

# Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Alt Tiplerinin Aile İşlevleri Üzerindeki Etkisi

A. Şebnem Soysal<sup>1</sup>,  
Ayşegül Yıldırım<sup>2</sup>, Aktan Acar<sup>3</sup>,  
Başak Karateke<sup>4</sup>, Kızbes Meral Kılıç<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Doç. Dr., Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi,  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Ankara - Türkiye

<sup>2</sup>Psikolog, Ankara Üniversitesi, Eğitimde Psikolojik  
Hizmetler Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Programı,  
Ankara - Türkiye

<sup>3</sup>Öğrenci, Ankara Üniversitesi, Eğitimde Psikolojik  
Hizmetler Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Programı,  
Ankara - Türkiye

<sup>4</sup>Psikolog, Özel Su Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Kursu,  
Ankara - Türkiye

<sup>5</sup>Psikolog, Adalet Bakanlığı CTE Genel Müdürlüğü,  
AR-GE Şubesi, Ankara - Türkiye

## ÖZET

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu alt tiplerinin aile işlevleri üzerindeki etkisi

**Amaç:** Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), bireyi olduğu kadar ailesini de ciddi boyutlarda etkileyen bir ruhsal bozukluktur. Bu çalışmanın amacı, bilişsel-sosyal işlev düzeyinde belirgin bir bozulması olmayan DEHB'ilerin aile işlevselliğini değerlendirmektir.

**Yöntem:** Bu çalışmada, yaşları 6-10 arasında değişen 27 dikkat eksikliği alt tipi (DEHB-DE), 18 hiperaktivite/dürtüsellik alt tipi (DEHB-HD), 32 bileşik alt tipi (DEHB-B) tanılı hasta ve kontrol için yer alan 35 katılımcı ve anneleri değerlendirilmiştir. Veriler, Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği, Conners Anne/Baba ve Öğretmen Derecelendirme Ölçekleri ve Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) kullanılarak toplanmıştır.

**Sonuçlar:** ADÖ alt testlerine ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri incelendiğinde, problem çözme davranışı açısından DEHB-HD, iletişim alt testinde DEHB-DE, roller alt testinde DEHB-B, gereken ilgiyi gösterme alt testinde DEHB-DE, DEHB-HD ve genel işlevler açısından da DEHB-HD alt tipinde yer alan katılımcıların yüksek puanlar aldıkları görülmüştür. ADÖ'ye ilişkin yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda da davranış kontrolü alt ölçeği dışındaki ölçeklerde, gruplar arasında fark olduğu belirlenmiştir.

**Tartışma:** DEHB olguları değerlendirilirken sağaltım girişimlerinde, çocuğun yanı sıra aile de değerlendirilmeli, aile dinamiklerinin tedavi süreci üzerindeki etkinliği irdelenmelidir. Böylece çocuğun problem çözme, sosyal yargılama, duygusal tepki verebilme gibi sosyal yaşama uyum becerileri artırılmış olacaktır.

**Anahtar kelimeler:** Aile işlevselliği, DEHB, sosyal işlevsellik



## ABSTRACT

Effects of attention deficit and hyperactivity disorder subtypes on family functions

**Objective:** Attention deficiency and hyperactivity disorder (ADHD) is a mental disorder that seriously affects both the individual and his/her family. The aim of this study is to evaluate family functions of individuals with different subtypes of ADHD who have no significant cognitive and social impairments.

**Methods:** 27, 18, and 32 subjects with ADHD-inattentive (ADHD-I), ADHD-hyperactivity-impulsivity (ADHD-HI) and ADHD-combined (ADHD-C) subtypes, respectively, and 35 control subjects aged 6 to 10 years and their mothers were included in the study. Wechsler Intelligence Scale For Children, Conners Parent And Teacher Rating Scales and Family Assessment Scale (FAS) were used.

**Results:** FAS subtests indicated that problem solving score of ADHD-HI subgroup, communication score of ADHD-I subgroup, roles score of ADHD-C subgroup, "showing necessary interest" scores of ADHD-I and ADHD-HI subgroups, and general functioning scores of ADHD-HI subgroup were higher than the other subgroups. ANOVA results indicated that FAS subtest scores, other than behavior control score, were significantly different among subgroups.

**Discussion:** Assessment of ADHD treatment efficiency should include, not only the child, but also the family and family dynamics. Therefore, social adaptation skills -such as problem solving, social evaluation and emotional reactions of the individuals with ADHD- will be increased.

**Key words:** Family functions, ADHD, social functions

Yazışma adresi / Address reprint requests to:  
Doç. Dr. A. Şebnem Soysal,  
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve  
Hastalıkları AD, Beşevler, Ankara - Türkiye

Telefon / Phone: +90-312-202-6002

Faks / Fax: +90-312-215-0143

Elektronik posta adresi / E-mail address:  
assoysal@gazi.edu.tr

Geliş tarihi / Date of receipt:  
3 Ocak 2012 / January 3, 2012

Kabul tarihi / Date of acceptance:  
21 Ekim 2012 / October 21, 2012

## GİRİŞ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), çocuk-ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniklerine yapılan başvurular arasında sık konan tanılardan birisidir. Prevalansı yüksek olmakla birlikte, tedavi edilebilir bir bozukluktur. Gelişime bağlı olarak, okul öncesi dönemde başlayıp, erişkinlikte de değişik görünüm sergileyen inatçı bir hastalıktır. Bireylerin yaşamında gelişimsel ve işlevsel düzeyde büyük güçlükler yaratır (1). Özellikle çocukluk döneminde çocuk, anne ve baba ilişkisini olumsuz yönde etkileyen bir rahatsızlıktır (2). Bozukluğun bilişsel ve sosyal süreçler üzerinde yıkıcı etkilerine eş hastalanım öykülerinin de eklenmesi iletişim zorluklarının artmasında önemli rol oynamaktadır. Çalışmalarda, DEHB tanılı çocukların yarısında ya da daha fazlasında başka tanılar da bulunduğu bildirilmektedir (1,3,4). Hiperaktif çocukların %40'ında ya da daha fazlasında karşı olma-karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu görülmektedir (3). Karşı olma-karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğunun eşlik ettiği olgularda aile işlevselliğinin daha çok etkilendiği ileri sürülmektedir (4).

DEHB'li çocukların anne/babalarının, anne ve baba olmaya yönelik kendilerini ne derece yetkin buldukları araştırıldığında; kendilerine az güvendikleri, sorunlarla başa çıkmada yetersiz kaldıklarına inandıkları ve çocuk yetiştirme konusunda sürekli desteklenme ihtiyacı içerisinde oldukları belirlenmiştir (5).

DEHB'li bir çocuk aile içerisinde ciddi sorun yaratabilir (6). Bu durum tedavi sürecinde ailenin desteklenmesi ve DEHB konusunda eğitilmesi gereksinimini ortaya çıkarmaktadır. Bozukluk hakkında verilecek bilgi, çocuğa yaklaşım biçimlerinin aileye öğretilmesi, ortam ve çevrenin düzenlenmesi sadece çocuğun evdeki yıkıcı davranışlarını azaltmaz, aynı zamanda anne/babanın benlik saygısını artırır, aile içi stresi azaltır (6,7). Anne/baba psikopatolojilerinin değerlendirilmesi ve tedavisi, aile işlevselliğinin değerlendirilmesi açısından önemlidir. Satterfield ve arkadaşları (7), çocuğa uygulanan psikoterapi ve ilaç tedavisine ek olarak, ailenin aldığı eğitim ve grup terapilerinin DEHB'nin sağaltımında önemli olduğunu bildirmişlerdir. Bu şekilde izlenen çocukların davranım bozukluklarının azaldığı,

akademik başarılarının ve uyum derecelerinin arttığı belirlenmiştir.

DEHB heterojen bir bozukluktur. Üç temel belirtisi olmakla birlikte, bunların kendi içindeki etkileşimleri ya da ayrışmaları alt tip kavramının doğmasına neden olmuştur. Bozukluğun hem bireyin hem de ailenin işlevselliği üzerindeki etkisi alt tiplere göre değişim gösterebilir. Örneğin dikkat eksikliği alt tipinde (DEHB-DE) daha çok akademik sorunlar görülür, hiperaktivite ve dürtüsellik alt tipinde (DEHB-HD) ise davranım sorunları daha ön plandadır (8-10). Bileşik alt tipde (DEHB-B) ise mevcut sorunların daha da çeşitlendiği, özellikle bilişsel süreçler açısından sorunlar olduğu vurgulanmaktadır (11). Alt tiplerin aile işlevselliği üzerindeki etkilerinin araştırılması tedavi sürecini etkileyebilir. DEHB'nin aile işlevselliği üzerindeki etkisinin incelendiği çalışmalarda, hastalığın aile bireyleri arasındaki bağlılıkta ve karşılıklı etkileşimde azalmaya, organizasyon ve başarmaya yönelik oryantasyonda sorunlara ve daha fazla çatışmaya yol açtığı bulunmuştur (12). Özellikle, davranım bozukluğu gibi eşhastalanım öyküleri olduğunda işlevselliğin önemli ölçüde etkilendiği gözlenmiştir (13). Alt tipler açısından bakıldığında, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik aileyi yorması, dikkat sorunlarının öğrenme üzerindeki etkileri ve sosyal iletişimi olumsuz yönde etkilemesi aile işlevselliğini olumsuz yönde etkileyebilir. Bu nedenle alt tipler arasındaki farkların ortaya konması sağaltım açısından önemlidir.

Bu çalışmanın amacı; eşhastalanım öyküsü olmayan, bilişsel, fiziksel ve sosyal açıdan belirgin kayıpları belirlenmemiş DEHB olgularında alt tiplendirmeye bağlı olarak aile işlevselliğinin nasıl etkilendiğinin araştırılmasıdır. Böylelikle sadece hastalığa bağlı olarak değişim gösteren ailesel özelliklerin saptanması hedeflenmiştir.

## YÖNTEM

### Katılımcılar

Klinik örneklemde elde edilen bulgulara göre, nedeni kesin olarak bilinmemekle birlikte DEHB erkek çocuklarda kız çocuklara göre 2:1 ile 10:1 arasında değişen oranlarda daha fazla görülen bir bozukluktur (12). Ülkemizde de cinsiyete göre dağılımın, 6/1 oranında

olmak üzere erkeklerde daha fazla olduğu belirlenmiştir (13,14). Bu bilgiler ışığında, araştırma planlanırken erkek çocuklar üzerinde yürütülmesine karar verilmiştir.

Çalışma, 1-5. sınıfa giden 6-10 (72-131 ay) yaş grubundaki, ilk defa başvurmuş ve/veya daha önce DEHB tanısı almış ancak en az 2 aydır ilaç tedavisi görmeyen, eşlik eden farklı bir psikiyatrik (özgül öğrenme güçlüğü, kaygı bozukluğu, duygudurumu bozukluğu vb), nörolojik ve/veya pediatrik bozukluğu bulunmayan, en az normal zeka düzeyine sahip, herhangi bir düzeltilmemiş görme ve/veya işitme bozukluğu bulunmayan çocuklar üzerinde yürütülmüştür.

Tanı grubu, Gazi Üniversitesi Çocuk Nöroloji ve Çocuk Psikiyatrisi polikliniklerine dikkatsizlik ve aşırı hareketlilik yakınmalarıyla başvuran, yaşları 6-10 ( $8.00 \pm 2.11$ ) arasında değişen çocuklar arasından çalışmanın dışlama ölçütlerine göre seçilmiştir. Sonuç olarak, tanı grubu 27 dikkat eksikliği alt tipinden (DEHB-DE), 18 hiperaktivite/dürtüsellik alt tipinden (DEHB-HD) ve 32 bileşik alt tipinden (DEHB-B) toplam 77 erkek çocuktan oluşmaktadır.

Kontrol grubu cinsiyet ve yaş açısından dengelenmiştir. Okul başarısı düşük olan çocuklar çalışmaya alınmamıştır. Sağlıklı çocukların ebeveynlerin ve öğretmenlerine Conners Formları uygulanmış, kesim puanının altında kalan çocuklar çalışmaya alınmıştır. Kontrol grubuna dahil edilmesi düşünülen tüm çocuklar ve aileleri ile olası davranışları ve tanıyı belirlemeye yönelik olarak DSM-IV tanı ölçütlerini sorgulayan yarı yapılandırılmış bir görüşme yapılmış, DSM-IV eksen I ruhsal bozukluk tanısı olmayan çocuklar çalışmaya alınmıştır. Tanı grubuyla benzer özelliklere sahip, çalışmanın dışlama kriterlerini karşılayan Ankara'daki ilköğretim okullarına devam eden 35 (%31.3) sağlıklı erkek çocuk kontrol grubunu oluşturmuştur.

Ayrıca çalışmaya, yaşları 27 ile 46 ( $35.00 \pm 4.46$ ) arasında değişen 112 anne katılmıştır. Aile örüntüleri açısından katılımcılar incelendiğinde; tanı grubunun %87'sinin çekirdek, %5.2'sinin geniş, %7.8'inin ise tek ebeveynli ailelerden oluştuğu görülmektedir. Kontrol grubunda ise %88.6 çekirdek, %5.7 geniş ve %5.7 oranında tek ebeveynli aile örüntüsü olduğu belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan annelere, çalışma anlatılarak yazılı onamları alınmıştır.

## Kullanılan Araç ve Gereçler

### Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği (WISC-R):

Wechsler tarafından 1949 yılında geliştirilen bu test, 1974 yılında gözden geçirilmiş ve 1986 yılında Savaşır ve Şahin tarafından ülkemize uyarlanmıştır (17). Çalışmada sözel testlerden Genel Bilgi, Benzerlikler, Aritmetik, Sayı Dizisi ve Yargılama alt ölçekleri, performans testlerinden ise Resim Tamamlama, Resim Düzenleme, Küplerle Desen, Parça Birleştirme ve Şifre alt testleri uygulanmıştır (15).

### Conners Anne/Baba Derecelendirme Ölçeği:

Toplam 48 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Dereboy ve arkadaşları (18) tarafından yapılmıştır. Dikkat eksikliği, hiperaktivite, davranım bozukluğu ve karşı gelme-karşı olma bozukluğunu tarayan alt ölçekleri bulunmaktadır (18).

### Aile Değerlendirme Ölçeği:

Epstein, Bolwin ve Bishop tarafından geliştirilen ölçek, Bulut tarafından Türkçeye uyarlanmıştır (19). Ölçek, ailenin işlevlerini yerine getirip getirmediği konusunda genel bir değerlendirme yapmak ve sorun alanlarını ortaya çıkarmak amacıyla oluşturulmuştur. On iki yaşın üzerindeki tüm bireylere uygulanan ölçek, yedi alt testi (Problem Çözme, İletişim, Roller, Duygusal Tepki Verebilme, Gereken İlgiyi Gösterme, Davranış Kontrolü ve Genel İşlevler) içeren toplam 60 maddeden oluşmaktadır. Ölçek puanları 1.00 (sağlıklı) ile 4.00 (sağlıksız) arasında değişmektedir. Görgül çalışmalar sürmekle birlikte, genel olarak 2.00'nin üzerindeki puan ortalamaları aile işlevlerinde sağlıksızlığa doğru bir gidişin göstergesi olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği 0.62 ile 0.90 arasında değişmektedir. Yapılan yapı geçerliliğinde ise, boşanma sürecinde olan kadınlara ve normal evliliklerini sürdüren çiftlerden birine uygulanan ölçeğin puan ortalamaları arasındaki fark t testinde, tüm alt testler için 0.001 ile 0.01 arası düzeylerde anlamlı bulunmuştur.

**Bilgi Toplama Formu:** Katılımcıların sosyodemografik verilerinin kayıt edilmesi amacıyla araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur.

## İşlem

DEHB olgularının belirlenmesinin ilk aşamasında, dik-katsizlik ve aşırı hareketlilik temel yakınmalarıyla polikliniklere yönlendirilen tüm katılımcılar DSM-IV-TR tanı ölçütlerine bağlı olarak değerlendirilmiştir. Ardından DSM-IV'e göre "Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranım Bozuklukları" ana başlığı altında toplanan tüm ölçütler katılımcılar ve anneleriyle sorgulanmıştır. Tanı ölçütlerine göre DEHB-DE, DEHB-HD ve DEHB-B alt tipleri için bir gruptan en az 6 maddeyi en az 6 ay süreyle gelişim düzeyine uygun olmayacak derecede sürdüren katılımcılar belirlenmiştir. DEHB'nin derecelendirilmesinde, ayrıca, anne/babalara Conners Anne/Baba Derecelendirme Ölçeği (CABDÖ) ve öğretmenlere Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği (CÖDÖ) uygulanmıştır. Değerlendirmeye giren katılımcılar DEHB kapsamı dışındaki klinik tablolar açısından da incelenmiştir. Eşhastalanım ve pediatrik hastalık öyküsü olmayan DEHB'li katılımcılar belirlenmiştir. Sonuç olarak 27 DEHB-DE, 18 DEHB-HD ve 32 bileşik alt tip olgusu üzerinde çalışma yürütülmüştür.

Kontrol grubu, Ankara'daki ilköğretim okullarına devam eden tanı grubuyla benzer özellikler gösteren herhangi bir psikiyatrik, pediatrik ve nörolojik hastalığı olmayan, normal ve üzeri zeka bölümüne sahip 35 (%31.3) sağlıklı erkek çocuktan oluşmuştur.

Çocuklar sabah saatlerinde WISC-R ile değerlendirilirken, annelere de Aile Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır. Zeka testi uygulaması aynı psikolog tarafından yapılmıştır. Ölçek uygulaması, aileye çalışmanın anlatılması ve izinlerin alınmasının ardından çalışmayı yürüten psikologlar tarafından uygulanmıştır.

Çalışmanın için etik kurul izni alınmıştır.

## İstatistiksel Analiz

Tüm bu uygulamalar sonucunda elde edilen verilerin analizi, Sosyal Bilimler için İstatistik Programının (Statistical Program for Social Sciences - SPSS) 13.0 sürümü ile yapılmıştır. Sosyodemografik verilerde betimsel istatistikler, dörtlü grup karşılaştırmalarında tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Anlamli çıkan temel etkiler için gruplar arası farkın kaynağını

belirlemek amacıyla post hoc analizler (Bonferroni) yapılmıştır. Bütün istatistiksel testlerde en düşük anlamlılık düzeyi 0.05 olarak kabul edilmiştir.

## SONUÇLAR

Çalışma DSM-IV tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı almış ve alt tiplerine göre sınıflandırılmış, yaşları 6-10 ( $8.00\pm 2.11$ ) arasında değişen 27 (%24.1) dikkat eksikliği, 18 (%16.1) hiperaktivite/dürtüsellik, 32 (%28.6) bileşik tip ve 35 (%31.3) sağlıklı erkek çocuk üzerinde yürütülmüştür. Yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda katılımcıların yaş grupları arasında anlamlı bir fark belirlenmemiştir ( $p>0.05$ ).

Çocuklara uygulanan WISC-R ölçeğine göre Sözel Zeka Bölümü (SZB) ortalama puanı  $103.75\pm 9.77$ , Performans Zeka Bölümü (PZB) ortalama puanı  $104.62\pm 11.31$  ve Toplam Zeka Bölümü (TZB) ortalama puanı  $104.38\pm 10.44$  olarak belirlenmiştir. Gruplara göre bakıldığında, DEHB-DE alt tipi için SZB ortalama puanı  $100.25\pm 6.86$ , PZB ortalama puanı  $99.00\pm 8.28$ , TZB ortalama puanı  $99.44\pm 6.7$ ; DEHB-HD alt tipi için SZB ortalama puanı  $106.94\pm 10.65$ , PZB ortalama puanı  $110.38\pm 13.50$ , TZB ortalama puanı  $108.72\pm 12.08$ ; DEHB-B alt tipi için SZB ortalama puanı  $101.46\pm 11.49$ , PZB ortalama puanı  $105.31\pm 13.54$ , TZB ortalama puanı  $106.54\pm 8.07$  ve kontrol grubu için SZB ortalama puanı  $106.71\pm 8.27$ , PZB ortalama puanı  $105.387\pm 7.95$ , TZB ortalama puanı  $106.54\pm 8.07$  olarak bulunmuştur.

Yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda kontrol grubunda yer alan çocukların elde ettikleri puanların tanı grubundaki çocuklardan daha iyi olduğu görülmektedir. SZB için DEHB-DE ile kontrol, PZB ve TZB için DEHB-DE<DEHB-HD ve DEHB-DE<KONTROL arasında anlamlı farklar elde edilmiştir ( $p<0.05$ ).

DEHB'yi derecelendirmede kullanılan ölçeklerden katılımcıların aldıkları puanların ortalama ve standart sapma değerleri ve puanlara uygulanan tek yönlü varyans analizi sonuçları ise Tablo 1'de gösterilmiştir.

Ayrıca çalışmada yaşları 27 ile 46 ( $35.00\pm 4.46$ ) arasında değişen 112 anneye ADÖ uygulanmıştır. Annelerin %33'ü ( $n=37$ ) ilköğretim, %37.5'i lise ( $n=42$ ),

**Tablo 1: CABDÖ'ye ait ortalama, standart sapma değerleri ve ANOVA post hoc analiz sonuçları**

Connors Alt testleri	DEHB-DE (n=27)	DEHB-HD (n=18)	DEHB-B (n=32)	KONTROL (n=35)	F	ANOVA Post Hoc Analiz Sonuçları
<b>CABDÖ/DİKKAT EKSİKLİĞİ</b>	6.96±3.28	5.72±2.44	7.12±2.68	2.40±1.55	24.995	KONTROL<DEHB-HD<DEHB-DE<DEHB-B
<b>CABDÖ/HİPERAKTİVİTE</b>	7.44±3.15	9.77±3.09	8.40±2.80	4.14±2.18	21.431	KONTROL<DEHB-DE<DEHB-B<DEHB-HD
<b>CABDÖ/KARŞI GELME BOZUKLUĞU</b>	6.07±3.44	5.88±4.11	7.46±3.18	2.08±1.52	19.427	KONTROL<DEHB-HD<DEHB-DE<DEHB-B
<b>CABDÖ/DAVRANIM BOZUKLUĞU</b>	9.03±5.45	9.11±7.67	9.00±6.02	2.60±2.03	11.819	KONTROL<DEHB-B<DEHB-DE<DEHB-HD

\*p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001, CABDÖ: Connors Anne/Baba Derecelendirme Ölçeği, DEHB-DE: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Dikkat Eksikliği Alt Tipi  
DEHB-HD: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Hiperaktivite/Dürtüsellik Alt Tipi, DEHB-B: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Bileşik Tipi

**Tablo 2: ADÖ puanları için elde edilen ortalama, standart sapma değerleri ve ANOVA post hoc analiz sonuçları**

ADÖ Alt testleri	DEHB-DE (n=27)	DEHB-HD (n=18)	DEHB-B (n=32)	KONTROL (n=35)	F	ANOVA Post Hoc Analiz Sonuçları
<b>Problem çözme</b>	1.76±0.47	2.02±0.68	1.71±0.67	1.52±0.45	3.113	DEHB-HD<DEHB-DE*** KONTROL<DEHB-DE** DEHB-B<DEHB-DE***
<b>İletişim</b>	2.01±0.41	1.74±0.68	1.63±0.52	1.34±0.30	10.254	DEHB-DE<DEHB-B*
<b>Roller</b>	1.78±0.28	1.99±0.47	2.10±0.57	1.83±0.26	3.627	KONTROL<DEHB-DE** KONTROL<DEHB-HD**
<b>Duygusal tepki verme</b>	1.94±0.51	1.99±0.60	1.69±0.57	1.49±0.49	5.040	KONTROL<DEHB-DE**
<b>Gereken ilgiyi gösterme</b>	2.14±0.40	2.06±0.51	1.96±0.58	1.73±0.25	4.859	
<b>Davranış kontrolü</b>	1.88±0.34	1.91±0.73	1.76±0.48	1.78±0.36	0.577	KONTROL<DEHB-DE KONTROL<DEHB-HD
<b>Genel işlevler</b>	1.88±0.51	2.01±0.53	1.60±0.68	1.37±0.50	6.733	KONTROL<DEHB-DE KONTROL<DEHB-HD

\*p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001, ADÖ: Aile Değerlendirme Ölçeği, DEHB-DE: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Dikkat Eksikliği Alt Tipi  
DEHB-HD: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Hiperaktivite/Dürtüsellik Alt Tipi, DEHB-B: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Bileşik Tipi

%29.5'i de (n=33) üniversite mezunuydu. Annelerin %60.7'si (n=68) ev hanımı, %1.8'i (n=2) emekli iken, %37.5'i çalışmaktaydı. Annelerin %81.3'ünde (n=91) herhangi bir sağlık sorununa rastlanmamıştır. Hastalık öyküsü olan 21 annenin 7'sinin de majör depresyon tanısıyla izlendiği belirlenmiştir. Majör depresyon tanısıyla izlenen annelerin 6'sının DEHB tanısıyla izlenen çocuğu olduğu saptanmıştır. Aile örüntüsüne bakıldığında, tanı grubunun %87.0'sinin çekirdek, %5.2'sinin geniş, %7.8'inin ise tek ebeveynli ailelerden oluştuğu görülmektedir. Kontrol grubunda ise %88.6 çekirdek, %5.7 geniş ve %5.7 oranında da tek ebeveynli aile örüntüsü olduğu belirlenmiştir.

ADÖ alt testlerine ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri incelendiğinde, problem çözme davranışı açısından DEHB-HD, iletişim alt testinde DEHB-DE, roller alt testinde DEHB-B, gereken ilgiyi gösterme alt testinde DEHB-DE, DEHB-HD ve genel işlevler açısından da DEHB-HD alt tipinde yer alan katılımcıların yüksek puanlar aldıkları görülmüştür. ADÖ'ye ilişkin yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda da, davranış kontrolü altölçeği dışındaki ölçeklerde gruplar arasında fark olduğu belirlenmiştir. İlgili sonuçlar Tablo 2'de gösterilmiştir (Tablo 2).

CABDÖ ve ADÖ arasındaki korelasyona bakıldığında anlamlı bir sonuç elde edilmemiştir (p>0.05).

## TARTIŞMA

DEHB etiolojisinde ailesel genetik faktörler son 40 yıldır araştırılmaktadır (18-20). Genetik ve çevresel etkenlerin birlikte hareket ederek DEHB belirti ve bozukluğunu oluşturduğu düşünülmektedir. DEHB'li çocukların kardeş ve ana babalarını içeren çalışmalar, bu bozukluğun etiolojisinde olası genetik etkenleri göstermektedir. Etiyolojide çevresel etkenlerin rol oynadığı varsayımının doğruluğu kanıtlanamamıştır. Biederman ve arkadaşlarının (21), ortaya çıkardığı aile ve çevreye ait risk etmenleri olarak kabul edilen (ciddi evlilik uyumsuzlukları, düşük sosyal sınıf, geniş aile, babanın yasalara karşı gelmesi, annede zihinsel hastalık, koruyucu aile yanında yetiştirilme gibi) güçlükler ile DEHB ilişkisini araştırmışlardır. DEHB gelişimini artıran tek bir etmeden çok, bu etmenlerin DEHB'li hastalarda durumu kötüleştirdiğini saptamışlardır. Söz konusu güçlüklerin daha çok eş hastalanım öykülerini artırdığını gözlemlemişlerdir (21). Bu çalışmada da DEHB belirtilerinin aile işlevselliği üzerindeki etkileri incelenmiştir. Ancak sürecin çift yönlü işlediği de düşünülmektedir. DEHB'de genetik yükünlük önemli olduğu için, DEHB'li çocukların anne veya babalarında ya da her ikisinde birden DEHB bulunması olasılığı yüksektir. Dolayısıyla aile işlevlerinde bozulmaya anne-baba patolojileri de katkıda bulunuyor olabilir. Bu çalışmada çocuktan kaynaklanan kısım daha ağırlıklı olarak irdelenmiştir.

DEHB olan bireylerin büyük bir çoğunluğunda hem dikkatsizlik hem de hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri birlikte görülse de bazı bireylerde bir belirti örüntüsü baskın olabilmektedir. Bu nedenle DSM-IV'de DEHB tanısı için üç alt tip tanımlanmıştır (22). DEHB-DE ve DEHB-B alt tipleri okul çağı çocuklarında yaklaşık olarak aynı oranda görülmektedir (23,24). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, alt tiplere göre DEHB dağılımı, %1 DEHB-DE, %1.5 DEHB-HD ve %4 DEHB-B olarak belirlenmiştir (13). Çalışmamızda DEHB olan katılımcıların alt tiplere göre dağılımında, sıklık sırasında, DEHB-B tip birinci, DEHB-DE ikinci, DEHB-H üçüncü sırada yer almıştır. Bu çalışmada saptanan sıklık sırası daha önce klinik örnekleme bildirilen sıra ile uyumludur (25,26).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı fenomenolojik bir temele dayandığı için, klinik değerlendirmelere ek olarak, çocuğun davranışlarının farklı yaşam alanlarındaki görünümünün belirlenmesi gerekmektedir. Bu nedenle, anne/baba ve öğretmenden bilgi alınmaktadır. Bu bilgilerin toplanmasında davranış değerlendirme ve derecelendirme ölçekleri kullanılmaktadır. Bu ölçekler, gerek tanıya gerekse katılımcıların izlemine katkı sağlayan ekonomik, duyarlılığı ve özgüllüğü kanıtlanmış araçlardır (27). Ancak ölçeklerden elde edilen bilgiler değerlendirilirken dikkatli olunması gerektiği de sıklıkla vurgulanmaktadır (28). Çünkü DEHB olan çocuklarda anne-baba ve öğretmen değerlendirmelerinin %10-20 oranında çakışmadığı bilinmektedir (29). Bu farklı bildiriş ve görüşler, okulun yapılandırılmış bir ortam olmasından, görevlerin ve beklentilerin eve göre nispeten daha tanımlı olmasından kaynaklanmaktadır. Çalışmamızda aile işlevselliği ile hastalığın derecesi arasındaki ilişki irdelenmiştir. ADÖ ve CABDÖ arasında anlamlı korelatif bir ilişkinin bulunmaması ailelerin DEHB özelliklerini yeterince iyi betimleyemedikleri şeklinde yorumlanabilir. Bu çalışmada yer alan çocukların ciddi sorunlarının olmaması da buna yol açmış olabilir.

Bu çalışmada ADÖ'nin beş alt testinde bozulma olduğu gözlenmiştir. Bu tablo aile işlevlerinde yaygın bir bozulmanın olduğunu ortaya koymaktadır. Yapılan birçok çalışmada, psikiyatrik hastalığı olan bir üyeye sahip ailelerde aile işlevlerinin bozuk olduğu ve aile işlevlerinin hastalığın klinik gidişini etkilediğini destekleyen bulgular elde edilmiştir (30,31). Ülkemizde yapılan çalışmalarda, psikiyatrik hastalık geçirmiş bir üyesi olan ailelerde aile işlevlerinin genel olarak kontrol grubuna göre daha bozuk olduğu, sağlıksızlığın en yüksek olduğu alt boyutun gereken ilgiyi gösterme boyutu olduğu bildirilmiştir (32). Mevcut çalışma, bu noktada diğer çalışmalardan farklılaşmaktadır. Çünkü sağlıksızlığın en fazla olduğu ve DEHB alt tipleri arasında da fark yaratan alt testin iletişim olduğu belirlenmiştir.

ADÖ alt testlerine ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri incelendiğinde; problem çözme davranışı açısından DEHB-HD, iletişim alt testinde DEHB-DE, roller alt testinde DEHB-B, gereken ilgiyi gösterme alt testinde DEHB-DE, DEHB-HD ve genel işlevler açısından da DEHB-HD alt tipinde yer alan katılımcıların

yüksek puanlar aldıkları belirlenmiştir. Davranış kontrolü alt testi haricinde, tüm alt testlerde tanı ve kontrol grupları arasında fark belirlenmiştir. Pekcanlar ve arkadaşları (13) çalışmalarında, DEHB'li çocukların aile işlevselliğini normal sınırlar içerisinde değerlendirmişlerdir. Ancak, DEHB'ye davranım bozukluğu ve karşı olma-karşı gelme bozukluğu gibi hastalıklar eşlik ettiğinde, iletişim ve davranış kontrolü alanlarında sorunlar olduğunu gösteren çalışmalarda vardır (4,33). Çalışmamızın yazına katkısı, aile işlevleri açısından DEHB alt tipleri arasındaki farklılaşmayı ortaya koymasındır. Daha önceki çalışmalarda farklı bir psikiyatrik durumun eşlik ettiği tablolarla karşılaştırma yapılmıştır.

Çalışmamızda, DEHB alt tipleri açısından ADÖ'de iletişim ve roller alt testlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklar olduğu belirlenmiştir. İletişim açısından DEHB-DE, roller açısından DEHB-B grubundaki yapının daha sağlıklı olduğu görülmektedir (Bkz. Tablo 2). Dikkat eksikliği alanında sorunu olan çocukların ebeveynlerinin iletişim alt testinden düşük puanlar alması çocuğun bilişsel süreçleriyle ilintili olabilir. Çocukların WISC-R'den aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, en düşük puanları DEHB-DE alt tipindeki çocukların aldığı görülmektedir. Bu alt tipte yer alan çocukların daha çok akademik başarısızlık yaşadığı bilinmektedir (3,34). Ne kadar ilgilenilse de dikkat eksikliği nedeniyle ailelerin çabalarının sonucunu veremeyen çocuk, ebeveynlerde benlik saygısında düşüklüğe neden olarak, "Ben çocuğuma yetemiyorum; onunla daha fazla ilgilensem daha başarılı olurdu," duygusunu yaşıyor olabilir.

Demografik verilerle aile işlevlerini değerlendiren çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bulut (34), hasta erkek olduğu zaman aile işlevlerinin daha çok bozulduğunu, bu durumun özellikle roller ve davranış kontrolü alt alanlarında ortaya çıktığını saptamıştır.

Mevcut çalışma erkek çocuklar üzerinde yürütülmüştür ve DEHB-B tipte, en fazla roller alt testinde sağlıksızlaşma olduğu belirlenmiştir. Elde edilen verilere dayanılarak, aile düzeni, anne ve babaya yüklenen geleneksel roller, erkek çocuğa ilişkin beklentiler, çocuğun değeri gibi alanlarda belirgin bir beklenti kaybı olduğu düşünülebilir.

Sonuç olarak, DEHB olguları değerlendirilirken, sağaltım girişimlerinde çocuğun yanı sıra aile de değerlendirilmeli, aile dinamiklerinin tedavi süreci üzerindeki etkinliği irdelenmelidir. Böylece çocuğun problem çözme, sosyal yargılama, duygusal tepki verebilme gibi sosyal yaşama uyum becerileri artırılmış olunacaktır. DEHB'de anne-baba/aile sorunlarının sağaltıma uyumda azalma ve daha az olumlu sağaltım sonuçları açısından yordayıcı olduğu gösterilmiştir (13). DEHB tedavisinde ailelerin eğitimi, sorunların paylaşılıp çözüm yolları bulunması, öğretmen, ebeveyn ve klinisyenin bir ekip olarak çalışması tedavi etkinliği açısından olumlu olacaktır. Problem çözme becerilerinin gelişmesi ailelerle çalışılarak sağlanmalıdır. Aile işlevlerinin anne/baba tutumundan dolayı mı yoksa çocuğun DEHB olmasına bağlı oluşan bir tükenmişlik nedeniyle mi bozulduğu da ayrıca araştırılmalıdır. Çalışmamızda depresif duygudurumu olan annelerin yer alması bu açıdan önemlidir. Ortaya çıkan tabloda annelerin duygudurumunun payı olabileceği göz ardı edilmemelidir.

Ayrıca daha sonra yapılacak olan çalışmaların, kız çocukları da içine alan daha geniş bir örnekleme yapılması, aile işlevlerinde cinsiyet rollerinin vurgulanması açısından önemli olabilir. Çalışmamız sadece annelerin bildirimine dayalı olarak yapılmıştır. Babaların ve kardeşlerin değerlendirilmesi de önemli bilgiler elde edilmesini sağlayacaktır. Ek olarak, aile işlevleri değerlendirilirken anne babaların psikopatoloji açısından taranması, aile işlevlerindeki aksayan yönlerin belirlenmesi ve sağaltım için yol gösterici olabilir.

## KAYNAKLAR

1. Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biol Psychiatry* 2005; 57:1215-1220.
2. Epstein NB, Bolwin LM, Bishop DS. The McMaster family assessment device. *J Marital Fam Ther* 1983; 9:171-180.
3. Biederman, J, Faraone, SV. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet* 2005; 366:237-248.
4. Kılıç BG, Şener Ş. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda karşı olma-karşı gelme bozukluğu/davranış bozukluğu eş hastalanımında aile işlevleri ve psikososyal değişkenlerin karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005; 16:21-28.

5. Mash EJ, Johnston C. Parental perception of child behavior problems, parenting, self-esteem, and mother's reported stress in younger and older hyperactives and normal children. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51:86-99.
6. Hetchman L. Families of Hyperactives. Greeney J. (editor). *Research in Community and Mental Health*. JAI Pres: Greenwich CT, 1981; 275-292.
7. Satterfield JH, Satterfield BI, Schell AE. Therapeutic intervention to prevent delinquency in hyperactive boys. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987; 26:56-64.
8. DuPaul GJ, Barkley RA. Situational variability of attention problems: psychometric properties of the revised home and school stations questionnaires. *J Clin Child Adolesc Psychol* 1992; 21:178-188.
9. Seidman LJ, Biederman J, Faraone SV, Weber W, Ouellette C. Toward defining a neuropsychology of attention deficit-hyperactivity disorder: performance of children and adolescents from a large clinically referred sample. *J Consult Clin Psychol* 1997; 65:150-160.
10. Barkley RA. Behavioral inhibition, sustained attention and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychol Bull* 1997; 121:65-94.
11. Nigg JT. Neuropsychology theory and findings in attention-deficit/hyperactivity disorder: the state of the field and salient challenges for the coming decade. *Biol Psychiatry* 2005; 57:1424-1435.
12. Scahill L, Schwab-Stone M, Merikangas KR, Leckman JF, Zhang H, Kasl S. Psychosocial and clinical correlates of ADHD in a community sample of school age children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38:976-984.
13. Pekcanlar A, Turgay A, Miral S. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve aile işlevleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 1999; 6:99-107.
14. Kuntsi J, Oosterlaan J, Stevenson J. Psychological mechanisms in hyperactivity: response inhibition deficit, working memory impairment, delay aversion, or something else? *J Child Psychiatry* 2001; 42:199-210.
15. Şenol S, Şener S. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: İçinde Güleç C, Köroğlu E (editörler). *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1999, 1119-1130.
16. Özcan E, Eğri M, Kutlu O, Yakıncı C, Karabiber H, Genç M. Okul çağı çocuklarında DEHB yaygınlığı: Ön çalışma. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi* 1998; 5:138-142.
17. Savaşır I, Şahin N. Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği (WISC-R) El Kitabı. *Türk Psikologlar Derneği Yayınları*, Ankara, 1995, 13-52.
18. Dereboy Ç, Şenol Ş, Şener Ş, Dereboy İF. Connors ana baba derecelendirme ölçeği uyarlama çalışması. *10.Ulusal Psikoloji Kongre Özet Kitabı* 1998.
19. Bulut I. Aile değerlendirme ölçeği (ADÖ) elkitabı. *Özgüzelik Matbaası*. Ankara, 1990.
20. Barkley, RA. Genetics of childhood disorders: the executive functions and ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39:1064-1068.
21. Biederman J, Faraone SV, Keenan K, Benjamin J, Krifcher B, Moore C, Sprich-Buckminster S, Ugalia K, Jellinek MS, Steingard R. Further evidence for family genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder: patterns of comorbidity in probands and relatives in psychiatrically and pediatrically referred samples. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49:728-738.
22. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, Sklar P. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 2005; 57:1313-1323.
23. Biederman J, Milberger S, Faraone SV, Kiely K, Guite J, Mick E, Ablon S, Warburton R, Reed E. Family-environment risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder: a test of Rutter's indicators of adversity. *Arch of Gen Psych* 1995; 52:464-470.
24. *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders*. American Psychiatric Association. Fourth ed., Washington DC: APB Pres, 1994; 55-57.
25. Morgan MA. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Pediatric Clinics of North America. Washington: Saunders Company, 1998; 5:871-884.
26. Faraone SV, Biederman J, Weber W, Russell R. Psychiatric, Neuropsychological and Psychosocial Features of DSM-IV Subtypes Of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: In Charney DS, Nestler ES, Bunney BS (editors). *Neurobiology of Mental Illness*. Oxford University Pres, 1998; 788-801.
27. Biederman J, Faraone SV, Taylor A. Diagnostic continuity between child and adolescent ADHD: finding from a longitudinal clinical sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37:305-313.
28. Lee DO, Ousley OY. Attention-deficit hyperactivity disorder symptoms in a clinic sample of children and adolescents with pervasive developmental disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2006; 16:737-746.
29. Connors CK. Rating scales in attention-deficit/hyperactivity disorder: use in assessment and treatment monitoring. *J Clin Psychiatry* 1998; 59:24-30.
30. Fettahoğlu Ç, Özatalay E. Çocuklarda hareketlilik ve/veya dikkatsizlik yakınmaları ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2006; 13:13-18.



31. Shaywitz SE, Shaywitz BA. Attention deficit disorder: current perspectives. *J Pediatr Neurol* 1987; 3:129-35.
32. Friedmann MS, McDermut WH, Solomon DA, Ryan CE, Keitner GI, Miller IW. Family functioning and mental illness: a comparison of psychiatric and nonclinical families. *Fam Process* 1997; 36:357-367.
33. Gülseren L, Coşkun S, Gülseren Ş. Şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı konan hastalar ile ailelerinde aile işlevleri üzerine karşılaştırmalı bir çalışma. *3P Dergisi* 1999; 7:23-32.
34. Bulut I. Ruh Hastalığının Aile İşlevlerine Etkisi. Başbakanlık Kadın ve Sosyal Hizmet Müsteşarlığı Yayınları, Ankara, 1993.
35. Soysal AŞ. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu alt tiplerinde dikkat, yönetici işlevler ve üst-biliş performansının oluşturduğu ilişkiler örüntüsünün incelenmesi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2007.
36. Hoza B, Owens JS, Pelham WE, Swanson JM, Conners KC, Hinshaw SP, Arnold EL, Kraemer HC. Effect of parent cognitions on child treatment response in attention deficit/hyperactivity disorder. *J Abnorm Child Psychol* 2000; 28:569-583.