sında, babalarının %46'sında yüksek DD bulunduğunu, bu oranların psikiyatrik bozukluğu olmayan kontrol grubu çocukların ailelerinden daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. OKB'de tedavi sonuçları üzerine DD etkisini inceleyen bir çalışmada, DD parametresi olan "düşmancıl oluş"un, anksiyete bozukluklarında olumsuz tedavi sonucunun ve tedavinin yarım bırakılmasının en önemli belirleyicisi olduğu bildirilmiştir (129):

Jacobson ve ark. (130) yüksek DD'yi çocuklardaki dezorganize bağlanma örüntüleriyle ilişkili bulmuştur.

Caspi ve ark. (131) 565 monozigot ikiz çift ve anneleriyle yaptıkları çalışmada, annenin DD'si ile çocuklardaki antisosyal davranışların ilişki gösterdiğini bildirmişlerdir. Anneden daha fazla olumsuzluk ve daha az sıcaklık algılayan ikizlerin daha fazla antisosyal davranışa sahip olduğu belirlenmiştir (131).

Le Grange ve ark. (132) 18 anoreksia nervozalı ergenin ailesindeki DD düzeylerinin tedavideki prognostik değerini ve tedavinin seyrine etkisini araştırmışlar ve anoreksik ergenlerin ailelerinde DD puanlarının, diğer klinik problemlere sahip ergenlerin ailelerine kıyasla daha düşük olduğunu bulmalarına rağmen, eleştiri boyutunun hastalığın gidişatında belirleyici olduğunu bildirmişlerdir. Bunun yanı sıra, ailelerinde yüksek seviyede eleştiri olan ergenlerin tedaviye yanıtlarının, olmayanlara göre daha zayıf olduğu bulunmuştur (132).

Schwartz, Dover, Beardslee, Lavori ve Keller (133) ergenlerle yaptıkları çalışmada, anneye ait yüksek DD seviyelerinin depresif bozukluk, madde kötüye kullanımı ve davranış bozukluğu için risk artışının belirleyicisi olduğunu bildirmişlerdir. McCleary ve Sanford'un (134) majör depresif bozukluk tanısı alan ergenlerle yapmış oldukları çalışmada, ebeveynlerdeki yüksek DDD ile ergenlerin sosyal işlevselliği arasında güçlü bir ilişki sergilediği gösterilmiştir.

Araştırmalarda, annedeki yüksek DD ile çocukluktaki depresyon ve distimik bozukluk arasında güçlü bir ilişki olmasının yanı sıra, depresyon grubu içinde, yüksek düzeydeki eleştirel boyut, eşlik eden yıkıcı davranış bozukluklarının varlığı ile de ilişkili bulunmuştur (128).

Duygu Dışavurumu ile Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Arasındaki İlişki

DEHB, yüksek ailesel stres, ebeveyn psikopatolojisi ve ebeveyn çocuk ilişkilerindeki çatışma ile ilişkilidir (135). Aile etkileşim paternlerinin çeşitliliği DEHB'nin gidişini ve sonucunu etkiler (136). DD ise anne baba tarafından çocuklarına gösterilen eleştirisellik ve/veya aşırı duygusal koruyuculuk/kollayıcılık ve bunların çocukları üzerindeki etki şiddetinin bir ölçüsüdür (137). Geleneksel olarak eğer bireyler belli bir eşik değerin üzerinde eleştirisel yorumda bulunuyorsa veya herhangi bir düşmanca tutum veya belirgin duygusal destek yoksunluğu gösteriyorsa bu bireyler yüksek DD'li olarak sınıflandırılırlar (137).

Genel olarak ebeveyn DD'si klinik ve toplum örneklemindeki çocuk ve ergenlerde içe atım ve dışavurum problemleriyle eş zamanlı (95,127,138) ve boylamsal (28) ilişkiler gösterir. Özellikle ebeveyn DD'si (özellikle eleştirisellik alt bölümü) çocuklardaki DEHB ile ilişkilidir (4,27). Örneğin eleştirisellik toplum ve klinik örnekleimde hem dikkat eksikliği hem de hiperaktivite baskın tiplerle güçlü bir ilişki içindedir (28). DEHB ve ebeveyn DD'si arasındaki ilişki klinik olarak önemli olabilir. Çünkü DD, DEHB ile ilişkili olan olumsuz gelişimsel özelliklerin bazı yönlerini artırabilmektedir. Yedi yaş grubunda düşük ilgi ve yüksek eleştirisellik DEHB'li çocuklardaki davranım bozukluğunun şiddetini öngörme ile ilişkili bulunmuştur (139). İşte bu yüzden teorik olarak eğer yüksek DD'nin sebepleri hedef alınırsa DEHB'li çocukların gelişimsel sonuçları daha iyi hale getirilebilir. Fakat DEHB'de yüksek DD'nin sebepleri ile ilgili bilgimiz sınırlıdır. Örneğin DEHB'li bir çocuğun tutumlarının mı DD değerlerini yükselttiği, yoksa yüksek DD'nin mi DEHB belirtilerini kötüleştirdiği tam olarak bilinmemektedir. Tedavi çalışmaları göstermektedir

ki ebeveynlerin olumsuz tutumu en azından DEHB'li çocuğun davranışlarına bir parça cevaptır ki belirtilerdeki ilaca bağlı azalma, tedavi sırasında ebeveynlerin olumsuz tutumlarındaki düşüşle ilişkili bulunmuştur (140-142).

DEHB, davranış bozukluğu(DB) ve karşıt olma karşıt gelme bozukluğunun (KOKGB) DD ile olan ilişkilerini değerlendiren bir çalışma DD-DEHB arasındaki ilişkinin DD-DB/KOKGB arasındaki ilişkidenden daha güçlü olduğunu ifade etmektedir (28). Bu bulgular birlikte görülen DB/KOKGB'nin yüksek ebeveyn DD'si ile ilişkili olmadığını ifade eden daha önceki bir çalışmayla da uyumludur (143). Bunun tam tersi olarak başka bir çalışma da eş zamanlı ortaya çıkan davranışsal ve duygusal problemlerden dolayı DEHB ve annenin yüksek DD'si arasında ilişki olduğunu ifade etmiştir (4).

DD ve anne baba psikopatolojisi arasındaki ilişkiye bakıldığında ise özellikle DEHB'nin kendisi başta olmak üzere depresyon, anksiyete ve agresyon gibi psikolojik problemlerin DEHB'li çocukların anne babalarında yüksek bir yaygınlığa sahip olduğu görülmektedir (138,144,145). Anne depresyonu; eleştirisellik ve düşmanca tutumla ilgiliyken, agresyon; yetersiz anne baba davranışlarıyla ilişkilidir (32,33).

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Araştırma, DEHB tanısı konan ergenlerin benlik saygısı ve DD arasındaki ilişkiyi yordamaya, DEHB tanısı konan ergenler ile sağlıklı ergenlerin benlik saygısı ve duygu dışavurumları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını ortaya koymaya yönelik tanımlayıcı nitelikte bir araştırmadır.

Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evreni 1 Nisan 2015-31 Temmuz 2015 tarihleri arasında Bursa ilinde eğitim-öğretim kurumlarına devam eden, 12-16 yaş grubu ergenler, bunların anne babalarından oluşmaktadır.

Örneklem Büyüklüğü ve Yöntemi

Araştırmanın örneklemini Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvuran, DEHB tanısı konmuş, 12-16 yaş grubu 41 ergenden, bunların anne-babalarından oluşmaktadır. Kontrol grubu, tanı grubu özellikleri ile eşleşen Bursa ili İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı okullardan, okulların rehberlik-danışmanlık bölümü tarafından polikliniğimize yönlendirilen, gönüllülük esası üzerine başvurmuş çocuk ve ergenlerden bedensel ve ruhsal herhangi bir bozukluğu saptanmayan 12-16 yaş grubu 35 öğrenci ve anne babalarından oluşmaktadır.

Her iki grupta da çalışmadan dışlanma ölçütleri; anne ve babanın görüşme yapmak için yeterli zihinsel kapasiteye sahip olmaması, ergende eşlik eden başka tıbbi bir bozukluğun bulunması olarak belirlenmiştir. WISC-R testi toplam zekâ bölümü 85 puan ve üzeri olan; fizik, nörolojik muayeneleri normal bulunan ergenler çalışmaya alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada ergenlerle ve anne-babalarla ilgili sosyodemografik bilgileri elde etmek amacıyla araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan bilgi formu kullanılmıştır. Psikiyatrik tanıları belirlemek için Okul Çağı (6-18 Yaş) Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve şizofreni Görüşme Çizelgesi-şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Versiyonu ergenlere ve anne-babalara uygulanmıştır. Örneklemin zekâ düzeyi WISC-R Zekâ Testi ile değerlendirilmiştir. Çocuk ve ergenlerin benlik saygısını değerlendirmek için Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, DD'sini değerlendirmek için Ergenlerde Kısaltılmış Duygu Dışavurum Ölçeği uygulanmıştır.

I. Bilgi Toplama Formu (BTF)

Bilgi Formu, araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. BTF'de öğrencilerin yaşı, cinsiyeti, anne ve babanın eğitimi, anne ve babanın mesleği, kardeş sayısı, kaçıncı kardeş olduğu, algılanan gelir düzeyi, algılanan ekonomik durum, algılanan sağlık düzeyi kendisinin ve ailedeki diğer bireylerin sağlık durumları sorgulanmıştır. Form Ek-1'dedir.

II. Okul Çağı (6-18 Yaş) Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve şizofreni Görüşme Çizelgesi-şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Versiyonu (ÇGDŞ-şY-T)

Psikiyatrik tanıları belirlemek için kullanılan yarı yapılandırılmış bir görüşme aracıdır. şimdiki ve yaşam boyu psikopatoloji ataklarını değerlendiren formu DSM-IV'e uygun olarak Kaufman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve geçerli ve güvenilir bir tanı aracı olduğu bildirilmiştir (146). Gökler ve ark. (147) tarafından Türkçe 'ye çevirisi yapılmıştır. Ölçek üç bölümden oluşmaktadır. İlk kısım yapılandırılmamış başlangıç görüşmesidir. Bu bölümde demografik bilgiler, şikâyet ve öyküsü, sağlık durumu, daha önce alınan tedaviler, okul ve aile ilişkileri ile ilgili bilgiler sorgulanır. İkinci kısım yaklaşık 200 belirtiyi tarayan tanı amaçlı tarama görüşmesidir. Bu bölümde pozitif belirtiler varsa duygulanım bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, davranış bozuklukları ve madde kötüye kullanım bozuklukları ve diğer bozukluklar alanlarında tanıyı

doğrulamak için ek puanlama yapılmaktadır. Üçüncü bölüm ise çocuğun işlevselliğini değerlendiren çocuklar için genel değerlendirme ölçeğidir.

III. Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği-Geliştirilmiş Formu (WISC-R)

Çalışmaya katılan çocukları bilişsel işlevsellik açısından değerlendirme amacıyla WISC-R zekâ testi, uygulanmıştır. WISC-R zekâ testi, her biri 6 alt test içeren sözel (genel bilgi, benzerlikler, aritmetik, yargılama, sözcük dağarcığı ve sayı dizisi) ve performans (resim tamamlama, resim düzenleme, küplerle desen, parça birleştirme, labirent ve şifre) bölümlerinden oluşur. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Savaşır ve Şahin (148) tarafından 1995’de yapılmıştır.

IV. Ergenlerde Kısaltılmış Duygu Dışavurum Ölçeği (KDDÖ)

Nelis ve ark. (124) tarafından geliştirilen ölçek, Vural ve ark. (125) tarafından 2012 yılında Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçek son üç ay içinde, katılımcının hayatındaki en etkili kişiden algılanan DD’yi ölçen 33 maddeden oluşmaktadır. KDDD ölçeğinin üç alt ölçeği duygusal destek yokluğu (DDY), sinirlilik ve müdahaleciliktir. Yüksek skorlar, yüksek düzeyde DD’ye işaret eder. Nelis ve ark.’ın (124) çalışmasında Cronbach alfa katsayıları DDY, Sinirlilik ve Müdahalecilik alt ölçekleri için sırasıyla 0,88, 0,82 ve 0,70 olarak bildirilmiştir. Vural ve ark.’nın (125) yaptığı çalışmada ölçek güvenilirliği incelendiğinde, Cronbach alfa katsayısı 0,90 bulunmuştur. Ölçek ergenin kendisi tarafından okunarak doldurulur. “(1) doğru değil” ile “(4) doğru” uçlarına sahip, 4 birimli likert tipi derecelendirme ölçeği üzerinden yanıtlanır. Ölçek Ek-2’dedir.

V. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)

Ölçek, Rosenberg tarafından özellikle ergen yaş grubunda benlik saygısını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (88). On iki alt testi olan ölçeğin, benlik saygısı alt testi 10 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte çoktan seçmeli ‘çok doğru’, ‘doğru’, ‘yanlış’ ve ‘çok yanlış’ şeklinde seçenekleri olan, olumlu ve olumsuz anlam taşıyan maddeler yer almaktadır. “benlik saygısı” alt testinde 0 –1 puan alanların “yüksek”; 2–4 puan alanların “orta” ve 5–6 puan alanların “düşük” benlik saygısına sahip oldukları kabul edilir. Ölçeğin

ülkemizdeki gençlerde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Çuhadaroğlu (149) tarafından yapılmış ve geçerlilik katsayısı 0,71, güvenilirlik katsayısı 0,75 olarak bulunmuştur. Ölçek Ek-3'dedir.

Çalışmanın İstatistiksel Analizi

İstatistiksel değerlendirmeler için SPSS for Windows 22.0 (SPSS Inc., Chicago, USA) paket programı kullanılmıştır. Ölçümle elde edilen veriler aritmetik ortalama (X) ve standart sapma (SD); sayımla elde edilen veriler (%) olarak gösterilmiştir. Değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir. Anlamlılık düzeyi çoklu karşılaştırmalarda (post hoc) ise "0.05/karşılaştırma sayısı" olarak alınmıştır.

İki grubun (DEHB'li ergenler ile sağlıklı ergenler) ölçümsel (interval) değişkenleri için verilerin parametrik koşulları taşıyıp taşımadığı One-Sample Kolmogorov-Smirnov Testi kullanılarak bakılmış, ölçümsel değişkenlerin ortalama değerlerinin normal dağılıma uyanları Student t testi, normal dağılıma uymayanları Mann Whitney-U testi kullanılarak, gruplar arasındaki ortalama puan farkları karşılaştırılmıştır.

Cinsiyet, anne baba eğitimi, benlik saygısı gibi ordinal (kategorik, niteliksel) verilerin frekansları bakımından gruplar arasındaki farklar X^2 (chi-square) testi ile incelenmiştir.

Bağımlı değişkenler olan "benlik saygısı" ve "DD" sonuçları, bağımsız değişkenlerle (yaş, cinsiyet vb.) karşılaştırılmış ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığı incelenmiştir.

Sınırlılıklar ve Sınırlama

Uygulamada kullanılan ölçekler, ergenlerin benlik saygısını ve DD'sini saptamaya yeterli olarak kabul edilmiştir. Bursa ili il merkezinden başvuran DEHB'li ergenler ile Bursa ili il merkezindeki okullardan oluşturulan ergenlerden elde edilen bulgular ile sınırlıdır. Bu nedenle bulgular genellenemez.

Etik

Araştırma konusu Uludağ Üniversitesi Tıp Fakóltesi Etik Kuruluna sunulmuş, 25 Kasım 2014 tarihli ve 2014-22/7 sayılı kararı ile onay alındıktan sonra çalışma y¼r¼t¼lm¼řt¼r. Çalışmayı y¼r¼ten hekim tarafından hasta ve kontrol grubuna alınması planlanan ergenlere ve anne babalarına aydınlatılmış onam sunulmuş, katılmayı kabul edenler çalışmaya alınmıştır.



BULGULAR

Araştırma Bursa ili merkezinde yaşayan, 12-16 yaş grubundaki 41 DEHB'li ergen ile 35 sağlıklı ergende yapılmıştır. DEHB'li ergenler "Hasta grubu", sağlıklı ergenler "Kontrol grubu" olarak tanımlanmıştır.

Sosyodemografik Veriler

Araştırma örneklemini oluşturan dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı konulan 41 olgunun %68,3'ü (n=28) erkek, %31,7'si (n=13) kız; kontrol grubunu oluşturan 35 olgunun ise %54,3'ü (n=19) erkek, %45,7'si (n=16) kız olup gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunamamıştır (p=0,310) (Tablo-3).

Tablo-3: Hasta ve kontrol grubunda cinsiyet dağılımı

Cinsiyet	Hasta grubu		Kontrol grubu		χ^2	p
	n	%	n	%		
Kız	13	31,7	16	45,7	1,032	0,310
Erkek	28	68,3	19	54,3		
Toplam	41	100,0	35	100,0		

Hasta grubun yaş ortalaması $13,63 \pm 1,33$ kontrol grubunun yaş ortalaması $13,48 \pm 1,24$ olarak bulundu. Gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (p=0,620) (Tablo-4).

Tablo-4: Hasta ve kontrol grubunda yaş ortalaması

	Hasta grubu X \pm SD	Kontrol grubu X \pm SD	t	p
Yaş ortalaması (yıl)	13,63 \pm 1,33	13,48 \pm 1,24	0,498	0,620

X: Ortalama, SD: Standart sapma

Kardeş sayılarına göre örneklemin analizi yapıldığında hasta grubunda tek çocuk olanların oranı %7,3 iken, kontrol grubunda tek çocuk olanların oranı %5,7 olarak bulundu. Olguların büyük kısmı (hasta grubundaki ergenlerin %51,2'si, kontrol grubundaki ergenlerin %51,4'ü) 2 kardeşti. Bunu

sıklık sırasına göre 3 kardeş olma (hasta grubunun %36,6'sı, kontrol grubunun %40,0'i) takip ediyordu (Tablo-5).

Tablo-5: Grupların kardeş sayılarına göre dağılımı

Kardeş sayısı	Hasta grubu		Kontrol grubu	
	n	%	n	%
1 kardeş	3	7,3	2	5,7
2 kardeş	21	51,2	18	51,4
3 kardeş	15	36,6	14	40,0
4 kardeş	0	0,0	1	2,9
5 kardeş	2	4,9	0	0,0
Toplam	41	100,0	35	100,0

Örneklemdaki çocuk ve ergenlerin doğum sıralarına göre dağılımları analiz edildi. Hasta grubundaki ergenlerden, ilk çocuk olarak dünyaya gelenler olguların %48,8'i oluştururken, kontrol grubundaki ergenlerin %42,9'u ilk çocuk olarak dünyaya gelmişti. Bunu sıklık olarak her iki grupta da ikinci çocuk olarak (hasta grubundakilerin %39,0'ı, kontrol grubundakilerin %40,0'i) dünyaya gelen olguların takip ettiği gözlemlendi (Tablo-6).

Tablo-6: Gruplardaki ergenlerin doğum sıralarına göre dağılımı

Doğum sırası	Hasta grubu		Kontrol grubu	
	n	%	n	%
1	20	48,8	15	42,9
2	16	39,0	14	40,0
3	4	9,8	6	17,0
4	0	0,0	0	0,0
5	1	2,4	0	0,0
Toplam	41	100,0	35	100,0

Hasta grubunun %80,5'inin anne babasının birlikte olduğu, %19,5'inin boşanmış olduğu, kontrol grubunun ise tamamının anne babasının birlikte olduğu, görüldü. Anne baba birlikteliği açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık görüldü ($p=0,006$). Her iki grupta da anne veya babası vefat etmiş olan olguya rastlanmadı.

Hasta ve kontrol grubunun annelerinin eğitim düzeylerinin dağılımı Tablo-7'de verilmiştir. Grupların annelerinin eğitim düzeyi ortaokul ve altı okul mezunu, lise ve üzeri okul mezunu olmak üzere iki gruba ayrılarak karşılaştırıldığında hasta grubunun annelerinin %48,8'inin ($n=20$) ortaokul ve altı okul mezunu, %51,2'sinin ($n=21$) lise ve üzeri okul mezunu olduğu, kontrol grubunun annelerinin ise % 60,0'ünün ($n=21$) inin ortaokul ve altı okul mezunu, %40,0'ünün ($n=14$) lise ve üzeri okul mezunu olduğu belirlendi. Gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p=0,455$) (Tablo-8).

Tablo-7: Grupların annelerinin eğitim düzeyleri dağılımı

Eğitim düzeyi	Hasta grubu		Kontrol grubu	
	n	%	n	%
Okuma-yazma bilmiyor	2	4,9	0	0,0
İlkokul mezunu	9	22,0	13	37,1
Ortaokul mezunu	9	22,0	8	22,9
Lise mezunu	15	36,6	7	20,0
Üniversite mezunu	6	14,6	7	20,0
Toplam	41	100,0	35	100,0

Tablo-8: Hasta ve kontrol grubunun annelerinin eğitim düzeylerinin karşılaştırılması.

Annelerin Eğitim Düzeyi	Hasta grubu		Kontrol grubu		p
	n	%	n	%	
Ortaokul ve altı	20	48,8	21	60,0	0,455
Lise ve üzeri	21	51,2	14	40,0	
Toplam	41	100,0	35	100,0	

Hasta ve kontrol grubunun babalarının eğitim düzeylerinin dağılımı Tablo-9'da verilmiştir. Grupların babalarının eğitim düzeyi ortaokul ve altı okul mezunu, lise ve üzeri okul mezunu olmak üzere iki gruba ayrılarak karşılaştırıldığında hasta grubunun babalarının %48,8'inin (n=20) ortaokul ve altı okul mezunu, %51,2'sinin (n=21) lise ve üzeri okul mezunu olduğu, kontrol grubunun babalarının ise % 8,6'sının (n=3) ortaokul ve altı okul mezunu, %91,4'ünün (n=32) lise ve üzeri okul mezunu olduğu belirlendi. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo-10).

Tablo-9: Grupların babalarının eğitim düzeyleri dağılımı

Eğitim düzeyi	Hasta grubu		Kontrol grubu	
	n	%	n	%
Okuma-yazma bilmiyor	2	4,9	0	0,0
İlkokul mezunu	12	29,3	2	5,7
Ortaokul mezunu	6	14,6	1	2,9
Lise mezunu	9	22,0	14	40,0
Üniversite mezunu	12	29,3	18	51,4
Toplam	41	100,0	35	100,0

Tablo-10: Hasta ve kontrol grubunun annelerinin eğitim düzeylerinin karşılaştırılması

Babaların eğitim düzeyi	Hasta grubu		Kontrol grubu		p
	n	%	n	%	
Ortaokul ve altı	20	48,8	3	8,6	<0,001
Lise ve üzeri	21	51,2	32	91,4	
Toplam	41	100,0	35	100,0	

Annelerin çalışma durumuna bakıldığında, hastaların annelerinin %29,3'ünün (n=12) sinin çalışan anne olduğu, %70,7'sinin (n=29) çalışmadığı, kontrol grubunun annelerinin %20,0'ının (n=7) çalışan anne olduğu, %80,0'ının (n=28) çalışmadığı saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (p=0,506).

Babaların çalışma durumuna bakıldığında, hastaların babalarının %2,4'ünün (n=1) çalışmadığı, %97,6'sının (n=40) çalıştığı, kontrol grubunun babalarının ise tamamının %100 (n=35) çalıştığı saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (p=1,000).

Örneklemdaki aylık gelir düzeyleri 1500 TL ve altında kalanlar "düşük sosyoekonomik düzey" ve 1501 TL ve üzeri olanlar "yüksek sosyoekonomik düzey" olarak iki alt başlıkta tanımlanıp gruplar arasındaki dağılımı yeniden analiz edilerek, karşılaştırıldı (Tablo-11). Hasta grubundaki ergenlerin %61,0'ı (n=25) yüksek sosyoekonomik düzeyde bir aileye sahipken, %39,0'ı (n=16) düşük sosyoekonomik düzeyde bir aileye sahipti. Kontrol grubundaki ergenlerin ise %74,3'ünün (n=26) yüksek, %25,7'sinin (n=9) düşük sosyoekonomik düzeye sahip ailelerden geldiği saptandı. Grupların sosyoekonomik düzeylerinin dağılımı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($X^2=0,972$, $p=0.324$).

Tablo-11: Düşük ve yüksek sosyoekonomik durum dağılımı ve karşılaştırılması

	Hasta grubu		Kontrol grubu		χ^2	p
	n	%	n	%		
Sosyoekonomik düzey						
Düşük	16	39,0	9	25,7	0,972	0,324
Yüksek	25	61,0	26	74,3		
Toplam	41	100,0	35	100,0		

Ailede Kronik Fiziksel Hastalık

Hasta grubunda olan olguların ailelerinde (anne, baba, kardeş ve diğer akrabalarında) kronik fiziksel bir hastalık (diabetes mellitus, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık, epilepsi, astım, anemi yaratan durumlar, vb.) görülme sıklığı %26,8 (n=11) olarak bulunurken, kontrol grubunun ailelerinde bu oranlar %17,1 (n=6) olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (p=0.463).

Ailede Ruhsal Hastalık

Hasta grubunda olan olguların ailelerinde (anne, baba, kardeş ve diğer akrabalarında) psikiyatrik bir hastalık görülme sıklığı %7,3 (n=3) olarak bulunurken, kontrol grubunun ailelerinde psikiyatrik bir hastalık bulunmamıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (p=0,245).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Grubu'nun Bozukluğa Yönelik Tanımlayıcı Bulguları

DEHB grubunda ÇDŞG-ŞY ile yapılan klinik görüşme sonucunda olguların %26,8'i (n=11) DEHB-Dikkat Eksikliği önde gelen alt tip (DEHB-DE), %12,2'si (n=5) DEHB-Hiperaktivite önde gelen alt tip (DEHB-H) ve

%61,0'ı (n=25) DEHB-Bileşik alt tip (DEHB-B) olarak değerlendirildi (Tablo-12).

Tablo-12: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu alt tiplerinin dağılımı

DEHB alt tipi	DEHB grubu	
	n	%
DEHB-DE	11	26,8
DEHB-H	5	12,2
DEHB-B	25	61,0
Toplam	41	100.0

DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, **DE:** Dikkat Eksikliği önde gelen alt tip, **H:** Hiperaktivite önde gelen alt tip, **B:** Bileşik alt tip

DEHB tanısı konulan ergenlerin DEHB alt tiplerinin cinsiyete göre dağılımı analiz edildi (Tablo-13). DEHB'li erkek cinsiyetli ergenlerin %71,4'ünün bileşik tip DEHB, %10,7'sinin dikkatsizliğin önde geldiği tip, %17,9'unun hiperaktivitenin önde geldiği tip tanı ölçütlerini karşıladıkları bulundu. Erkek cinsiyette bileşik tip en fazla bulunan DEHB alt tipi olurken, kız cinsiyette dikkatsizliğin önde geldiği tip en fazla bulunan DEHB alt tipi oldu.

Tablo-13: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu grubunda bozukluğun alt tiplerinin cinsiyetlere göre dağılımı

DEHB alt tipleri	Kız		Erkek	
	n	%	n	%
DEHB-DE	8	61,5	3	10,7
DEHB-H	0	0,0	5	17,9
DEHB-B	5	38,5	20	71,4
Toplam	13	100,0	28	100,0

DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, **DE:** Dikkat Eksikliği önde gelen alt tip, **H:** Hiperaktivite önde gelen alt tip, **B:** Bileşik alt tip

DEHB grubundaki olgularının %68,3'üne ÇDŞG-ŞY ile yapılan görüşme sonucunda ek bir psikiyatrik tanı koyulmuştur. Bu tanıları ve dağılımları Tablo-14'de verilmiştir.

Tablo-14: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu grubunda ek tanı oranlarının dağılımı

Ek tanıları	DEHB ek tanı oranları	
	n	%
Davranım bozukluğu	11	27,5
Depresyon	7	17,5
Yaygın anksiyete bozukluğu	4	10,0
Tik bozukluğu	3	7,5
Enürezis nokturna	2	5,0
Sosyal fobi	1	2,5
Obsesif kompulsif bozukluk	1	2,5
Enkoprezis	1	2,5
Toplam	40	100,0

Kırk bir olgunun 40'ı (%97,6) değerlendirme sırasında ilaç tedavisi almaktaydı. Bu ilaç tedavilerinin %57,5'ini tek başına metilfenidat, %3,9'unu tek başına atomoksetin, %1,3'ünü tek başına risperidon, %1,3'ünü tek başına seçici serotonin geri alım inhibitörü (SSGI), %1,3'ünü metilfenidat ve atomoksetin bir arada, %7,9'unu metilfenidat ve risperidon bir arada, %5,3'ünün metilfenidat ve SSGI bir arada, %1,3'ünü de atomoksetin ve SSGI bir arada tedavileri oluşturmaktaydı (Tablo-15).

Tablo-15: Kullanılan ilaç tedavileri.

İlaçlar	Kullanılan ilaçların dağılımı	
	n	%
Metilfenidat	23	57,5
Atomoksetin	3	7,5
Risperidon	1	2,5
SSGI	1	2,5
Metilfenidat ve atomoksetin	1	2,5
Metilfenidat ve risperidon	6	15,0
Metilfenidat ve SSGI	4	10,0
Atomoksetin ve SSGI	1	2,5
Toplam	40	100,0

SSGI: Seçici serotonin geri alım inhibitörleri

Kontrol grubu olguları, ÇDŞG-ŞY ile yapılan klinik görüşme sonrası herhangi bir psikiyatrik tanı kriterini karşılamayan ergenlerden oluşturuldu.

Uygulanan Test ve Ölçeklere İlişkin Bulgular

Örneklemin değerlendirilmesi sırasında kullanılan WISC-R, KDDÖ ve RBSÖ sonuçları analiz edilerek, elde edilen veriler gruplar arasında karşılaştırıldı.

I. WISC-R Sonuçlarına İlişkin Bulgular

Örneklemin her iki grubundaki çocuk ve ergenlere uygulanan WISC-R değişkenleri “sözel alt puanı, performans alt puanı ve WISC-R toplam puanı” şeklinde 3 alt başlıkta tanımlandı. Değişkenlerin aritmetik ortalamaları saptanarak sonuçları karşılaştırıldı (Tablo-16). Hasta grubundaki DEHB’li ergenlerin WISC-R sözel alt puan aritmetik ortalaması $95,9\pm 10,5$ puan, performans alt puanı aritmetik ortalaması $101,4\pm 12,8$ puan ve toplam puan

aritmetik ortalaması $98,7 \pm 9,2$ puan olduğu saptandı. Kontrol grubundaki ergenlerin WISC-R sözel alt puan aritmetik ortalaması $100,4 \pm 12,8$ puan, performans alt puanı aritmetik ortalaması $106,2 \pm 15,2$ puan ve toplam puan aritmetik ortalaması $103,5 \pm 12,0$ puan olduğu saptandı. Grupların WISC-R zekâ testi alt puanları ve toplam puanları dağılımlarının homojen olduğu gözlemlendi (sırasıyla sözel alt puanı için $t=-1,731$ $p=0,088$; performans alt puanı için $t=-1,489$ $p=0,141$; WISC-R toplam puanı için $t=-1,964$ $p=0,053$).

Tablo-16: Grupların WISC-R puanlarının dağılımı

	Hasta grubu		Kontrol grubu		t	p
	X	SD	X	SD		
WISC-R puanları						
Sözel alt puanı	95,9	10,5	100,4	12,8	-1,731	0,088
Performans alt puanı	101,4	12,8	106,2	15,2	-1,489	0,141
WISC-R toplam puanı	98,7	9,2	103,5	12,0	-1,964	0,053

X: Ortalama, SD: Standart sapma

II. RBSÖ Sonuçlarına İlişkin Bulgular

Örneklemin benlik saygısını değerlendirmek için kullanılan Benlik Saygısı Ölçeği sonuçları ölçeğin doğasında bulunan 3 alt değişkenle düzeyleri “yüksek (0-1 puan), orta (2-4 puan) ve düşük (5-6 puan)” şeklinde tanımlanarak, dağılımı analiz edildi. Hasta grubundaki ergenlerin %53,7’sinin benlik saygısı “yüksek”, %43,9’unun “orta”, %2,4’ünün “düşük” düzeyde bulundu. Kontrol grubundaki ergenlerin ise %77,1’inin benlik saygısı “yüksek”, %22,9’unun “orta” düzeyde olduğu saptandı. Kontrol grubuna ait değerlendirmede “düşük” benlik saygısı yoktu (Tablo-17).

Tablo-17: Grupların benlik saygısı düzeylerinin dağılımı

Benlik saygısı düzeyleri	Hasta grubu		Kontrol grubu	
	n	%	n	%
Yüksek	22	53,7	27	77,1
Orta	18	43,9	8	22,9
Düşük	1	2,4	0	0,0
Toplam	41	100,0	35	100,0

Bu araştırmanın amaçlarından biri benlik saygısının DEHB’de hangi düzeyde olduğunu saptamaktır. “DEHB’li ergenlerin benlik saygısı düzeyi sağlıklı yaşlılarından farklıdır” hipotezini analiz etmek için; benlik saygısı orta ve düşük düzeyde olanlar “benlik saygısı yüksek değil”, yüksek olanlar “benlik saygısı yüksek” şeklinde iki alt değişkenden toplanarak, gruplar arasındaki dağılımı karşılaştırıldı (Tablo-18). Hasta grubundaki ergenlerin %46,3’ünün benlik saygısının “yüksek değil”, %53,7’sinin benlik saygısının “yüksek” olduğu saptandı. Kontrol grubundaki ergenlerin ise %22,9’unun benlik saygısı “yüksek değil”, %77,1’inin “benlik saygısı yüksek” olarak bulundu. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($\chi^2=4.546$, $p=0.033$).

Tablo-18: Gruplar arasında benlik saygısının “yüksek değil” ve “yüksek” şeklinde dağılımı

Benlik saygısı düzeyleri	Hasta grubu		Kontrol grubu		χ^2	p
	n	%	n	%		
Benlik saygısı yüksek	22	53,7	27	77,1	4,546	0,033
Benlik saygısı yüksek değil	19	46,3	8	22,9		
Toplam	41	100,0	35	100,0		

Araştırmanın amaçlarından bir diğeri benlik saygısı düzeyi bağımlı değişkeni üzerine bağımsız değişkenlerin etkisini araştırmaktır. Bu amaçla her bağımsız değişken, gruplar arasında “benlik saygısı yüksek” ve “benlik saygısı yüksek değil” bağımlı değişkenleri ile Chi-square testi kullanılarak

karşılaştırıldı (Tablo-19). Analiz sonucunda; erkek olan DEHB'li ergenlerin %50,0'ının benlik saygısının "yüksek değil" olarak saptanması anlamlı olarak bulundu ($\chi^2=4,014$, $p=0,045$). Annelerinin eğitim düzeyi ortaokul ve altı olan DEHB'li ergenlerin %45,0'ının benlik saygısının "yüksek değil" olarak saptanması anlamlı olarak bulundu ($\chi^2=4,668$, $p=0,031$). Anneleri çalışıyor olan DEHB'li ergenlerin %44,8'inin benlik saygısının "yüksek değil" olarak saptanması anlamlı bulundu ($p=0,044$).

Tablo-19: Benlik saygısı ile ilişkili değişkenlerin dağılımı ve karşılaştırılması

İncelenen değişkenler	Benlik saygısı yüksek				Benlik saygısı yüksek değil				χ^2	p
	DEHB		Kontrol		DEHB		Kontrol			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Kız cinsiyet	8	61,5	12	75,0	5	38,5	4	25,0	-	0,688
Erkek cinsiyet	14	50,0	15	78,9	14	50,0	4	21,1	4,014	0,045
Anne ortaokul ve altı	11	55,0	18	85,7	9	45,0	3	14,3	4,668	0,031
Anne lise ve üzeri	11	52,4	9	64,3	10	47,6	5	35,7	0,122	0,727
Baba ortaokul ve altı	11	55,0	3	100,0	9	45,0	0	0,0	-	0,253
Baba lise ve üzeri	11	52,4	24	75,0	10	47,6	8	55,0	1,972	0,160
Anne çalışıyor	6	50,0	7	100,0	6	50,0	0	0,0	-	0,044
Anne çalışmıyor	16	55,2	20	71,4	13	44,8	8	28,6	1,618	0,203
İlk çocuk	8	40,0	10	66,7	12	60,0	5	33,3	1,489	0,222
İlk çocuk değil	14	66,7	17	85,0	7	33,3	3	15,0	-	0,277
Düşük SED	8	50,0	8	88,9	8	50,0	1	11,1	-	0,088
Yüksek SED	14	56,0	19	73,1	11	44,0	7	26,9	0,966	0,326

SED: Sosyoekonomik düzey

Hasta grubundaki ergenlerin benlik saygısı düzeylerinin DEHB alt tipleri ile olan ilişkisi araştırıldığında (Tablo-20), alt tiplerin dağılımı ile benlik saygısı yüksekliği arasında anlamlı bir farklılığın bulunmadığı saptandı ($\chi^2=0,434$, $p=0,805$).

Tablo-20: Benlik saygısı yüksekliğinin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu alt tipleri ile karşılaştırılması

	Benlik saygısı yüksek		Benlik saygısı yüksek değil		χ^2	p
	n	%	n	%		
DEHB alt tipleri						
DEHB-DE	6	27,3	5	26,3	0,434	0,805
DEHB-H	2	9,1	3	15,8		
DEHB-B	14	63,6	11	57,9		
Toplam	22	100,0	19	100,0		

DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, **DE:** Dikkat Eksikliği önde gelen alt tip, **H:** Hiperaktivite önde gelen alt tip, **B:** Bileşik alt tip

III. KDDÖ Sonuçlarına İlişkin Bulgular

Örneklemin DD'sini değerlendirmek için kullanılan KDDÖ sonuçları ölçeğin 3 alt ölçeğine göre analiz edildi (Tablo-21). Bu araştırmanın amaçlarından biri DD'nin DEHB'de hangi düzeyde olduğunu saptamaktır. "DEHB'li ergenlerin DD düzeyi sağlıklı yaşlılarından farklıdır" hipotezini analiz etmek için hasta grubu ile kontrol grubunun KDDÖ sonuçları karşılaştırıldı. Buna göre; DEHB olan olgular ile kontrol grubu, KDDÖ alt gruplarından olan "duygusal destek yokluğu", "sinirlilik", "müdahalecilik" açısından karşılaştırıldığında hasta grubunda anlamlı olarak daha yüksek puanlar tespit edilmiştir (p=0,039) (p=0,013) (p=0,026).

Tablo-21: Grupların DD puanlarının 3 alt ölçeğe göre dağılımı

	Hasta grubu		Kontrol grubu		t	p
	X	SD	X	SD		
DD düzeyleri						
DDY	28,8	9,7	24,5	7,6	2,096	0,039
Sinirlilik	19,9	6,7	16,5	4,4	2,534	0,013
Müdahalecilik	14,4	3,2	12,7	3,1	2,279	0,026
Ölçek Toplam Puanı	63,2	15,3	53,9	12,3	2,900	0,005

X: Ortalama, **SD:** Standart sapma, **DDY:** Duygusal destek yokluğu

DD üzerine etki eden bağımsız değişkenleri saptamak için ölçeğin toplam puan dağılımı esas alındı. Alınan toplam puan ile her bir bağımsız değişken, gruplar arasında Chi-square testi kullanılarak karşılaştırıldı. Sonuçların analizi Tablo-22’de gösterildi. Erkek DEHB’li ergenlerin, annesi ortaokul ve altı eğitim almış olan DEHB’li ergenlerin, annesi çalışan DEHB’li ergenlerin, ilk çocuk olmayan DEHB’li ergenlerin, hem yüksek hem de düşük sosyoekonomik düzeyde ailesi olan DEHB’li ergenlerin toplam KDDÖ puanları anlamlı olarak yüksek bulundu.

Tablo-22: DD ile ilişkili değişkenlerin dağılımı ve karşılaştırılması

İncelenen değişkenler	KDDÖ toplam puanı				t	p
	Hasta grubu		Kontrol grubu			
	X	SD	X	SD		
Kız cinsiyet	67,8	19,0	57,0	12,5	1,837	0,077
Erkek cinsiyet	61,5	12,9	51,3	11,7	2,740	0,009
Anne ortaokul ve altı	60,0	12,2	51,7	10,4	2,334	0,025
Anne lise ve üzeri	66,8	17,2	57,2	14,4	1,726	0,094
Baba ortaokul ve altı	65,1	15,3	51,3	5,5	1,522	0,143
Baba lise ve üzeri	61,9	15,3	54,1	12,7	2,004	0,050
Anne çalışıyor	63,5	13,8	53,7	11,1	2,939	0,005
Anne çalışmıyor	63,5	18,9	54,7	17,1	1,008	0,327
İlk çocuk	61,2	16,0	54,3	12,3	1,376	0,178
İlk çocuk değil	65,7	14,4	53,6	12,5	2,859	0,007
Düşük SED	63,9	16,5	50,2	7,7	2,836	0,009
Yüksek SED	63,2	14,8	55,1	13,4	2,035	0,047

KDDÖ: Kısaltılmış Duygu Dışavurumu Ölçeği, **SED:** Sosyoekonomik düzey

Hasta grubundaki ergenlerin DD düzeylerinin DEHB alt tipleri ile olan ilişkisi araştırıldığında, alt tiplerin dağılımı ile DD yüksekliği arasında anlamlı bir farklılığın bulunmadığı saptandı ($\chi^2=0,407$, $p=0,816$).

IV. RBSÖ ile KDDÖ Sonuçlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Araştırmanın bir diğer amacı benlik saygısı ile DD bağımlı değişkenleri arasında bir ilişkinin olup olmadığını saptamaktı. Bu amaçla ergenlerin doldurduğu KDDÖ ortalama dağılımları esas alınarak gruplar arasında benlik saygısının “yüksek” ve “yüksek değil” değişkenleri ile karşılaştırıldı (Tablo-23).

Tablo-23: Benlik saygısı ile KDDÖ skorlarının karşılaştırılması

İncelenen değişkenler	Benlik saygısı yüksek				Benlik saygısı yüksek değil				Yüksek için p	Yüksek değil için p
	Hasta		Kontrol		Hasta		Kontrol			
	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD		
DDY	28,6	9,5	23,5	6,6	29,1	10,3	27,8	10,2	0,035	0,779
Sinirlilik	18,2	5,3	15,8	4,0	21,9	7,8	19,0	5,1	0,078	0,340
Müdahalecilik	13,5	2,6	12,8	2,7	15,5	3,4	12,3	4,5	0,436	0,060
Toplam	60,4	12,9	52,3	11,3	66,5	17,4	59,2	14,6	0,025	0,307

X: Ortalama, **SD:** Standart sapma, **DDY:** Duygusal destek yokluğu

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada DEHB'li ergenlerin benlik saygısı ve algılanan DD düzeylerinin sağlıklı yaşlıları ile karşılaştırılması amaçlanmıştır. Bu amaçla DEHB tanısı konulan 28'i erkek, 13'ü kız toplam 41 ergen ile herhangi bir bedensel ya da ruhsal bozukluğu bulunmayan 19'u erkek, 16'sı kız toplam 35 ergen çalışmaya kabul edilerek, hasta ve kontrol grubu başlıkları altında iki grup oluşturulmuştur.

DEHB'lilerin normal kontrollerle karşılaştırılmasında, her iki grup yaş ortalamaları ve cinsiyet dağılımları bakımından birbirine benzerdi.

DEHB grubunda cinsiyet dağılımı 28 erkek ve 13 kız ergen şeklinde olup DEHB popülasyonunda gözlenen 3/1-9/1 arasında değişen oranlarla erkek hâkimiyeti ile paralellik göstermektedir. Aşkın ve ark.'ın (44) çalışmasında bu oran 5/1, Şenol ve ark.'ın (49) yaptıkları araştırmada 6/1 olarak bildirilmiştir. Cinsiyet farkı, kızlarda eşlik eden davranış bozuklukları daha az görülmesi ve daha fazla oranda dikkat eksikliği alt tipinin bulunması nedeniyle kliniklere başvuru oranlarının erkeklerden daha az olmasına bağlanabilir (57).

Çalışmamızda DEHB'li grupta anne-baba ayrılığı kontrol grubuna göre belirgin düzeyde daha yüksektir. İlgili yazında, düşük sosyoekonomik durum, yoğun evlilik sorunları, annenin psikopatolojisinin olması çocukluk çağı psikiyatrik bozukluklarıyla ilişkili bulunmuştur (149). Ancak bu yazınla uyumsuz olarak bizim çalışmamızda hasta grubu ile kontrol grubu arasında sosyoekonomik düzeyi yüksek ve düşük olarak tanımlanıp, gruplar arasındaki dağılımları karşılaştırıldığında sosyoekonomik düzey açısından fark yoktu. Yine aile üyelerinde kronik ve psikiyatrik hastalık varlığı açısından hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık yoktu. Bu durum çalışma düzenlemesindeki sonuçların daha sağlıklı olması amacıyla yapılan mümkün olduğunca homojen gruplar oluşturma hedefinden kaynaklanmış olabilir. Dolayısıyla grupların anne-babasına ait tanımlayıcı değişkenlerden anne-babanın çalışma durumu değişkenleri açısından da gruplar arası farklılık görülmemiştir.

Örneklemin annelerinin eğitim düzeyi ortaokul ve altı okul mezunu, lise ve üzeri okul mezunu olmak üzere iki gruba ayrılarak karşılaştırıldığında anne eğitim düzeyi açısından hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık görülmezken aynı şekilde iki gruba ayrılarak değerlendirilen baba eğitim düzeyi hasta grubunda anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Bu farklılık kontrol grubu olarak çalışmaya katılması teklif edilen gönüllülerin babalarının üniversite mezunu olmasının katılımı kolaylaştırıcı bir faktör olması ile açıklanabilir.

Örneklemin kardeşlerine ilişkin tanımlayıcı değişkenlerinden tek çocuk olma, kardeş sayısı, doğum sırası değişkenleri açısından grupların dağılımlarının benzer olduğu görülmüştür.

DEHB tanısı konulan ergenlerin büyük kısmının (%61,0) "DEHB bileşik tip" olduğu, bunu %26,8 ile "DEHB Dikkat Eksikliği önde olan tip" in takip ettiği, en az ise %12,2 ile "DEHB Hiperaktivite önde olan tip" in bulunduğu saptanmıştır. DEHB alt-tiplerinin dağılımı ile ilgili hem yurt dışı hem yurt içinde yapılan çalışmalarda en sık görülen alt tipin bileşik tip olduğu gösterilmiştir. Tahiroğlu ve ark.'ın (150) 2005 yılında yayınlanan çalışmalarında, Adana ili Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvuranlardan oluşan örnekleme, toplam 401 DEHB'li olgunun %78,1'inde DEHB bileşik alt-tip saptamışlardır. Bizim örnekleminizde bu oran %61,0 olup, paralellik gösterdiği saptanmıştır. Aynı çalışmada hiperaktivitenin önde geldiği alt tip için %17,0, dikkatsizliğin önde geldiği alt tip olarak %5,0 oranlarını bildirmiştir (150). Bizim örnekleminizde ise en az gözlenen hiperaktivitenin önde geldiği alt-tip olarak saptanmıştır. Bu fark, örneklem sayılarının farklılığından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmaya katılan DEHB tanılı ergenlerin eş tanı oranları değerlendirildiğinde; çalışmamızda yazın ile uyumlu olarak, DEHB'ye sıklık sırasıyla yıkıcı davranış bozuklukları (%21,5), duygudurum bozuklukları (17,5), kaygı bozuklukları (%15,0) ve tik bozukluklarının (% 7,5) eşlik ettiği belirlenmiştir (151,152). Yazından farklı olarak duygudurum bozukluklarının yüksek çıkması çalışmanın ergenler üzerinde yapılmasından kaynaklanıyor

olabilir. Yazında eş tanı olarak belirtilen zekâ geriliği ve otistik spektrum bozukluğu (OSB) tanıları, çalışmanın dışlanma kriterleri arasında oldukları için çalışmamızda eş tanı grubunda yer almamışlardır. Ayrıca olgu grubunun yaş aralığının ergenlik döneminde yer alması nedeniyle enürezis ve enkoprezis tanılarının DEHB eş tanı sıklık oranları içinde beklenenin altında yer aldığı düşünülmüştür.

Hasta grubu olgularının hemen hemen hepsi başvuru tarihinden itibaren herhangi bir dönemde ilaç tedavisi almıştı ya da halen almaktaydı. Bu ilaç tedavilerinin büyük çoğunluğunda tek başına ya da kombine tedavi olarak metilfenidat veya atomoksetin kullanılmaktaydı. DEHB tedavisinde etkinliği ve yan etki profili bakımından ilk tercih grubu ilaçlar arasında yer alan bu ilaçlara, eşlik eden psikiyatrik tanılar varlığında antipsikotikler ya da SSGI grubu ilaçlar eklenmişti.

Örneklemin her iki grubundaki çocuk ve ergenlere uygulanan WISC-R sonuçlarının “sözel alt puanı, performans alt puanı ve WISC-R toplam puanı” ortalamalarının karşılaştırılmasında, her iki grubun sonuçlarının birbirine benzer olduğu görülmüştür. Zekâ düzeylerinin dağılımının benzer oluşu uygulanan benlik saygısı ve algılanan DD ölçeklerinin değerlendirilmesinde güvenilirliği artırıcı yönde bir etki olarak yorumlanmıştır.

Örneklemin benlik saygısını değerlendirmek için Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin doğasında bulunan 3 alt değişkenle düzeyleri “yüksek, orta ve düşük” şeklinde tanımlanmış ve dağılımları karşılaştırılmıştır. Buna göre DEHB’li ergenlerin %53,7’sinin benlik saygısı “yüksek”, %43,9’unun “orta”, %2,4’ünün “düşük” düzeyde bulunmuştur. Kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerin ise %77,1’inin benlik saygısı “yüksek”, %22,9’unun “orta” düzeyde olduğu saptanmıştır. Kontrol grubuna ait değerlendirmede hiç “düşük” benlik saygısı düzeyine rastlanmamıştır. Gruplar arasında karşılaştırmanın yapılabilmesi için benlik saygısı bağımlı değişkeni “benlik saygısı yüksek” ve “benlik saygısı yüksek değil” şeklinde yeniden tanımlanıp, benlik saygısı orta ve düşük bulunanlar “yüksek değil” grubunda değerlendirilmiştir. Buna göre DEHB’li ergenlerin yarısının benlik saygısı “yüksek”, yarısının benlik saygısının “yüksek olmadığı” sonucuna

ulaşmıştır. Kontrol grubundaki ergenlerin ise dörtte üçünün benlik saygısı “yüksek”, dörtte birinin ise “yüksek olmadığı” bulunmuştur.

Yazında DEHB’de benlik saygısının araştırıldığı, benlik saygısı ile ilişkilendirilen benlik kavramı, benlik algısı gibi kavramların karşılaştırıldığı yayınlar vardır. Bunlardan Slomkowski ve ark’ın (6), 1995 yılında yayınlanan bir çalışmalarında, DSM-III ölçütleri ile DEHB tanısını koydukları 65 DEHB’li olgunun benlik saygısını Weis ve Hechtman’ın 1986’da tanımladığı 11-itemli bir anket ile değerlendirmişler (altı başlık; fizik görünüm, entellektüalite, genel sağlık, yaratıcılık, fiziksel beceriklilik, sosyal beceriklilik) ve 62 sağlıklı kontrol ile karşılaştırmışlardır. DEHB grubundaki çocukların anketteki altı başlıklı alt-değerlendirmede kontrol grubuna göre anlamlı düzeylerde düşüklüğün bulunduğunu göstermişlerdir (6).

Dumas ve Pelletier (7), yapmış oldukları bir çalışmada, DEHB’de benlik kavramı ve benlik algısını araştırmışlardır. Yaşları 6-11 yaş arasında 57’si DEHB’li (20 kız ve 37 erkek) ve 59’u (25 kız ve 34 erkek) kontrol grubu olan 116 çocuğa altı adet tanımlanmış alt testten oluşan Çocuklar için Benlik Algısı Profilini uygulamışlardır. Sonuçta, sportif yeterlilik hariç, benlik kavramının tüm boyutlarını DEHB’li çocuklarda kontrol grubundaki çocuklara göre daha düşük olarak bulmuşlardır (7).

Shaw-Zirt ve ark. (8), 2005 yılında yayınlanan bir çalışmalarında, DEHB’li ergenlerin uyum, sosyal beceriler ve benlik saygısını değerlendirmişlerdir. Bu amaçla DEHB’li 21 kolej öğrencisi, bu öğrencilerle yaş, cinsiyet ve not ortalaması yönünden benzer ama belirgin DEHB belirtileri göstermeyen 20 öğrenci ile karşılaştırmışlardır. DEHB belirtileri olan öğrencilerin benlik saygılarını daha düşük ve sosyal işlevsellik ve okul işlevselliklerini daha az olarak bulmuşlardır (8).

Barber ve ark. (9) 2005 yılında yayınlanan bir çalışmalarında, DEHB tanısı konmuş çocuklarla bu teşhisin konmadığı çocukların benlik kavramlarını karşılaştırmışlardır. Bu çalışmaya yaşları 8-12 yaş arasında değişen, 38’i DEHB’li ve 39’u sağlıklı toplam 77 çocuk kabul edilmiş, çocuklara okul çağı çocuklarının benlik kavramlarını ölçmek üzere tasarlanan “Çocuklar İçin Hazırlanmış Benlik Kavramı Profili Anketi” uygulanmıştır.

Sonuçta DEHB grubu çocukların belirgin derecede düşük benlik kavramı ve kontrol grubundaki çocuklarla karşılaştırıldığında davranış kontrolü alt skalasında daha düşük bir puana sahip oldukları saptanmıştır (9).

Edbom ve ark. (10), 2006 yılında yayınlanan bir çalışmalarında, DEHB belirtileri ile benlik saygısının gelişmesi arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Bu çalışmada popülasyon temelli örneklemedeki ikiz DEHB'lileri 8 yaşında iken ve 13 yaşında iken değerlendirilmişlerdir. Birincisinde ve ikincisinde anne-babalara çocukları hakkında ölçek doldurulmaları istenmiş, ikincisinde çocukların da benlik saygısı ile ilgili "Youth Self Report (YSR)" ölçekler de uygulanmıştır. DEHB belirtileri ve benlik saygısı analiz edildiğinde, DEHB belirtilerinin 8-13 yaşlar için anne-baba bildiriminde yüksek skorlar içerdiği, 13 yaşındaki benlik saygısı puanlarının ise düşük olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak toplum temelli örneklemede uzun dönem DEHB belirtileri düşük benlik saygısı ile ilişkilendirilmiştir (10).

Göker ve ark. (11), 2011 yılında yayınlanan çalışmalarında DEHB'li çocuk ve ergenlerin benlik saygısı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Bu amaçla 7-15 yaş aralığında DEHB tanısı konulan 50 çocuk, ergen ile anne babaları ve kontrol grubu olarak da 30 çocuk, ergen ile anne babaları alınmış Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) ve Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulanmıştır. RBSÖ sonuçları yüksek puan aralığında çıkanlar "benlik saygısı yüksek", orta ve düşük puan aralığında çıkanlar "benlik saygısı yüksek değil" şeklinde iki gruba ayrılarak değerlendirilmiştir. Buna göre DEHB'li grubun benlik saygısının yüksek olmayışı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anlamlı bulunmuştur (11).

Mazzone ve ark. (12), 2013 yılında yayınlanan çalışmalarında, DEHB tanısı konmuş çocuk ve ergenlerin benlik saygılarını değerlendirirken hasta grubunu ilaç kullanıp kullanmadıklarına göre ikiye ayırmış ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırmışlardır. Bu amaçla 44 ilaç kullanan DEHB'li, 41 ilaç kullanmayan DEHB'li ve 26 sağlıklı kontrol grubuna Self-esteem Multidimensional Test (TMA) uygulamışlar, hem ilaç kullanan DEHB'li grubun hem de ilaç kullanmayan DEHB'li grubun kontrol grubuna göre daha düşük benlik saygısı puanlarına sahip olduğunu bulmuşlardır (12).

Harpin ve ark. (13), 2013 yılında yayınlanan derleme çalışmalarında, tedavi almış ve almamış çocuk, ergen ve yetişkin DEHB hastalarında benlik saygısı ve sosyal fonksiyonu uzun dönem sonuçları açısından değerlendirmişlerdir. Bu amaçla Ocak 1980 ile Aralık 2011 arasında yayınlamış olan 127 çalışmayı raporlamışlar ve tedavi almamış DEHB'nin kontrol grubuna göre daha düşük benlik saygısıyla ilişkili olduğunu görmüşlerdir. Tedavi almış DEHB'lilerde sonuçlar daha iyi olmakla beraber daha ileri çalışmalar ihtiyaç olduğu sonucunu çıkarmışlardır (13).

Bahsi geçen çalışmalarda özet olarak DEHB'li çocuk ve ergenlerin benlik saygılarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazla etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır. Yukardaki çalışmaların çoğunluğunda farklı değerlendirme araçları kullanılmış olsa da benlik saygısının yüksek ve yüksek değil şeklinde tanımlanması ile bizim sonuç olarak söyleyebileceğimiz DEHB'li grubun yarısının benlik saygısının yüksek bulunmayışı ve bunun kontrol grubundan anlamlı olarak farklı olması yazınla paralel bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Araştırmamızda benlik saygısı düzeyi üzerine bağımsız değişkenlerin etkisini araştırmak için her bağımsız değişken, gruplar arasında "benlik saygısı yüksek" ve "benlik saygısı yüksek değil" değişkenleri ile karşılaştırılmıştır. Bu değerlendirme şekline göre erkek cinsiyette olma, annenin eğitim düzeyinin ortaokul ve altında olması, annenin çalışıyor olması DEHB'li ergenlerde benlik saygısının "yüksek değil" olarak ifade edilmesi ile anlamlı ilişki göstermiştir.

Çalışmamızda DEHB'li erkek ergenlerin benlik saygısının daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ek ve ark.'ın (17), 2008 yılında yayınlanan bir çalışmada 10-11 yaş grubundaki DEHB'li ve eşik altı DEHB belirtileri olan çocuklara Piers-Harris Ölçeği uygulanmış, kızlarda daha düşük benlik saygısı, daha az ruhsal iyi olma hali, daha zayıf anne-baba ve akran ilişkisi saptamışlardır. Bizim çalışmamızın sonuçlarındaki farklılık örneklemden erkek hâkimiyetinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda annelerini eğitim düzeyi ortaokul ve altı olan ergenlerde daha düşük benlik saygısı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Anne baba eğitim

düzeyi ile benlik saygısı arasındaki ilişkiye bakıldığında genelde anne-baba eğitim düzeyi yükseldikçe ergenlerin benlik saygılarının yükseldiği yönünde sonuçlar elde edilmiştir (153-155).

Yazında DEHB'li ergenlerde annenin çalışma durumuyla benlik saygısı arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır.

DEHB'de benlik saygısını değerlendiren bir tez çalışmasında DEHB alt tiplerin dağılımı ile benlik saygısı yüksekliği arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (156). Benzer şekilde bizim çalışmamızda da DEHB alt tipleri ile benlik saygısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Bu çalışmada algılanan DD "Ergenlerde Kısaltılmış Duygu Dışavurum Ölçeği" kullanılarak değerlendirilmiştir. Yurt dışında DEHB'li gruplarda DD'yi değerlendiren yazına bakıldığında DEHB'de bu ölçeğin kullanıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bundan dolayı karşılaştırmalar farklı ölçekler kullanılarak yapılan çalışmalarla yapılmak zorunda kalmıştır.

Peris ve Hinshaw (28), 2003 yılında yayınlanan çalışmalarında ergenlik öncesi kızlarda DD, DEHB belirtileri ve eşlik eden yıkıcı davranışların ilişkilerini değerlendirmişlerdir. Bu amaçla yaşları 6-15 yaş aralığında olan 81 DEHB'li ve 50 sağlıklı kontrol grubu kızın ailesine FMSS uygulanmış, yüksek ebeveyn DD'si, DEHB ve agresyon ile ilişkili bulunmuştur (28).

Psychogiou ve ark. (4) 2007 yılında yayınlanan çalışmalarında annelerin okul çağındaki erkek çocuklarına karşı gösterdikleri DD ile annelerin ve çocuklarının psikopatolojik belirtileri arasındaki ilişkiyi değerlendirmişlerdir. Bu amaçla altı farklı okuldan rastgele seçilen okul çağındaki 100 erkek çocuğa psikopatoloji açısından Güçler Güçlükler Anketi, annelerine de DD'yi değerlendirmek için FMSS uygulanmış, eleştirisellik ile DEHB, davranışsal ve duygusal belirtiler arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. Aşırı duygusal koruyuculuk/kollayıcılık ile DEHB ve davranışsal problemler arasında ise negatif korelasyon bulunmuştur (4).

Sonuga-Barke ve ark.'ın (157), 2008 yılında yayınlanan çalışmalarında ebeveyn DD'sinin DEHB'deki genetik etkileri düzenlemesini araştırmışlardır. Bu amaçla 909 aile çalışmaya alınmış, DEHB belirti şiddeti ve eşlik eden

davranım bozukluğu Parental Account of Childhood Symptoms ile, anne babanın DD'si ise Camberwell Aile Görüşmesi (CAG) ile değerlendirilmiştir. Sonuç olarak hem yeni tanı almış hem de daha önceden tanı almış hastalarda DEHB şiddetindeki ve eşlik eden davranım bozukluğundaki genetik düzenlenmede DD'nin rolüyle ilişkili kanıtlara ulaşılmıştır (157).

Edmund J.S, Sonuga-Barke ve ark.'ın (158) 2009 yılında yayınlanan çalışmalarında DA ve serotonin taşıyıcılarını kodlayan genlerin anne DD'siyle olan ilişkisini DEHB'deki davranışsal ve duygusal problemler bağlamında araştırmışlardır. Bu amaçla yaşları 5-17 aralığında olan DSM-IV tanı kriterlerine göre DEHB bileşik tip tanısı alan 728 erkek hastanın duygusal ve davranışsal problemleri öğretmen ve anne baba tarafından değerlendirilmiş, annenin DD'si ise CAG ile değerlendirilmiştir. Sonuç olarak araştırılan bu genlerin olumlu anne DD'sinin (OADD) etkisini hem düşük OADD'nin olumsuz etkilerini azaltarak hem de yüksek OADD'nin olumlu etkilerini artırarak dengelediği sonucuna ulaşmışlardır (158).

Cartwright ve ark. (29), 2011 yılında yayınlanan çalışmalarında çocuk ve aile etkisinin DEHB'li çocuklara karşı olan anne DD'si üzerindeki etkilerini açıklamaya çalışmışlardır. Bu amaçla 6-17 yaş arası 60 DEHB'li hasta, onların etkilenmemiş kardeşi ve aileleri çalışmaya alınmış ve ebeveynlere FMSS uygulanmıştır. Sonuç olarak DEHB'li çocuklara karşı olan anne DD'sinin çocuğa özgü olan faktörlerden etkilendiğini ve bu faktörlerin çoğunluğunun da çocuklardaki DEHB'nin kendisinden çok davranış problemlerine eşlik eden belirtilerden kaynaklandığını görmüşlerdir (29).

Richards ve ark. (30) 2014 yılında yayınlanan takip çalışmalarında DEHB'li çocuklara karşı olan anne DD'sinin DEHB'nin ve eşlik eden durumların ciddiyeti ve direnci ile olan ilişkisini araştırmışlardır. Bu amaçla 5-19 yaş aralığında 385 DEHB'li çocuk ve ergen ile bunların aileleri alınmış, annenin DD'si CAG ile değerlendirilmiş ve örneklem 6 yıl süreyle takip edilmiştir. Başlangıçta annenin sıcaklığı ile DEHB şiddeti arasında negatif bir ilişki bulmuşlardır. Takiplerde de anne eleştiriselliğiyle karşıt olma problemleri arasında açık bir ilişki bulunmuştur (30).

Richards ve ark. (31) 2014 yılında yayınlanan çalışmalarında DEHB'li çocuklarda ve kardeşlerinde anne DD'sini değerlendirmişlerdir. Bu amaçla DEHB'li bir çocuk ve en az bir kardeşi olan 365 aile alınmış, annenin DD'si CAG ile değerlendirilmiştir. Sonuç olarak annenin sıcaklığı olumlu sosyal davranışla pozitif ilişkili, antisosyal davranışla negatif ilişkili bulunurken, anne eleştiriselliği bunun tam tersi olarak bulunmuştur (31).

Yukarıda özetlenen çalışmalarda genel olarak DEHB'li bireyin ailesinde DD'nin yüksek olduğu ve bunun da DEHB belirtilerini ve eşlik eden durumları olumsuz yönde etkilediği görülmektedir. Bizim çalışmamızda kullandığımız KDDÖ ergenlerdeki algılanan DD'yi ölçmektedir ve bu çalışmanın yapıldığı sırada algılanan DD ile DEHB arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışmaya yazında rastlanmamıştır. Dolayısıyla ortaya çıkan sonuçları karşılaştırabileceğimiz bir çalışma olmamakla beraber çalışmamız daha önce yapılan ve aile bireylerinin DD'sini değerlendiren çalışmalarla paralel bir sonuç ortaya koymuş ve DEHB'li ergenlerde sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksek DD olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bu anlamlılık ölçeğin alt ölçeklerinde de mevcuttur. Bu da bize DEHB'li ergenlerin ailelerinde yaşlılarına göre daha az duygusal destek ve daha fazla müdahalecilik hissettiklerini ve ailelerini daha sinirli tanımladıklarını göstermiştir.

Çalışmanın bir diğer amacı algılanan DD ile benlik saygısı değişkenleri arasında bir ilişkinin olup olmadığını araştırmaktır. Bu amaçla ergenlerin doldurmuş olduğu KDDÖ puan ortalamaları benlik saygısı ile karşılaştırılmıştır. Sonuç olarak benlik saygısı yüksek olan DEHB'li ergenlerin benlik saygısı yüksek olan kontrol grubuna göre daha yüksek toplam DD ve duygusal destek yokluğu algıladıkları, benlik saygısı yüksek olmayan gruplar arasında ise toplam DD ve alt ölçekler arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı görülmüştür. DD için kullandığımız ölçek ergenin kendisi tarafından algılanan DD'yi ölçmektedir. Benlik saygısı kişinin tüm alanlarda ya da özel alanlarda kendini nasıl tanımladığı ve algıladığıdır (75). Kişinin kendisi, dış dünya ve gelecek hakkındaki yorumları erken çocukluk şemaları çerçevesinde şekillenmektedir (159). Dolayısıyla sağlıklı değerlendirme için

kişinin sağlıklı bir benlik saygısı gelişimi olması beklenir. Bu bağlamda benlik saygısı yüksek değil olan gruplar arasında algılanan DD açısından anlamlı bir farklılık olmaması DD'nin tam olarak algılanamadığından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamız polikliniğimize başvuran 41 olgu üzerinde ve yalnızca Bursa ili örnekleminde yapılmış olması sebebiyle bulgularımızın topluma genellenebilirliği konusu net değildir. DD'yi etkilediği bilinen anne babadaki psikiyatrik hastalık varlığının erişkin psikiyatri tarafından değerlendirilememiş olması da çalışmamızın kısıtlılıklarındandır.

Çalışmamızda; ergenlere özel olarak geliştirilen, ergenlerin öz bildirimine dayalı ve ailesindeki en etkili kişiyi düşünerek cevapladığı DDY, müdahalecilik ve sinirliliğin ayrı ayrı değerlendirildiği bir ölçek kullanılması bu çalışmanın güçlü yanlarındandır. Ayrıca yazındaki klinik örneklem üzerinde algılanan DD ve DEHB arasındaki ilişkiyi araştıran ilk çalışma olma özelliği de taşımaktadır.

Aile tutumlarının ve ortamının DEHB'deki önemine bakılarak algılanan DD'nin değerlendirilmesi takiplerde yön gösterici olabilmesi anlamında oldukça önemli olabileceği düşünülmüştür. Bu da DEHB tedavisinde çok boyutlu yaklaşımın önemini göstermektedir. Ayrıca sağlıklı gelişen benlik saygısının koruyucu ruh sağlığı önemli olduğu düşünülmüştür. Bu bağlamda bu konunun daha geniş kapsamlı çalışmalarla değerlendirilmesi yazına önemli katkılar yapabilir.

KAYNAKLAR

1. American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th edition (DSM-V). Washington:American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Schachar R, Tannock R. Syndromes of Hyperactivity and Attention Deficit. In: Rutter M, Taylor E (eds). Child and Adolescent Psychiatry Textbook. 4th edition. Oxford: Blackwell Science: Malden, Mass; 2002. 399-400.
3. Weiss G, Hechtman LT. Hyperactive children grown up: ADHD in children, adolescents, and adults. Guilford Press; 1993.
4. Psychogiou L, Daley DM, Thompson MJ, Sonuga-Barke EJ. Mothers' expressed emotion toward their school-aged sons. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2007;16(7):458-64.
5. Kendall J. The use of qualitative methods in the study of wellness in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 1997;10(4):27-38.
6. Slomkowski C, Klein RG, Mannuzza S. Is self-esteem an important outcome in hyperactive children?. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1995;23(3):303-15.
7. Dumas D, Pelletier L. A study of self-perception in hyperactive children. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing* 1999;24(1):12-9.
8. Shaw-Zirt B, Popali-Lehane L, Chaplin W, Bergman A. Adjustment, social skills, and self-esteem in college students with symptoms of ADHD. *Journal of Attention Disorders* 2005;8(3):109-20.
9. Barber S, Grubbs L, Cottrell B. Self-perception in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Pediatric Nursing* 2005;20(4):235-45.
10. Edbom T, Lichtenstein P, Granlund M, Larsson JO. Long-term relationships between symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and self-esteem in a prospective longitudinal study of twins. *Acta Paediatrica* 2006;95(6):650-7.
11. Göker Z, Aktepe E, Kandil S. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanili çocuk ve ergenlerin benlik saygıları ve yaşam kaliteleri. *New/Yeni Symposium Journal* 2011;49(4):209-16.
12. Mazzone L, Postorino V, Reale L, et al. Self-esteem evaluation in children and adolescents suffering from ADHD. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP & EMH*. 2013;9:96-102.
13. Harpin V, Mazzone L, Raynaud J-P, Kahle J, Hodgkins P. Long-term outcomes of ADHD: a systematic review of self-esteem and social function. *Journal of Attention Disorders* 2013;20(10):1-20.
14. Bussing R, Zima BT, Perwien AR. Self-esteem in special education children with ADHD: relationship to disorder characteristics and medication use. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2000;39(10):1260-9.

15. Hoza B, Pelham WE, Milich R, Pillow D, McBride K. The self-perceptions and attributions of attention deficit hyperactivity disorder and nonreferred boys. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1993;21(3):271-86.
16. Wilson JM, Marcotte AC. Psychosocial adjustment and educational outcome in adolescents with a childhood diagnosis of attention deficit disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1996;35(5):579-87.
17. Ek U, Westerlund J, Holmberg K, Fernell E. Self-esteem in children with attention and/or learning deficits: the importance of gender. *Acta Paediatrica* 2008;97(8):1125-30.
18. Alston CY, Romney DM. A comparison of medicated and nonmedicated attention-deficit disorder hyperactive boys. *Acta Paedopsychiatrica* 1991;55(2):65-70.
19. Cohen NJ, Thompson L. Perceptions and attitudes of hyperactive children and their mothers regarding treatment with methylphenidate. *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue canadienne de psychiatrie* 1982;27(1):40-2
20. Frankel F, Cantwell DP, Myatt R, Feinberg DT. Do stimulants improve self-esteem in children with ADHD and peer problems? *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 1999;9(3):185-94.
21. Öztürk M, Sayar K, Tüzün Ü, Kandil ST. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda metilfenidat ve benlik saygısı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2000;10(3):139-43.
22. Kelly PC, Cohen ML, Walker WO, Caskey OL, Atkinson A. Self-esteem in children medically managed for attention deficit disorder. *Pediatrics* 1989;83(2):211-7.
23. Gonzalez LO, Sellers EW. The effects of a stress-management program on self-concept, locus of control, and the acquisition of coping skills in school-age children diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 2002;15(1):5-15.
24. Coleman W. Social competence and friendship formation in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Adolescent Medicine: State of The Art reviews* 2008;19(2):278-99.
25. Gallichan DJ, Curle C. Fitting square pegs into round holes: The challenge of coping with attention-deficit hyperactivity disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2008;13(3):343-63.
26. Treuting JJ, Hinshaw SP. Depression and self-esteem in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder: Associations with comorbid aggression and explanatory attributional mechanisms. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2001;29(1):23-39.
27. Daley D, Sonuga-Barke E, Thompson M. Assessing expressed emotion in mothers of preschool AD/HD children: Psychometric properties of a modified speech sample. *British Journal of Clinical Psychology* 2003;42(1):53-67.
28. Peris TS, Hinshaw SP. Family dynamics and preadolescent girls with ADHD: the relationship between expressed emotion, ADHD symptomatology, and comorbid disruptive behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2003;44(8):1177-90.

29. Cartwright KL, Bitsakou P, Daley D, et al. Disentangling child and family influences on maternal expressed emotion toward children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2011;50(10):1042-53.
30. Richards JS, Vásquez AA, Rommelse NN, et al. A follow-up study of maternal expressed emotion toward children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): relation with severity and persistence of ADHD and comorbidity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2014;53(3):311-9.
31. Richards JS, Hartman CA, Franke B, et al. Differential susceptibility to maternal expressed emotion in children with ADHD and their siblings? Investigating plasticity genes, prosocial and antisocial behaviour. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2015;24(2):209-17.
32. Lovejoy MC, Graczyk PA, O'Hare E, Neuman G. Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 2000;20(5):561-92.
33. Murray C, Johnston C. Parenting in mothers with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of abnormal psychology* 2006;115(1):52-61.
34. Voecks JL. A comprehensive study of self-esteem in children diagnosed with attention deficit and hyperactivity disorder. University of Wisconsin-Stout; 2003.
35. Harvey E, Danforth J, McKee TE, Ulaszek W, Friedman J. Parenting of children with attention-defecit/hyperactivity disorder (ADHD): the role of parental ADHD symptomatology. *Journal of Attention Disorders* 2003;7(1):31-42.
36. Kanay A, Girli A. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan 9-13 yaş grubu ilköğretim öğrencilerinin uyumsal davranışları, benlik kavramı ve akademik başarıları arasındaki ilişkiler. *Buca Eğitim Fakültesi Dergisi* 2010;23:184-91.
37. Orbay S. Psikiyatri Kliniğine Başvuran Çocuk ve Ergenlerde, Anne-Baba Tutumu, Benlik Kavramı ve Semptomlar Arasındaki İlişkinin Araştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. *İnsan Bilimleri Dergisi* 1996.
38. Şenol S. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. In: Çuhadaroğlu F (ed). *Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı*. Ankara: HYB Basım Yayın; 2008. 293-4.
39. Mukaddes NM. Yaşam boyu dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve eşlik eden durumlar. 1st edition. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014.
40. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *The American Journal of Psychiatry* 2007;164(6):942-8.
41. Willcutt EG. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics* 2012;9(3):490-9.
42. Skounti M, Philalithis A, Galanakis E. Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *European Journal of Pediatrics* 2007;166(2):117-23.

43. Smalley SL, McGough JJ, Moilanen IK, et al. Prevalence and psychiatric comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder in an adolescent Finnish population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2007;46(12):1575-83.
44. Aşkın R AR, Banoğlu R, Karakelleoğlu C, Kahya H, Ulaşmış Y. Erzurum'da 7-12 yaş arası çocuklarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun yaygınlığı. *Karadeniz Tıp Dergisi* 1993;6(2):207-10.
45. Mukaddes NM. Kentsel kesimde türk ilkokul çocuklarında dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun nozolojik bağlamda prevalansinin araştırılması. İstanbul: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi; 1994.
46. Albayrak EC. Bursa İlinde Bir İlkokul Örneğinde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Sıklığı ile ilgili Sosyodemografik Özellikler. Bursa: Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi; 1998.
47. Özcan ME, Eğri M, Kutlu NO, Yakıncı C, Karabiber H, Genç M. Okul çağı çocuklarında dehb yaygınlığı: Ön çalışma. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi* 1998;5(2)138-42.
48. 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. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2004;13(6):354-61.
49. Şenol S. Dikkat eksikliği yıkıcı davranış bozukluklarının klinik özellikleri, aynı grup ve diğer DSM-IV tanılarıyla birliktelikleri, risklerin ve tedavi eğiliminin belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara; 1997.
50. Aras Ş, Ünlü G, Taş FV. Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda belirtiler, tanılar ve tanıya yönelik incelemeler. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2007;10:28-37.
51. Ercan ES, Mukaddes NM, Semerci B, Şenol S, Yazgan Y. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu klinik uygulama klavuzu. Ercan E (ed). Türkiye; 2008.
52. Castellanos FX. Toward a pathophysiology of attention-deficit/hyperactivint disorder. *Clinical Pediatrics* 1997;36(7):381-93.
53. Öner Ö, Öner P, Aysev A, Küçük Ö, İbis E. Regional cerebral blood flow in children with ADHD: changes with age. *Brain and Development* 2005;27(4):279-85.
54. Yıldız ÖÖ. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda SPECT ve EEG Bulguları. Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2004.
55. Lombroso PJ, Biederman J, Spencer TJ. Genetics of childhood disorders: XIX. ADHD, part 3: Is ADHD a noradrenergic disorder? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2000;39(10):1330-3.
56. Kuperman S, Johnson B, Arndt S, Lindgren S, Wolraich M. Quantitative EEG differences in a nonclinical sample of children with ADHD and undifferentiated ADD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1996;35(8):1009-17.

57. Achenbach TM. Empirically based taxonomy: How to use syndromes and profile types derived from the CBCL/4-18, TRF, and YSR: University of Vermont, Department of Psychiatry; 1993.
58. Conners CK. A teacher rating scale for use in drug studies with children. *American journal of Psychiatry* 1969;126(6):884-8.
59. Conners CK. Symptom patterns in hyperkinetic, neurotic, and normal children. *Child Development* 1970;41(3):667-82.
60. Pelham WE, Gnagy EM, Greenslade KE, Milich R. Teacher ratings of DSM-III-R symptoms for the disruptive behavior disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1992;31(2):210-8.
61. Turgay A. Çocuk ve ergenlerde davranım bozuklukları için DSM-IV'e dayalı tarama ve değerlendirme ölçeği (Yayınlanmamış ölçek). Integrative Therapy Institute Toronto, Kanada; 1995.
62. Erol N, Simsek Z, Oner O, Munir K. Behavioral and emotional problems among Turkish children at ages 2 to 3 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2005;44(1):80-7.
63. Şener Ş, Dereboy Ç, Dereboy İ, Sertcan Y. Conners öğretmen derecelendirme ölçeği Türkçe uyarlaması-1. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 1995;2(3):131-41.
64. Dereboy Ç, Şener Ş, Dereboy İ, Sertcan Y. Conners öğretmen derecelendirme ölçeği Türkçe uyarlaması-2. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 1997;4:10-8.
65. Ercan E, Amado S, Somer O, Çıkoğlu S. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve yıkıcı davranım bozuklukları için bir test bataryası geliştirme çabası. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2001;8(3):132-44.
66. Barkley RA, Murphy KR. Attention-deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook: Guilford Press; 2006.
67. Greenhill L, Beyer D, Finkleson J, et al. Guidelines and algorithms for the use of methylphenidate in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorders* 2001;6:89-100.
68. Montañés-Rada F, Gangoso-Fermoso A, Martíñez-Granero M. Drugs for attention deficit hyperactivity disorder. *Revista de Neurologia* 2008;48(9):469-81.
69. Sonuga-Barke EJ, Coghill D, Wigal T, DeBacker M, Swanson J. Adverse reactions to methylphenidate treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder: structure and associations with clinical characteristics and symptom control. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 2009;19(6):683-90.
70. Bymaster FP, Katner JS, Nelson DL, et al. Atomoxetine increases extracellular levels of norepinephrine and dopamine in prefrontal cortex of rat: a potential mechanism for efficacy in attention deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychopharmacology* 2002;27(5):699-711.
71. Biederman J, Swanson JM, Wigal SB, et al. Efficacy and safety of modafinil film-coated tablets in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled, flexible-dose study. *Pediatrics* 2005;116(6):777-84.
72. Hirota T, Schwartz S, Correll CU. Alpha-2 agonists for attention-deficit/hyperactivity disorder in youth: a systematic review and meta-analysis

- of monotherapy and add-on trials to stimulant therapy. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2014;53(2):153-73.
73. Yörükoğlu A. Gençlik çağı ruh sağlığı eğitimi ve ruhsal sorunları. *Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları Sosyal ve Felsefi Eserler Dizisi*; 1988.
74. Harter S. Causes, correlates, and the functional role of global self-worth: A life-span perspective. In: Sternberg RJ, Kolligian JJ (eds). *Competence considered*. New Haven, CT, US: Yale University Press; 1990. 67-97.
75. Rosenberg M, Schooler C, Schoenbach C, Rosenberg F. Global self-esteem and specific self-esteem: Different concepts, different outcomes. *American Sociological Review* 1995:141-56.
76. Willoughby C, Polatajko H, Currado C, Harris K, King G. Measuring the self-esteem of adolescents with mental health problems: theory meets practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 2000;67(4):230-8.
77. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*; 1965.
78. Hagborg WJ. The Rosenberg Self-Esteem scale and Harter's Self-Perception profile for adolescents: a concurrent validity study. *Psychology in the Schools* 1993;30(2):132-6.
79. Coopersmith S. *The antecedents of self-esteem: Consulting Psychologists Pr*; 1967.
80. Piers EV. *Piers-Harris children's self-concept scale: revised manual*. Los Angeles: Western Psychological Services; 1984.
81. Harter S. Issues in the assessment of the self-concept of children and adolescents. In: La Greca, Annette M. (eds). *Through the eyes of the child: Obtaining self-reports from children and adolescents*. Needham Heights, MA, US: Allyn & Bacon; 1990: 292-325.
82. Blain J, Townsend E. Occupational therapy guidelines for client-centred practice: Impact study findings. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 1993;60(5):271-85.
83. Harter S. Processes underlying the construction, maintenance, and enhancement of the self-concept in children. *Psychological perspectives on the self* 1986;3(13):7-181.
84. Çuhadaroğlu F. *Adolesanlarda benlik saygısı. Uzmanlık tezi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi; 1986.
85. Güçray S. *Çocuk Yuvasında ve Ailesi Yanında Kalan 9-11 Yaş Çocuklarının Öz Saygı Gelişimini Etkileyen Bazı Faktörler*. Basılmamış Doktora Tezi HÜSBE PDR Anabilim Dalı, Ankara; 1989.
86. Türk PM. İngiliz lise öğrencilerinin benlik saygısı yönünden karşılaştırılması. 3. Ulusal psikolojik danışma ve rehberlik kongresi kitabı içinde Adana: Çukurova Üniversitesi yayını 1997:21-35.
87. Öner N. *Piers-Harris' in Çocuklarda Öz-Kavramı Ölçeği El Kitabı*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 1994.
88. Çağlar G. *Kekemelerde Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Değerlendirilmesi*. Odyoloji ve Konuşma Bozuklukları Programı Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1993.
89. Golin S, Hartman SA, Klatt EN, Munz K, Wolfgang GL. Effects of self-esteem manipulation on arousal and reactions to sad models in depressed

and nondepressed college students. *Journal of Abnormal Psychology* 1977;86(4):435.

90. Şenol S, Koçkar Aİ. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. Dikkati dağınık, yerinde duramayan çocuklara doğru yaklaşımlar. Ankara: HYB Yayıncılık; 2005.

91. Ercan SE, Aydın C. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. 15th edition. İstanbul: Gendaş Kültür Yayınları; 2007.

92. Aktaş G. 8-10 Yaş Çocuklarında Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olgusunun Zeka, Kognitif ve Kişilik Dinamikleri Açısından İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Maltepe Üniversitesi, İstanbul; 2006.

93. Bouden A, Halayem M. Attention deficit and hyperactivity in the child. *La Tunisie medicale* 2000;79(6-7):335-40.

94. Asarnow JR. Psychosocial intervention strategies for the depressed child: Approaches to treatment and prevention. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics in North America* 1992;1:257-83.

95. Asarnow JR, Tompson M, Woo S, Cantwell DP. Is expressed emotion a specific risk factor for depression or a nonspecific correlate of psychopathology?. *J Abnorm Child Psych* 2001;29(6):573-83.

96. Brown GW, Monck E, Carstairs GM, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *British journal of preventive & social medicine* 1962;16(2):55-68.

97. Brown GW, Birley J, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *The British Journal of Psychiatry* 1972;121:241-58

98. Berksun O, Soykan Ç, Soykan A. Dışavurulan duygulanım ölçeği: Ölçek uyarılama üzerine bir pilot çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi* 1993;29:10-5.

99. Berksun O. Family factor in schizophrenia: Developing and adapting an expressed emotion scale (Şizofrenide aile faktörü: Expressed emotion (EE) ölçek geliştirme ve uyarılama denemesi). Ankara University. Unpublished PhD Thesis, Turkey; 1992.

100. Kocabıyık A, Özer D, Girgin V, Atış Y, Beştepe E, Alpay N. Bipolar bozuklukta duygu dışavurumu ile ailelerin sosyodemografik verileri arasındaki ilişkiler. *Düşünen Adam Dergisi* 2002;15(2):77-84

101. Kavanagh DJ. Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *The British journal of psychiatry* 1992;160(5):601-20.

102. Ebrinç S, Çetin M, Başoğlu C, et al. Şizofren hasta ve ailelerinde aile işlevselliği, sosyal destek ve duygu dışı vurumunun incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001;2(1):5-14.

103. Weintraub P, Wamboldt MZ. Expressed emotion in child psychiatry: A risk factor for psychopathology and treatment resistance? *Current Opinion in Psychiatry* 1996;9(4):241-6.

104. Wamboldt MZ, Wamboldt FS. Role of the family in the onset and outcome of childhood disorders: Selected research findings. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2000;39(10):1212-9.

105. Hibbs ED, Hamburger SD, Lenane M, et al. Determinants of expressed emotion in families of disturbed and normal children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1991;32(5):757-70.

106. Wearden AJ, Tarrier N, Barrowclough C, Zastowny TR, Rahill AA. A review of expressed emotion research in health care. *Clinical Psychology Review* 2000;20(5):633-66.
107. Koenigsberg HW, Klausner E, Chung H, Pelino D, Campbell R. Expressed emotion and warmth: Extending the EE construct to insulin-dependent diabetes mellitus. *International Journal of Mental Health* 1995:50-63.
108. Brown GW. The discovery of expressed emotion: induction or deduction. *Expressed emotion in families* 1985:7-25.
109. Brown GW, Rutter M. The measurement of family activities and relationships: A methodological study. *Human relations* 1966;19(3):241-63.
110. Vaughn CE, Leff JP. The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *The British Journal of Psychiatry* 1976;129(2):125-37.
111. Magaña AB, Goldstein MJ, Karno M, Miklowitz DJ, Jenkins J, Falloon IR. A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry research* 1986;17(3):203-12.
112. Giff TE, Cole RE, Wynne LC. A hostility measure for use in family contexts. *Psychiatry research* 1985;15(3):205-10.
113. Parker G, Fairley M, Greenwood J, Jurd S, Silove D. Parental representations of schizophrenics and their association with onset and course of schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry* 1982;141:573-81
114. Baker B, Helmes E, Kazarian SS. Past and present perceived attitudes of schizophrenics in relation to rehospitalization. *The British Journal of Psychiatry* 1984;144(3):263-9.
115. Van Humbeeck G, Van Audenhove C, De Hert M, Pieters G, Storms G. Expressed emotion: A review of assessment instruments. *Clinical Psychology Review* 2002;22(3):321-41.
116. Cole JD, Kazarian SS. The level of expressed emotion scale: A new measure of expressed emotion. *Journal of Clinical Psychology* 1988(44):392-7.
117. Donat DC. Level of Expressed Emotion Scale scores and psychiatric rehospitalization. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 1996;19(4):57.
118. Kazarian SS, Malla AK, Baker B, Cole JD. Comparisons of two expressed emotion scales with the Camberwell Family Interview. *Journal of Clinical Psychology* 1990;46(3):306-9.
119. Gerlsma C, Hale W. Predictive power and construct validity of the Level of Expressed Emotion (LEE) scale. Depressed out-patients and couples from the general community. *The British Journal of Psychiatry* 1997;170(6):520-5.
120. Finnema EJ, Louwerens JW, Slooff CJ, Bosch R. Expressed emotion on long-stay wards. *Journal of Advanced Nursing* 1996;24(3):473-8.
121. Gerlsma C, Van der Lubbe PM, Van Nieuwenhuizen C. Factor analysis of the level of expressed emotion scale, a questionnaire intended to measure 'perceived expressed emotion'. *The British Journal of Psychiatry* 1992;160(3):385-9.

122. Startup M. Confirmatory factor analysis of the Level of Expressed Emotion (LEE) scale. *British Journal of Medical Psychology* 1999;72(3):421-4.
123. Hale III WW, Raaijmakers QA, Gerlsma C, Meeus W. Does the level of expressed emotion (LEE) questionnaire have the same factor structure for adolescents as it has for adults? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2007;42(3):215-20.
124. Nelis SM, Rae G, Liddell C. Factor analyses and score validity of the Family Emotional Involvement and Criticism Scale in an adolescent sample. *Educational and Psychological Measurement* 2006;66(4):676-86.
125. Vural P, Sığırlı D, Eray Ş, Ercan İ, Kılıç EZ. The Reliability and validity study of Shortened Level of Expressed Emotion Scale in adolescents. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences* 2013;33(1):191-9.
126. Ingram RE, Luxton DD. Vulnerability-stress models. *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective*. 2005:32-46.
127. Stubbe DE, Zahner GE, Goldstein MJ, Leckman JF. Diagnostic specificity of a brief measure of expressed emotion: A community study of children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1993;34(2):139-54.
128. Fristad MA, Gavazzi SM, Centolella DM, Soldano KW. Psychoeducation: A promising intervention strategy for families of children and adolescents with mood disorders. *Contemporary Family Therapy* 1996;18(3):371-83.
129. Chambless DL, Steketee G. Expressed emotion and behavior therapy outcome: A prospective study with obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1999;67(5):658-65.
130. Jacobsen T, Hibbs E, Ziegenhain U. Maternal expressed emotion related to attachment disorganization in early childhood: A preliminary report. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2000;41(7):899-906.
131. Caspi A, Moffitt TE, Morgan J, et al. Maternal expressed emotion predicts children's antisocial behavior problems: Using monozygotic-twin differences to identify environmental effects on behavioral development. *Developmental Psychology* 2004;40(2):149-61.
132. Grange D, Eisler I, Dare C, Hodes M. Family criticism and self-starvation: a study of expressed emotion. *Journal of Family Therapy* 1992;14(2):177-92.
133. Schwartz CE, Dorer DJ, Beardslee WR, Lavori PW, Keller MB. Maternal expressed emotion and parental affective disorder: Risk for childhood depressive disorder, substance abuse, or conduct disorder. *Journal of Psychiatric Research* 1990;24(3):231-50.
134. McCleary L, Sanford M. Parental expressed emotion in depressed adolescents: Prediction of clinical course and relationship to comorbid disorders and social functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2002;43(5):587-95.
135. Deault LC. 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 & Human Development* 2010;41(2):168-92.

136. Johnston C, Mash EJ. Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2001;4(3):183-207.
137. Vaughn C, Leff J. The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *British Journal of Social and Clinical Psychology* 1976;15(2):157-65.
138. Vostanis P, Nicholls J, Harrington R. Maternal expressed emotion in conduct and emotional disorders of childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1994;35(2):365-76.
139. Taylor E. Developmental neuropsychopathology of attention deficit and impulsiveness. *Development and Psychopathology* 1999;11(03):607-28.
140. Barkley RA, Cunningham CE. The effects of methylphenidate on the mother-child interactions of hyperactive children. *Archives of General Psychiatry* 1979;36(2):201-8.
141. Barkley RA, Karlsson J, Pollard S, Murphy JV. Developmental changes in the mother-child interactions of hyperactive boys: Effects of two dose levels of ritalin*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1985;26(5):705-15.
142. Schachar R, Taylor E, Wieselberg M, Thorley G, Rutter M. Changes in family function and relationships in children who respond to methylphenidate. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1987;26(5):728-32.
143. Marshall VG, Longwell L, Goldstein MJ, Swanson JM. Family factors associated with aggressive symptomatology in boys with attention deficit hyperactivity disorder: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1990;31(4):629-36.
144. Minde K, Eakin L, Hechtman L, et al. The psychosocial functioning of children and spouses of adults with ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2003;44(4):637-46.
145. Dowson J, Blackwell A. Impulsive aggression in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2010;121(2):103-10.
146. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1997;36(7):980-8.
147. 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). *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi/Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health* 2004;11(3):109-16.
148. Savasir I, Sahin N. *Weschler Çocuklar için Zeka Ölçegi (WISC-R)* Ankara: Turkish Psychologists Association Publication. 1994.
149. Schmidt S, Petermann F. Developmental psychopathology: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *BMC Psychiatry* 2009;9(1):58-68.
150. Tahiroğlu AY, Avcı A, Fırat S, Seydaoğlu G. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Alt tipleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005;6:5-10.

151. Jensen PS, Hinshaw SP, Kraemer HC, et al. ADHD comorbidity findings from the MTA study: Comparing comorbid subgroups. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2001;40(2):147-58.
152. Huh Y, Choi I, Song M, Kim S, Hong SD, Joung Y. A comparison of comorbidity and psychological outcomes in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry Investigation* 2011;8(2):95-101.
153. Balat GU, Akman B. Farklı sosyo-ekonomik düzeydeki lise öğrencilerinin benlik saygısı düzeylerinin incelenmesi. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2004;14(2):175-83.
154. Koçak E. Ergenlerde yalnızlığın yordayıcısı olarak benlik saygısı ve sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarının incelenmesi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi; 2008.*
155. Mullis AK, Mullis RL, Normandin D. Cross-sectional and longitudinal comparisons of adolescent self-esteem. *Adolescence* 1992;27(105):51-61.
156. Göker Z. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Bulunan Çocuk Ve Ergenlerin Benlik Saygısı Ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Uzmanlık Tezi. Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi; 2009.*
157. Sonuga-Barke EJ, Lasky-Su J, Neale BM, et al. Does parental expressed emotion moderate genetic effects in ADHD? An exploration using a genome wide association scan. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics* 2008;147(8):1359-68.
158. Sonuga-Barke EJ, Oades RD, Psychogiou L, et al. Dopamine and serotonin transporter genotypes moderate sensitivity to maternal expressed emotion: The case of conduct and emotional problems in attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2009;50(9):1052-63.
159. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: A practitioner's guide.* New York: Guilford Press; 2003

EKLER

Ek-1: Bilgi Toplama Formu

1.Cinsiyetiniz: ()Kız ()Erkek

2.Doğum tarihiniz:/...../.....

3. Anne ve babanız birlikte mi?

() evet ()boşanmış () babam vefat etti ()annem vefat etti

4.Annenizin eğitimi:

()Hiç okula gitmemiş. ()İlkokul mezunu ()Ortaokul mezunu ()Lise mezunu ()Üniversite mezunu

5.Babanızın eğitimi:

()Hiç okula gitmemiş. ()İlkokul mezunu ()Ortaokul mezunu ()Lise mezunu ()Üniversite mezunu

6. Annenizin şu andaki iş durumu:

() Ev hanımı ()Düzenli bir işte çalışıyor () Emekli

7. Babanızın şu andaki iş durumu:

() Çalışmıyor ()Düzenli bir işte çalışıyor. () Emekli

8. Aylık ortalama gelir düzeyiniz:

() 1000 tl ve altı () 1000-1500 tl arası () 1500-4500 tl arası () 4500 tl üzeri

9. Sizinle birlikte evde yaşayanlar(uygun olanı işaretleyin)

Öz annem () Öz babam () Üvey annem() Üvey babam () Diğer()

10. Kaç kardeşiniz? İşaretleyiniz.

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ve üzeri

11. Siz ailenizin kaçınıcı çocuğusunuz?

() 1.çocuk () 2. çocuk () 3. çocuk () 4. çocuk () 5. Çocuk ve üzeri

12. Ailenizde kronik bir fiziksel hastalığı(örn: şeker hastalığı, yüksek tansiyon, kalp hastalığı, kanser, epilepsi, astım, kansızlık) ya da fiziksel özürlü(örn: görme, işitme, konuşma engelli ya da tekerlekli sandalye kullanan) olan var mı? Açıklayınız.

() Evet, var: () Hayır yok.

() Annem..... () Babam..... () Kardeşim..... () Diğer.....

13. Ailenizde bir psikiyatristten(ruh sağlığı uzmanı) tanı aldığını bildiğiniz ruhsal hastalığı(örn: şizofreni, bipolar bozukluk, depresyon, zeka geriliği, otizm) olan var mı? Açıklayınız.

() Evet, var: () Hayır yok.

() Annem..... () Babam..... () Kardeşim..... () Diğer.....

Ek-2: Ergenlerde Kısaltılmış Duygu Dışavurum Ölçeği

Aşağıda, başkalarının size karşı davranma biçimlerini açıklayan çok sayıda açıklama bulunmaktadır. Her açıklamayı dikkatli bir şekilde okuyunuz ve **hayatınızdaki en etkili kişinin/ailenin** son 3 ay içinde size karşı bu şekilde davranıp davranmadıklarını aşağıdaki dört seçenek üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

1- Doğru değil. 2- Kısmen doğru. 3- Büyük ölçüde doğru. 4-Doğru.

		1	2	3	4
1	Moralim bozuk olduğu zaman beni sakinleştiriyor.				
2	Hasta veya moralim bozuk olduğu zaman bana karşı sempattir.				
3	Ona çok sorun yarattığımı hissetmiyor.				
4	Bir kişi olarak kendimi değerli hissetmemi sağlıyor.				
5	Stresli durumlarda kontrollü olmayı başarır.				
6	Moralim bozuk veya hasta olduğum zaman kendimi daha iyi hissetmemi sağlamaya çalışıyor.				
7	Yapabileceklerim ve yapamayacaklarım hakkında gerçekçidir.				
8	Beni sonuna kadar dinliyor.				
9	Yakınımda olduğu zaman rahatlamış hissetmemi sağlıyor.				
10	İşler iyi gitmese bile bana iyi davranır, beni zorlamaz.				
11	Hasta veya moralim bozuk olduğu zaman düşüncelidir				
12	İhtiyacım olduğu zaman beni destekler.				
13	Kendimi iyi hissetmediğim zaman durumumu anlamak için daha fazla bilgi toplamaya isteklidir.				
14	Ben bir hata yapsam bile anlayışlı davranır.				
15	Kendimi kötü hissettiğimde bana güven vermeye çalışır.				
16	İyi olmadığını söylediğim zaman sadece dikkat çekmek istiyorsun der.				
17	Beklentilerini gerçekleştirmediğimde beni aşağılar.				
18	Moralim bozuk olduğu veya kötü hissettiğim zaman bana yardımcı olmaz.				
19	Beklentilerine uygun bir şekilde yaşamazsam beni eleştirir.				
20	Kendimi iyi hissetmediğim zaman duygularıyla nasıl baş edeceğini bilmiyor				
21	İşler yolunda gitmediğinde bana kızar.				
22	İyi olmadığım zaman beni durumu abartmakla suçlar.				
23	İşler yolunda gitmediği zaman meseleleri daha da kötüleştirir.				
24	Kendimi iyi hissetmediğim zaman beni, olayları uydurmakla suçlar.				
25	Bir işi iyi yapmadığım zaman çılgına döner.				
26	İşler yolunda gitmediği zaman gergin hale gelir.				
27	Kendimi iyi hissetmediğim zaman aynı düzeyde çaba bekler.				
28	Her zaman işlerime burnunu sokar.				
29	Her zaman, hakkımdaki her şeyi bilmek zorundadır.				
30	Özel meselelerime burnunu sokar.				
31	Hayatıma burnunu sokmaz.				
32	Benden çok fazla şey bekler.				
33	Çok fazla kişisel soru sormaz				

Ek-3: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

- 1.** Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 2.** Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 3.** Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 4.** Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 5.** Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 6.** Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 7.** Genel olarak kendimden memnunum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 8.** Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 9.** Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığını düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 10.** Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

TEŞEKKÜR

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık eğitimim boyunca, bilgisini ve deneyimlerini istek ve özveriyle paylaşan, her an desteğini yanımda hissettiğim değerli hocam Doç. Dr. Ayşe Pınar VURAL'a ve uzmanlık eğitimim sürecinde katkılarından dolayı Yrd. Doç. Dr. Yeşim TANELİ'ye içtenlikle teşekkür ederim.

Sadece rotasyon döneminde değil her ihtiyaç duyduğumda bilgi ve tecrübelerini paylaşan Psikiyatri AD. öğretim üyeleri Prof. Dr. Selçuk KIRLI, Prof. Dr. Aslı SARANDÖL, Doç. Dr. Enver Yusuf SİVRİOĞLU, Doç. Dr. Cengiz AKKAYA, Doç. Dr. Saygın EKER'e ve tüm psikiyatri kliniği çalışanlarına teşekkürü bir borç bilirim.

Çocuk Nörolojisi rotasyonumda derin bilgilerinden faydalandığım, Prof. Dr. Mehmet Sait OKAN, Uzm. Dr. Muhittin BODUR, Uzm. Dr. Rabia Tütüncü TOKER ve tüm nöroloji çalışanlarına, samimiyetleri için çok teşekkür ederim.

Asistanlığım boyunca beraber çalışıp, her zaman desteklerini aldığım ve çok güzel anılar biriktirdiğim değerli meslektaşlarım, dört yılın en değerli kazanımı olan asistan arkadaşlarıma en içten teşekkürlerimi sunarım.

Hastanemizde birlikte çalışma fırsatı bulduğum bütün uzmanlara, asistan arkadaşlara, psikologlara, hemşirelere ve tüm personele teşekkür ederim.

Her şeyden önce beni sonsuz sevgi ve özveriyle destekleyen sevgili eşim Şeyma'ya, anneme ve babama, kardeşlerim Lütfi ve Nihat'a ve tüm aileme en içten teşekkürlerimi ve minnettarlığımı sunarım.

Halit Necmi UÇAR

ÖZGEÇMİŞ

Konya'da, 1986 yılında ailemin ilk çocuğu olarak dünyaya geldim. İlkokulu Ilgın Atatürk İlkokulu'nda, ortaokulu Ilgın Anadolu Lisesi'nde, liseyi İstanbul Atatürk Fen Lisesi'nde, tıp fakültesi eğitimini ise 2011 yılında Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi'nde tamamladım. Mezun olduktan sonra 3 ay Ağrı Devlet Hastanesi Acil Servisi'nde pratisyen hekim olarak görev yaptım. Eylül 2011'de Uludağ Üniversitesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimime başladım.

Dr. Halit Necmi UÇAR