



**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU (DEHB)
TANILI ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN DİKKAT EKSİKLİĞİ
VE HİPERAKTİVİTE (DEHB), EMOSYON DİSREGÜLASYONU,
DUYGU DIŞAVURUMU VE BAĞIMLILIK AÇISINDAN
ARAŞTIRILMASI**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DR. SÜMEYYE SÖYLEMEZ

RUH SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Hatice Birgül CUMURCU**

MALATYA-2022



**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU (DEHB)
TANILI ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN DİKKAT EKSİKLİĞİ
VE HİPERAKTİVİTE (DEHB), EMOSYON DİSREGÜLASYONU,
DUYGU DIŞAVURUMU VE BAĞIMLILIK AÇISINDAN
ARAŞTIRILMASI**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**DR. SÜMEYYE SÖYLEMEZ
ORCID: 0000-0001-7149-7964**

RUH SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Hatice Birgül CUMURCU**

MALATYA-2022

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET	v
ABSTRACT.....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB).....	3
2.1.1. Tanımı.....	3
2.1.2. Tarihçe	3
2.1.3. Epidemiyoloji	4
2.1.4. Etiyoloji	5
2.1.5. Klinik Özellikleri ve Tanısı	9
2.1.6. Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar.....	12
2.1.7. Ayırıcı Tanılar	14
2.1.8. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Tedavisi.....	15
2.2. Emosyon Disregülasyonu (Duygu Düzenleme Güçlüğü)	16
2.2.1. DEHB ve Emosyon Disregülasyonu	17
2.3. Duygu Dışavurumu	18
2.3.1. DEHB ve Duygu Dışavurumu	19
2.4. DEHB ve İnternet Bağımlılığı.....	20
2.5. DEHB ve Madde Kullanım Bozuklukları	21
3. MATERYAL VE METOT	23
3.1. Örneklem	23
3.1.1. Vaka Grubunda Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri.....	23
3.1.2. Kontrol Grubunda Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri.....	23
3.1.3. Çalışmadan Çıkarılma Ölçütleri	24
3.2. Araştırmanın Şekli.....	24
3.3. Araştırmanın Yürütülmesi	24

3.4. Veri toplama Araçları	24
3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu	25
3.4.2. Wender Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ).....	25
3.4.3. Erişkin DEHB Öz-Bildirim Ölçeği (ASRS).....	25
3.4.4. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ/DERS)	26
3.4.5. Duygu Dışavurumu (Expressed Emotion) Ölçeği (DDÖ) :.....	26
3.4.6. İnternet Bağımlılığı Ölçeği (İBÖ)	27
3.5. İstatistiksel Analizler	27
4. BULGULAR.....	28
4.1. Vaka ve Kontrol Grubuna Dâhil Edilen Olguların Sosyodemografik Özellikleri.....	28
4.2. Vaka ve Kontrol Grubuna Dâhil Edilen Annelerin Sosyodemografik Özellikleri.....	28
4.3. Vaka ve Kontrol Grubuna Dâhil Edilen Annelerin DEHB Açısından Kıyaslanması	30
4.4. Vaka ve Kontrol Grubundaki Annelerin Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DERS), Duygu Dışavurumu Ölçeği (DDÖ) ve İnternet Bağımlılık Ölçeği (İBÖ) Puanları Açısından Kıyaslanması.....	32
4.5. Vaka Grubuna Dâhil Edilen Annelerin Çocuklarının Cinsiyetine Göre Ölçek Puanlarının Kıyaslanması	35
4.6. Vaka Grubuna Dâhil Olan Annelerin ASRS Ölçeği DEHB Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	36
4.7. Tüm Gruptaki Annelerin ASRS Ölçeği DEHB Olma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	38
4.8. Vaka Grubunda Bulunan Annelerin Wender Utah Ölçeği'ne Göre DEHB Olma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	40
4.9. Tüm Gruptaki Annelerin Wender Utah Ölçeği DEHB Olma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	42
4.10. Vaka Grubundaki Annelerde İBÖ Puanı ile Ölçek Puanlarının Korelasyonu.....	44
4.11. Tüm Gruptaki annelerde İBÖ Puanı ile Ölçek Puanlarının Korelasyonu	45
5. TARTIŞMA	47
5.1. Güçlü Yanları ve Sınırlılıklar	55
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	57

KAYNAKLAR	59
EKLER.....	79
EK-1. Etik Kurul İzni	79
EK-2. Akademik Kurul Kararı	80
EK-3. Kurum İzni	81
EK-4. Aydınlatılmış Onam Form	83
EK-5. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	86
EK- 6. Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ):	87
EK-7. Erişkin DEHB Öz-Bildirim Ölçeği (ASRS)	88
EK-8. Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DERS):	89
EK-9. Duygu Dışavurumu Ölçeği	90
EK-10. İnternet Bağımlılık Ölçeği (İBÖ).....	92

TEŞEKKÜR

Öncelikle uzmanlık eğitimim ve tez sürecim boyunca yol gösterici olan, olumlu ve samimi tavrıyla beni cesaretlendiren, tezimin her aşamasında karşılaştığım zorlukların üstesinden gelmemi sağlayan, bu süreçte desteğini ve vaktini benden hiçbir zaman esirgemeyen, bilimsel bakış açısını keyifle öğreten, öğrencisi olduğum için gurur duyduğum değerli danışman hocam Prof. Dr. Hatice Birgül CUMURCU'ya

Asistanlık eğitimim süresince değerli tecrübeleriyle beni meslek hayatıma hazırlayan ve kendilerinden çok şey öğrenmiş olduğum kıymetli hocalarım; Prof. Dr. Ahmet ÜNAL, Prof. Dr. Rıfat KARLIDAĞ, Prof. Dr. Şükrü KARTALCI, Doç. Dr. Lale Gönenir ERBAY, Doç. Dr. Neslihan CANSEL, Dr. Öğr. Üyesi Esra PORGALI ZAYMAN ve Prof. Dr. Süheyla ÜNAL'a,

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı rotasyonumda detaylı tanıma fırsatına eriştiğim, hem rotasyonum hem de tez sürecimde desteklerini esirgemeyen Doç. Dr. İlknur Ucuz'a ve diğer tüm ÇRS Anabilim Dalı'ndaki hocalarıma,

Asistanlık sürecimde birlikte keyifle çalıştığımız tüm doktor arkadaşlarıma ve ekibime,

Her daim varlıklarını hissettiğim, her kararında bana güvenip arkamda duran, eğitim-öğrenim sürecimde beni cesaretlendiren, merhamet ve sevgilerini eksik etmeyen, varlıklarına şükrettiğim canım aileme,

Hayatıma sevgili eşim sayesinde dâhil olan, tanıştığımız günden beri desteklerini ve sevgilerini esirgemeyen Söylemez ailesine,

Ve son olarak, hayatıma girdiği andan itibaren varlığıyla tarifsiz sevgi ve mutluluklar yaşatan, her anımda yanımda olduğunu bildiğim, en büyük destekçim sevgili eşim Mustafa Servet SÖYLEMEZ'e

Sonsuz teşekkürlerimle...

Dr. Sümeyye SÖYLEMEZ

2022

ÖZET

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanılı Çocukların Ebeveynlerinin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite (DEHB), Emosyonel Disregülasyon, Duygu Dışavurumu ve Bağımlılık Açısından Araştırılması

Amaç: Bu çalışmada DEHB tanısı konulan çocukların biyolojik annelerinde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun görülme sıklığı, emosyon disregülasyonu, duygu dışavurumu ve bağımlılığının kontrol grubuyla kıyaslanması ve bulguların DEHB, sosyodemografik veriler ve bağımlılıkla olan bağlantısının incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya 18-65 yaş arası katılma ölçütlerini karşılayan, bilgilendirilen ve onam veren 65 DEHB tanısı olan çocukların anneleri ile 65 sağlıklı çocuk annesi olmak üzere 130 katılımcı dâhil edilmiştir. Çalışmaya alınan tüm katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu, Wender Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ), Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Öz Bildirim Ölçeği (ASRS), Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ), Duygu Dışavurum Ölçeği (DDÖ) ve İnternet Bağımlılığı Ölçeği (İBÖ) uygulanmıştır.

Bulgular: Vaka grubunda bulunan annelerin ASRS-dikkat eksikliği, ASRS-hiperaktivite ve ASRS toplam puanı, Wender Utah Ölçeği puanı, DDGÖ-kabul etmeme, DDGÖ-dürtü, DDGÖ-farkındalık, DDGÖ-açıklık, ve DDGÖ-toplam puanı, Duygu Dışavurumu Eleştirel-Düşmancıl (DD-ED), Duygu Dışavurumu Aşırı İlgi-Koruyucu-Kollayıcı (DD-AIKK) ve Duygu Dışavurumu (DD) toplam puanı, İBÖ-yoksunluk, İBÖ-kontrol güçlüğü, İBÖ-sosyal izolasyon ve İBÖ toplam puanı kontrol grubuna dahil edilen annelerin puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. ASRS ve Wender Utah Ölçeği puanları, duygu dışavurum puanları, DERS toplam puanı ile İBÖ puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon tespit edilmiştir.

Sonuçlar: Çalışmamızda hem WUDÖ'ye hem de ASRS'ye göre vaka grubundaki annelerde DEHB görülme oranı kontrol grubundaki annelerin oranından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bu durum DEHB'nin kalıtsal geçişinin olduğunu belirten yayınları destekler niteliktedir. İBÖ puanları ile ASRS ve Wender Utah Ölçeği puanları, Duygu Dışavurum puanları, DERS toplam puanı ile arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon tespit edilmiştir.

Anahtar kelimeler: DEHB, Ebeveyn, Emosyon Disregülasyonu, Duygu Dışavurumu, Bağımlılık

ABSTRACT

Investigation of Parents of Children with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) in terms of Attention Deficit and Hyperactivity (ADHD), Emotional Dysregulation, Expression of Emotions and Addiction

Objective: In this study, it was aimed to compare the rate of emotional dysregulation, emotion expression, addiction and ADHD in biological mothers of children diagnosed with ADHD with a healthy control group and to examine the relationship of possible outcomes with sociodemographic characteristics, ADHD and addiction.

Material and Method: The study included 130 participants, 65 mothers of children with ADHD and 65 mothers of healthy children, who met the criteria for participation between the ages of 18-65, were informed and gave consent. Sociodemographic Data Form, Wender-Utah Rating Scale (WURS), Adult Attention Deficit and Hyperactivity Disorder Self-Report Scale (ASRS), Difficulty in Emotion Regulation Scale (DDI), Emotion Expression Scale (DSS), and Internet Addiction Scale (IAS) were given to all participants included in the study.) has been applied.

Results: ASRS-attention deficit, ASRS-hyperactivity, and ASRS total score, Wender Utah Scale score, COURSE-awareness, COURSE-clearness, COURSE-rejection, COURSE-impulse and COURSE total score, Expression of Emotion Critical-Annihilation (DD) of the mothers in the case group -ED), Expression of Excessive Interest-Protective-Protective (DD-AIKK) and Expression of Emotion (EE) total score, IAS-deprivation, IAS-control difficulty, IAS-social isolation, and IAS total score were significantly higher than the scores of the mothers included in the control group. was found to be high. A positive and significant correlation was found between ASRS and Wender Utah Scale scores, emotional expression scores, COURS total score and IDI scores.

Conclusions: In our study, the incidence of ADHD in mothers in the case group was found to be significantly higher than the rate of mothers in the control group, according to both WURS and ASRS. This supports the publications stating that ADHD is inherited. A positive and significant correlation was found between IDI scores and ASRS and Wender Utah Scale scores, Emotional Expression scores, and COURSE total score.

Keywords: ADHD, Parent, Emotion Dysregulation, Expression of Emotion,

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
KOKGB	: Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu
DB	: Davranım Bozukluğu
DLPFC	: Dorsolateral Prefrontal Korteks
VLPCF	: Ventrolateral Prefrontal Korteks
dACC	: Dorsal Anterior Singulat Korteks
MDB	: Major Depresif Bozukluk
ÖÖB	: Özgöl Öğrenme Bozuklukları
MPH	: Metilfenidat
FDA	: Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi
DSM	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
ED	: Emosyonel Disregölasyon
DERS	: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği
DDGÖ	: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği
DD	: Duygu Dışavurumu
İB	: İnternet Bağımlılığı
İBÖ	: İnternet Bağımlılığı Ölçeği
WUDÖ	: Wender Utah Derecelendirme Ölçeği
ASRS	: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Öz Bildirim Ölçeği
DDÖ	: Duyguları Dışavurum Ölçeği
WRAADD	: Wender Reimherr Erişkin Dikkat Eksikliği Bozukluğu Ölçeği
ICD	: Uluslararası İstatistiksel Hastalık Sınıflandırması ve İlgili Sağlık Sorunları

DD-ED	: Duygu Dışavurumu-Eleştirel ve Düşmancıl Oluşu
DD-AIKK	: Duygu Dışavurumu- Aşırı İlgi-Koruyucu-Kollayıcı Oluşu
CAG	: Camberwell Aile Görüşmesi
FMSS	: Beş Dakikalık Görüşme Örneği
İBDÖ	: İnternet Bilişsel Durum Ölçeği



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Sayfa No

Şekil 2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanı Kriterleri 11



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 4.1. Çocukların demografik özelliklerinin gruplara göre karşılaştırılması	28
Tablo 4.2. Annelerin sosyodemografik özelliklerinin gruplara göre karşılaştırılması	29
Tablo 4.3. Annelerin sağlık durumu, intihar, sigara kullanımı ve bağımlılık ile ilgili özelliklerinin gruplara göre karşılaştırılması	30
Tablo 4.4. ASRS ölçek puanlarının gruplara göre karşılaştırılması	31
Tablo 4.5. ASRS kategorisinin gruplara göre karşılaştırılması	31
Tablo 4.6. Wender Utah Ölçeği puanlarının gruplara göre karşılaştırılması	32
Tablo 4.7. Wender Utah kategorisinin gruplara göre karşılaştırılması	32
Tablo 4.8. DERS ölçek puanlarının gruplara göre karşılaştırılması	33
Tablo 4.9. DDÖ puanlarının gruplara göre karşılaştırılması	34
Tablo 4.10. İBÖ ölçek puanlarının gruplara göre karşılaştırılması	34
Tablo 4.11. Vaka grubundaki annelerin çocuğunun cinsiyetine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	35
Tablo 4.12. Vaka Grubuna Dâhil Olan Annelerde ASRS ölçeği temelinde DEHB Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	37
Tablo 4.13. Tüm Gruptaki Annelerin ASRS Ölçeği temelinde DEHB Olma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	39
Tablo 4.14. Vaka grubunda bulunan annelerin Wender Utah Ölçeği'ne göre DEHB olma durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	41
Tablo 4.15. Tüm gruptaki annelerin Wender Utah Ölçeği'ne göre DEHB olma durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	43
Tablo 4.16. Vaka grubundaki annelerde İBÖ puanı ile ölçek puanlarının korelasyonu	45
Tablo 4.17. Tüm gruptaki annelerde İBÖ puanı ile diğer ölçek puanlarının korelasyonu	46

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) en çok görülen çocukluk dönemi psikiyatrik hastalıklardan birisi olup dikkat sorunları, hiperaktivite ve dürtüsellik ile kendini göstermektedir. DEHB çocukluk çağında başlayıp etkisi tüm bir yaşama yayılabilen, süregelen, nöropsikiyatrik bir bozukluktur (1).

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun yaygınlığı 2015 senesindeki 175 araştırmayı içeren bir incelemede yaklaşık %7,2 olarak saptanmıştır (2). Biederman ile arkadaşları DEHB'li çocukların anne ve babalarından en az birinin psikiyatrik hastalığı bulunduğunu, negatif aile ve sosyal ortamın DEHB semptomlarını arttırdığını ve aynı zamanda da DEHB'yi ortaya çıkarabilecek faktör olduğunu belirtmişlerdir (3). Bu durum DEHB tanılı çocukların ailesini konu alan araştırmaların hem DEHB'nin etyolojisini anlamak hem de etkili tedavisinin yapılabilmesi adına mühim olduğunu göstermektedir. Yayınlarda DEHB'li çocukların anne ve babalarında sağlıklı gruba nazaran DEHB'nin semptomlarının daha şiddetli olduğu ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu semptomları olan ebeveynlerin çocuklarında ise DEHB belirtilerinin daha şiddetli ve eşlik eden rahatsızlıkların daha fazla olduğu saptanmıştır (4, 5).

Genel itibariyle Türkiye'de çocukların yetiştirilmesinde daha fazla rol alan anneler, DEHB'li çocukların sıkıntılarıyla babalara nazaran daha çok mücadele etmek zorunda kalmaktadırlar. Bu kapsamda, babaların yaşanan problemlerden uzaklaşmak üzere farklı gerekçelerle evdeki sorunlara uzak durmaları annelerin yükünü daha da artırmaktadır. Anılan yük artışına ilave olarak, çocukların kontrol edilemeyen davranışları nedeniyle annelerin çevrelerince yeterlilikleri sınanır hale gelmektedir. Bu durum da, anneler üzerinde ciddi bir sosyal baskı oluşturabilmekte, annelerin psikolojilerini olumsuz anlamda etkileyebilmektedir. Bu çerçevede, davranış problemleri yaşayan çocukların ebeveynlerinde daha çok psikolojik rahatsızlık görüldüğü de bilinmektedir

Çalışmamızın amacı; DEHB tanısı konulan çocukların biyolojik annelerinde emosyon disregülasyonu, duygu dışavurumu, bağımlılık ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun görülme sıklığının kontrol grubuyla kıyaslanması ve bulguların DEHB, sosyodemografik veriler ve bağımlılıkla olan bağlantısının

incelenmesidir. Aynı zamanda çalışmamızın bildiğimiz kadarıyla DEHB’li çocukların annesi ile sağlam çocuk annesinin DEHB sıklığının, duygu dışavurumunun, emosyon disregölasyonunun, madde ve internet bağımlılık seviyelerinin birlikte kıyaslandığı ilk yayın olmasıyla literatüre katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)

2.1.1. Tanımı

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), benzer yaştaki ve gelişimdeki çocuklara nazaran daha şiddetli ve kronik şekilde devam eden dikkat sorunlarını, aşırı hareketliliği ve dürtüsellliği içermektedir. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu çocukluk döneminde başlayan ve bireyin ömrü boyunca devam ettiği düşünülen, toplumsal ve meslek hayatını ileri derecede etkileyebilen bir rahatsızlıktır. 2013 yılında yayımlanan DSM V tanı rehberine göre dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu teşhisi konulabilmesi için bahsi geçen semptomların on iki yaşından evvel görülmesi şartı aranmaktadır. Eskiden DEHB'nin sadece çocuklarda görülebilen bir hastalık olduğu düşünülmekteyken yürütülen son araştırmalarla çocukluk dönemi dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan hastaların yarısından fazlasında belirtilerin erişkinlikte de sürdüğü görülmüştür (6).

2.1.2. Tarihçe

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna dair ilk adlandırmaların 18. yüzyılda başladığı görülmektedir. Bu semptomlara sahip çocuklar o dönemde “fena veletler” olarak ifade edilirken 19. yüzyılda bu çocukların “çıldırılmış aptallar” şeklinde ifade edildiği görülmektedir. (7, 8). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun bahsedildiği ilk eser 1865 senesinde çocukların yaramazlıklarını tasvir ettiği kitaplarla ünlenmiş Alman Psikiyatrist Hoffman’a ait çocuklardaki aşırı hareketlilik ve dikkat eksikliği ile ilgili gözlemlerinden oluşan “Yerinde duramayan Phil”’iiridir. Akademik olarak ise ilk defa Dr. G. Frederich Still (9) 1902’de dikkatini sürdürmekte zorlanan, self kontrol sorunu olan, agresif, kurallara direnç gösteren çocuk sayısını kırk üç olarak raporlamıştır. İlerleyen yıllarda Birinci Dünya Savaşı esnasında görülen grip salgınında yaşamını sürdüren çocuklarda meydana gelen letarjik ensefalit vakalarında hiperaktivite, koordinasyon problemleri ve davranış sorunları ile kendini gösteren belirtiler fark edilmiştir. Khan, Kohen gibi araştırmacılar beyin iltihabının ve travmanın neden olduğu hiperaktivite ve davranış problemlerini “organik hareketlilik” şeklinde ifade etmişlerdir. 1947 senesinde Strauss; hiperaktivite ve kognitif anlamda sorun

yaşayan çocuklarda ensefalit tablosundan bahsedip bu durumu “Minimal Beyin Disfonksiyonu” şeklinde adlandırmıştır.

Etyolojisi o sıralar net bir şekilde belirlenememiş olan bu bozukluğa tanı klavuzları bağlamında ilk defa 1965 senesinde ICD 9’da “Çocukluktaki Hiperkinetik Sendrom” olarak karşımıza çıkmaktadır. DSM 2’de de bu ifadeye rastlanmaktadır. DSM 3’te, aşırı hareketliliğe ilaveten dikkatle ilgili sorunların ve dürtüselliğin olduğu ele alınmış ve bu bozukluk “Hiperaktivitenin Birlikte Görüldüğü Dikkat Eksikliği” ve “Hiperaktivitenin Birlikte Görülmediği Dikkat Eksikliği” olarak sınıflandırılmıştır (10, 11). DSM-3-R’de “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu” şeklinde karşımıza çıkmaktadır (12). DSM-4 TR’de ise DEHB’ye ilaveten DB’yi ve KOKGB’yi içeren “Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları” adı altında toplanmıştır. DSM-4 ‘te dikkatsizliğin baskın olduğu, hiperaktivite-dürtüselliğin baskın olduğu ve kombine tip olmak üzere üç alt klinik sınıfa ayrılmaktadır (13). DSM-5 ile de DEHB tanısına birtakım farklılıklar getirilmiştir (14). DSM-IV-TR belirtileri aynı kalırken semptomların başlangıç yaşı 7 yaş öncesinden 12 yaş öncesi olarak kabul edilmiştir. DSM 5’te “A” tanı ölçütünde hiperaktivite ve dürtüsellik ile dikkatsizlik kriterleri açısından 17 yaş ve üstü için gerekli olan altı kriter beşe düşürülmüştür (15). ICD-9’da “Çocukluktaki Hiperkinetik Sendrom” olarak karşımıza çıkarken ICD-10’da “Hiperkinetik Bozukluklar” şeklinde adlandırılmıştır.

DSM-5’te ve ICD-10’da semptom kümeleri aynı olup ICD-10 ‘a göre dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu teşhisi dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik alanların hepsinde yeteri kadar semptomun bulunmasıyla konulmaktadır. Fakat DSM-V aşırı hareketlilik ve dürtüsellik alanlarından sadece birisinde yeteri kadar semptom bulunmasını tanı için uygun bulmaktadır. Semptomların 6 aydan daha fazla sürmesi ve gelişimsel düzey ile uyumsuz olması kriterleri hem DSM-5’de hem de ICD-10’da bulunmaktadır.

2.1.3. Epidemiyoloji

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, çocuk yaş grubundaki psikiyatrik rahatsızlıklar incelendiğinde en fazla görülen hastalıktır (16). DEHB’nin prevalansı ile ilgili yapılan birçok çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalara baktığımızda ortak bir sonuca ulaşamadığı anlaşılmaktadır. Bu çalışmalarda neticelerin farklı bulunması farklı diagnostik sistemlerinin kullanılmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Yapılan farklı prevalans çalışmalarında DEHB görülme sıklığı %1-20 gibi değişen aralıkta olduğu bildirilmiştir. Polanczyk ve ark.'nın geniş örnekleme bulunan bir araştırmasında DEHB'nin yaygınlığı çocuklarda dünya genelinde %5.29 şeklinde bulunmuştur (17). Çocuk ve ergenlerde yapılan geniş kapsamlı bir başka çalışmada ise DEHB prevalansı %3,4 olarak bulunmuştur (18). Amerikan Psikiyatri Birliği ise bütün araştırmaları inceleyerek çocukluk dönemi DEHB yaygınlığını %2-18 olarak bildirmiştir (15). Ülkemizde de son senelerde DEHB prevalansı ile ilgili araştırmalar yapılmaktadır ve DEHB'nin görülme sıklığı anaokul çocuklarında %3-7, ilkokul-ortaokulda ise %3-9 olarak tespit edilmiştir (19). Gül ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada DEHB prevalansının 6-12 yaş arası okul çağı çocuklarında %8,6 olarak bulunduğu ve kız/erkek oranının da 1/3.5 olarak tespit edildiği belirtilmiştir (20). DEHB tanılı çocuklar arasında yapılan bir çalışmada Tahiroğlu ve arkadaşları tarafından kızlarda dikkat eksikliği önde olan alt grubun, erkeklerde ise aşırı hareketliliğin baskın olduğu alt grubun daha sık görüldüğü belirtilmiştir (21). Yapılan çalışmaların büyük kısmında diğer alt türlere nazaran DEHB dikkat eksikliği baskın tipin daha fazla gözleendiği; ardından sırasıyla DEHB kombine alt tipi ve DEHB aşırı hareketlilik-dürtüsellik baskın tipin görüldüğü tespit edilmiştir. Yapılan prevalans çalışmalarında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun erkeklerde kızlara nazaran daha fazla olduğu gösterilmiştir ve geniş örneklemlerle bir çalışmada ise DEHB'nin erkek cinsiyette kızların 2.5 katı oranında görüldüğü tespit edilmiştir.

DEHB tanısı konulan çocukların yarısından fazlasında DEHB semptomlarının uzun süre devam ettiği görülmüştür (22, 23). Geniş kapsamlı bir çalışmada erişkin DEHB sıklığı %2,5-4,4 aralığında bulunmuştur (24). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB)'nin belirtilerinin ve sıklığının yaşla birlikte azaldığı görülmüştür (25). Çocuk ve yetişkinlerdeki DEHB sıklığını tespit etmek amacıyla yapılan bir çalışmada çocuk ve ergen DEHB prevalansının % 6, erişkin DEHB prevalansının %3 olduğu tespit edilmiştir (25).

2.1.4. Etiyoloji

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun etyolojisi henüz kesin olarak bilinmemekle beraber araştırmacılar DEHB'nin etyolojisinde kalıtsal, çevresel ve psikososyal birçok etkenin yer aldığını düşünmektedir. Bu hastalığın etyolojisinde kalıtsal, yürütücü fonksiyon hasarı ve noradrenerjik yolak bozukluğu olmak üzere üç

varsayım dikkati çekmektedir (26-28). Yapılan hayvan çalışmaları, incelenen nörogörüntüleme çalışmaları ile katekolaminerjik ajanlara cevap verilen araştırmalarda görüldüğü gibi beyin korteksinde noradrenerjik sistemindeki bozulmanın DEHB etyolojisinde primer etmen olduğu görülmektedir, bununla beraber periferik durumların da sekonder etmen olabileceği düşünülmektedir (29-31).

Genetik Etkenler

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) yüksek kalıtsal geçişi bulunan, hastalığın ortaya çıkmasında birçok genin etmen olduğu düşünülen bir hastalıktır. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında DEHB tanılı çocukların öz anne babalarında evlat edinmiş anne babalara nazaran dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu görülme sıklığının daha fazla olduğu tespit edilmiştir (6). Yapılan aile çalışmalarında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan kişilerin birinci dereceden yakınlarında 4-6 kat risk artışı olduğu tespit edilmiştir (32). Bir başka araştırmada ise DEHB tanısı olan çocukların anne ve babalarında DEHB olma riskin kontrol grubunun 2-7 katı, kardeşlerinde ise 4-5 katı arttığı görülmüştür (33). İkiz çalışmalarının gözden geçirilmesi neticesinde monozigotik ikizlerde % 50-80, dizigotik ikizlerde ise %33 kalıtsal geçişin olduğu belirlenmiştir (34). Literatürdeki kalıtsal çalışmalara bakıldığında DRD2 (dopamin D2 reseptör), DRD4 (dopamin D4 reseptör), DRD5 (dopamin D5 reseptör), DAT1 (dopamin taşıyıcı), 5-HTTLPR (serotonin taşıyıcı) ve 5-HT1B (serotonin 1B reseptör), DBH (dopamin beta-hidroksilaz), GRM1, GRM5, GRM7, GRM8 gibi genlerle DEHB arasında güçlü bağlantıların bulunduğu görülmüştür (35-41).

Psikososyal Etkenler

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun nedenleri arasında esas olarak biyolojik faktörler olsa da, bununla beraber psikososyal faktörlerin de DEHB'nin meydana gelmesini presipite ettiği, kronikleşmesine neden olduğu, eştanı oluşmasını hızlandırdığı ve hastalığın patogenezinde sekonder olarak rol alabileceği bilinmektedir (30, 42-44).

Bunların yanı sıra psikososyal etkenlerin ve kötü ebeveyn davranışlarının çocuktaki DEHB belirtilerini arttırabileceği ve DEHB'yle birlikte görülebilen karşıt olma karşıt gelme bozukluğu (KOKGB) ve davranım bozukluğu (DB) gibi rahatsızlıkların temelinde yatan nedenler arasında olabileceği tespit edilmiştir (45-47).

Ailede ruhsal hastalıkların varlığı, sosyo-ekonomik seviyenin düşük olması, DEHB açısından aile öyküsünün olması ve çocuk istismarı gibi olumsuz psikososyal özellikler dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtilerinin kronikleşmesi ve erişkinlik çağında da devam etmesine neden olabilecek riskli durumlar arasında yer almaktadır. Olumlu ebeveyn tutumları ve çocuğun zekâ düzeyinin yüksek olması ise kronikleşme riskini azaltmaktadır (48-53).

Çevresel Etkenler

Hamilelikte alkol-sigara kullanımı, preeklampsi, genç ve ileri anne yaşının olması, uzayan doğum süreci, erken doğum, geç doğum, asfiksi, kanama, doğum ağırlığını düşüklüğü, düşük tiroid hormonu, anne sütü alma zamanının kısa olması (54, 55) DEHB gelişimi için riskin olduğu düşünülen durumlardır (56-59). DEHB gelişimine neden olabilecek faktörler arasında kafa travmaları, epilepsi, çocukluk çağı viral enfeksiyonları, menenjit, ensefalit ve ilaçlar da bulunmaktadır (30, 31, 44). Yapılan çalışmalarda kurşuna maruz kalmanın, serum serbest yağ asidi seviyelerinin ve çinko seviyelerinin düşük olmasının da DEHB'nin ortaya çıkmasıyla alâkalı olduğu belirtilmiştir (60-63). Bunlara ilaveten demir seviyesi normalden az olanlarda demirin takviye edilmesiyle DEHB'nin belirtilerinde gerileme olduğu ve böylelikle DEHB belirtilerinin şiddeti ile demir eksikliği arasında da bağlantı olduğu tespit edilmiştir (64).

Beyin Görüntüleme

DEHB benzeri belirtilerin prefrontal korteks hasarı sonrası meydana geldiği görülmüştür. Bunun üzerine bu bölge odak haline gelmiş ve DEHB'in etiyolojisinde beyin yapısal hasarının bulunabileceği akla gelmiştir (65). Daha sonraki yapılan araştırmalarda da DEHB'li kişilerde fronto-striatal-serebellum döngüsünde bir hasar bulunduğu düşünülmüştür. Bu durum diğer yapılan çalışmaların çoğunluğu ile de desteklenmiştir (60). DEHB'nin etiyolojisini araştırmak amacıyla yapılan norögörüntüleme çalışmalarında DEHB'li kişilerde nukleus kaudatus, prefrontal korteks, corpus callosum ve serebellar hacmin kontrollere nazaran daha az tespit edilmiştir (66, 67). Bir diğer çalışma olan manyetik rezonans görüntülemesinde ise serebrum hacminin sağlam gruptan %8.3 daha düşük olduğu, beyaz cevherde azalma olduğu özellikle bu azalmanın da sol frontal lobda belirgin olduğu gösterilmiştir (68). Frontal lobdaki noradrenalin ve dopamin nörotransmitterlerin işlevlerindeki bozulmaların DEHB ile alakalı olduğu düşünülmektedir. DEHB'li kişilerde dorsolateral

prefrontal korteks (DLPFC) ile ventrolateral prefrontal korteks (VLPFC) fonksiyonlarında hasarlar bulunduğu yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında gözlenmiş ve ayrıca dorsal anterior singulat korteks (dACC) aktivitesinde de azalma tespit edilmiştir (69-72). Ayrıca prefrontal kortekste ve striatum kan akımında metabolik tedavi ardından normal hâline geldiği görülmüştür (73). Prefrontal alanda belirgin olmak üzere tüm kortikal gelişimin hızında azalmanın olduğu tespit edilmiştir (74, 75). Bir diğer çalışmada ise DEHB'li çocuklarda sağlıklı çocuklara nazaran daha gecikmiş olduğu da belirtilmiştir (76). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan çocukların elektroensefalografilerinde spesifik olmayan jeneralize farklılıklar olabileceği ve epileptik aktivitelerin nöronların gelişimini ve fonksiyonunu bozarak bilişsel bozukluğa ve davranışsal problemlere neden olabileceği belirtilmiştir (6, 77).

Nörokimyasal Etkenler

Noradrenerjik sistemin yapılan hayvansal araştırmalar sonucunda dikkatin odaklanması, uyanık olma, harekete geçme, planlama gibi yürütücü fonksiyonların da dâhil olduğu işlevlerin düzenlenmesinde yer aldığı tespit edilmiştir (78). Dopamin ile norepinefrin sistemlerinin ön beyindeki dengesizliğinin DEHB'nin gelişimine destek olabileceği tespit edilmiştir (79). DEHB'li bireylerle yapılan araştırmalar ile de hayvan çalışmalarında elde edilen bulgular uyumlu olarak raporlanmıştır. Yapılan çalışmalarla sağlıklı gruba nispeten DEHB'li bireylerde dopaminin taşıyıcısının yoğunluğunun arttığı tespit edilmiştir. Ayrıca metilfenidatla tedavi neticesinde de ekstraselüler dopaminin miktarının artmış olduğu bildirilmiştir (80, 81). Aşırı hareketlilik, dürtüsellik ve davranış problemleri ile norepinefrinin ilişkili olduğu, dopaminin ise daha çok dikkat ile alakalı olduğu düşünülmektedir (82). DEHB'nin tedavisini oluşturan noradrenerjik, dopaminerjik ajanların nörotransmitterleri etkilemesiyle ve belirtilerde iyileşme göstermesiyle dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun esas olarak katekolaminerjik düzensizlikle alakalı olduğu fikri pekişmektedir (83, 84). Üstelik serebrospinal sıvıda dopaminin, norepinefrinin ve metabolitlerinin DEHB'li kişilerde kontrollere nazaran daha az olması görülmüştür (85). Bunlara ilaveten glutamaterjik değişikliklerin de özellikle erişkin DEHB'nin kökeninde etkisi olabileceğine düşünülmektedir (86).

2.1.5. Klinik Özellikleri ve Tanısı

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB); dikkatin eksikliğinin, aşırı hareketliliğin, dürtüsellik bulunmasıyla kendini gösteren, süregelen bir nörogelişimsel hastalıktır. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu teşhisi detaylı ebeveyn-çocuk görüşmeleri, ruhsal durum muayenesi, çocuğun ebeveynlerinin ve öğretmenlerinin gözlemlerinden oluşan formların değerlendirilmesi ve DSM-V tanı kriterlerinin dikkate alınmasıyla konulur (15). DSM-V tanı ölçütleri Şekil 2.1 de gösterilmiştir.

A. Aşağıdakilerden (1) ve/ya da (2) ile belirli, işlevselliği ya da gelişimi bozan, süregiden bir dikkatsizlik ve/ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik örüntüsü:

1-Dikkatsizlik: Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıda ki en az altı belirti en az altı aydır sürmektedir.

Not: Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın, karşı gelmenin, düşmancıl tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir.

a.Çoğu kez, ayrıntılara özen göstermez ya da okul çalışmalarında, işte ya da etkinlikler sırasında dikkatsizce yanlışlar yapar.

b.Çoğu kez, iş yaparken ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmekte güçlük çeker.

c. Çoğu kez, doğrudan kendisine doğru konuşulurken, dinlemiyor gibi görünür.

d.Çoğu kez, verilen yönergeleri izlemez ve okulda verilen görevleri, sıradan günlük işleri ya da işyeri sorumluluklarını tamamlayamaz.

e.Çoğu kez, işleri ve etkinlikleri düzenlemekte güçlük çeker.

f.Çoğu kez, sürekli bir zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez ya da bu tür işlere girmek istemez.

g.Çoğu kez, işi ya da etkinlikleri için gerekli nesneleri kaybeder.

h.Çoğu kez, dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağılır.

i.Çoğu kez, günlük etkinliklerde unutkanır

2. Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik: Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıda ki en az altı belirti en az altı aydır sürmektedir.

Not: Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın, karşı gelmenin, düşmancıl tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir.

a.Çoğu kez, kıpırdanır ya da ellerini ya da ayaklarını vurur ya da oturduğu yerde kıvrınır.

b.Çoğu kez, oturmasının beklendiği durumlarda oturduğu yerden kalkar.

c.Çoğu kez, uygunsuz ortamlarda, ortalıkta koşturur durur ya da bir yerlere tırmanır (yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, kendini huzursuz hissetmekle sınırlı olabilir).

d.Çoğu kez, boş zaman etkinliklerine sessiz bir biçimde katılamaz ya da sessiz bir biçimde oyun oynayamaz.

e.Çoğu kez, "her an hareket halindedir, "arkasına bir motor takılmış" gibi davranır.

f.Çoğu kez, aşırı konuşur.

g.Çoğu kez, sorulan soru tamamlanmadan yanıtını yapıştırır.

h.Çoğu kez, sırasını bekleyemez.

i.Çoğu kez, başkalarının sözünü keser ya da araya girer.
B. 12 yaşından önce birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi olmuştur.
C. Birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi iki ya da daha çok ortamda vardır.
D. Bu belirtilerin, toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevselliği bozduğuna ya da işlevselliğinin niteliğini düşürdüğüne ilişkin açık kanıtlar vardır.
E. Bu belirtiler, yalnızca şizofreni ya da psikozla giden başka bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.
Görünüme göre kodlama: 1-Bileşik görünüm: Son altı ay içinde, hem A1 hem de A2 tanı ölçütleri karşılanmıştır. 2-Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde, A1 tanı ölçütü karşılanmış ancak A2 tanı ölçütleri karşılanmamıştır. 3-Aşırı hareketliliğin/dürtüsellüğün baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde, A2 tanı ölçütü karşılanmış ancak A1 tanı ölçütleri karşılanmamıştır.
Varsa belirtiniz: Tam olmayan yatışma gösteren: Daha önceden bütün tanı ölçütleri karşılanmış olmakla birlikte, son altı ay içinde bütün tanı ölçütlerinden daha azı karşılanmıştır ve belirtiler bugün için de toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevsellikte bozulmaya neden olmaktadır.
O sırada ki ağırlığı: Ağır olmayan: Belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği çok az bozmaktadır. Orta derecede: Belirtiler ya da işlevsellikte bozulma "ağır olmayanla" "ağır" arasındadır. Ağır: Belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği ileri derecede bozar (26)

Şekil 2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanı Kriterleri

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu DSM-5'te ‘‘Nörogelişimsel Bozukluklar’’ kategorisinde bulunmaktadır. DSM-5 temel alınarak yetişkinlerde DEHB teşhisinin konulabilmesi, dikkatsizliğin, aşırı hareketliliğin/dürtüselliğin ya da her iki belirtinin bir arada bulunması gerekmektedir. Buna ilaveten DSM 4'te semptomların başlangıç yaşı 7 iken DSM-5'te 12 olarak değiştirilmiştir (15).

Çoğunlukla semptomlar bebeklikte hareketliliğin artışı olarak başlayıp ilkökul yıllarında işlevselliğin bozulması ve sosyal problemler ile kendini göstermektedir (87). Çocuklardan dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı olanların sağlıklılara nazaran akademik başarılarının daha düşük olduğu ve daha fazla sınıfta kaldıkları belirtilmiştir (88). DEHB olan çocukların ergenlikte %80'e yakınının, erişkinlikte de %30-65'inin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu kliniğinin sürdüğü tespit edilmiştir (89). Hiperaktivite ergenlikle beraber azalma yönelimindedir. Fakat dikkatsizlik ve neticesindeki işlevselliğin azalması durumu genellikle süregelenleşmektedir. Dürtüselliğin de kontrolsüz seksüel davranışlara, tehlike içeren aktivitelere, madde-alkol kullanımına ve buna benzer toplum normlarına aykırı yaşantılara neden olduğu gözlenmektedir (90).

Yetişkinlikte ise başladığı işi tamamlayamama, sorumluluklarını düzenli olarak yerine getirememe, duygusal değişikliklerin olması, toplumsal ve mesleki sıkıntıların olması, bireylerarası ilişkilerin zorluğu ile bunların neden olduğu psikiyatrik sıkıntılar olarak kendini göstermektedir (91, 92). Erişkinlikte hastalığın sürmesinde; hastalık belirtilerinin ağırlığının, hastalığın süresinin, kognitif düzeyin, ailenin ve çevrenin özelliklerinin etkili olduğu tespit edilmiştir (93). Erişkin dönemde hastalar genellikle komorbid belirtilerle hastane başvurusunda bulunmaktadırlar. Erişkin DEHB'lilerin yarısından fazlasında hastalığa en az bir ruhsal hastalığın eşlik ettiği bilinmektedir. Bahsedilen nedenlerden ötürü erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu teşhisi konulması zorlaşmaktadır ve bu nedenle detaylı muayene ve görüşmelerin yapılması önem arz etmektedir.

2.1.6. Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar

DEHB çocukluk ve ergenlikte çoğunlukla depresif bozukluklar, kaygı bozuklukları, KOKGB, DB ve ÖÖG gibi rahatsızlıklar ile birlikte görülmektedir (94-96). Literatür incelendiğinde karşıt olma karşıt gelme bozukluğunun çocuklukta % 46, ergenlikte % 33; davranım bozukluğunun çocuklukta %23, ergenlikte %42 oranlarında

DEHB ile birlikte görülmüştür. Bahsedilen hastalıkların ise çoğunlukla kombine tip ve aşırı hareketlilik/dürtüsellik gruplarıyla birlikte seyrettiği tespit edilmiştir (97-99). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuyla birlikte görülen hastalıkları inceleyen başka bir araştırmada da KOKGB'nin %40.6, MDB'nin %21.6, ve kaygı bozukluklarının da %32.2 oranında görüldüğü bildirilmiştir (100). Öğrenme güçlükleri için ise %20-60 gibi geniş bir aralık belirtilmiştir (94, 96, 101-103). Bir başka araştırmada ise DEHB'li hastaların %60'ında da yazma ve dil bozukluğu, %40'ında da okuma bozukluğu belirtilmiştir (104).

DEHB tanısı olmayan çocuklara nazaran DEHB tanısı bulunan çocuklarda 5,5 kat daha fazla major depresif bozukluk görülmekle beraber DEHB ile MDB eştanısı diğer araştırmalarda %12-50 arasında tespit edilmiştir (105). Depresyonun DEHB'lilerin üçte birinde görülüp çoğunlukla da dikkatsizlik ile kombine alt grubuyla beraber seyrettiği saptanmıştır (29, 94, 98, 99, 101). Türkiye'de yapılan 2002 ve 2013 yıllarındaki iki araştırmada DEHB tanısı bulunan erkek ile kız çocukları arasında depresyon seviyelerinin farklılığı görülmemişken bazı araştırmalarda ise kızlardaki depresyonun seviyesinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (106-109). Çocukluk çağı DEHB'sinde kaygı bozuklukları ise %20-30 oranında görülmekte olup çoğunlukla dikkatsizlik alt grubuyla beraber görülmektedir (29, 94, 98, 99, 101). Kaygı bozukluklarının DEHB'nin etkisiyle sekonder olarak görülebileceği bilinse de birçok vakada dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğundan bağımsız bir hastalık olduğu tespit edilmiştir (95, 110).

Elia ve ark. (100) DEHB'li bir popülasyonda anksiyete bozukluklarının prevalansını araştırdığında; seperasyon anksiyetesi bozukluğunu %7.0, yaygın kaygı bozukluğunu %15.2, özgül fobiyi %7.6, toplumsal anksiyete bozukluğunu %2.6 şeklinde tespit etmişlerdir. Literatür incelendiğinde birçok yayında çocuk dönemi DEHB'sinde kaygı düzeyleri ile depresyon semptom seviyelerinin arasındaki bağlantının önemli olduğu saptanmıştır (106, 107, 111-113). Ayrıca tik bozukluklarının %3-34 DEHB ile birlikte görülebileceği gösterilmiştir (114).

Yapılan bir çalışmada manik-depresif bozukluk tanısı almış çocukların %85'inin eş zamanlı DEHB tanısı da olduğu saptanmış olup DEHB tanısı olanların %22'sinin de manik-depresif bozukluğu olduğu tespit edilmiştir (115). Bir diğer araştırmada ise bipolar duygudurum bozukluğun %0-27 oranında DEHB ile beraber görülebileceği yayınlanmıştır (114).

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısına sahip çocukların yaklaşık yarısında belirtilerin erişkinlikte de sürdüğü belirtilmektedir (116). Yetişkin DEHB'li bireylerde %30-50 oranında MDB'nin, %45-50 oranında kaygı bozukluğunun, %45-50 oranında madde bağımlılığının, yaklaşık %20'sinde de disosyal kişilik bozukluğunun saptandığı belirtilmiştir (115, 117-119).

2.1.7. Ayırıcı Tanılar

DEHB'nin ayırıcı tanısında DB'nin, KOKGB'nin, özgül öğrenme güçlüklerinin, zekâ geriliğinin, duygudurum bozukluklarının, kaygı bozukluklarının, otistik spektrumu bozukluklarının, maddelerin kötüye kullanımının, posttravmatik stres bozukluğu gibi ruhsal bozuklukların; karmaşık aile düzeni, istismar veya ihmal gibi sosyopsikolojik olayların; görmeyle ve işitmeyle ilgili problemlerin, kalıtsal anomalilerin, sedatif ya da uyaran ajan kullanımının, tiroid hormonu anormalliklerinin dikkate alınması gerekmektedir (120).

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun bahsedilen hastalıklarla komorbid seyretmesi durumu da olasıdır. Anaokulu döneminde sağlıklı çocukların hareketliliği ile DEHB'li çocukların ayrımının yapılması en zorluk çekilen durumlardandır. DEHB olan çocukların bu şikayetleri aynı yaş ve gelişimsel düzeyde olanlara nazaran beklenilenden daha şiddetli ve süregendir. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu mental retardasyonu olanlarda da çokça görülen bir bozukluktur. Ancak dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu teşhisi; zekâ geriliği olan çocuklarda aşırı hareketlilik ile dikkatsizlik semptomları mental yaşına göre beklenilenden çok daha fazlaysa konulmalıdır (13). DEHB'nin çoğunlukla karışabileceği başka hastalık tablosu da ÖÖB (özgül öğrenme bozuklukları) olduğu bilinmektedir. Özgül öğrenmede bozukluğu olan çocuklar okuma, yazma veya matematiksel işlemler gibi özel bir durumda zekâ seviyesinden beklenilenin altında başarı göstermektedirler. ÖÖB'si olan çocukların tedavisinin düzenli yapılmaması hâlinde DEHB'ye benzeyen semptomlarla karşımıza çıkabilirler. DEHB'li çocukların da akademik anlamda spesifik alanlardan ziyade genel bir etkilenim söz konusu olmaktadır. KOKGB ve Davranım bozukluğu (DB), DEHB ile çok sık beraber seyretmektedir. Bu bozuklukların tek başlarına görüldüğü durumlarda ayırıcı tanısını yapmak önem arz etmektedir. Davranım bozukluklarına da huzursuzluk ve dikkatsizlik eşlik edebilmektedir. Fakat çoğunlukla DEHB'deki davranış sorunları ayrı bir tanı

almayacak kadar hafif düzeydedir. Bipolar duygudurum bozukluğunda da belirtilerin dönemsel seyretmesi ve çoğunlukla geç çocuklukta ve ergenlikte başlamasıyla ayrımı yapılabilmektedir. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun nedeniyle oluşan mesleki-sosyal sorunlar çocukta benlik saygısında azalmayla beraber depresyon gelişmesine sebebiyet verebilir. DEHB'ye sekonder oluşan depresyonun primer gelişen depresyondan ayrımı yapılmalıdır (121). DEHB'yle birlikte görülebilen absans (petit mal) epilepsinin DEHB'nin ayırıcı tanısında değerlendirilmesi gerektiği önerilmektedir.

2.1.8. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Tedavisi

1. Medikal Tedavi

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun tedavisini medikal tedaviler ve davranışçı tavsiyeler oluşturmaktadır. Bahsedilen tedavilerin beraber kullanıldığı yöntemin en etkin olan tedavi metodu olduğu saptanmıştır (101).

Psikostimülanlar DEHB'nin medikal tedavisini oluşturan temel ajanlardır. Bu ajanların etkili ve güvenilir olduğu araştırmalarla da tasdiklenmiştir (122-124). DEHB'li bireyler psikostimülanlarla tedavi edildiğinde bu kişilerin üçte ikisinde yanıt alındığı tespit edilmiştir. Ülkemizde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun tedavisi için onaylanan psikostimülan ajanın yalnızca metilfenidat olduğu bilinmektedir. Metilfenidatın etkisi dopamin ile noradrenalin alımını inhibe edip sinaptik boşlukta düzeylerini arttırmasıyla ortaya çıkmaktadır.

Amfetaminlerin etkisi de bunlara ilaveten presinaptik monoamin salınımını uyarıp sinaptik boşlukta monoaminlerin miktarını arttırarak ortaya çıkmaktadır (125). DEHB semptomlarında azalma prefrontal kortekste dopamin miktarının artması ile meydana gelmektedir. Yapılan araştırmalarda metilfenidatın etki büyüklüğü yaklaşık 0.9 olarak tespit edilmiştir (126).

İştahsızlık, uykusuzluk, sinirlilik ve baş ağrısı metilfenidatın en fazla gözlenen advers etkileri arasındadır. Ayrıca hareket artışı, mide bulantısı, aşırı uyarılmışlık, kalp çarpıntısı ve tansiyonun yükselmesi de advers etki olarak gözlenebilmektedir. Genellikle bu advers etkiler tedaviye başlandığı akut dönemde gözlenmektedir. Bahsedilen advers etkilerin azalması ilacın dozunun düşürülmesi, ilacın verilme zamanının düzenlenmesi gibi yöntemlerle azaltılabilir. DEHB'nin tedavisinde Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi tarafınca onaylanan ilk psikostimülan olmayan ajan atomoksetindir. Atomoksetin etkisini prefrontal kortekste presinaptik

noradrenalin taşıyıcılarını inhibe edip norepinefrin ile dopaminin seviyelerini arttırarak ortaya çıkarmaktadır (127). Ağızdan alındıktan sonra gastrointestinal sistemden hızlıca emilmekte olup absorpsiyonu yiyecekler ile etkilenmemektedir. Atomoksetin etkisinin büyüklüğü 0,6-0,8 aralığında olduğu belirlenmiştir (128).

DEHB tedavisinde kullanılabilen diğer ilaçlar arasında modafinil, klonidin, bupropion, guanfasin, imipramin, desimipramin, venlafaksin ve moklobemid bulunmaktadır.

2. Psikososyal müdahaleler

Bu tedavi yönteminde çocuğun kendisine, ebeveynlerine ve okul hayatına odaklanılmaktadır. Ebeveynlerle alâkalı öneriler arasında DEHB hakkında bilgi verilmesi ve kitap önerileri gibi tavsiyeler bulunmaktadır. Bu müdahalelerin hedefleri arasında çocukların ailedeki olumsuz tavırlarını azaltmak, anne ve babaların sıkıntıları karşısında nasıl davranmaları konusunda bilgilendirilip üstesinden gelmeleri için güvenlerini arttırmak ve aile ortamındaki problemleri azaltmak bulunmaktadır.

2.2. Emosyon Disregülasyonu (Duygu Düzenleme Güçlüğü)

Emosyon Disregülasyonu (ED), tetikleyen bir uyarı ile karşılaştığında kişide duygusal cevaplarını kontrol etmesi ile düzenlemesindeki yetersizliğini ifade etmektedir. Bireyler hayatı süresince tekrarlanan olaylarla beraber ilişkide anlaşmazlık sorunu yaşama, eleştirilmeye maruz kalma veya terk edilmişlik hissine benzer durumlarla karşılaşır. Duygularını düzenlemekte zorluk yaşayanlarda sosyal problemler ve bireyler arası çatışmalara karşın ağlama, öfke krizleri, kargaşa çıkarma, karşısındaki suçlamak veya saldırıya geçmek gibi emosyonel aşırı reaksiyonlar görülmektedir. Bahsedilen özellikler genellikle B tipi kişilik özelliklerinin bir pateni olarak belirtilmektedir. Emosyonel dengesizlik, sinir krizleri, terk edilmek ya da terk edilme hissinden kaçınmak nedeniyle aşırı çabalar, bireyler arası ilişkilerde tutarlı olunmaması, duygu regülasyonu güçlüğü ile iç içe geçmiş psikiyatrik rahatsızlıkların bulunduğunu göstermektedir (129).

Roemer ile Gratz, geliştirdikleri emosyonel disregülasyon ölçeği olan DERS ölçeğinde duyguların düzenleme güçlüğü'nün 6 alt başlığını saptamışlardır. Bu alt başlıklar kabul etmeme (duygusal tepkilerin kabul edilmemesi), açıklık (duygusal tepkilerinin anlaşılmaması), farkındalık (duygulara karşın farkındalığının bulunmaması), dürtü (olumsuz duygular yaşandığında dürtüleri denetlemede güçlük),

amaçlar (negatif duygular yaşarken amaçlanan davranışlara yönelmekte güçlük çekme) ve strateji (uyumsal duyguların düzenlemesi stratejilerine ulaşmakta güçlük çekme) olarak tanımlanmıştır (130). Munoz ve Gross (1995) emosyonel regülasyonun, ruh sağlığımızın esas ögesi olabileceğini açıklamışlardır (131). Aynı zamanda duyguların etkin olarak düzenlenmesi psikolojinin olumlu yönde etkilemesiyle ilişkilendirilmiştir. Bu yüzden emosyon disregülasyonun birçok ruhsal rahatsızlıklara sebebiyet vermesi beklenmektedir.

2.2.1. DEHB ve Emosyon Disregülasyonu

Emosyon disregülasyonunun DEHB'nin bir yönünü oluşturabileceği yönünde bilgilere yapılan çeşitli araştırmalardan ulaşılmıştır. Yetişkin DEHB tanılı kişilerde işlevsellikte bozulma ile anormal psikolojik durumun sadece DEHB'nin hiperaktivite, dikkat eksikliği, dürtüsellik gibi semptomlarıyla açıklanamayacağı anlaşılmıştır. Yetişkin DEHB'li kişilerin çoğunda duygudurum bozuklukları tanısı olanlardan daha fazla duygudurum değişkenlikleri gösterdiği bilinmektedir. Bu kişiler olaylar karşısında erkenden öfkelenebildiklerini, stresli durumlarla karşılaştıklarında üstesinden gelmekte zorlandıklarını, genellikle tahammülsüz olduklarını, çabucak engellenmiş gibi hissedebildiklerini ve tepkilerinin aşırılığından bahsetmektedirler. Yetişkin DEHB tanısı olan kişiler emosyon disregülasyondan kaynaklı daha sık iletişim problemleriyle karşılaşmaktadırlar ve genellikle bu gerekçelerle hastaneye başvurmaktadırlar (132). Emosyon regülasyonu, duygusal reaksiyonların ketlenmesini ve ardından duyguların tekrardan düzenlenmesini içeren iki ayrı prosesten oluşmaktadır. Dikkatin odaklanması ile kognitif süreçlerin tekrardan regülasyonunun bu iki proseste rolü olduğundan bahsedilmektedir (133-136). Sözü geçen bu iki durumun DEHB'nin psikopatolojisini oluşturan dikkat ve dürtünün kontrol edilmesiyle direkt alâkalı olabileceği sanılmaktadır (133). Barkley'in oluşturduğu dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu modeline göre beş esas semptom elemanlarından birini emosyonel dürtüsellik ve duygu düzenleme oluşturmaktadır (87).

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda ED'nin kalıtsal yönünü araştıran çalışmalar da bulunmaktadır. Surman ile arkadaşları, genetik risk analizleri yapıp dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile yetersiz emosyon regülasyon arasındaki bağlantıyı incelemişlerdir (137). Yaptıkları bu araştırmada, DEHB tanılı kişilerin kardeşlerinin de DEHB olma riskinin arttığını fakat yalnızca DEHB ile ED beraberliği

olan kişilerin kardeşlerinde yüksek ED puanı olduğunu tespit etmişlerdir. Böylelikle bu bulguların DEHB'nin genetik bir subgrubunda ED'nin bulunabileceğini açıklamaktadır.

Reimherr ile arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, yetişkin DEHB'li kişilerin dörtte üçünde emosyon disregülasyonu olduğu ve atomoksetin tedavisinden fayda gördüğü tespit edilmiştir. Böylelikle emosyon regülasyonunun ve belirtilerin DEHB'nin psikopatoloji sürecine katkı sağlayacağı düşünülmektedir (132).

2.3. Duygu Dışavurumu

Psikiyatrik hastalıkların gidişatında ailenin davranışlarının önemli bir rolü olduğu, tedavi esnasında ailenin de ele alınmasının gerekli olduğu belirtilmiştir (138). Prognozu etkilediği düşünülen aile tutumlarının büyük bir bölümü “Duygu Dışavurumu (Expressed Emotion)” kavramı içinde değerlendirilmektedir (139). Tarihsel olarak DD kavramına bakıldığında, Londra'da 1950 yıllarında başlatılan bir dizi araştırmaya dayandığı görülmektedir. Bu araştırmada, taburculuğu sonrasında ailesiyle beraber yaşamakta olan şizofreni hastalarının, herhangi bir kurumda yaşayanlara nazaran daha kötü bir seyir içerisinde oldukları tespit edilmiştir. Buna benzeyen bir başka araştırmada ise hastalığın nüks oranını belirlemek amacıyla bir sene gözlem yapılmış, ailesiyle beraber yaşayanlardaki nüksün herhangi bir kurumda yaşayanlardan daha fazla olduğunu tespit edilmiştir (140). Bahsedilen araştırmalarda, hastanın yakınlarından hastaya yönlendiren duyguların önemsiz olmadığı anlaşılmıştır (141). Duygu dışavurumu (DD), aile fertleri tarafından hastalığı olan bireye karşı yöneltilen eleştirelilik, düşmancıl olma, aşırı korumacı ve müdahaleci olma, yakınlık kurma ve olumlu yorumlar gibi sözel ya da sözel olmayan tutumların bir ölçüsü olarak tanımlanmaktadır (140, 142). Duygu dışavurumunun eleştirelilik boyutuna bakıldığında, ses tonuyla veya konuşmanın içeriğiyle belli edilen, hasta hakkında olumsuz yorumlar, olumsuz ilişki tarzı ve/veya hastadan aşırı rahatsız olma durumları söz konusudur. Düşmanca tutum, hasta yakınının genel olarak hastaya karşı sergilediği olumsuz tutum ve duygulanım olarak tarif edilmektedir. Hasta yakını, hastaya olan öfkesini denetlemede güçlük yaşayabilir, bu nedenle hastayı görmezden gelmeye başlayabilir. Bu tavırlara sahip bireyler, hastayı problemlerin asıl kaynağı olarak değerlendirebilir, hastadan uzaklaşmayı tercih edebilir, hastaya çoğunlukla sesini yükseltebilir ve çok çabuk öfkelenebilirler. Duygusal aşırı müdahalecilikte hasta yakını, hastaya karşı aşırı korumacı ve/veya fedakâr tavırlar sergileyebilir; hastaya objektif olarak bakamaz

ve/veya aşırı duygusal tepkiler verebilir, hastaya karşı kendini kurban eden/adayan davranışlarda bulunabilir. Bu tutuma sahip kişiler kendilerini her şey için suçlayabilir, her şeyin kendi hataları olduğunu düşünebilir, hastaya acır şekilde davranabilir, hastanın kendi halledebileceği işleri dâhi onların yerine yapmaya çalışabilir ve kendi ihtiyaçlarını hiçe sayabilirler (143). Hasta yakınları sergiledikleri bu tutumların düzeylerine göre duygu dışavurumu yüksek ve duygu dışavurumu düşük olarak ayrılmaktadır (144). DD'si düşük olan aileler daha anlayışlı, şefkatli, duyarlı, sakin özellikler taşıırken; DD'si yüksek olan aileler ise aşırı müdahalen eden, suçlayan ve kısıtlayan, verdikleri tepkileri abartan, hastayı sıklıkla eleştiren özellikleri barındırırlar ve bundan dolayı bu kişilerin yaşam olaylarına karşı baş etme kapasitesinin daha düşük olmasına neden olmaktadır (141, 145).

2.3.1. DEHB ve Duygu Dışavurumu

DEHB; aile içi stresin yüksekliği, ebeveynlerdeki psikopatolojiler, ebeveynler ve çocuklar arasındaki çatışmayla bağlantılıdır (146). Aile etkileşimi spektrumunun farklılığı DEHB'nin seyrini ve neticesini etkilemektedir (147). DD ise çocuklarına karşı ebeveynleri tarafından gösterilen eleştirisel ve/veya aşırı ilgili koruyucu/kollayıcı oluşunu ifade eder ve bunların da çocuklar üzerindeki etkisinin bir ölçümüdür (148). Genellikle normalden fazla eleştiride bulunan ya da olumsuz tavırlar içerisinde olan kişiler “duygu dışavurumu yüksek kişiler” olarak tanımlanırlar (149). Çoğunlukla anne ve babaların duygu dışavurumu çocuklar ile ergenlerdeki içselleştirme ve dışsallaştırma sorunlarıyla aynı boylamda bağlantılar göstermektedir (150-153). Bilhassa anne ve babaların duygu dışavurumunun eleştiriselliğini oluşturan kısmı çocukluk çağı dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuyla ilişkilendirilmiştir (154, 155). Eleştirelilik hem aşırı hareketlilik hem de dikkat eksikliği baskın türlerle kuvvetli bir bağlantı içerisinde bulunmaktadır (153). DEHB ile ebeveyn duygu dışavurumu arasındaki bağlantı klinik olarak mühim olabilmektedir. Çünkü DD, DEHB'yle alâkalı olan negatif gelişim özelliklerinin bazı yanlarını artırabilir. 7 yaşındaki çocuklarda ilgi azlığı ile eleştiriselliğin yüksekliği DEHB tanılı çocuklarda bulunan davranım bozukluğunun şiddetini öngörebilmektedir (156). Bu nedenle eğer yüksek duygu dışavurumunun nedenleri dikkate alınırsa DEHB tanılı çocukların gelişim durumları iyileşebilir. Ancak duygu dışavurumunun yüksekliğiyle alâkalı bilgilerimiz kısıtlıdır. Mesela DEHB tanılı çocukların tavırlarının mı duygu dışavurumunun düzeyini arttırdığı, yoksa duygu dışavurumunun yüksekliğinin mi DEHB'nin semptomlarını ilerlettiği net

bilinememektedir. Çalışmalardan da anlaşıldığı üzere anne ve babaların olumsuz tavırlarının DEHB tanılı çocuğun tavırlarına az da olsa etkisi olup belirtilerdeki ilaca bağlı azalma ebeveynlerin olumsuz tutumlarındaki azalmayla bağlantılı bulunmaktadır (157-159). DD ile ebeveyn psikopatolojisi arasındaki bağlantıya bakıldığında ise başta DEHB olmak üzere depresyon, anksiyete gibi psikiyatrik rahatsızlıkların DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde daha fazla oranda olduğu tespit edilmiştir (149, 160, 161).

2.4. DEHB ve İnternet Bağımlılığı

DEHB ile internet bağımlılığının sık birlikteliği pek çok çalışmada bildirilmiştir (162-164). Çalışmalarda DEHB varlığının yüksek İB düzeyi için önemli bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir (165). Bernardi ve Pallanti ise DEHB tanılı yetişkinlerin %14'ünde İB olduğunu belirtmişlerdir (166).

Güney Kore'deki 535 ilkokul öğrencisiyle yapılan bir çalışmada internet bağımlılığı olan öğrencilerin, ebeveynlerinin ve öğretmenlerinin puanlandırmasına göre anlamlı bir şekilde daha yüksek DEHB puanlarına sahip oldukları belirlenmiştir (167). Bu araştırmaya benzeyen bir başka çalışmada ise Tayvan'daki 2114 lise öğrencisi çalışmaya katılmış ve internet bağımlılığı olan ergenlerin daha fazla DEHB belirtilerine sahip olduğu belirtilmiştir (163). Ko ile arkadaşlarının 216 Tayvanlı yükseköğretim öğrencisi olanlarla yaptıkları bir başka araştırmada ise sorunlu internet kullananlarda DEHB sıklığı % 32 iken sorunlu internet kullanımı olmayanların oranı % 8 olarak tespit edilmiştir (168). Tahiroğlu ile arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada ise psikiyatrik rahatsızlığı bulunan ve bulunmayanlar ergenlerin sorunlu internet kullanımı araştırılmıştır. Psikiyatrik rahatsızlığı bulunanlar arasında İBDÖ (İnternet Bilişsel Durum Ölçeği) skorlarının en yüksek DEHB'li grupta bulunduğu tespit edilmiştir (169). Ha ile arkadaşlarının 12'si çocuk ve 12'si ergen olmak üzere 24 internet bağımlısı bireyleri değerlendirdikleri bir araştırmada 12 çocuktan 7'sinde DEHB olduğunu saptamışlardır (169). DEHB tanısı olan ve aşırı derecede internet oyunu oynayan 62 çocuktan oluşan bir araştırmada 2 aylık metilfenidat tedavisinin ardından hem dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu hem de internet bağımlılığı puanlarında belirgin azalma olduğu görülmüştür. Bahsedilen araştırma ile DEHB tanısı olan çocuklarda online oyunlar oynamanın bir anlamda kendi kendilerini tedavi etme şekli olabileceği ve aynı zamanda metilfenidat tedavisinin internet bağımlılığının tedavisinde de anlamlı bir etkisi olabileceği gösterilmiştir (170).

2.5. DEHB ve Madde Kullanım Bozuklukları

Alkol ve madde kullanım bozuklukları ergenleri ve erişkinleri etkileyen ciddi bir halk sağlığı sorunudur ve biyolojik ve çevresel etkenleri kapsayan karmaşık bir etyolojiye sahiptir (171). Son zamanlarda alkol ve madde kullanımı ile DEHB birlikteliği üzerine birçok araştırma yapılmıştır. Bu alanda yapılan çalışmalarda DEHB'si olan erişkinlerde, bozukluğu olmayan yetişkinlerle kıyaslandığında madde ve alkol kötüye kullanımının ve bağımlılığının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (172, 173). Alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı alan erişkinlerin üçte birinde eşlik eden DEHB olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (174, 175). Çalışmalarda çoğunlukla eşlik eden alkol, sigara ve esrar kullanım bozuklukları tanımlanmıştır. Geniş örneklemli takip çalışmalarında çocuk ve ergenlikteki davranım sorunları genellikle, sonraları ortaya çıkan alkol/madde kullanım bozuklukları ile ilişkili bulunmuştur. Ancak benzer ilişki nikotin bağımlılığı dışında dikkat eksikliği için saptanmamıştır (176, 177). Yapılan araştırmalarda DEHB'nin tütün kullanımı için bağımsız bir risk etmeni olduğu, diğer değişkenlerden bağımsız olarak DEHB'nin sigaraya başlama yaşı, sigara kullanımı ve bağımlılığı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Dikkat eksikliği, hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinin sayısı ve şiddeti ile içilen günlük sigara sayısı arasında da ilişki bulunmuştur (171, 172).

Toplumsal boyutta önemli bir sorun olan alkol/madde kullanım bozuklukları, eştanısının sık rastlandığı DEHB de de önemli bir sorundur. Son zamanlarda DEHB ile alkol ve madde kullanımının birlikteliğini araştıran birçok araştırma yapılmıştır. DEHB olan ergenler ve erişkinlerde yapılan araştırmalarda kontrollere göre 2 ile 6 kat daha fazla alkol ve madde kullanım bozukluğu saptanmıştır (118, 178). Toplum genelinde %15 oranında bildirilen madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar, DEHB tanılı bireylerde toplum geneline oranla 2-3 kat daha sık olup % 50 oranındadır (179). DEHB ile ilgili yapılan çalışmalar DEHB'nin alkol/madde kullanımı için bağımsız bir risk faktörü olduğunu, olgularda eş tanı olarak %17-45 alkol kullanım bozuklukları, %9-30 oranında ise madde kullanım bozuklukları geliştiğini göstermektedir (180). DEHB tanılı kişiler kronik belirtileri nedeniyle akademik, meslek ya da bireylerarası ilişkilerinde birtakım sorunlar yaşarlar ve bunlar benlik saygısında düşme ve/veya depresyona yol açarak sorunlarla baş etme yöntemi olarak maddeyi kullanmasıyla sonuçlanabilir. Nikotin, kafein, kokain gibi uyarıcılar belirtilerinden kısa süre de olsa kurtulmalarını sağlayarak kendi kendine tedavi amaçlı kullanımı açıklayabilir ki, özellikle bu amaçla en çok

kullanılan toplumsal kullanımı kabul görmüş olan nikotindir. Biz de çalışmamızda DEHB’li çocuğun annesi ile sağlıklı çocuk annesini sosyodemografik veri formunda belirterek alkol, madde, sigara bağımlılığı oranlarını karşılaştırdık.



3. MATERYAL VE METOT

3.1. Örneklem

Çalışmamız İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Çocuk Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları Polikliniği'ne başvurup dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanılı olan çocukların anneleri ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran sağlam çocuğun anneleri ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmamıza 65 DEHB tanısı olan çocukların anneleri ile 65 sağlıklı çocuk annesi olmak üzere 130 katılımcı dâhil edilmiştir. Araştırma projesini uygulamaya geçmeden evvel çalışmamız fakültemizin kurul onayına sunulmuştur ve 08.03.2022 tarihli 2022/2860 sayılı yazısıyla Etik Kurul İzni (Ek-1), İnönü Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı'ndan Akademik Kurul Kararı (EK-2), Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ile Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalından kurum izni alınmıştır (EK-3). Ayrıca katılımcılar çalışmanın detaylarını içeren onam formunu imzalayarak çalışmaya dâhil edilmiştir (Ek-4).

3.1.1. Vaka Grubunda Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- Onam formunu imzalaması
- Okuryazar olması
- 18-65 yaş aralığında bulunması
- Çocuğu dosya kayıtlarında DSM-5 tanı ölçütlerine göre dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısının bulunması
- Mevcut hâliyle psikiyatrik bir hastalığının bulunmaması
- Araştırmaya katılmak için rızasının olması

3.1.2. Kontrol Grubunda Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- Onam formunu imzalamak
- Okuryazar olması
- 18-65 yaş aralığında olması
- Çocuğu herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı almamış olması
- Mevcut hâliyle psikiyatrik bir hastalığının bulunmaması

- Araştırmaya katılmak için rızasının olması

3.1.3. Çalışmadan Çıkarılma Ölçütleri

- Uygulanan ölçekleri eksik doldurmak,
- Çocuklarda DEHB ile beraber başka psikiyatrik hastalıkların bulunması,
- Çocuklarda nörolojik herhangi bir hastalığın bulunması
- •Annelerde nörolojik herhangi bir hastalığın bulunması (epilepsi gibi),
- Çocuk ve ebeveynde zekâ geriliği olması,
- Çalışmaya katılmak için onayının bulunmaması.

3.2. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma, DEHB tanılı çocukların anneleri ile sağlıklı çocukların annelerinin DEHB, emosyon disregülasyonu, duygu dışavurumu ve bağımlılık açısından karşılaştırılması amacıyla kesitsel olarak dizayn edilmiştir.

3.3. Araştırmanın Yürütülmesi

Çalışmamız Turgut Özal Tıp Merkezi Çocuk Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları polikliniği ile Çocuk Sağlığı Hastalıkları polikliniğinde Mart 2022- Mayıs 2022 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Kontrol grubu ise Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran anneler arasından seçildi. Çalışmaya katılan annelerden Sosyodemografik Veri Formu (yaş, cinsiyet, eğitim, meslek, medeni durum, eşlik eden kronik hastalık öyküsü, alkol/madde kullanımı vs), Wender Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ), Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Öz Bildirim Ölçeği (ASRS), Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ), Duygu Dışavurum Ölçeği ve İnternet Bağımlılığı Ölçeği'ni doldurması istenmiştir.

3.4. Veri toplama Araçları

Çalışmamıza dâhil edilen annelerin çocukluktaki DEHB semptomlarını geriye dönük araştırmak amacıyla Wender Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ), DEHB belirtilerini taramak amacıyla Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Öz Bildirim Ölçeği (ASRS), duygu dışavurum özelliklerini sorgulamak amacıyla Duygu Dışavurum Ölçeği, emosyon regülasyonu özelliklerini sorgulamak amacıyla Duygu

Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ) ve internet bağımlılığını sorgulamak amacıyla ise İnternet Bağımlılığı Ölçeği (İBÖ) uygulanmıştır.

3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu

Bu form katılımcıların yaşını, cinsiyetini, medeni durumunu, mesleğini, eğitiminin özelliğini ve süresini, yaşamakta olduğu yeri, nikotin, alkol, herhangi bir maddenin kullanımını, gelir düzeyini, çocuk yaşını, çocuk cinsiyetini, çocuk sayısını ve tıbbi eştanı sorularını içeren maddelerden oluşmaktadır.

3.4.2. Wender Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ)

Bu ölçek Wender ile arkadaşlarının yetişkinlerde çocukken var olan dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu semptomlarını retrospektif taramak ve yetişkinlerde DEHB'nin teşhisinin konulmasına destek olmak amacıyla geliştirilen bir ölçektir (181). Ölçeğin geliştirilmesi çalışmaları esnasında başta DEHB'nin semptomlarını 61 maddeyle değerlendirirken sonraları hastaları kontrollerden ayıran 25 maddeden oluşan şekline kısaltılmıştır. Bahsedilen maddeler ile 0-100 arasında olacak şekilde WUDÖ puanı elde edilmektedir. 2005'te Öncü ile ark. tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır ve kesme puanının 36 olduğu ifade edilmiştir (182). Ölçeğin puanı bu puan ve üzerinde hesaplanan ebeveynlerde, çocukluk çağında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı olduğu varsayılmaktadır.

3.4.3. Erişkin DEHB Öz-Bildirim Ölçeği (ASRS)

Bu ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği araştırmaları tamamlanmıştır ve dikkatteki eksiklikler ile aşırı hareketlilik-dürtüsellik başlıkları adı altında dokuzar sorudan oluşmakta olan iki bölümü bulunmaktadır. Ölçek semptomların son altı ay içerisinde hangi sıklıkta bulunduğunu sorgulamaktadır. Yanıtların sıklığına göre 0 ile 4 arasında puanlandırılmaktadır. Ölçeğin iki alt bölümünden herhangi birinde 24 puan ile üzerinde puanlar alan kişilerin “yüksek olasılıkla DEHB” olduğu ve 0 ile 16 puan alan kişilerin ise DEHB olmadığı belirtilmiştir. ASRS'nin Türkçe versiyonunun orijinal ölçekle benzer olarak DEHB semptomlarını tarama, tanıyı destekleme, tedavi sonucu oluşan değişiklikleri ölçmede araştırmanın yapıldığı örneklem için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu neticesine ulaşılmıştır (183).

3.4.4. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ/DERS)

Gratz ve Roemer (130) tarafından geliştirilmiş ve orijinal adı “Difficulties in Emotion Regulation Scale” olan ölçek, katılımcıların duygu düzenlemelerindeki güçlüklerini tespit etmek amacı ile kullanılan bir öz bildirim ölçeğidir. Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği, 5’li derecelendirme (hemen hemen hiç-1, hemen hemen her zaman5) ile değerlendirilmektedir. Ölçek toplam 36 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçekte değerlendirilen alt boyutlar;

- Farkındalık - 2, 6, 8, 10, 17, 34.
- Açıklık- 1, 4, 5, 7, 9.
- Kabul etmeme - 11, 12, 21, 23, 25, 29.
- Stratejiler - 15, 16, 22, 28, 30, 31, 35, 36.
- Dürtü - 3, 14, 19, 24, 27, 32.
- Amaçlar-13, 18, 20, 26, 33. maddeler ile değerlendirilmektedir.

1, 2, 6, 7, 8, 10, 17, 22, 24, 26 ve 34. maddeler ters kodlanmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2010 yılında 338 üniversite öğrencisinin katılımıyla yapılan çalışma ile Rugancı ve Gençöz (184) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçeye uyarlama ve geçerlik-güvenirlik çalışmasında, orijinal formundaki 10. maddesi (Üzgün olduğumda duygularımı anlıyorum) tüm ölçek ile çok düşük korelasyona ($r = .06$) sahip olduğu için çıkarılmıştır. Bu madde yerine aynı içeriğe sahip başka bir maddenin eklenmesiyle yapı geçerliği sağlandığı belirtilmiştir. Ölçeğin Türkçe versiyonunun Cronbach alfa katsayısı 0.94 olduğu görülmüştür ki bu ölçeğin orijinal versiyonunun iç tutarlılığına benzerdir. Türkçe versiyonun alfa katsayıları; açıklık için 0.82, amaçlar için 0.90, dürtü için 0.90, kabul etmeme için 0.83, stratejiler için 0.89 ve farkındalık alt ölçeği için 0.75 olarak hesaplanmıştır (184). Ölçeğe ait bir kesme puanı olmayıp, elde edilen yüksek puanlar daha şiddetli duygu düzenleme güçlüğüne göstermektedir.

3.4.5. Duygu Dışavurumu (Expressed Emotion) Ölçeği (DDÖ) :

Berksun tarafından 1992'de yapılan bir tez çalışmasında geliştirilmiş olan ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirliği yapılmıştır. Hasta yakınlarının hastayı ve kendisini nasıl algıladığıyla ilgili sorular yer almaktadır. 41 soruluk ölçekte verilen yanıtlara göre duygu dışavurumu düzeyi belirlenmektedir (141). Daha önce geliştirilmiş olan “Level

of Expressed Emotions- LEE” (185) ölçeğinin ve diğer DD ölçme araçlarının Türkçe’ye uyarlaması yapılarak, bu kez hastanın değil de hasta yakınlarının dolduracağı bir ölçek geliştirilmiştir. En yüksek toplam puan ölçek soru sayısı kadar olup, puan yükseldikçe DD düzeyi yükselmektedir. 29 madde eleştirel-düşmancıl oluşu (ED), 12 madde ise aşırı ilgi-koruyucu-kollayıcı olmayı (AİKK) göstermektedir. Ankette 3., 8., 14., 28., 30., 36., 38., 39., 41. sorular ters yüklü sorulardır. Toplam puan 0-41 arasında, ED puanı 0-29, AİKK puanı 0-12 arasında olmaktadır. Bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği Berksun tarafından yapılmış olup, Cronbach Alfa katsayısı 0.89 bulunmuştur (141).

3.4.6. İnternet Bağımlılığı Ölçeği (İBÖ)

Bu ölçek Kayri tarafından oluşturulan beş likert şeklinde olup, 35 maddeli bir ölçektir. Ölçeğin 35 maddesine ilişkin alfa iç tutarlık katsayısı 0.94 şeklinde bulunarak güvenilir olduğu gösterilmektedir (186). Maddeler “Tamamen Katılıyorum”, “Katılıyorum”, “Kararsızım”, “Katılmıyorum”, “Kesinlikle Katılmıyorum” şeklinde derecelendirilmiştir. Ölçeğin maddelerinden “Tamamen Katılıyorum” ifadesinin puan karşılığı 5 iken, “Kesinlikle Katılmıyorum” ifadesinin karşılığı 1 puandır. Maddelerin puan karşılığı 1’den 5’e doğru ilerledikçe bağımlılığın seviyesi artmaktadır. Bu ölçeğin alt başlıkları ‘Kontrol Güçlüğü’, ‘Yoksunluk’, ‘İşlevsellikte Bozulma’ ile ‘Sosyal İzolasyon’ dur.

3.5. İstatistiksel Analizler

Analizler SPSS (Statistical Package for Social Sciences; SPSS Inc., Chicago, IL) 22 paket programında değerlendirilmiştir. Çalışmada tanımlayıcı veriler kategorik verilerde n, % değerleri, sürekli verilerde ise ortalama±standart sapma (Ort±SS) değerleri ile gösterilmiştir. Gruplar arası kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare analizi (Pearson Chi-kare) uygulanmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. İkili grupların karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren değişkenlerde student t testi, normal dağılım göstermeyen değişkenlerde Mann Whitney U-testi kullanılmıştır. İkidenden fazla değişkenlerin karşılaştırılmasında normal dağılıma uyanlara One Way ANOVA analizi, normal dağılım göstermeyenlere ise Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Sürekli değişkenlerin birbiriyle ilişkisinin incelenmesinde normal dağılım gösterenlerde Pearson, normal dağılım göstermeyenlerde ise Spearman korelasyon testinden yararlanılmıştır. Analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Vaka ve Kontrol Grubuna Dâhil Edilen Olguların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya 65 vaka ve 65 kontrol olmak üzere toplam 130 katılımcı dâhil edilmiştir. Çalışmaya dâhil edilen vaka grubundaki çocukların 48'i (%73,8) erkek ve 17'si (%26,2) kız iken kontrol grubunda bulunan çocukların 48'i (%73,8) erkek ve 17'si (%26,2) kız bulunmuş olup aralarında anlamlı farklılık görülmemiştir ($p=1,000$).

Vaka grubunda bulunan çocukların yaş ortalaması $9,9\pm2,0$ ve kontrol grubunda bulunan çocukların yaş ortalaması ise $10,1\pm2,8$ olup aralarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar görülmemiştir ($p=0,429$)(Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Çocukların demografik özelliklerinin gruplara göre karşılaştırılması

Değişken		Vaka	Kontrol	p değeri
		Sayı (%)	Sayı (%)	
Cinsiyet	Erkek	48 (73,8)	48 (73,8)	1,000*
	Kız	17 (26,2)	17 (26,2)	
		Ort $\pm$ SS (min-maks)	Ort $\pm$ SS (min-maks)	
Yaş		$9,9\pm2,0$	$10,1\pm2,8$	0,429**
		(6,0-16,0)	(3,0-17,0)	

*Kikare analizi, **Mann Whitney U testi yapılmıştır.

4.2. Vaka ve Kontrol Grubuna Dâhil Edilen Annelerin Sosyodemografik Özellikleri

Vaka ve kontrol grubundaki anneler arasında anne yaşı, öğrenim süresi, öğrenim durumu, yaşanılan yer, meslek, gelir durumu, medeni durum ve çocuk sayısı açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.2).

Gruplar arasında annede fiziksel hastalık, annede ilaç kullanımı, intihar, sigara, alkol ve madde kullanımı açısından anlamlı farklılık görülmemiştir. Hiçbir annede madde kullanımı saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.3).

Tablo 4.2. Annelerin sosyodemografik özelliklerinin gruplara göre karşılaştırılması

Değişken		Vaka	Kontrol	p değeri
		Sayı (%)	Sayı (%)	
Anne yaşı, Ort±SS		40,7±8,4	40,5±6,8	0,882*
(min-maks)		(26,0-64,0)	(25,0-55,0)	
Öğrenim süresi, Ort±SS		7,9±3,8	9,0±4,2	0,109**
(min-maks)		(1,0-18,0)	(2,0-20,0)	
Öğrenim durumu	İlköğretim	27 (41,5)	20 (30,8)	0,325***
	Orta öğretim	23 (35,4)	24 (36,9)	
	Lise	8 (12,3)	7 (10,8)	
	Üniversite	7 (10,8)	14 (21,5)	
Yaşanılan yer	Köy/ilçe	6 (9,2)	5 (7,7)	0,753***
	İl	59 (90,8)	60 (92,3)	
Meslek	Ev hanımı	54 (83,1)	54 (83,1)	1,000***
	Çalışıyor	11 (16,9)	11 (16,9)	
Gelir durumu	Düşük	27 (41,5)	22 (33,8)	0,458***
	Orta	37 (56,9)	40 (61,5)	
	Yüksek	1 (1,5)	3 (4,6)	
Medeni durum	Evli	60 (92,3)	59 (90,8)	0,753***
	Boşanmış/dul	5 (7,7)	6 (9,2)	
Çocuk sayısı	1	11 (16,9)	10 (15,4)	0,778***
	2	28 (43,1)	25 (38,5)	
	3 ve üzeri	26 (40,0)	30 (46,2)	

*Student t testi, **Mann Whitney U testi, ***Kikare analizi yapılmıştır.

Tablo 4.3. Annelerin sağlık durumu, intihar, sigara kullanımı ve bağımlılık ile ilgili özelliklerinin gruplara göre karşılaştırılması

Değişken		Vaka	Kontrol	p değeri*
		Sayı (%)	Sayı (%)	
Annede fiziksel hastalık	Var	4 (6,2)	10 (15,4)	0,090
	Yok	61 (93,8)	55 (84,6)	
Annede ilaç kullanımı	Var	3 (4,6)	5 (7,7)	0,718
	Yok	62 (95,4)	60 (92,3)	
İntihar	Var	2 (3,1)	1 (1,5)	0,559
	Yok	63 (96,9)	64 (98,5)	
Sigara	Var	21 (32,3)	16 (24,6)	0,331
	Yok	44 (67,7)	49 (75,4)	
Alkol	Var	3 (4,6)	4 (6,2)	0,698
	Yok	62 (95,4)	61 (93,8)	
Madde	Var	0 (0,0)	0 (0,0)	1,000
	Yok	65 (100,0)	65 (100,0)	

*Kikare analizi yapılmıştır.

4.3. Vaka ve Kontrol Grubuna Dâhil Edilen Annelerin DEHB Açısından Kıyaslanması

Vaka grubunda bulunan annelerin ASRS-dikkat eksikliği, ASRS-hiperaktivite ve ASRS toplam puanı kontrol grubuna dâhil edilen annelerin puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$)(Tablo 4.4).

Tablo 4.4. ASRS ölçek puanlarının gruplara göre karşılaştırılması

	Vaka	Kontrol	p değeri*
	Ort±SS (min-maks)	Ort±SS (min-maks)	
ASRS-Dikkat eksikliği	19,1±8,8 (,0-31,0)	6,6±4,6 (,0-18,0)	<0,001
ASRS-Hiperaktivite	15,2±9,0 (,0-34,0)	6,5±5,2 (,0-20,0)	<0,001
ASRS-Total	34,3±14,8 (1,0-62,0)	13,1±9,2 (,0-38,0)	<0,001

*Mann Whitney U testi yapılmıştır.

ASRS : Erişkin DEHB Öz-Bildirim Ölçeği

ASRS'ye göre vaka grubundaki annelerde DEHB görülme oranı (%78,5) kontrol grubundaki annelerin oranından (%13,8) anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. ASRS kategorisinin gruplara göre karşılaştırılması

	Vaka	Kontrol	p değeri*
	Sayı (%)	Sayı (%)	
Annede DEHB var	51 (78,5)	9 (13,8)	<0,001
Annede DEHB yok	14 (21,5)	56 (86,2)	

*Kikare analizi yapılmıştır.

Vaka grubunda bulunan annelerin Wender Utah Ölçeği puanı kontrol grubunda bulunan annelerin puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Wender Utah Ölçeği puanlarının gruplara göre karşılaştırılması

	Vaka	Kontrol	p değeri*
	Ort±SS (min-maks)	Ort±SS (min-maks)	
Wender Utah Ölçeği	32,9±18,5 (3,0-82,0)	10,4±9,7 (,0-49,0)	<0,001

*Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Wender Utah Ölçeği'ne göre vaka grubundaki annelerde DEHB görülme oranı (%61,5) kontrol grubundaki annelerin oranından (%1,5) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Wender Utah kategorisinin gruplara göre karşılaştırılması

	Vaka	Kontrol	p değeri*
	Sayı (%)	Sayı (%)	
Annede DEHB var	40 (61,5)	1 (1,5)	<0,001
Annede DEHB yok	25 (38,5)	64 (98,5)	

*Kikare analizi yapılmıştır.

4.4. Vaka ve Kontrol Grubundaki Annelerin Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DERS), Duygu Dışavurumu Ölçeği (DDÖ) ve İnternet Bağımlılık Ölçeği (İBÖ) Puanları Açısından Kıyaslanması

Vaka grubuna dâhil edilen annelerin “DERS/farkındalık”, “DERS/açıklık”, “DERS/kabul etmeme”, “DERS/dürtü” ve “DERS/toplam puanı” kontrol grubunda bulunan annelerin puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Vaka grubunda bulunan annelerin “DERS stratejiler” alt boyut puanı kontrol grubuna dâhil edilen annelerin puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,001$). Gruplar arasında DERS-amaçlar alt boyutu olarak anlamlı farklılıklar bulunmamıştır ($p=0,408$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. DERS ölçek puanlarının gruplara göre karşılaştırılması

	Vaka	Kontrol	p değeri*
	Ort±SS (min-maks)	Ort±SS (min-maks)	
Farkındalık	14,9±4,7 (2,0-28,0)	11,0±2,8 (6,0-18,0)	<0,001
Açıklık	10,1±2,9 (5,0-17,0)	7,9±2,0 (5,0-13,0)	<0,001
Kabul etmeme	11,4±3,3 (5,0-21,0)	7,7±1,6 (5,0-11,0)	<0,001
Dürtü	10,6±3,1 (5,0-19,0)	8,8±2,1 (6,0-16,0)	<0,001
Stratejiler	12,2±3,5 (7,0-25,0)	15,4±4,4 (8,0-26,0)	<0,001
Amaçlar	9,3±2,4 (6,0-15,0)	8,8±1,9 (6,0-15,0)	0,408
DERS-toplam	68,5±10,2 (47,0-102,0)	59,7±6,7 (47,0-75,0)	<0,001**

*Mann Whitney U testi, ** Student t testi yapılmıştır.
DERS: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği

Vaka grubuna dâhil edilen annelerin Duygu Dışavurumu Eleştirel-Düşmancıl (DD-ED), Duygu Dışavurumu Aşırı İlgi-Koruyucu-Kollayıcı (DD-AIKK) ve Duygu Dışavurumu (DD) toplam puanı kontrol grubunda bulunan annelerin puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. DDÖ puanlarının gruplara göre karşılaştırılması

	Vaka	Kontrol	p değeri
	Ort±SS (min-maks)	Ort±SS (min-maks)	
DD-ED	14,4±6,1 (1,0-29,0)	10,2±3,4 (2,0-17,0)	<0,001*
DD-AIKK	7,0±1,8 (2,0-11,0)	5,1±2,7 (1,0-12,0)	<0,001**
DD Total	21,4±6,5 (6,0-38,0)	15,3±4,0 (5,0-22,0)	<0,001*

*Student t testi, **Mann Whitney U testi yapılmıştır.

DD-ED: Duygu Dışavurumu Eleştirel-Düşmancıl; DD-AIKK: Duygu Dışavurumu Aşırı İlgi-Koruyucu-Kollayıcı; DD-Total: Duygu Dışavurumu Toplam puanı

Vaka grubunda bulunan annelerin yoksunluk ($p=0,005$), kontrol güçlüğü ($p=0,014$), sosyal izolasyon ($p<0,001$) ve İBÖ toplam puanı ($p<0,001$) kontrol grubunda bulunan annelerin puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Gruplar arasında işlevsellikte bozulma alt boyutu açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p=0,126$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. İBÖ ölçek puanlarının gruplara göre karşılaştırılması

	Vaka	Kontrol	p değeri*
	Ort±SS (min-maks)	Ort±SS (min-maks)	
Yoksunluk	18,6±7,0 (11,0-37,0)	15,3±5,4 (11,0-32,0)	0,005
Kontrol güçlüğü	15,1±5,3 (10,0-30,0)	12,7±2,8 (10,0-19,0)	0,014
İşlevsellikte bozulma	12,2±4,1 (7,0-25,0)	11,0±3,0 (7,0-19,0)	0,126
Sosyal izolasyon	11,5±3,4 (7,0-20,0)	9,0±2,0 (7,0-14,0)	<0,001
İBÖ-toplam	57,5±11,9 (35,0-97,0)	47,9±7,4 (37,0-71,0)	<0,001

*Mann Whitney U testi yapılmıştır.

İBÖ: İnternet Bağımlılığı Ölçeği

4.5. Vaka Grubuna Dâhil Edilen Annelerin Çocuklarının Cinsiyetine Göre Ölçek Puanlarının Kıyaslanması

Vaka grubunda dâhil edilen annelerin çocuklarının cinsiyetleri arasında ASRS, Wender Utah Ölçeği, DERS, DDÖ ve İBÖ ölçek puanlarının anlamlı bir farklılığı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Vaka grubundaki annelerin çocuğunun cinsiyetine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

		Erkek	Kız	P değeri*
		Ort±SS (min-maks)	Ort±SS (min-maks)	
ASRS	ASRS-Dikkat eksikliği	17,9±9,4 (0,0-31,0)	22,5±6,1 (6,0-29,0)	0,164
	ASRS-Hiperaktivite	14,1±8,7 (0,0-34,0)	18,1±9,4 (2,0-33,0)	0,118
	ASRS-total	32,1±15,0 (1,0-59,0)	40,6±12,6 (8,0-62,0)	0,066
Wender Utah Ölçeği	Wender Utah	31,2±18,7 (3,0-82,0)	37,8±17,4 (4,0-72,0)	0,295
DERS	DERS-Farkındalık	15,1±5,0 (2,0-28,0)	14,3±3,5 (8,0-21,0)	0,514
	DERS-Açıklık	10,1±2,9 (5,0-16,0)	10,1±2,9 (6,0-17,0)	0,875
	DERS-Kabul etmeme	11,1±3,2 (5,0-19,0)	12,4±3,4 (7,0-21,0)	0,173
	DERS-Dürtü	10,6±3,0 (5,0-17,0)	10,4±3,7 (6,0-19,0)	0,593
	DERS-Stratejiler	12,0±3,1 (7,0-21,0)	12,5±4,7 (8,0-25,0)	0,928
	DERS-Amaçlar	9,2±2,1 (6,0-15,0)	9,6±3,1 (6,0-15,0)	0,970
	DERS-toplam	68,2±10,7 (47,0-102,0)	69,3±9,2 (54,0-85,0)	0,700**

DDÖ	DD Total	20,8±6,4 (6,0-38,0)	23,1±6,6 (12,0-33,0)	0,218**
	DD-ED	13,8±5,9 (1,0-29,0)	15,9±6,6 (5,0-25,0)	0,236**
	DD-AIKK	7,0±2,0 (2,0-11,0)	7,2±1,2 (5,0-9,0)	0,751
İBÖ	İBÖ-Toplam	58,1±12,3 (40,0-97,0)	55,6±11,1 (35,0-85,0)	0,555
	Yoksunluk	18,8±7,2 (11,0-37,0)	17,9±6,3 (11,0-26,0)	0,740
	Kontrol güçlüğü	14,9±5,0 (10,0-28,0)	15,9±6,1 (10,0-30,0)	0,574
	İşlevsellikte bozulma	12,5±4,3 (7,0-25,0)	11,4±3,7 (7,0-16,0)	0,467
	Sosyal izolasyon	11,9±3,6 (7,0-20,0)	10,5±2,5 (7,0-16,0)	0,181

*Mann Whitney U testi, ** Student t testi yapılmıştır.

ASRS: Erişkin DEHB Öz-Bildirim Ölçeği ; DERS: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği;
DDÖ Duygu Dışavurumu Ölçeği; DD-ED: Duygu Dışavurumu Eleştirel-Düşmancıl; DD-AIKK: Duygu
Dışavurumu Aşırı İlgi-Koruyucu-Kollayıcı; DD-Total: Duygu Dışavurumu Toplam puanı; İBÖ: İnternet
Bağımlılığı Ölçeği

4.6. Vaka Grubuna Dâhil Olan Annelerin ASRS Ölçeği DEHB Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Vaka grubuna alınan annelerde ASRS'ye göre DEHB olan annelerin ASRS-dikkat eksikliği, ASRS-hiperaktivite, ASRS-total, Wender Utah Ölçeği ve İBÖ-işlevsellikte bozulma puanı DEHB olmayan annelerin puanından anlamlı olarak fazla bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Vaka Grubuna Dâhil Olan Annelerde ASRS ölçeği temelinde DEHB Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

		DEHB var	DEHB yok	p değeri*
		Ort±SS (min-maks)	Ort±SS (min-maks)	
ASRS	ASRS-Dikkat eksikliği	22,8±5,7 (11,0-31,0)	5,7±3,3 (0,0-12,0)	<0,001
	ASRS-Hiperaktivite	17,7±8,3 (2,0-34,0)	5,9±3,5 (0,0-12,0)	<0,001
	ASRS-total	40,5±9,2 (24,0-62,0)	11,6±6,0 (1,0-22,0)	<0,001
Wender Utah Ölçeği	Wender Utah	39,2±15,5 (4,0-82,0)	9,9±4,6 (3,0-18,0)	<0,001
DERS	DERS-Farkındalık	15,1±4,8 (2,0-28,0)	14,4±4,2 (7,0-22,0)	0,625
	DERS-Açıklık	10,4±2,9 (5,0-17,0)	8,9±2,5 (5,0-13,0)	0,109
	DERS-Kabul etmeme	11,8±3,3 (5,0-21,0)	10,0±2,5 (6,0-16,0)	0,067
	DERS-Dürtü	10,5±3,1 (5,0-19,0)	10,8±3,4 (6,0-17,0)	0,878
	DERS-Stratejiler	12,3±3,8 (8,0-25,0)	11,5±2,3 (7,0-16,0)	0,828
	DERS-Amaçlar	9,2±2,5 (6,0-15,0)	9,5±2,2 (7,0-14,0)	0,640
	DERS-toplam	69,4±10,5 (47,0-102,0)	65,1±8,5 (53,0-81,0)	0,173**
DDÖ	DD-total	21,6±6,4 (11,0-38,0)	20,4±6,9 (6,0-33,0)	0,537**
	DD-ED	14,5±6,2 (4,0-29,0)	13,7±6,0 (1,0-24,0)	0,664**
	DD-AIKK	7,1±1,8 (4,0-11,0)	6,7±2,2 (2,0-9,0)	0,627

İBÖ	İBÖ-toplam	58,1±12,9 (35,0-97,0)	55,1±7,6 (41,0-69,0)	0,571
	Yoksunluk	18,8±7,2 (11,0-37,0)	17,8±6,4 (11,0-28,0)	0,645
	Kontrol güçlüğü	15,1±5,5 (10,0-30,0)	15,1±4,9 (10,0-25,0)	0,935
	İşlevsellikte bozulma	12,7±4,4 (7,0-25,0)	10,2±2,1 (7,0-14,0)	0,039
	Sosyal izolasyon	11,4±3,4 (7,0-20,0)	11,9±3,1 (8,0-17,0)	0,585

*Mann Whitney U testi, ** Student t testi yapılmıştır.

ASRS: Erişkin DEHB Öz-Bildirim Ölçeği; DERS: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği; DDÖ: Duygu Dışavurumu Ölçeği; DD-ED: Duygu Dışavurumu Eleştirel-Düşmancıl; DD-AIKK: Duygu Dışavurumu Aşırı İlgi-Koruyucu-Kollayıcı; DD-Total: Duygu Dışavurumu Toplam puanı; İBÖ: İnternet Bağımlılığı Ölçeği

4.7. Tüm Gruptaki Annelerin ASRS Ölçeği DEHB Olma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tüm grup beraber değerlendirildiğinde (Vaka+kontrol) ASRS'ye göre DEHB olan annelerin ASRS-dikkat eksikliği, ASRS-hiperaktivite, ASRS-total, Wender Utah, DERS-farkındalık, DERS-açıklık, DERS-kabul etmeme, DERS-toplam, DD-total, DD-ED, DD-AIKK, İBÖ-toplam ve İBÖ-sosyal izolasyon puanı DEHB olmayan annelerin puanından anlamlı şekilde yüksek; İBÖ-stratejiler puanı ise düşük bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Tüm Gruptaki Annelerin ASRS Ölçeği temelinde DEHB Olma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

		DEHB var	DEHB yok	p değeri*
		Ort±SS (min-maks)	Ort±SS (min-maks)	
ASRS	ASRS-Dikkat eksikliği	21,4±6,3 (11,0-31,0)	5,5±3,8 (0,0-14,0)	<0,001
	ASRS-Hiperaktivite	17,3±7,8 (2,0-34,0)	5,3±4,0 (0,0-14,0)	<0,001
	ASRS-Total	38,7±9,7 (24,0-62,0)	10,9±7,0 (0,0-23,0)	<0,001
Wender Utah Ölçeği	Wender Utah	36,3±16,3 (4,0-82,0)	9,1±8,2 (0,0-49,0)	<0,001
DERS	DERS-Farkındalık	14,4±4,9 (2,0-28,0)	11,7±3,3 (6,0-22,0)	0,001
	DERS-Açıklık	10,0±3,0 (5,0-17,0)	8,2±2,1 (5,0-13,0)	<0,001
	DERS-Kabul etmeme	11,1±3,6 (5,0-21,0)	8,3±2,0 (5,0-16,0)	<0,001
	DERS-Dürtü	10,2±3,0 (5,0-19,0)	9,3±2,6 (6,0-17,0)	0,076
	DERS-Stratejiler	12,4±3,7 (8,0-25,0)	14,9±4,5 (7,0-26,0)	0,001
	DERS-Amaçlar	9,3±2,5 (6,0-15,0)	8,8±1,8 (6,0-14,0)	0,442
	DERS-toplam	67,4±11,0 (47,0-102,0)	61,2±7,3 (47,0-81,0)	<0,001**
DDÖ	DD-total	20,5±6,6 (11,0-38,0)	16,5±5,1 (5,0-23,0)	<0,001**
	DD-ED	13,7±6,1 (4,0-29,0)	11,1±4,3 (1,0-24,0)	0,007**
	DD-AIKK	6,8±2,1 (2,0-11,0)	5,4±2,7 (1,0-12,0)	0,002

İBÖ	İBÖ-toplam	56,3±13,1 (35,0-97,0)	49,5±7,6 (37,0-71,0)	0,003
	Yoksunluk	18,3±7,2 (11,0-37,0)	15,8±5,5 (11,0-32,0)	0,058
	Kontrol güçlüğü	14,7±5,3 (10,0-30,0)	13,2±3,4 (10,0-25,0)	0,173
	İşlevsellikte bozulma	12,3±4,3 (7,0-25,0)	11,0±2,9 (7,0-19,0)	0,140
	Sosyal izolasyon	11,1±3,3 (7,0-20,0)	9,5±2,6 (7,0-17,0)	0,006

*Mann Whitney U testi, ** Student t testi yapılmıştır.

ASRS: Erişkin DEHB Öz-Bildirim Ölçeği; DERS: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği; DDÖ: Duygu Dışavurumu Ölçeği; DD-ED: Duygu Dışavurumu Eleştirel-Düşmancıl; DD-AIKK: Duygu Dışavurumu Aşırı İlgi-Koruyucu-Kollayıcı; DD-Total: Duygu Dışavurumu Toplam puanı; İBÖ: İnternet Bağımlılığı Ölçeği

4.8. Vaka Grubunda Bulunan Annelerin Wender Utah Ölçeği'ne Göre DEHB Olma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Vaka grubunda bulunanlarda Wender Utah Ölçeği'ne göre DEHB olan annelerin ASRS-dikkat eksikliği, ASRS-hiperaktivite, ASRS-total ve Wender Utah puanı DEHB olmayan annelerin puanından anlamlı olacak şekilde yüksek tespit edilmiştir ($p<0,001$) (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Vaka grubunda bulunan annelerin Wender Utah Ölçeği'ne göre DEHB olma durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

		DEHB var	DEHB yok	p değeri*
		Ort±SS (min-maks)	Ort±SS (min-maks)	
ASRS	ASRS-Dikkat eksikliği	23,5±5,7 (11,0-31,0)	12,0±8,4 (0,0-26,0)	<0,001
	ASRS-Hiperaktivite	19,0±8,0 (5,0-34,0)	9,1±6,8 (0,0-28,0)	<0,001
	ASRS-total	42,5±8,5 (27,0-62,0)	21,1±13,1 (1,0-46,0)	<0,001
Wender Utah Ölçeği	Wender Utah	44,9±11,3 (36,0-82,0)	13,6±8,6 (3,0-34,0)	<0,001
DERS	DERS-Farkındalık	14,6±4,4 (2,0-24,0)	15,5±5,1 (7,0-28,0)	0,631
	DERS-Açıklık	10,4±3,1 (5,0-17,0)	9,6±2,5 (5,0-14,0)	0,374
	DERS-Kabul etmeme	11,8±3,6 (5,0-21,0)	10,9±2,6 (6,0-16,0)	0,407
	DERS-Dürtü	10,1±3,0 (5,0-17,0)	11,3±3,4 (6,0-19,0)	0,174
	DERS-Stratejiler	12,1±3,8 (8,0-25,0)	12,2±3,2 (7,0-22,0)	0,615
	DERS-Amaçlar	9,3±2,6 (6,0-15,0)	9,3±2,1 (6,0-14,0)	0,833
	DERS-toplam	68,3±9,7 (47,0-92,0)	68,8±11,2 (53,0-102,0)	0,854**
DDÖ	DD-total	21,7±7,0 (11,0-38,0)	20,9±5,6 (6,0-33,0)	0,623**
	DD-ED	14,5±6,8 (4,0-29,0)	14,2±5,0 (1,0-24,0)	0,875**
	DD-AIKK	7,3±1,7 (4,0-10,0)	6,7±2,0 (2,0-11,0)	0,219

İBÖ	İBÖ-toplam	59,2±13,1 (40,0-97,0)	54,7±9,5 (35,0-79,0)	0,260
	Yoksunluk	18,7±7,0 (11,0-37,0)	18,4±7,0 (11,0-36,0)	0,780
	Kontrol güçlüğü	16,1±5,7 (10,0-30,0)	13,6±4,4 (10,0-25,0)	0,058
	İşlevsellikte bozulma	12,9±4,6 (7,0-25,0)	11,0±2,8 (7,0-18,0)	0,106
	Sosyal izolasyon	11,5±3,6 (7,0-20,0)	11,6±3,0 (7,0-17,0)	0,679

*Mann Whitney U testi, ** Student t testi yapılmıştır.

ASRS: Erişkin DEHB Öz-Bildirim Ölçeği; DERS: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği; DDÖ: Duygu Dışavurumu Ölçeği; DD-ED: Duygu Dışavurumu Eleştirel-Düşmancıl; DD-AIKK: Duygu Dışavurumu Aşırı İlgi-Koruyucu-Kollayıcı; DD-Total: Duygu Dışavurumu Toplam puanı; İBÖ: İnternet Bağımlılığı Ölçeği

4.9. Tüm Gruptaki Annelerin Wender Utah Ölçeği DEHB Olma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tüm grup beraber değerlendirildiğinde (Vaka+kontrol) Wender Utah Ölçeği'ne göre DEHB olan annelerin ASRS-dikkat eksikliği, ASRS-hiperaktivite, ASRS-total, Wender Utah, farkındalık, açıklık, kabul etmeme, DERS-toplam, DD-total, DD-ED, DD-AIKK, İBÖ-toplam, İBÖ-yoksunluk, İBÖ-kontrol güçlüğü, İBÖ-işlevsellikte bozulma ve İBÖ-sosyal izolasyon puanı DEHB olmayan annelerin puanından anlamlı şekilde yüksek; İBÖ-stratejiler puanı ise anlamlı olacak şekilde düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Tüm gruptaki annelerin Wender Utah Ölçeği'ne göre DEHB olma durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

		DEHB var	DEHB yok	p değeri*
		Ort±SS (min-maks)	Ort±SS (min-maks)	
ASRS	ASRS-Dikkat eksikliği	23,2±6,1 (8,0-31,0)	8,1±6,4 (0,0-26,0)	<0,001
	ASRS-Hiperaktivite	18,8±8,1 (5,0-34,0)	7,2±5,8 (0,0-28,0)	<0,001
	ASRS-total	42,0±9,2 (18,0-62,0)	15,3±11,0 (0,0-46,0)	<0,001
Wender Utah Ölçeği	Wender Utah	45,0±11,2 (36,0-82,0)	10,9±8,6 (0,0-34,0)	<0,001
DERS	DERS-Farkındalık	14,5±4,4 (2,0-24,0)	12,2±4,1 (6,0-28,0)	0,001
	DERS-Açıklık	10,4±3,1 (5,0-17,0)	8,4±2,3 (5,0-14,0)	0,001
	DERS-Kabul etmeme	11,7±3,6 (5,0-21,0)	8,6±2,4 (5,0-16,0)	<0,001
	DERS-Dürtü	10,1±2,9 (5,0-17,0)	9,5±2,8 (6,0-19,0)	0,261
	DERS-Stratejiler	12,2±3,7 (8,0-25,0)	14,5±4,4 (7,0-26,0)	0,002
	DERS-Amaçlar	9,3±2,6 (6,0-15,0)	8,9±1,9 (6,0-15,0)	0,575
	DERS-toplam	68,1±9,7 (47,0-92,0)	62,2±9,1 (47,0-102,0)	0,001**
DD	DD-total	21,5±7,0 (11,0-38,0)	16,9±5,2 (5,0-33,0)	<0,001**
	DD-ED	14,3±6,8 (4,0-29,0)	11,4±4,3 (1,0-24,0)	0,012**
	DD-AIKK	7,2±1,8 (4,0-10,0)	5,5±2,7 (1,0-12,0)	<0,001

İBÖ	İBÖ-toplam	59,0±13,0 (40,0-97,0)	49,8±8,6 (35,0-79,0)	<0,001
	Yoksunluk	18,7±6,9 (11,0-37,0)	16,1±6,1 (11,0-36,0)	0,030
	Kontrol güçlüğü	16,0±5,6 (10,0-30,0)	13,0±3,4 (10,0-25,0)	0,002
	İşlevsellikte bozulma	12,9±4,6 (7,0-25,0)	11,0±3,0 (7,0-19,0)	0,027
	Sosyal izolasyon	11,4±3,6 (7,0-20,0)	9,7±2,6 (7,0-17,0)	0,011

*Mann Whitney U testi, ** Student t testi yapılmıştır.

ASRS: Erişkin DEHB Öz-Bildirim Ölçeği; DERS: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği; DDÖ: Duygu Dışavurumu Ölçeği; DD-ED: Duygu Dışavurumu Eleştirel-Düşmancıl; DD-AIKK: Duygu Dışavurumu Aşırı İlgi-Koruyucu-Kollayıcı; DD-Total: Duygu Dışavurumu Toplam puanı; İBÖ: İnternet Bağımlılığı Ölçeği

4.10. Vaka Grubundaki Annelerde İBÖ Puanı ile Ölçek Puanlarının Korelasyonu

Sadece vaka grubuna dâhil olan annelerin ölçek puanları incelendiğinde; İBÖ total puanı ile diğer ölçek puanları arasındaki korelasyon anlamlı görülmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. Vaka grubundaki annelerde İBÖ puanı ile ölçek puanlarının korelasyonu

	İBÖ-total	
	r	p
ASRS-Dikkat eksikliği	-0,042	0,741
ASRS-Hiperaktivite	0,207	0,098
ASRS-total	0,116	0,356
Wender Utah	0,234	0,061
DERS-Farkındalık	0,122	0,331
DERS-Açıklık	0,083	0,510
DERS-Kabul etmeme	0,240	0,054
DERS-Dürtü	0,077	0,544
DERS-Stratejiler	-0,145	0,249
DERS-Amaçlar	0,088	0,484
DERS-toplam	0,174	0,167
DD-total	0,108	0,392
DD-ED	0,134	0,288
DD-AIKK	-0,077	0,541

ASRS: Erişkin DEHB Öz-Bildirim Ölçeği; DERS: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği; DDÖ: Duygu Dışavurumu Ölçeği; DD-ED: Duygu Dışavurumu Eleştirel-Düşmancıl; DD-AIKK: Duygu Dışavurumu Aşırı İlgi-Koruyucu-Kollayıcı; DD-Total: Duygu Dışavurumu Toplam puanı; İBÖ: İnternet Bağımlılığı Ölçeği

4.11. Tüm Gruptaki annelerde İBÖ Puanı ile Ölçek Puanlarının Korelasyonu

Vaka ve kontrol grubuna dahil edilen annelerin ölçek puanları birlikte değerlendirildiğinde; İBÖ-total ile ASRS-dikkat eksikliği, ASRS-hiperaktivite, ASRS-total, Wender Utah, DERS-farkındalık, DERS-kabul etmeme, DERS-toplam, DD-total, DD-ED, DD-AIKK arasında pozitif yönde; İBÖ- total ile İBÖ-stratejiler arasında ise negatif yönde anlamlı bir korelasyon belirlenmiştir (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Tüm gruptaki annelerde İBÖ puanı ile diğer ölçek puanlarının korelasyonu

İBÖ-total		
	r	p
ASRS-Dikkat eksikliği	0,298	0,001
ASRS-Hiperaktivite	0,192	0,029
ASRS-total	0,295	0,001
Wender Utah Ölçeği	0,314	<0,001
DERS-Farkındalık	0,201	0,022
DERS-Açıklık	0,135	0,125
DERS-Kabul etmeme	0,321	<0,001
DERS-Dürtü	0,168	0,056
DERS-Stratejiler	-0,204	0,020
DERS-Amaçlar	0,029	0,740
DERS-toplam	0,219	0,012
DD-total	0,290	0,001
DD-ED	0,236	0,007
DD-AIKK	0,181	0,039

ASRS: Erişkin DEHB Öz-Bildirim Ölçeği; DERS: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği; DDÖ: Duygu Dışavurumu Ölçeği; DD-ED: Duygu Dışavurumu Eleştirel-Düşmancıl; DD-AIKK: Duygu Dışavurumu Aşırı İlgi-Koruyucu-Kollayıcı; DD-Total: Duygu Dışavurumu Toplam puanı; İBÖ: İnternet Bağımlılığı Ölçeği

5. TARTIŞMA

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) çocukluk çağında başlayan, son derece önemli akademik, sosyal ve psikiyatrik sorunlara yol açabilen ve olumsuz etkileri yaşam boyu sürebilen nörogelişimsel bir bozukluktur. DEHB tanısı olan bir çocuğun anne ve babası olmak bu hastalıkla beraber başka sosyal ve ruhsal problemlerin görülmesi sebebiyle ebeveynlerin sorumluluğunu arttıran bir durumdur.

Türkiye’de çocukların yetiştirilmesinde daha fazla payı olan anneler, DEHB olan çocuğun sorunlarıyla daha fazla başa çıkmak zorunda kalırlar. Bu durum da, anneler üzerinde ciddi bir sosyal baskı oluşturabilmekte, annelerin psikolojilerini olumsuz anlamda etkileyebilmektedir. Bu çerçevede, bu tarz davranış problemleri yaşayan çocukların ebeveynlerinde daha çok psikolojik rahatsızlık görüldüğü de bilinmektedir.

Bu nedenle çalışmamızda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış çocukların anneleri ile herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan çocukların annelerini DEHB, emosyon disregülasyonu, duygu dışavurumu ve internet bağımlılığı açısından karşılaştırmayı ve elde edilen bulguları literatür ışığında tartışmayı amaçladık.

Çalışmamıza 65 DEHB tanısı olan çocukların anneleri ile 65 sağlam çocuk annesi olmak üzere toplam 130 katılımcı dâhil edilmiştir. Çalışmanın güvenilirliğini arttırmak için vaka ve kontrol grubuna dâhil olan çocuklar yaş ve cinsiyet bakımından eşleştirilmiştir. Vaka grubunda bulunan çocukların yaş ortalaması $9,9 \pm 2,0$ ve kontrol grubunda bulunan çocukların yaş ortalaması ise $10,1 \pm 2,8$ olup aralarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık görülmemiştir. Çalışmamızda DEHB grubundaki çocukların yaş ortalamasının $9,9 \pm 2,0$ yıl olması DEHB’in görülme sıklığının zirve yaşı olan on sene dolaylarında olduğunu belirten literatürdeki diğer çalışmalarla benzer tespit edilmiştir (13, 187-189).

Vaka ve kontrol grubundaki anneler arasında anne yaşı, öğrenim süresi, öğrenim durumu, yaşanılan yer, meslek, gelir durumu, medeni durum ve çocuk sayısı açısından anlamlı farklılık görülmemiştir. Çalışmamızda gruplar arasında annede fiziksel hastalık, annede ilaç kullanımı, intihar, sigara, alkol ve madde kullanımı açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ayrıca annelerin hiçbirinde herhangi bir madde kullanımı belirtilmemiştir.

Vaka ve kontrol gruplarımız arasında anne yaşı, öğrenim süresi, öğrenim durumu, yaşanan yer, meslek, gelir durumu, medeni durum, çocuk sayısı ve çocuk cinsiyeti dağılımları açısından istatistiksel farklılıkların bulunmaması olguların kıyaslanabilir olduğunu destekler niteliktedir. Çalışmamızda geçmişe dönük DEHB taraması açısından WUDÖ ölçeği kullanılmıştır. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan çocukların annelerinin WUDÖ puanının ortalamasının $32,9 \pm 18,5$ olmasına karşın kontrol grubu annelerin WUDÖ puan ortalaması $10,4 \pm 9,7$ olarak tespit edilmiş olup aralarında istatistiksel anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Wender Utah Ölçeği'ne göre vaka grubundaki annelerde DEHB görülme oranı (%61,5) kontrol grubundaki annelerin oranından (%1,5) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda literatürü destekler nitelikte DEHB tanılı çocukların annelerinin WUDÖ puan ortalamalarının, kontrol grubuna nazaran daha fazla olduğu görülmüştür. Bu bulgularımız çalışmamıza dâhil edilen DEHB'li grubun annelerinin çocukluğunda olası dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı olabileceği ihtimalini desteklemektedir. Aynı zamanda DEHB'li çocuğu olan anne ve babalarda sağlam gruplara nazaran DEHB semptomlarının daha fazla bulunacağı öngörümüzü de destekler niteliktedir. Literatürde çocukluğunda DEHB teşhisi almış olan ebeveynlerin çocuklarının değerlendirildiği çalışmalarda bu anne ve babaların çocuklarının yarısından fazlasında DEHB tanı ölçütlerini karşılaması tespit edilmiş olup DEHB'li çocukların ebeveynlerinde de DEHB riskinin toplum ortalamasına nazaran daha fazla olduğu belirtilmiştir (190, 191).

Çalışmamızda ASRS ölçeği ile annelerin son altı aydaki DEHB belirtileri sorgulanmıştır. Vaka grubumuzda bulunan annelerin ASRS-dikkat eksikliği, ASRS-hiperaktivite ve ASRS toplam puanı kontrol grubunda bulunanların puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. ASRS'ye göre vaka grubundaki annelerde DEHB görülme oranı (%78,5) kontrol grubundaki annelerin oranından (%13,8) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Bu bilgiler ışığında DEHB tanısı alan bireylerin çocuklarında da aynı patolojilerin bulunması olasıdır ve çalışmamızda da bu durum tespit edilmiştir. Yapılan aile çalışmalarında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanılı kişilerin birinci derece yakınlarında 4-6 kat risk artışı olduğu tespit edilmiştir (44). Başka bir araştırmada ise Faraone ile ark. DEHB'si olanların anne ve babalarında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu riskinin 2-8 kat arttığı, kardeşlerinin de DEHB riskinin 3-5

kat artmış olduğunu belirtmişlerdir (45). Tuğlu ve arkadaşlarının çalışmalarında yetişkin DEHB tanılı bireylerin çocuklarının %57'sinin DEHB tanısını karşıladığı, DEHB tanılı yetişkinlerin en az üçte birinin DEHB tanılı çocuğu ve DEHB tanılı çocukların da en az üçte birinin DEHB tanılı ebeveynlerinin olduğu saptanmıştır (192). Bu çalışmalar DEHB' nin %60-90 gibi yüksek oranlarda genetik geçişi bulunduğunu belirtmektedir (193). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu biyolojik, kalıtsal ve çevresel unsurların etkileşimleri neticesinde beyinde ortaya çıkan bir bozukluk olarak tarif edilmiştir (194). Çalışmamızda da DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerinin hem WUDÖ hem de ASRSR toplam puan ortalamaları sağlıklı kontrol grubunda bulunan çocukların ebeveynlerinin ortalama puanlarından anlamlı şekilde yüksekti.

Çalışmamızda vaka grubuna dâhil edilen annelerin Duygu Dışavurumu Eleştirel-Düşmancıl (DD-ED), Duygu Dışavurumu Aşırı İlgi-Koruyucu-Kollayıcı (DD-AIKK) ve Duygu Dışavurumu (DD) toplam puanı kontrol grubunda bulunan annelerin puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bazı araştırmalarda geliştirilen çeşitli ölçeklerde emosyonel semptomlar değişik şekillerde tanımlanırken biz çalışmamızda annelerdeki duygu dışavurumlarını değerlendirmek için Duygu Dışavurumu Ölçeği (DDÖ)'ni kullandık. Literatürde bu ölçeğin kullanıldığı DEHB tanılı çocukların anneleri ile sağlam çocuk annelerinin duygu dışavurumları ve DEHB arasındaki bağlantıyı inceleyen bir başka araştırmaya rastlanılmamıştır. Fakat literatürde farklı ölçeklerin kullanıldığı yayınlara baktığımızda; Hinshaw ile Peris'in 2003'teki araştırmalarında ergenlikten önceki dönemdeki kız çocuklarında duygu dışavurumu, DEHB semptomları ve beraber seyreden yıkıcı davranışların bağlantılarını incelemişlerdir. Bu nedenle 81 DEHB tanılı kızın ailesi ile 50 sağlıklı grup olan kızın ailesine FMSS ölçeği uygulanmış, ebeveynlerin duygu dışavurumu yüksekliği DEHB ve saldırganlıkla bağlantılı tespit edilmiştir (153). 2007 yılında Psychogiou ve arkadaşlarının (154) araştırmalarında annelerinin okul çağı erkek çocuklarına karşı göstermiş oldukları duygu dışavurumu ile anne ve çocukların psikolojik semptomları arasındaki ilişkileri incelemişlerdir. Bu nedenle okul çağında olan 100 erkek çocuğun annelerinin duygu dışavurumlarını değerlendirmek için FMSS ölçeği kullanılmış, eleştirelilik ile DEHB arasında pozitif yönde korelasyon olduğu saptanmış. Fazla koruyucu/kollayıcı olması ile DEHB ve davranış problemleri arasındaysa negatif yönde korelasyon olduğu tespit edilmiştir (153). 2008 yılında Sonuga ve arkadaşlarının (195) araştırmalarında anne ve babaların duygu dışavurumlarının DEHB'deki kalıtsal etkileri

incelenmiştir. Bu gerekçeyle araştırmaya 909 aile dâhil edilmiş, ebeveynlerin duygu dışavurumu ise CAG (Camberwell Aile Görüşmesi) ile değerlendirilmeye alınmıştır. Neticesinde ilk kez tanı konulan ve önceden tanısı bulunan hastalardaki DEHB'nin şiddeti ile beraber seyreden davranımın bozukluğunun kalıtsal düzenlenmesinde duygu dışavurumunun rolüne ilişkin tespitlere rastlanılmıştır (195).

Cartwright ve ark. 2011 yılında yayınlanan çalışmalarında 60 DEHB'li hasta, hastanın sağlıklı olan araştırmaya alınarak anne ve babalarına da "FMSS" ölçeği uygulamışlardır (196). Neticesinde annelerin duygu dışavurumunun çocuğun kendisine has unsurlardan etkilenildiğini ve bu unsurların büyük bölümünün de çocuktaki DEHB patolojisinden ziyade davranışsal sorunlara eşlik eden semptomlardan kaynaklandığı görülmüştür (196). 2014 yılında Richards ve arkadaşlarının (197) yayınlanmış olan araştırmalarında DEHB tanılı çocuk ve onların kardeşleri temel alınarak annenin duygu dışavurumu değerlendirilmiştir. Bu maksatla DEHB tanılı çocuk ile kardeşi olan 365 aile çalışmaya dâhil edilerek annelerin duygu dışavurumu Camberwell Aile Görüşmesi ile incelenmiştir. Neticesinde annenin sıcaklığının olumlu sosyal davranışlarla pozitif bağlantılı, antisosyal davranışlarla negatif bağlantılı olduğu bulunurken annenin eleştireliliği bunun tam zıddı şeklinde tespit edilmiştir (197).

Yukarıda özetlediğimiz araştırmalarda genellikle DEHB tanılı kişilerin ailelerinde duygu dışavurumunun yüksek olduğundan ve bunun da DEHB semptomlarını ve eşlik eden belirtileri negatif yönde etkilediğinden bahsedilmektedir. Dolayısıyla bizim çalışmamız da daha önceleri yapılan ve aile fertlerinin duygu dışavurumunu değerlendirmekte olan çalışmalarla paralel sonuçlar ortaya çıkarmış ve DEHB tanılı çocuğu olan annelerde DEHB'si bulunmayanların annelerine nazaran anlamlı şekilde daha yüksek duygu dışavurumu olduğu neticesine ulaşılmıştır. Bu anlamlılığı DDÖ ED (Eleştirel-Düşmancıl) ve AIKK (Aşırı İlgi-Koruyucu-Kollayıcı) alt ölçeklerinde de gözlenmiştir. Bu durum DEHB tanılı çocukların annelerinde daha eleştirel ve olumsuz davranış, duygulanım içerisinde olduklarını, öfkelerini denetlemede güçlük yaşadıklarını, çocuklarına karşı aşırı korumacı ve/veya fedakâr tavırlar sergiledikleri, çocuklarına objektif olarak bakamadıkları ve aşırı duygusal tepkiler verdikleri anlamına gelebilir. Ayrıca tüm ebeveynler birlikte değerlendirildiğinde annedeki DEHB varlığı ile duygu dışavurumu arasında bir ilişki varken (Tablo 4.13, Tablo 15); bu ilişki sadece DEHB'li çocukların ebeveynlerinin ölçek puanları analiz edildiğinde (Tablo 4.12, Tablo 4.14) kaybolmuştur. Ek olarak DEHB'li çocuklar

cinsiyetine göre ayrılıp cinsiyet değişkenine göre annelerdeki duygu dışavurum puanları analiz edildiğinde; çocuğun cinsiyeti ile annedeki DD ölçek puanları arasında fark bulunmamıştır (Tablo 11). Bu durum ise ebeveynin DEHB olmasının yanı sıra DEHB’li bir çocuğa sahip olmanın çocuğun cinsiyetinden bağımsız şekilde ebeveynde duygu dışavurumunu etkilediği şeklinde yorumlanabilir.

Literatürde ilk kez bir ruhsal bozukluk olarak tanımlanmasından günümüze kadar birçok araştırmacı DEHB belirtileri içerisinde duygu düzenleme becerisine ilişkin sorunlardan söz etmiş ve DEHB ile duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişki farklı ölçme araçları aracılığıyla yazında birçok kez incelenmiştir (198-200). Gerçekleştirilen araştırmalar DEHB ile duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişkiyi ortaya koymuş (201-203) ve duygu düzenleme güçlüğü’nün DEHB’nin temel özelliklerinden biri olduğu görüşü ortaya çıkmıştır (132, 133, 204). Çalışmamızda ise DEHB’li çocukların kendisinde değil ebeveynlerindeki duygu düzenleme sorunları araştırılmış, bir sonraki aşamada ise duygu düzenleme güçlüklerinin çocuğun cinsiyeti ve ebeveynin DEHB tanısını karşılayıp karşılamama durumuna göre değerlendirmesi yapılmıştır. Bu yönleriyle çalışmamız bildiğimiz kadarıyla DEHB’li çocukların ebeveynlerinin duygu düzenleme güçlüğü’nün ölçümünde Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DERS-DDGÖ)’nin kullanılarak sağlıklı çocukların ebeveynleri ile kıyaslandığı ilk çalışma özelliğindedir.

DERS’in alt ölçek başlıklardan olan “kabullenememe”, bireyin negatif duygulara sekonder gelişen duygusal cevaba yönelimini veya bireyin stresli durumlara karşın oluşan tavırlarını kabul etmesindeki güçlükleri; “amaçlar” negatif duyguları deneyimlerken odaklanmadaki ve hedeflere ulaşmaktaki sıkıntıları; “dürtüler” negatif duyguları deneyimlerken bireyin dürtülerin kontrolünde zorlanmalarını; “farkındalık” duygusal tepkilere ilişkin farkındalığının bulunmamasını; “strateji” duygularını düzenlemesi için stratejilerden kısıtlı faydalanabilmesini; “açıklık” ise bireyin deneyimlediklerini ne kadar farkında olduğunu, duygusal tepkilerini anlamakta zorlandığını tarihlemektedir (205).

Geçmiş çalışmalarda emosyon disregülasyonu semptomlarının DEHB’li kişilerde farklı ölçekler kullanılarak ölçülmüş ve yüksek oranda emosyonel disregülasyonu semptomları görülmüştür (137, 206). DEHB tanısı bulunan çocuklar öfkelerini kontrol etmekte güçlük ve duygudurum sorunları yaşadıkları bilinmektedir. DEHB tipik semptomları ile duyguları düzenleme güçlüklerini birlikte değerlendiren

geniş kapsamlı araştırmalara rastlanmamıştır. Yapılan kesitsel çalışmalarda DEHB tanılı erişkinlerde emosyon disregülasyonunun önemli bir şekilde yükseldiği görülmektedir. Reimherr ile ark. yetişkin DEHB'li kişilerden oluşan bir grupta hastaların dörtte üçüne yakın oranlarda emosyon disregülasyonu olduğunu bulmuşlardır (207). Rösler de bahsedilen çalışmada olduğu gibi WRAADDs ölçeği ile 168 kişilik bir grupta yetişkin DEHB'lilerin emosyon disregülasyonunu değerlendirmişlerdir ve yüksek olduğunu saptamışlardır. Surman ile arkadaşlarının yaptıkları bir başka araştırmada ise elli yetişkin DEHB'li kişilerin yaklaşık yarısında duygusal self regülasyon yetersizliği olduğu tespit edilmiştir (137). Emosyon disregülasyonu, yetişkin DEHB'li bireylerde DEHB'nin yanı sıra uyku problemleri, kaygı, karşıt olma karşı gelme semptomları gibi birçok rahatsızlığın şiddetini arttıran risk oluşturunca etmen olduğu düşünülmektedir (207-210). Murphy ile Barkley'in araştırmasında ise emosyon belirtilerinin, DEHB'li bireylerde sağlam gruba nazaran önemli bir şekilde daha fazla olduğu tespit edilmiştir (104). Bahsedilen bu araştırmada sosyal işlevsellik durumlarının bir kısmında emosyon belirti kümesinin sadece etmen olduğu belirtilmiştir. Burdan anlaşılabileceği üzere emosyon belirtilerinin DEHB'nin psikopatolojisinde farklı ufuklar açabilir (132). Bunun yanı sıra yazında çok fazla ele alınmamış olmakla birlikte DEHB'li bireylerdeki duygu düzenleme güçlüğü ve cinsiyetler arası farkı inceleyen çalışmalar kadın DEHB'li bireyin erkeklere göre daha yüksek düzeyde duygu düzenleme güçlüğü yaşadığına dair sonuçlara ulaşmıştır (207, 209, 211, 212). Aynı zamanda, duygu düzenleme güçlüğü ve DEHB arasında belirlenen ilişkinin tüm DEHB alt boyutları açısından korunduğu araştırmalarda ortaya konmuştur (132, 213, 214). Biderman ve arkadaşlarının konuyla ilgili yaptıkları çalışmada negatif duygulanımın DEHB tanılı çocuklarda %30-50 oranında görüldüğü, bunun da emosyonel disregülasyonun gelişimi açısından bir gösterge olduğunu belirtmişlerdir (95). Aynı şekilde Musser 2013 yılındaki, Walcott ve Landau ise 2017 yılındaki çalışmalarda, DEHB tanılı ergenlerin emosyon disregülasyonu ile uyumlu davranışlar sergilediğini belirtmişlerdir (246, 247). Ayrıca DEHB ve emosyon disregülasyonu birlikteliğinin sosyal anlamdaki ilişkileri, akranları yabancılaştırması, reddedilmeye katkıda bulunması ve dolayısıyla DEHB'li gençlerin sosyal işleyişine olumsuz etkilediği şeklinde çalışmalar da mevcuttur (248). Çalışmamızda da çocuğun DEHB tanısından bağımsız ASRS ve Wender Utah Ölçeği'ne göre DEHB tanısını karşılayan ebeveynlerin DERS/farkındalık, DERS/açıklık, DERS/kabul etmeme, DERS/stratejiler, DERS/toplam puanlarının DEHB tanısını karşılamayan ebeveynlerden literatürü destekler şekilde anlamlı olarak

daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızın ayrıca temel hipotezlerinden biri olan DEHB’li çocukların ebeveynlerindeki emosyon disregölasyonu incelendiğinde; vaka grubuna dâhil edilen annelerin DERS/farkındalık, DERS/açıklık, DERS/kabul etmeme, DERS/dürtü ve DERS/toplam puanı kontrol grubunda bulunan annelerin puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Ancak literatürde bildiğimiz kadarıyla DEHB’li çocukların ebeveynlerindeki duygu düzenleme güçlüklerinin değerlendirildiği bir çalışma bulunmaması nedeniyle sonuçlarımız farklı çalışmalarla kıyaslanamamıştır. Bir çalışmada anne ve babalar; DEHB tanılı çocuklarının davranışlarının kendi üzerindeki duygusal etkileri, bu davranışların vakitlerinin çoğunu alması ve aile içi faaliyetlerini sınırlandırması nedeniyle hayat kalitelerinin bozulduğunu bildirmişlerdir (251). Çalışmamızdan elde edilen bir diğer veri çalışmaya katılan tüm anneler beraber değerlendirildiğinde annede DEHB durumu ile emosyon disregölasyonu ilişkili iken, sadece vaka grubundaki ebeveynler ele alındığında annenin şimdi ve geçmişte DEHB tanısını karşılayıp karşılamaması arasında emosyon disregölasyon puanlarında farklılık oluşmamıştır. Yine ocuğun cinsiyetine göre annedeki duygu düzenleme güçlükleri puanları değişmemiştir. Bu sonuçta tıpkı duygu dışavurumunda olduğu gibi DEHB tanılı bir çocuğa sahip olmanın annenin DEHB tanısının ve çocuğun cinsiyetinin ötesinde annede var olan duygu düzenleme güçlüklerine katkı sağlayacağını düşündürmüştür. Nitekim DEHB’li çocukların ebeveynlerindeki duygu düzenleme güçlüklerinin değerlendirildiği bir çalışmanın olmaması hem çalışmamızın önemini arttırmış, hem de bu alanda araştırma yapılmasına gereken ihtiyacı ortaya koymuştur. Az sayıdaki çalışma da DEHB’de emosyon disregölasyonun kalıtsal alt yapısıyla bağlantısını incelemiştir. Surman ile arkadaşları, ailevi riskin analizini yaparak DEHB ile yetersiz duygu düzenlemenin arasındaki ailesel bağlamı incelemişlerdir (137). Bahsedilen araştırmada, DEHB tanılı kişilerin kardeşlerinde DEHB tanılı olma riskinde bir artış tespit etmişler; fakat yalnızca DEHB ve emosyon disregölasyon beraberliği bulunan kişilerin kardeşlerinde emosyon disregölasyonun puanının yüksek olduğunu saptamışlardır. Elde edilen bu bulgular dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun genetik bir subgrubunda emosyon disregölasyonun olduğunu gösterebilmektedir. Böylelikle emosyon disregölasyonun DEHB’de güvenle sorgulanabilen geçerli bir psikopatolojik alan olduğu belirtilmektedir (132). Çalışmamızdaki DEHB olan annelerin DEHB olmayanlara göre emosyon disregölasyonu puanlarının yüksek olması, yine DEHB tanılı çocukların annelerinin sağlıklı kontrol grubundaki çocukların

annelerine göre daha fazla duygu düzenlemede güçlükler yaşaması genetik zemini açıklayan literatürü destekler niteliktedir.

Bu bilgiler doğrultusunda kliniğe başvuran DEHB çocuk annesi klasik DEHB belirtilerine ilaveten emosyon semptomları da açısından da değerlendirilmeli ve emosyon disregülasyonu tedavi yönünden de ele alınmalıdır. DEHB'li çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinde duygu düzenlemedeki güçlükleri daha fazla araştırmak önem arz etmektedir.

Yirmi birinci yüzyılda hayatımızın vazgeçilmezleri arasında yerini alan internetin getirdiği kolaylıkların yanında, aşırı ya da kontrolsüz kullanıldığında sorunlara yol açtığı bilinmektedir (215). Ülkemizde internet kullanımının dünyanın pek çok ülkesinden yüksek olduğuna ilişkin veriler bulunmakta ve yaygınlık giderek artmaktadır (216). Yazında çocuklar, ergenler ve genç erişkinlerde internet bağımlılığı konusunda yapılmış birçok çalışma mevcuttur (164, 167, 217-223). İnternet bağımlılığı ve psikopatolojileri inceleyen bir yayında ise DEHB ve emosyon disregülasyonun her ikisinin de kişiler arası ilişkileri kötü etkilediği ve bu bireylerin de internet ortamının bu eksikliği maskeleyiği için de online ilişkileri gerçek yaşamdaki ilişkilere tercih ettiği belirtilmiştir (185). Bu çalışmada ise DEHB'li çocukların ebeveynlerindeki internet bağımlılığı araştırılmıştır. Literatürde bildiğimiz kadarıyla DEHB tanılı çocuk annesi ile sağlam çocuk annesi arasında internet bağımlılığını kıyaslayan başka bir araştırmaya rastlanmamış olup çalışmamız bu konuda yapılmış ilk araştırma niteliğindedir.

DEHB ve internet bağımlılığı arasında güçlü bir ilişki olasıdır çünkü her iki bozuklukta da kolay sıkılma ve gecikmiş ödüle karşı isteksizlik ya da tahammülsüzlük gibi belirtiler örtüşmektedir (224-226). DEHB ile internet bağımlılığının sık birlikteliği pek çok çalışmada bildirilmiştir (162-164). Bernardi ve Pallanti DEHB tanılı yetişkinlerin %14'ünde İB olduğunu belirtmişlerdir (166). DEHB tanılı olgular kontrollerle kıyaslandığında DEHB'lilerde internet bağımlılığı ölçeğinin puanının daha fazla olduğu (164) ve DEHB'nin kliniği kötüleştikçe İB ölçeğinin puanlarının da yükseldiği tespit edilmiştir (224). Literatürü taradığımızda geniş kapsamlı araştırmalarda internet bağımlılığı olan grupta DEHB tanısının yaygınlığına önem verilmektedir. 2000 ile 2009 seneleri arasındaki yılları kapsayan bir inceleme araştırmasında internet bağımlılığı ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu arasında yüksek eşanloluğu olduğu tespit edilmiştir (227). 10 ayrı lisedeki 2293 adölesandan oluşan ve 2 senelik yapılan gözlemler neticesinde DEHB ile internet bağımlılığı

arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu saptanmıştır. İlaveten bu çalışmaya dâhil edilen kızlardaki internet bağımlılığını öngören en önemli prediktörün DEHB olduğu, erkeklerde ise hostiliteden sonra ikinci en önemli prediktörün olduğu tespit edilmiştir (168). Türkiye’deki üniversite öğrencilerini kapsayan bir başka araştırmada ise DEHB’nin kişinin şahsi özelliklerinden, kaygı ve depresif belirtilerinden bağımsız olarak internet bağımlılığını öngördüğü saptanmıştır (224). Bununla birlikte DEHB’nin klinik belirtileri arttıkça online oyunlar oynama ve internet bağımlılığında anlamlı artışlar olduğu gösterilmiştir (228). Bu sonuçlar internet bağımlılığının DEHB tanısı olanlarda daha fazla ödöl arama isteğinin bulunması ve motivasyon amaçlanması olarak açıklanabilir. Yen ile ark. tarafınca yapılan ve fakölte öğrencilerini kapsayan bir araştırmada, internet bağımlılığı ile dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik arasındaki ilişki araştırılmıştır. İnternet bağımlılığıyla en fazla ilişkilendirilen belirtinin dikkat eksikliği olduğu ve bunu da dürtüsellüğün takip etmiş olduğu saptanmıştır (218). Diğerk bir araştırmada ise aşırı hareketlilik/dürtüsellik belirtilerinin internet bağımlılığı ile daha belirgin bağlantısı olduğu tespit edilmiştir (224). Çalışmamızda DEHB’li ebeveynlerin İBÖ puanları genel olarak DEHB’li olmayan annelerden literatürü destekler şekilde daha yüksek saptanmıştır (Tablo 4.13-4.15). ASRS ve Wender Utah Öleğı puanları, duygu dışavurum puanları, DERS toplam puanı ile İBÖ puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon tespit edilmiştir (Tablo 4.17). Ayrıca sonuçlarımızda DEHB tanısına sahip çocukların annelerinin İBÖ-yoksunluk, İBÖ-kontrol güçlüğü, İBÖ-sosyal izolasyon ve İBÖ toplam puanı kontrol grubunda bulunan annelerin puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.10). Ayrıca analizlerde DEHB tanılı çocuklarda cinsiyetin annedeki internet bağımlılığı oranlarını etkilemediğı (Tablo 4.11) saptanmıştır. Ancak literatürde DEHB’li çocukların ebeveynlerindeki internet bağımlılığını araştıran çalışma olmadığından çalışma sonuçlarımız farklı araştırmalarla kıyaslanamamıştır.

5.1. Güçlü Yanları ve Sınırlılıklar

Çalışmamızın bazı güçlü yanları bulunmaktadır;

- Çalışmamız DEHB tanılı çocukların anneleri ve sağlam çocuk anneleriyle yapılmış bir çalışma olmakla beraber çalışmamızda eş zamanlı olarak birkaç parametre değerkendirilmiştir. Aynı zamanda çalışmamızda bu parametreler

çocuğun cinsiyeti ve annenin DEHB olup olmaması değişkenlerine göre de değerlendirilmiştir.

- Çalışmamız bildiğimiz kadarıyla DEHB tanılı çocukların anneleri ile sağlam çocuk annelerinin duygu dışavurumu, emosyon disregülasyonu ve internet bağımlılığı açısından kıyaslandığı ilk yayın özelliği taşımaktadır.
- İBÖ ile diğer ölçeklerimizin korelasyonun yapılması da çalışmamızın diğer bir güçlü yanını oluşturmaktadır.

Çalışmamızın kısıtlılıkları ise şu şekildedir;

- Çalışmamızda kullandığımız ölçeklerin sayısının ve ölçeklerin uzunluğunun fazla olması hastaların ve kontrol grubunun ölçek sorularına odaklanmalarına ve gerçek duygularını yansıtmalarına engel olmuş olabilir.
- Katılımcılara uyguladığımız WUDÖ'deki bazı soruları, katılımcılar hatırlamakta zorluk çekmiş bu da yanlış cevap vermiş olmalarına neden olmuş olabilir.
- Ebeveynlerle yapılandırılmış psikiyatrik görüşme yapılamamış olup sonuçlarımız bu durumdan etkilenmiş olabilir.
- Ve son olarak çalışmamızın örneklem sayısı küçüktü ve DEHB'li çocukların ebeveynlerinde DEHB tanısı yüksek oranda saptanmıştır. Bu nedenle DEHB tanısı olan çocukların DEHB olmayan anneleri sayıca az olduğundan bu durum sonuçlarımızı etkilemiş olabilir. Bu nedenle daha yüksek örneklem grubuyla uzunlamasına yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

DEHB tanılı çocuğun biyolojik anneleri ile sağlam çocuk annelerinin DEHB, emosyon disregülasyonu, duygu dışavurumu, bağımlılık açısından karşılaştırıldığı bu çalışmamıza 65 DEHB'li çocuk anneleri ile 65 sağlam çocuk anneleri dâhil edildi. Çalışmamızdaki önemli bir bulgu; DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerinin hem WUDÖ hem de ASRS toplam puan ortalamaları sağlıklı kontrol grubunda bulunan çocukların ebeveynlerinin ortalama puanlarından anlamlı şekilde yüksek bulunmasıydı. Aynı zamanda bu iki ölçeğe göre vaka grubundaki annelerde DEHB görülme oranı kontrol grubundaki annelerin oranından anlamlı şekilde yüksek olduğunu gördük. Bu sonuçlar çocuklarında DEHB tanısı olan ebeveynlerde kontrol grubuna göre daha fazla DEHB belirtilerinin olacağı öngörümüzü desteklemekte ve DEHB'nin yüksek oranda kalıtsal geçişi olduğu fikrini desteklemektedir.

Çalışmamızın bir diğer önemli sonucu ise vaka grubuna dâhil edilen annelerin Duygu Dışavurumu Eleştirel-Düşmancıl (DD-ED), Duygu Dışavurumu Aşırı İlgi-Koruyucu-Kollayıcı (DD-AIKK) ve Duygu Dışavurumu (DD) toplam puanı kontrol grubunda bulunan annelerin puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmasıydı. Ayrıca tüm ebeveynler birlikte değerlendirildiğinde; annedeki DEHB varlığı ile duygu dışavurumu arasında bir ilişki varken bu ilişkinin sadece DEHB'li çocukların ebeveynlerinin ölçek puanları analiz edildiğinde kaybolduğunu tespit ettik. DEHB'li çocuklar cinsiyetine göre ayrılıp cinsiyet değişkenine göre annelerdeki duygu dışavurum puanları analiz edildiğinde ise çocuğun cinsiyeti ile annedeki DD ölçek puanları arasında fark bulamadık. Bu durum ise ebeveynin DEHB olmasının yanı sıra DEHB'li bir çocuğa sahip olmanın çocuğun cinsiyetinden bağımsız şekilde ebeveynde duygu dışavurumunu etkilediği şeklinde yorumladık.

Çalışmamızın bir diğer sonucu ise çocuğun DEHB tanısından bağımsız ASRS ve Wender Utah Ölçeği'ne göre DEHB tanısını karşılayan ebeveynlerin DERS farkındalık, DERS açıklık, DERS kabul etmeme, DERS stratejiler, DERS toplam puanlarının DEHB tanısını karşılamayan ebeveynlerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmasıdır. Ayrıca DEHB'li çocukların ebeveynlerindeki emosyon disregülasyonunu incelediğimizde ise vaka grubuna dâhil edilen annelerin DERS farkındalık, DERS

açıklık, DERS kabul etmeme, DERS dürtü ve DERS toplam puanı kontrol grubunda bulunan annelerin puanından anlamlı şekilde yüksek bulduk.

Çalışmaya katılan tüm anneler beraber değerlendirildiğinde ise annede DEHB durumu ile emasyon disregölasyonu ilişkili iken, sadece vaka grubundaki ebeveynler ele alındığında annenin şimdi ve geçmişte DEHB tanısını karşılayıp karşılamaması arasında emasyon disregölasyon puanlarında farklılık oluşmadığını tespit ettik. Yine çocuğun cinsiyetine göre annedeki duygu düzenleme güçlükleri puanları değişmediğini gördük. Bu sonuçlarda tıpkı duygu dışavurumunda olduğu gibi DEHB tanılı bir çocuğa sahip olmanın annenin DEHB tanısının ve çocuğun cinsiyetinin ötesinde annede var olan duygu düzenleme güçlüklerine katkı sağlayacağını düşündük.

Çalışmamızdaki DEHB olan annelerin DEHB olmayanlara göre emasyon disregölasyonu puanlarının yüksek olması, yine DEHB tanılı çocukların annelerinin sağlıklı kontrol grubundaki çocukların annelerine göre daha fazla duygu düzenlemede güçlükler yaşaması DEHB'nin genetik zeminini desteklediği şeklinde yorumladık. Bu bilgiler doğrultusunda kliniğe başvuran DEHB çocuk annesi klasik DEHB belirtilerine ek olarak emosyonel belirtiler açısından da sorgulanmalı ve emasyon disregölasyon tedavide de ele alınması gerektiğini düşünüyoruz.

Çalışmamızın diğer önemli sonucu ise DEHB tanısına sahip çocukların annelerinin İBÖ-yoksunluk, İBÖ-kontrol güçlüğü, İBÖ-sosyal izolasyon ve İBÖ toplam puanı kontrol grubunda bulunan annelerin puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmasıydı. DEHB'li ebeveynlerin İBÖ puanları genel olarak DEHB'li olmayan annelerden şekilde daha yüksek tespit edildi.

Ve son olarak; ASRS ve Wender Utah Ölçeği puanları, duygu dışavurum puanları, DERS toplam puanı ile İBÖ puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon tespit ettik. Ayrıca analizlerde DEHB tanılı çocuklarda cinsiyetin annedeki internet bağımlılığı oranlarını etkilemediğini de gördük.

KAYNAKLAR

1. Fayyad, J., De Graaf, R., Kessler, R., Alonso, J., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., ... & Jin, R. (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 190(5), 402-409.
2. Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E., & Glasziou, P. (2015). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 135(4), e994-e1001.
3. Biederman J, Milberger S, Faraone SV, Kiely K, Guite J, Mick E, et al. Family-environment risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder: A test of Rutter's indicators of adversity. 1995;52(6):464-70.
4. Aydın H, Diler RS, Yurdağül E, Uğuz Ş, Şeydaoğlu GJKPD. DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde DEHB oranı. 2006;9(2):70-4.
5. Camcioğlu T, Yıldız Ö, Ağaoğlu BJAJoPAPD. DEHB tanısı konmuş çocukların anne babalarında DEHB sıklığı. 2011;12(3).
6. Hechtman L, JJ MJK, Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry . Aydın H BA. Dikkat eksikliği bozuklukları. 2007;8:3183-205.
7. Taylor EAJTBJoP. Childhood hyperactivity. 1986;149(5):562-73.
8. Thorley G. Hyperkinetic syndrome of childhood: clinical characteristics. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 1984;144:16-24.
9. Still GFJL. Some abnormal physical conditions in children. 1902;1008:1163-8.
10. Wood DR, Reimherr FW, Wender PH, Johnson GE. Diagnosis and treatment of minimal brain dysfunction in adults: a preliminary report. *Archives of general psychiatry*. 1976;33(12):1453-60.
11. Greenhill LJPdic, Saunders aPW. Attention deficit hyperactivity disorder in children. 1990:149-82.
12. Bozukluğu ŞSDEHJPTKAHBY. Köroğlu E, Güleç C, eds. 2007:823-37.
13. Köroğlu EJBAH. Amerikan psikiyatri birliği: psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabı, yeniden gözden geçirilmiş 4. 2001.

14. Dalsgaard S, Nielsen HS, Simonsen MJJoCP. Five-fold increase in national prevalence rates of attention-deficit/hyperactivity disorder medications for children and adolescents with autism spectrum disorder, attention-deficit/hyperactivity disorder, and other psychiatric disorders: a Danish register-based study. 2013;39(1).
15. Edition FJAPA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 2013;21(21):591-643.
16. Baddeley A. D.(1990), Human Memory: Theory and Practice. Hillsdale, NJ: Psychology Press.
17. Polanczyk G, De Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LAJAjop. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. 2007;164(6):942-8.
18. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LAJJocp, psychiatry. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. 2015;56(3):345-65.
19. Aktepe E, editor Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Konan Çocuk ve Ergenlerde Eş Tanılar ve Sosyodemografik Özellikler. Yeni Symposium; 2011.
20. Gul N, Tiryaki A, Kultur SEC, Topbas M, Ak IJKPB-BoCP. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disruptive behavior disorders among school age children in Trabzon. 2010;20(1):50-6.
21. Tahiroglu AY, Avcı A, Firat S, Seydaoglu GJAPD. Dikkat eksikligi hiperaktivite bozuklugu: Alt tipleri*/Attention deficit hyperactivity disorder: Sub-types. 2005;6(1):5.
22. Matthies S, Philipsen AJCPR. Comorbidity of personality disorders and adult attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)—Review of recent findings. 2016;18(4):1-7.
23. Faraone SV, Biederman J, Mick EJPM. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. 2006;36(2):159-65.
24. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. 2006;163(4):716-23.

25. Moffitt TE, Houts R, Asherson P, Belsky DW, Corcoran DL, Hammerle M, et al. Is adult ADHD a childhood-onset neurodevelopmental disorder? Evidence from a four-decade longitudinal cohort study. 2015;172(10):967-77.
26. Loge DV, Staton RD, Beatty WWJJotAAoC, Psychiatry A. Performance of children with ADHD on tests sensitive to frontal lobe dysfunction. 1990;29(4):540-5.
27. Wasserstein J, Lynn AJAotNYAoS. Metacognitive remediation in adult ADHD: Treating executive function deficits via executive functions. 2001;931(1):376-84.
28. Levy F, Swanson JMJA, Psychiatry NZJo. Timing, space and ADHD: the dopamine theory revisited. 2001;35(4):504-11.
29. Pliszka S, Child AWGoQIJJotAAo, Psychiatry A. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. 2007;46(7):894-921.
30. Shaywitz SE, Fletcher JM, Shaywitz BAJTiLD. Issues in the definition and classification of attention deficit disorder. 1994.
31. Health NCCfM. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. 2009.
32. Faraone SV, Biederman J, Spencer T, Wilens T, Seidman LJ, Mick E, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: an overview. 2000;48(1):9-20.
33. Faraone SV, Biederman JJBp. Neurobiology of attention-deficit hyperactivity disorder. 1998;44(10):951-8.
34. Santosh PJ, Taylor E, Swanson J, Wigal T, Chuang S, Davies M, et al. Refining the diagnoses of inattention and overactivity syndromes: A reanalysis of the Multimodal Treatment study of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) based on ICD-10 criteria for hyperkinetic disorder. 2005;5(5-6):307-14.
35. Chen C, Chen S, Mill J, Huang Y, Lin S, Curran S, et al. The dopamine transporter gene is associated with attention deficit hyperactivity disorder in a Taiwanese sample. 2003;8(4):393-6.

36. Langley K, Marshall L, van den Bree M, Thomas H, Owen M, O'Donovan M, et al. Association of the dopamine D4 receptor gene 7-repeat allele with neuropsychological test performance of children with ADHD. 2004;161(1):133-8.
37. Lowe N, Kirley A, Hawi Z, Sham P, Wickham H, Kratochvil CJ, et al. Joint analysis of the DRD5 marker concludes association with attention-deficit/hyperactivity disorder confined to the predominantly inattentive and combined subtypes. 2004;74(2):348-56.
38. Zoroğlu SS, Erdal ME, Alaşehirli B, Erdal N, Sivasli E, Tutkun H, et al. Significance of serotonin transporter gene 5-HTTLPR and variable number of tandem repeat polymorphism in attention deficit hyperactivity disorder. 2002;45(4):176-81.
39. Quist J, Barr C, Schachar R, Roberts W, Malone M, Tannock R, et al. The serotonin 5-HT1B receptor gene and attention deficit hyperactivity disorder. 2003;8(1):98-102.
40. Levy F, Hay DA, McSTEPHEN M, Wood C, Waldman IJ, JotAAoC, Psychiatry A. Attention-deficit hyperactivity disorder: a category or a continuum? Genetic analysis of a large-scale twin study. 1997;36(6):737-44.
41. Elia J, Glessner JT, Wang K, Takahashi N, Shtir CJ, Hadley D, et al. Genome-wide copy number variation study associates metabotropic glutamate receptor gene networks with attention deficit hyperactivity disorder. 2012;44(1):78-84.
42. Kendall T, Taylor E, Perez A, Taylor CJB. Diagnosis and management of attention-deficit/hyperactivity disorder in children, young people, and adults: summary of NICE guidance. 2008;337.
43. Faraone SV, Biederman JJC, America APCoN. Genetics of attention-deficit hyperactivity disorder. 1994;3(2):285-301.
44. Volkow ND, Wang G-J, Fowler JS, Logan J, Gerasimov M, Maynard L, et al. Therapeutic doses of oral methylphenidate significantly increase extracellular dopamine in the human brain. 2001;21(2):RC121-RC.
45. Keown LJ, Woodward LJ, Joacp. Early parent-child relations and family functioning of preschool boys with pervasive hyperactivity. 2002;30(6):541-53.

46. Ercan E, Aydın CJDehbEE, A.. İstanbul: Nobel Tıp Kitap Evleri. ss. Ben Hasta Değilim Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü. 1999:270-84.
47. Goldstein S. Continuity of ADHD in adulthood: Hypothesis and theory meet reality. 2002.
48. Millichap JGJP. Etiologic classification of attention-deficit/hyperactivity disorder. 2008;121(2):e358-e65.
49. Knopik VS, Heath AC, Jacob T, Slutske WS, Bucholz KK, Madden PA, et al. Maternal alcohol use disorder and offspring ADHD: disentangling genetic and environmental effects using a children-of-twins design. 2006;36(10):1461-71.
50. Pliszka SRJJoCP. Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder with psychiatric disorder: an overview. 1998;59(7):50-8.
51. Sprich S, Biederman J, Crawford MH, Mundy E, Faraone SVJJotAAoC, Psychiatry A. Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. 2000;39(11):1432-7.
52. Adler LAJJoCP. Clinical presentations of adult patients with ADHD. 2004;65:8-11.
53. Wolf LE, Wasserstein JJAotNYAoS. Adults ADHD: Concluding thoughts. 2001;931(1):396-408.
54. Çuhadaroğlu Çetin F, Coşkun A, İşeri EJBHYBA. Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı. 1. 2008:293-312.
55. Atladóttir HÓ, Parner ET, Schendel D, Dalsgaard S, Thomsen PH, Thorsen PJE. Variation in incidence of neurodevelopmental disorders with season of birth. 2007:240-5.
56. Hack M, Youngstrom EA, Cartar L, Schluchter M, Taylor HG, Flannery D, et al. Behavioral outcomes and evidence of psychopathology among very low birth weight infants at age 20 years. 2004;114(4):932-40.
57. Autti-Rämö IJDM, Neurology C. Twelve year follow-up of children exposed to alcohol in utero. 2000;42(6):406-11.
58. Thapar A, Fowler T, Rice F, Scourfield J, Van Den Bree M, Thomas H, et al. Maternal smoking during pregnancy and attention deficit hyperactivity disorder symptoms in offspring. 2003;160(11):1985-9.

59. Öner ÖJDehbASA, Y Işık Taner , Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Ankara: Golden Print. Soykan-Aysev A. 2007:397-419.
60. Swanson JM, Kinsbourne M, Nigg J, Lanphear B, Stefanatos GA, Volkow N, et al. Etiologic subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder: brain imaging, molecular genetic and environmental factors and the dopamine hypothesis. 2007;17(1):39-59.
61. Bekaroğlu M, Asian Y, Gedik Y, Değer O, Mocan H, Erduran E, et al. Relationships between serum free fatty acids and zinc, and attention deficit hyperactivity disorder: a research note. 1996;37(2):225-7.
62. Bellinger DC. Lead. Pediatrics. 2004;113(4 Suppl):1016-22.
63. Yorbık Ö, Olgun A, Kırmızıgül P, Akman ŞJKPD. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan erkek çocuklarda plazma çinko ve bakır düzeyleri. 2004;7(2):80-4.
64. Konofal E, Lecendreux M, Arnulf I, Mouren M-CJAop, medicine a. Iron deficiency in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. 2004;158(12):1113-5.
65. Mattes JAJCp. The role of frontal lobe dysfunction in childhood hyperkinesis. 1980;21(5):358-69.
66. Castellanos FX, Giedd JN, Berquin PC, Walter JM, Sharp W, Tran T, et al. Quantitative brain magnetic resonance imaging in girls with attention-deficit/hyperactivity disorder. 2001;58(3):289-95.
67. Castellanos FX, Giedd JN, Marsh WL, Hamburger SD, Vaituzis AC, Dickstein DP, et al. Quantitative brain magnetic resonance imaging in attention-deficit hyperactivity disorder. 1996;53(7):607-16.
68. Mostofsky SH, Cooper KL, Kates WR, Denckla MB, Kaufmann WEJBp. Smaller prefrontal and premotor volumes in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder. 2002;52(8):785-94.
69. Bush G, Valera EM, Seidman LJJBp. Functional neuroimaging of attention-deficit/hyperactivity disorder: a review and suggested future directions. 2005;57(11):1273-84.

70. Durston S, Tottenham NT, Thomas KM, Davidson MC, Eigsti I-M, Yang Y, et al. Differential patterns of striatal activation in young children with and without ADHD. 2003;53(10):871-8.
71. Rubia K, Overmeyer S, Taylor E, Brammer M, Williams SC, Simmons A, et al. Hypofrontality in attention deficit hyperactivity disorder during higher-order motor control: a study with functional MRI. 1999;156(6):891-6.
72. Bush G, Vogt BA, Holmes J, Dale AM, Greve D, Jenike MA, et al. Dorsal anterior cingulate cortex: a role in reward-based decision making. 2002;99(1):523-8.
73. Lee JS, Kim BN, Kang E, Lee DS, Kim YK, Chung JK, et al. Regional cerebral blood flow in children with attention deficit hyperactivity disorder: comparison before and after methylphenidate treatment. 2005;24(3):157-64.
74. Kim B-N, Lee J-S, Shin M-S, Cho S-C, Lee D-SJEAoP, Neuroscience C. Regional cerebral perfusion abnormalities in attention deficit/hyperactivity disorder. 2002;252(5):219-25.
75. Durston SJMr, reviews ddr. A review of the biological bases of ADHD: what have we learned from imaging studies? 2003;9(3):184-95.
76. Shaw P, Eckstrand K, Sharp W, Blumenthal J, Lerch J, Greenstein D, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. 2007;104(49):19649-54.
77. Swartwood JN, Swartwood MO, Lubar JF, Timmermann DLJPN. EEG differences in ADHD-combined type during baseline and cognitive tasks. 2003;28(3):199-204.
78. Hauser TU, Iannaccone R, Ball J, Mathys C, Brandeis D, Walitza S, et al. Role of the medial prefrontal cortex in impaired decision making in juvenile attention-deficit/hyperactivity disorder. 2014;71(10):1165-73.
79. Biederman J, Spencer TJBp. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) as a noradrenergic disorder. 1999;46(9):1234-42.
80. Russell V, Allie S, Wiggins TJBbr. Increased noradrenergic activity in prefrontal cortex slices of an animal model for attention-deficit hyperactivity disorder—the spontaneously hypertensive rat. 2000;117(1-2):69-74.

81. Dougherty DD, Bonab AA, Spencer TJ, Rauch SL, Madras BK, Fischman AJJTL. Dopamine transporter density in patients with attention deficit hyperactivity disorder. 1999;354(9196):2132-3.
82. Pliszka SR, McCracken JT, Maas JWWJotAAoC, Psychiatry A. Catecholamines in attention-deficit hyperactivity disorder: current perspectives. 1996;35(3):264-72.
83. Kiehl C, Gonzalez RR, Tannock R, Castellanos FXJC, American apCoN. Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. 2008;17(2):285-307.
84. Cantwell DPJotAAoC, Psychiatry A. Attention deficit disorder: a review of the past 10 years. 1996;35(8):978-87.
85. Castellanos FX, Rapoport JLJC, American APCoN. Etiology of attention-deficit hyperactivity disorder. 1992;1(2):373-84.
86. Perlov E, Philipsen A, Hesslinger B, Buechert M, Ahrendts J, Feige B, et al. Reduced cingulate glutamate/glutamine-to-creatine ratios in adult patients with attention deficit/hyperactivity disorder—a magnet resonance spectroscopy study. 2007;41(11):934-41.
87. Barkley RA, Murphy KR. Attention-deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook: Guilford Press; 2006.
88. Biederman J, Faraone SV, Mick E, Williamson S, Wilens TE, Spencer TJ, et al. Clinical correlates of ADHD in females: findings from a large group of girls ascertained from pediatric and psychiatric referral sources. 1999;38(8):966-75.
89. Tahiroğlu YJYTUT. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların sosyodemografik özellikleri, eşlik eden bozukluklar ve tedavi yaklaşımları. 2003.
90. Işık E, YI TJTKY. Çocuk, ergen ve erişkinlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. 2009.
91. Barkley RA, Brown TEJCS. Unrecognized attention-deficit/hyperactivity disorder in adults presenting with other psychiatric disorders. 2008;13(11):977-84.
92. Weiss MJC, adolescent psychiatry act. Attention deficit hyperactivity disorder. 2002.
93. Torun NY, Özşahin A, Sütçigil LJKPD. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Yetişkinlikteki Yansımaları. 2009;12(1).

94. Larson K, Russ SA, Kahn RS, Halfon NJP. Patterns of comorbidity, functioning, and service use for US children with ADHD, 2007. 2011;127(3):462-70.
95. Visser SN, Zablotsky B, Holbrook J, Danielson M, Bitsko RJNhsr. Diagnostic experiences of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. 2015;81(1).
96. Biederman J, Newcorn J, Sprich SJAJ. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder. 1991;148(5):564-77.
97. Biederman J, Faraone SV, Taylor A, Sienna M, Williamson S, Fine CJJotAAoC, et al. Diagnostic continuity between child and adolescent ADHD: findings from a longitudinal clinical sample. 1998;37(3):305-13.
98. Koolwijk I, Stein DS, Chan E, Powell C, Driscoll K, Barbaresi WJJJoD, et al. "Complex" attention-deficit hyperactivity disorder, more norm than exception? Diagnoses and comorbidities in a developmental clinic. 2014;35(9):591-7.
99. Wolraich ML, Hannah JN, Pinnock TY, Baumgaertel A, Brown JJJotAAoC, Psychiatry A. Comparison of diagnostic criteria for attention-deficit hyperactivity disorder in a county-wide sample. 1996;35(3):319-24.
100. Elia J, Ambrosini P, Berrettini WJC, psychiatry a, health m. ADHD characteristics: I. Concurrent co-morbidity patterns in children & adolescents. 2008;2(1):1-9.
101. Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder SCoQI, Pediatrics MJ. ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. American Academy of Pediatrics Elk Grove Village, IL, USA; 2011. p. 1007-22.
102. Nasser E, Overholser JJAPS. Assessing varying degrees of lethality in depressed adolescent suicide attempters. 1999;99(6):423-31.
103. Pliszka SRJC, America apcoN. Patterns of psychiatric comorbidity with attention-deficit/hyperactivity disorder. 2000;9(3):525-40.
104. Yoshimasu K, Barbaresi WJ, Colligan RC, Killian JM, Voigt RG, Weaver AL, et al. Gender, attention-deficit/hyperactivity disorder, and reading disability in a population-based birth cohort. 2010;126(4):e788-e95.
105. Angold A, Costello EJ, Erkanli AJTJoCP, Psychiatry, Disciplines A. Comorbidity. 1999;40(1):57-87.

106. Karaman D, Türker T, Kara K, Durukan İ, Fidancı MKJGTD. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde depresyon ve anksiyete düzeyleri. 2013;55(1):36-41.
107. TOROS F, TATAROĞLU CJÇvGRSD. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: sosyodemografik özellikler, anksiyete ve depresyon düzeyleri. 2002;9(1):23-31.
108. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. 1996;35(11):1427-39.
109. Biederman J, Faraone SV, Monuteaux MCJAjop. Differential effect of environmental adversity by gender: Rutter's index of adversity in a group of boys and girls with and without ADHD. 2002;159(9):1556-62.
110. Wolraich ML, Hannah JN, Baumgaertel A, Feurer IDJJoD, Pediatrics B. Examination of DSM-IV criteria for attention deficit hyperactivity disorder in a county-wide sample. 1998.
111. Blackman GL, Ostrander R, Herman KCJJoAD. Children with ADHD and depression: a multisource, multimethod assessment of clinical, social, and academic functioning. 2005;8(4):195-207.
112. psychiatry MCGJAog. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. 1999;56(12):1073-86.
113. Biederman J, Faraone S, Mick E, Lelon EJJotAAoC, Psychiatry A. Psychiatric comorbidity among referred juveniles with major depression: fact or artifact? 1995;34(5):579-90.
114. Barkley RAJNYGP. A handbook for diagnosis and treatment. 2006:3-75.
115. Adler LA, Spencer T, Stein MA, Newcorn JHJCS. Best practices in adult ADHD: Epidemiology, impairments, and differential diagnosis. 2008;13(10 Suppl 15):4.
116. Biederman J, Faraone S, Milberger S, Curtis S, Chen L, Marrs A, et al. Predictors of persistence and remission of ADHD into adolescence: results from a four-year prospective follow-up study. 1996;35(3):343-51.
117. Sobanski EJEaop, neuroscience c. Psychiatric comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). 2006;256(1):i26-i31.

118. McGough JJ, Smalley SL, McCracken JT, Yang M, Del’Homme M, Lynn DE, et al. Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: findings from multiplex families. 2005;162(9):1621-7.
119. Weiss M, Hechtman LT, Weiss G. ADHD in adulthood: A guide to current theory, diagnosis, and treatment: Taylor & Francis; 2001.
120. Bozukluğu ŞSDEH, Çetin F, Coşkun A, İşeri E, Miral S, Motovallı N, et al. Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı. 2008:293-311.
121. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry: Williams & Wilkins Co; 1994.
122. Faraone SV, Glatt SJJTJocp. A comparison of the efficacy of medications for adult attention-deficit/hyperactivity disorder using meta-analysis of effect sizes. 2009;71(6):3475.
123. Adler LAJTTJocp. Diagnosing and treating adult ADHD and comorbid conditions. 2008;69(11):27641.
124. Faraone SV, Buitelaar JJEc, psychiatry a. Comparing the efficacy of stimulants for ADHD in children and adolescents using meta-analysis. 2010;19(4):353-64.
125. Yüksel N, Soygür H, Tural Ü, Demet MJA, Türkiye Psikiyatri Derneği. Temel psikofarmakoloji. 2010;1.
126. Montañés-Rada F, Gangoso-Fermoso AB, Martíñez-Granero MA. [Drugs for attention deficit hyperactivity disorder]. Revista de neurologia. 2009;48(9):469-81.
127. Zhou JJDof. Norepinephrine transporter inhibitors and their therapeutic potential. 2004;29(12):1235.
128. Michelson D, Allen AJ, Busner J, Casat C, Dunn D, Kratochvil C, et al. Once-daily atomoxetine treatment for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: a randomized, placebo-controlled study. 2002;159(11):1896-901.
129. Cole PM, Michel MK, Teti LODJMotsfricd. The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. 1994:73-100.

130. Gratz KL, Roemer LJJop, assessment b. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. 2004;26(1):41-54.
131. Gross JJ, Muñoz RFJCpS, practice. Emotion regulation and mental health. 1995;2(2):151-64.
132. Retz W, Stieglitz R-D, Corbisiero S, Retz-Junginger P, Rösler MJeron. Emotional dysregulation in adult ADHD: what is the empirical evidence? 2012;12(10):1241-51.
133. Barkley RAJPb. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. 1997;121(1):65.
134. Hinshaw SPJAotNYAoS. Impulsivity, emotion regulation, and developmental psychopathology: specificity versus generality of linkages. 2003;1008(1):149-59.
135. Martel MMJJoCP, Psychiatry. Research review: A new perspective on attention-deficit/hyperactivity disorder: Emotion dysregulation and trait models. 2009;50(9):1042-51.
136. Barkley RA, Fischer MJJotAAoC, Psychiatry A. The unique contribution of emotional impulsiveness to impairment in major life activities in hyperactive children as adults. 2010;49(5):503-13.
137. Surman CB, Biederman J, Spencer T, Yorks D, Miller CA, Petty CR, et al. Deficient emotional self-regulation and adult attention deficit hyperactivity disorder: a family risk analysis. 2011;168(6):617-23.
138. Spiegel D, Wissler TJTAjop. Family environment as a predictor of psychiatric rehospitalization. 1986.
139. Berksun OJUta. Şizofrenide Aile Faktörü: expressed emotion ölçek geliştirme ve uyarlama denemesi. 1992.
140. Kavanagh DJJTBJop. Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. 1992;160(5):601-20.
141. Berksun O, Soykan Ç, Soykan A, Ünlüoğlu GJTpd. Dışavurulan duygulanım ölçeği: Ölçek uyarlama üzerine bir pilot çalışma. 1993;29:10-5.

142. KOCABIYIK A, ÖZER D, GIRGIN V, ATIŞ Y, BEŞTEPE E, ALPAY N. Bipolar bozuklukta duygudışavurumu ile ailelerin sosyodemografik verileri arasındaki ilişkiler. 2002.
143. Amaresha AC, Venkatasubramanian GJ. Expressed emotion in schizophrenia: an overview. 2012;34(1):12-20.
144. Miklowitz DJ. Family risk indicators in schizophrenia. 1994;20(1):137-49.
145. Çetin N, Demiralp M, Oflaz F, Özşahin A. Şizofreni hastalarının günlük yaşam aktivite düzeyi ile aile üyelerinin bakım yükü ve dışa vuran duygu durumu ilişkisi. 2013;14(1):19-26.
146. Deault LC, Development H. A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). 2010;41(2):168-92.
147. Johnston C, Mash EA. Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. 2001;4(3):183-207.
148. Vaughn C, Leff J. The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. 1976;15(2):157-65.
149. . !!! INVALID CITATION !!! {}.
150. Asarnow JR, Tompson M, Woo S, Cantwell DP. Is expressed emotion a specific risk factor for depression or a nonspecific correlate of psychopathology? 2001;29(6):573-83.
151. Stubbe DE, Zahner GE, Goldstein MJ, Leckman JF. Diagnostic specificity of a brief measure of expressed emotion: A community study of children. 1993;34(2):139-54.
152. Vostanis P, Nicholls J, Harrington RJ. Maternal expressed emotion in conduct and emotional disorders of childhood. 1994;35(2):365-76.
153. Peris TS, Hinshaw SP. Family dynamics and preadolescent girls with ADHD: the relationship between expressed emotion, ADHD symptomatology, and comorbid disruptive behavior. 2003;44(8):1177-90.

154. Psychogiou L, Daley DM, Thompson MJ, Sonuga-Barke EJEC, Psychiatry A. Mothers' expressed emotion toward their school-aged sons. 2007;16(7):458-64.
155. Daley D, Sonuga-Barke E, Thompson MJBJoCP. Assessing expressed emotion in mothers of preschool AD/HD children: Psychometric properties of a modified speech sample. 2003;42(1):53-67.
156. TAYLOR EJD, Psychopathology. Developmental neuropsychopathology of attention deficit and impulsiveness. 1999;11(3):607-28.
157. Barkley RA, Cunningham CEJAoGP. The effects of methylphenidate on the mother-child interactions of hyperactive children. 1979;36(2):201-8.
158. Barkley RA, Karlsson J, Pollard S, Murphy JVJJoCP, Psychiatry. Developmental changes in the mother-child interactions of hyperactive boys: effects of two dose levels of Ritalin. 1985;26(5):705-15.
159. Schachar R, Taylor E, Wieselberg M, Thorley G, Rutter MJJotAAoC, Psychiatry A. Changes in family function and relationships in children who respond to methylphenidate. 1987;26(5):728-32.
160. Minde K, Eakin L, Hechtman L, Ochs E, Bouffard R, Greenfield B, et al. The psychosocial functioning of children and spouses of adults with ADHD. 2003;44(4):637-46.
161. Dowson J, Blackwell AJAPS. Impulsive aggression in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. 2010;121(2):103-10.
162. Yen JY, Ko CH, Yen CF, Chen SH, Chung WL, Chen CCJP, et al. Psychiatric symptoms in adolescents with Internet addiction: Comparison with substance use. 2008;62(1):9-16.
163. Yen J-Y, Ko C-H, Yen C-F, Wu H-Y, Yang M-JJJoah. The comorbid psychiatric symptoms of Internet addiction: attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD), depression, social phobia, and hostility. 2007;41(1):93-8.
164. Weinstein A, Yaacov Y, Manning M, Danon P, Weizman AJTIMAJI. Internet Addiction and Attention Deficit Hyperactivity Disorder Among Schoolchildren. 2015;17(12):731-4.

165. Ko C-H, Yen J-Y, Yen C-F, Chen C-S, Chen C-CJEP. The association between Internet addiction and psychiatric disorder: a review of the literature. 2012;27(1):1-8.
166. Bernardi S, Pallanti SJCp. Internet addiction: a descriptive clinical study focusing on comorbidities and dissociative symptoms. 2009;50(6):510-6.
167. Yoo HJ, Cho SC, Ha J, Yune SK, Kim SJ, Hwang J, et al. Attention deficit hyperactivity symptoms and internet addiction. 2004;58(5):487-94.
168. Ko C-H, Yen J-Y, Chen C-S, Chen C-C, Yen C-FJCs. Psychiatric comorbidity of internet addiction in college students: an interview study. 2008;13(2):147-53.
169. TAHİROĞLU AY, Çelik GG, Fettahoğlu Ç, Yildirim V, Toros F, AVCI A, et al. Psikiyatrik Bozukluğu Olan ve Olmayan Ergenlerde Problemlı İnternet Kullanımı. 2010;47(3).
170. Han DH, Lee YS, Na C, Ahn JY, Chung US, Daniels MA, et al. The effect of methylphenidate on Internet video game play in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. 2009;50(3):251-6.
171. Szobot CM, Bukstein O. Attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorders. Child and adolescent psychiatric clinics of North America. 2008;17(2):309-23, viii.
172. Bukstein OG. Attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorders. Current topics in behavioral neurosciences. 2012;9:145-72.
173. Wilens TEJJoCP. The nature of the relationship between attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use. 2007;68:4.
174. Disney ER, Elkins IJ, McGue M, Iacono WGJAJp. Effects of ADHD, conduct disorder, and gender on substance use and abuse in adolescence. 1999;156(10):1515-21.
175. Stahl SMJJoCP. Neurotransmission of cognition, part 3. Mechanism of action of selective NRIs: both dopamine and norepinephrine increase in prefrontal cortex. 2003;64(3):230-1.

176. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EMJD, dependence a. Conduct and attentional problems in childhood and adolescence and later substance use, abuse and dependence: results of a 25-year longitudinal study. 2007;88:S14-S26.
177. Elkins IJ, McGue M, Iacono WGJAogp. Prospective effects of attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, and sex on adolescent substance use and abuse. 2007;64(10):1145-52.
178. Biederman J, Wilens T, Mick E, Milberger S, Spencer TJ, Faraone SV. Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. 1995.
179. Katusic SK, Barbaresi WJ, Colligan RC, Weaver AL, Leibson CL, Jacobsen SJJJoC, et al. Psychostimulant Treatment and Risk for Substance Abuse Among Young Adults with a History of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Population-Based, Birth Cohort Study. 2005;15(5):764-76.
180. Wilens TEJPC. Attention-deficit/hyperactivity disorder and the substance use disorders: the nature of the relationship, subtypes at risk, and treatment issues. 2004;27(2):283-301.
181. Ward MFJAJoP. The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. 1993;150:885-.
182. Öncü B, Ölmez Ş, Şentürk VJTPD. Wender-Utah derecelendirme ölçeği Türkçe formunun erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu'nda geçerlik ve güvenilirlik çalışması. 2005;16(4):252-9.
183. Doğan S, Öncü Çetinkaya B, Saraçoğlu Varol G, Küçükgöncü SJAPD. Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu kendi bildirim ölçeği (ASRS-v1. 1): Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. 2009.
184. Rugancı RN, Gençöz TJJoCP. Psychometric properties of a Turkish version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. 2010;66(4):442-55.
185. Cole JD, Kazarian SSJJJoCp. The level of expressed emotion scale: a new measure of expressed emotion. 1988;44(3):392-7.
186. Günüş SJYYLT. İnternet bağımlılık ölçeğinin geliştirilmesi ve bazı demografik değişkenler ile internet bağımlılığı arasındaki ilişkilerin incelenmesi. 2009;100.

187. Turgay AJEPSY. Gençlerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu. 1997;3:413-53.
188. Ercan E, Aydın C. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Özellikleri Tedavisi Çocuklarda ve Eriskinlerdeki Belirtileri. 2005.
189. Burd L, Klug MG, Coumbe MJ, Kerbeshian JJJoCN. Children and adolescents with attention deficit-hyperactivity disorder: 1. Prevalence and cost of care. 2003;18(8):555-61.
190. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, et al. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. 2005;57(11):1313-23.
191. Biederman J, Faraone SV, Mick E, Spencer T, Wilens T, Kiely K, et al. High risk for attention deficit hyperactivity disorder among children of parents with childhood onset of the disorder: a pilot study. 1995.
192. Tuğlu C, Şahin ÖÖJPgy. Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Nörobiyoloji, tanı sorunları ve klinik özellikler. 2010;2(1):75-116.
193. Thapar A, Harrington R, Ross K, McGuffin PJJotAAoC, Psychiatry A. Does the definition of ADHD affect heritability? 2000;39(12):1528-36.
194. Perçinel İJPGY. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Patofizyolojisinde Demir Eksikliği. 2015;7(1):41-55.
195. Sonuga-Barke EJ, Lasky-Su J, Neale BM, Oades R, Chen W, Franke B, et al. Does parental expressed emotion moderate genetic effects in ADHD? An exploration using a genome wide association scan. 2008;147(8):1359-68.
196. Cartwright KL, Bitsakou P, Daley D, Gramzow RH, Psychogiou L, Simonoff E, et al. Disentangling child and family influences on maternal expressed emotion toward children with attention-deficit/hyperactivity disorder. 2011;50(10):1042-53.
197. Richards JS, Hartman CA, Franke B, Hoekstra PJ, Heslenfeld DJ, Oosterlaan J, et al. Differential susceptibility to maternal expressed emotion in children with ADHD and their siblings? Investigating plasticity genes, prosocial and antisocial behaviour. 2015;24(2):209-17.

198. Barkley R, Murphy K, Fischer MJG, New York. The science of ADHD in adults: Clinic-referred adults vs. children grown up. 2007.
199. Bisch J, Kreifelts B, Bretscher J, Wildgruber D, Fallgatter A, Ethofer TJJNT. Emotion perception in adult attention-deficit hyperactivity disorder. 2016;123(8):961-70.
200. Rüfenacht E, Euler S, Prada P, Nicastro R, Dieben K, Hasler R, et al. Emotion dysregulation in adults suffering from attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), a comparison with borderline personality disorder (BPD). 2019;6(1):1-10.
201. Skirrow C, Asherson PJJoad. Emotional lability, comorbidity and impairment in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. 2013;147(1-3):80-6.
202. Jarrett MAJPa. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) symptoms, anxiety symptoms, and executive functioning in emerging adults. 2016;28(2):245.
203. Bodalski EA, Knouse LE, Kovalev DJJoP, Assessment B. Adult ADHD, emotion dysregulation, and functional outcomes: Examining the role of emotion regulation strategies. 2019;41(1):81-92.
204. Corbisiero S, Stieglitz R-D, Retz W, Rösler MJAAAd, disorders h. Is emotional dysregulation part of the psychopathology of ADHD in adults? 2013;5(2):83-92.
205. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann ACJAjop. Psychiatric aspects of impulsivity. 2001;158(11):1783-93.
206. RA BJDes-riawa-dhdTrcoei, Disord AstaiimlaJAR. Murphy KR. 2010;1:5-28.
207. Reimherr F, Marchant B, Olsen J, Halls C, Kondo D, Williams E, et al. Emotional dysregulation as a core feature of adult ADHD: its relationship with clinical variables and treatment response in two methylphenidate trials. 2010;1(4):53-64.
208. Reimherr FW, Marchant BK, Strong RE, Hedges DW, Adler L, Spencer TJ, et al. Emotional dysregulation in adult ADHD and response to atomoxetine. 2005;58(2):125-31.
209. Robison RJ, Reimherr FW, Marchant BK, Faraone SV, Adler LA, West SAJJJoCP. Gender differences in 2 clinical trials of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a retrospective data analysis.(CME). 2008;69(2):213-21.

210. Reimherr FW, Williams ED, Strong RE, Mestas R, Soni P, Marchant BKJJoCP. A double-blind, placebo-controlled, crossover study of osmotic release oral system methylphenidate in adults with ADHD with assessment of oppositional and emotional dimensions of the disorder. 2007;68(1):93-101.
211. Retz-Junginger P, Rösler M, Müller R, Retz WJPP. Impact of gender on the utilization of outpatient health service for adult ADHD. 2012;39(7):345-8.
212. Retz-Junginger P, Rösler M, Müller R, Retz WJPP. Welchen Einfluss hat das Geschlecht auf das Inanspruchnahmeverhalten bei adulter ADHS im Rahmen einer Spezialambulanz? 2012;39(07):345-8.
213. Herrmann MJ, Biehl SC, Jacob C, Deckert JJAAD, Disorders H. Neurobiological and psychophysiological correlates of emotional dysregulation in ADHD patients. 2010;2(4):233-9.
214. Shaw P, Stringaris A, Nigg J, Leibenluft EJAJoP. Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. 2014;171(3):276-93.
215. Kuss DJ, Lopez-Fernandez OJWjop. Internet addiction and problematic Internet use: A systematic review of clinical research. 2016;6(1):143.
216. Bayrak H. TÜİK hanehalkı bilişim teknolojileri kullanım araştırması. 2020.
217. Davis RAJCihb. A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. 2001;17(2):187-95.
218. Yen J-Y, Yen C-F, Chen C-S, Tang T-C, Ko C-HJC, Behavior. The association between adult ADHD symptoms and internet addiction among college students: the gender difference. 2009;12(2):187-91.
219. Cömert IT, Ögel KJTKJoFM. İstanbul örnekleminde internet ve bilgisayar bağımlılığının yaygınlığı ve farklı etkenlerle ilişkisi. 2009;6(1):9-16.
220. Moreno MA, Jelenchick L, Cox E, Young H, Christakis DAJAop, medicine a. Problematic internet use among US youth: a systematic review. 2011;165(9):797-805.
221. Durkee T, Kaess M, Carli V, Parzer P, Wasserman C, Floderus B, et al. Prevalence of pathological internet use among adolescents in Europe: demographic and social factors. 2012;107(12):2210-22.

222. Şahin MJDA. Üniversite öğrencilerinde internet bağımlılığı ve saldırganlık. 2014;27(1):43-52.
223. Bozkurt H, Coskun M, Ayaydin H, Adak I, Zoroglu SSJP, neurosciences c. Prevalence and patterns of psychiatric disorders in referred adolescents with Internet addiction. 2013;67(5):352-9.
224. Dalbudak E, Evren CJCp. The relationship of Internet addiction severity with Attention Deficit Hyperactivity Disorder symptoms in Turkish University students; impact of personality traits, depression and anxiety. 2014;55(3):497-503.
225. Castellanos FX, Tannock RJNRN. Neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder: the search for endophenotypes. 2002;3(8):617-28.
226. Diamond AJD, psychopathology. Attention-deficit disorder (attention-deficit/hyperactivity disorder without hyperactivity): A neurobiologically and behaviorally distinct disorder from attention-deficit/hyperactivity disorder (with hyperactivity). 2005;17(3):807-25.
227. Weinstein A, Lejoyeux MJTAjod, abuse a. Internet addiction or excessive internet use. 2010;36(5):277-83.
228. Lewis ME. Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook: Lippincott Williams & Wilkins Publishers; 2002.

EKLER

EK-1. Etik Kurul İzni



EK-2. Akademik Kurul Kararı



EK-3. Kurum İzni





EK-4. Aydınlatılmış Onam Form







EK-5. Sosyodemografik Bilgi Formu

ADI SOYADI:

TARİH:

1- ANNE YAŞI:

2- ÖĞRENİM DURUMU : 1- İlköğrenim() 2- Ortaöğrenim()
3-Lise () 4-Üniversitesi()

3- ÖĞRENİM SÜRESİ:.....yıl

4- YAŞANILAN YER: 1- Köy () 2-İlçe() 3-İl ()

5-MEDENİ DURUM : 1-Evli () 2-Boşanmış/Dul

6-MESLEK : 1-Ev Hanımı() 2-Çalışıyor

7-GELİR DURUMU : 1-Düşük () 2-Orta () 3-Yüksek ()

8-DEHB TANILI ÇOCUK YAŞI: ()

9-DEHB TANILI ÇOCUK CİNSİYET : 1- Erkek() 2- Kız ()

10-TOPLAM ÇOCUK SAYISI:1- Bir () 2-İki () 3-Üç ve daha fazla

11- ANNE TIBBİ EŞ TANI: 0-Yok() 1- Var() Var ise.....

12- ANNEDE İLAÇ KULLANIMI: 0-Yok() 1- Var() Var ise.....

13- İNTİHAR GİRİŞİMİ: 0- Yok() 1- Var()

14-SİGARA KULLANIMI: 0- Yok() 1- Var() ise Süre: Sıklık: Miktar:

15- ALKOL KULLANIMI: 0- Yok() 1- Var() ise Süre: Sıklık: Miktar:

16- MADDE KULLANIMI: 0- Yok() 1- Var()

17- MADDE KULLANIMI VARSA HANGİSİ veya HANGİLERİ:

EK- 6. Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ):

ÇOCUKKEN	Hayır ya da çok hafif	Hafif	Orta derecede	Fazla	Çok fazla
1. Dikkatimi toplama sorunum vardı, dikkatim kolayca dağılırdı.					
2. Kaygılı, tasalı, sıkıntılıydim.					
3. Asabi ve kıpır kıpırdım.					
4. Dikkatsizdim, hayallere daldırdım.					
5. Kolayca kızar, öfkelenirdim.					
6. Hemen tepem atardı, öfke nöbetlerim olurdu.					
7. Başladığım bir işi sürdürmekte, takip etmekte ya da bitirmekte zorlanırdım.					
8. Kararlı, sebatkar ve inatçıydım, iradem güçlüydü.					
9. Mutsuz, çökkün, karamsardım.					
10. Anne babamın sözünü dinlemez, onlara karşı gelir, isyankar davranırdım.					
11. Kendimi küçük görürdüm.					
12. Alıngandım, buluttan nem kapardım.					
13. Huysuzdum, duygusal dalgalanmalar yaşırdım.					
14. Kızgındım, çabuk gücenirdim.					
15. Düşünmeden hareket ederdim.					
16. Çocuksu davranırdım.					
17. Suçluluk duyardım, yaptıklarım pişman olurdu.					
18. Kontrolümü kaybederdim.					
19. Akılsızca ya da mantıksızca davranırdım.					
20. Popüler değildim, arkadaşlıklarım uzun sürmezdi, diğer çocuklarla anlaşamazdım.					
21. Olayları diğerlerinin bakış açısından görmekte zorlanırdım.					
22. Otoriteyle, okulla sorunlarım olurdu, müdür beni odasına çağırırdı.					
BEN ÇOCUKKEN OKULDA;					
23. Genel olarak başarısızdım, yavaş öğrenirdim.					
24. Matematikle ve sayılarla aram iyi değildi.					
25. Potansiyelime ulaşamadım.					

EK-7. Erişkin DEHB Öz-Bildirim Ölçeği (ASRS)

Yetişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Sendromu Öz - Bildirim Ölçeği (ASRS)

Adı Soyadı:

Tarih:

Aşağıdaki sorulara yanıtlanırken sağındaki ölçeği kullanarak, ölçütlerden her biriyle ilgili kendinizi derecelendirin. Her soruya 6 aydaki duygu ve davranışlarınızı göz önünde bulundurarak cevap verin.

A BÖLÜMÜ	Hiçbir Zaman	Nadiren	Zaman Zaman	Sık Sık	Çok Sık
1. Sıkıcı ya da zor bir iş yapmak zorunda kaldığınızda ne sıklıkta dikkatsizce hatalar yaparsınız?	0	1	2	3	4
2. Sıkıcı ya da tekrarlanan bir iş yaparken ne sıklıkta dikkatinizi sürdürmekte zorluk çekersiniz?	0	1	2	3	4
3. İnsanlar doğrudan sizinle konuştuklarında bile, ne sıklıkta size ne söylediklerine konsantre olmakta güçlük çekersiniz?	0	1	2	3	4
4. Zor kısımlarını bitirdiğiniz bir işin son detaylarını tamamlamakta ne sıklıkta zorluk çekersiniz?	0	1	2	3	4
5. Düzenleme gerektiren bir iş yapmak zorunda kaldığınızda, ne sıklıkta işleri sıraya koymakta zorluk çekersiniz?	0	1	2	3	4
6. Çok düşünmeyi gerektiren bir iş yapacağınızda ne sıklıkta başlamayı geciktiriyor ya da kenara atıyorsunuz?	0	1	2	3	4
7. Ne sıklıkta evde ya da iş yerinde eşyaları yanlış yere koyar ya da bulmakta zorluk çekersiniz?	0	1	2	3	4
8. Ne sıklıkta etrafınızdaki hareketler ya da sesler dikkatinizi dağıtır?	0	1	2	3	4
9. Ne sıklıkta randevularınızı ya da sorumluluklarınızı hatırlamakta zorluk çekersiniz?	0	1	2	3	4
A BÖLÜMÜ TOPLAM					

B BÖLÜMÜ	Hiçbir Zaman	Nadiren	Zaman Zaman	Sık Sık	Çok Sık
10. Uzun süre oturmanız gerektiğinde ne sıklıkta sıkıntılı hareketler yapar, ellerinizle oynar ya da ayaklarınızı hareket ettirirsiniz?	0	1	2	3	4
11. Toplantılarda ya da oturmanız gereken durumlarda ne sıklıkta koltuğunuzu terk edersiniz?	0	1	2	3	4
12. Ne sıklıkta huzursuz ya da kıpır kıpır (yerinde duramaz) hissedersiniz?	0	1	2	3	4
13. Kendinize zaman ayırdığınızda bile ne sıklıkta rahatlamak ve gevşemekte zorluk çekersiniz?	0	1	2	3	4
14. Ne sıklıkta kendinizi aşırı aktif ve bir motor takılmış gibi birçok şeyi yapmak zorunda hissedersiniz?	0	1	2	3	4
15. Sosyal ortamlarda ne sıklıkta çok konuştuğunuzu fark edersiniz?	0	1	2	3	4
16. Sohbet sırasında ne sıklıkta karşınızdaki kişi sözünü bitirmeden onun cümlesini tamamladığınızı hissedersiniz?	0	1	2	3	4
17. Sıraya girmeniz gerektiği durumlarda ne sıklıkta sıranızı beklemekte zorluk çekersiniz?	0	1	2	3	4
18. Meşgul oldukları sırada ne sıklıkta başkalarının işini bölersiniz?	0	1	2	3	4
B BÖLÜMÜ TOPLAM					

EK-8. Duygu D zenlemede G  l kler  l   i (DERS):

Duygu D zenlemede G  l kler  l   i (DDG )

A a ıdaki sorular sizin duygu geli iminizle ilgili  zellikleri belirlemeyle ilgilidir. L tfen soruları dikkatle okuyup, cevap ka ıdında uygun yeri i aretleyin. T m soruları i tenlikle cevaplamaya  alı ın.

1. Hemen hemen hi  2.Bazen 3.Yakla ık yarı yarıya 4. o u zaman 5.Hemen hemen her zaman

- 1.Ne hissetti im konusunda netimdir.
- 2.Ne hissetti imi dikkate alırım.
- 3.Duygularım bana dayanılmaz ve kontrols z gelir.
- 4.Ne hissetti im konusunda hi  fikrim yoktur.
- 5.Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.
- 6.Ne hissetti ime dikkat ederim.
- 7.Ne hissetti imi tam olarak bilirim.
- 8.Ne hissetti imi  nemserim.
- 9.Ne hissetti im konusunda karma a ya arım.
10. Olumsuz duyguların hayatımda yeri yoktur.
- 11.Kendimi k t  hissetti imde b yle hissetti im i in kendime kızarım.
- 12.Kendimi k t  hissetti im i in utanırım.
- 13.Kendimi k t  hissetti imde i lerimi bitirmekte zorlanırım.
- 14.Kendimi k t  hissetti imde kontrolden  ıkarım.
15. Kendimi k t  hissetti imde uzun sure b yle kalaca ıma inanırım.
- 16.Kendimi k t  hissetmemin yo un depresif duyguyla sonu lanaca ına inanırım.
- 17.Kendimi k t  hissetti imde duygularımın yerinde ve  nemli oldu una inanırım.
- 18.Kendimi k t  hissederken ba ka  eylere odaklanmakta zorlanırım.
- 19.Kendimi k t  hissederken kontrolden  ıktı ım duygusu ya arım.
- 20.Kendimi k t  hissediyor olsam da  alı mayı s rd rebilirim.
- 21.Kendimi k t  hissetti imde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.
- 22.Kendimi k t  hissetti imde eninde sonunda kendimi daha iyi hissetmenin bir yolunu bulaca ımı bilirim.
- 23.Kendimi k t  hissetti imde zayıf biri oldu um duygusuna kapılırım.
24. Kendimi k t  hissetti imde de davranı larım kontrol m n altındadır.
- 25.Kendimi k t  hissetti im i in su luluk duyarım.
- 26.Kendimi k t  hissetti imde konsantre olmakta zorlanırım.
- 27.Kendimi k t  hissetti imde davranı larımı kontrol etmekte zorlanırım.
- 28.Kendimi k t  hissetti imde daha iyi hissetmem i in yapaca ım hi bir  ey olmadı ına inanırım.
- 29.Kendimi k t  hissetti imde b yle hissetti im i in kendimden rahatsız olurum.
- 30.Kendimi k t  hissetti imde, kendimle ilgili olarak  ok fazla endi elenmeye ba lanm.
- 31.Kendimi k t  hissetti imde kendimi bu duyguya bırakmaktan ba ka  ıkar yol olmadı ına inanırım.
- 32.Kendimi k t  hissetti imde davranı larım  zerindeki kontrol m  kaybederim.
- 33.Kendimi k t  hissetti imde ba ka bir  ey d   nmekte zorlanırım.
- 34.Kendimi k t  hissetti imde bu duygumun ger ekte ne oldu unu anlamak i in zaman ayırırım.
- 35.Kendimi k t  hissetti imde, kendimi daha iyi hissetmem uzun zaman alır.
- 36.Kendimi k t  hissetti imde duygularım dayanılmaz olur.

Ek-9. Duygu Dışavurumu Ölçeği

AÇIKLAMA: Aşağıda, birinin size karşı davranışlarını tanımlayan cümleler vardır. Lütfen çocuğunuzu düşünerek cümleleri okuyun ve tanımlanan biçimde davranıp davranmadığını doğru (D), yanlış (Y) şeklinde işaretleyin. Bunu yaparken son bir yılınızı düşünün.

- (D) (Y) 1-onun bazı şeyleri kasten yaptığını düşünüyor ve öfkeleniyorum
- (D) (Y) 2-onun hasta olduğuna inanmıyorum
- (D) (Y) 3-onunla sohbet etmekten hoşlanıyorum
- (D) (Y) 4-benim için onun istekleri, diğer aile üyelerinin isteklerinden daha önemlidir
- (D) (Y) 5-onunla ilgili her şeyi, kendine özel şahsi meselelerini bile araştırıp öğrenmeye çalışırım
- (D) (Y) 6-onun varlığı beni deli ediyor
- (D) (Y) 7-düşünüp düşünüp yanıyorum ne hata yaptık diye
- (D) (Y) 8-onun bazı yönlerini beğeniyor ve takdir ediyorum
- (D) (Y) 9-ona sık sık öğüt veriyorum
- (D) (Y) 10-onunla uyuşamıyoruz
- (D) (Y) 11-bıraktım artık ne hali varsa görsün
- (D) (Y) 12-aile içinde onun her şeyiyle ben ilgilenirim
- (D) (Y) 13-ona kırılıyor güceniyorum
- (D) (Y) 14-onun fikirlerini sonuna kadar dinlerim
- (D) (Y) 15-onun üstüne titrerim
- (D) (Y) 16-onunla birlikteyken başka bir şeyle ilgilenmiyorum ilgim sürekli

onun üzerinde oluyor

- (D) (Y) 17-o benim hayatımı yaşamama engel oluyor
- (D) (Y) 18-dünya başıma yıkılmış gibi hissediyorum, o hasta oldu diye
- (D) (Y) 19-onun yaptığı işleri beğenmiyorum
- (D) (Y) 20-onun giyim kuşamını beğenmiyorum ve ona bunu söylüyorum
- (D) (Y) 21-ondan benim beklediğim gibi davranmasını istiyorum
- (D) (Y) 22-ona en ufak bir şey olacak diye endişeleniyorum
- (D) (Y) 23-onun her şeyiyle ben ilgileniyorum
- (D) (Y) 24-ondan ah bir kurtulsam diye düşündüğüm oluyor
- (D) (Y) 25-huzursuz ve keyifsiz olduğunda anlıyorum ve ondan uzak

duruyorum

(D) (Y) 26-onun kendi işlerini sıralı ve düzenli yapması için onu sık sık ikaz ediyorum

(D) (Y) 27-hastaneye yatması beni perişan ediyor, ondan ayrılmaya hiç dayanamıyorum

(D) (Y) 28-biz birbirimize benziyoruz

(D) (Y) 29-onun yanlışlarını düzeltmesini istiyorum

(D) (Y) 30-onunla iyi anlaşıyoruz

(D) (Y) 31-aklım fikrim hep onda başka bir şey düşünemiyorum

(D) (Y) 32-kendini düzeltmesi için onu sık sık eleştiriyorum

(D) (Y) 33-ondan uzak kalmak istiyorum

(D) (Y) 34-başım a bir sürü dert açıyor

(D) (Y) 35-o olmasa bütün işler yoluna girecek

(D) (Y) 36-bir zorlukla karşılaşsam bu zorlukla başa çıkabiliyorum

(D) (Y) 37-onun her şeyiyle ilgilenmek bana zevk veriyor

(D) (Y) 38-öfkelendiğinde ondan uzak durmam, onu yatıştırmak için uğraşırım.

(D) (Y) 39-huzursuz ve keyifsiz olduğunda onunla konuşmaya, sohbet etmeye çalışırım

(D) (Y) 40-onun, hastalığını abarttığını düşünüyorum

(D) (Y) 41-onun morali bozuk olduğunda genellikle ben destek oluyorum.

EK-10. İnternet Bağımlılık Ölçeği (İBÖ)

İNTERNET BAĞIMLILIK ÖLÇEĞİ	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
Aşağıdaki her bir maddeyi okuyarak, bu madde sizin için her zaman doğru ise “ Tamamen Katılıyorum ”, genelde doğru ise “ Katılıyorum ”, emin değilseniz “ Kararsızım ”, genelde doğru değilse “ Katılmıyorum ”, hiçbir zaman doğru değilse “ Kesinlikle Katılmıyorum ” şeklinde işaretleme yapmanız rica olunur.					
Yoksunluk					
1. İnternet kullanmadığım zaman kendimi gergin/huzursuz hissedirim.					
2. İnternet kullanmak isteyip de kullanmadığım zaman sinirli/öfkeli olurum.					
3. İnternet bağlantısı koparsa ya da yavaşlarsa sinirlenirim/öfkelenirim.					
4. İnternet kullandığım zamanlarda hiç olmadığım kadar mutlu/huzurlu olurum.					
5. Kendimi endişeli ya da sıkıntılı hissettiğim zamanlarda internet kullanmak beni rahatlatır.					
6. Birileri beni internetin başından kaldırırsa sinirlenirim.					
7. Sorunlarımdan kaçmak için internet kullanmaya yönelirim.					
8. İnternete, planladığım zamanda giremezsem sinirlenirim.					
9. Çevremde birileri varken, <u>yalnız kalıp</u> , internete girmeyi isterim.					
10. İnterneti kullanmadığım zamanlarda internete girmek için sabırsızlanırım.					
11. Gittiğim yerlerde internet bağlantısı ararım.					
Kontrol güçlüğü					
12. İnternet kullanmamı sınırlamakta ya da kontrol etmekte güçlük çekerim.					
13. Sabah uyandığımda ilk aklıma gelen internete girmek olur.					
14. İnternette her defasında, bir öncekinden daha uzun süre kalmak isterim.					
15. İnternette planladığımdan daha uzun süre kalırım.					
16. İnternet <u>kullanmadığım</u> zamanlarda bile interneti düşünürüm.					
17. İnternette iken acıktığımı, susadığımı hissetmem ya da farkına varmam.					
18. İnternette daha fazla zaman geçirmek için başka planlarımı iptal ederim.					
19. İstedğim zaman internetin başından <u>kalkamam</u> .					
20. Ailem beni çağırırsa dahi internetin başından <u>kalkamam</u> .					
21. İnternet kullanabilmek için uykumdan ödün veririm.					
İşlevsellikte bozulma					
22. İnternet kullanmamdan dolayı ailem ile sorunlar yaşarım.					
23. Arkadaşlarım beni çağırırsa dahi internetin başından <u>kalkamam</u> .					
24. İnternet kullanmamdan dolayı başka etkinliklere (spor, sinema, kitap okuma vb.) ilgim azalır.					
25. İnternet kullanmamdan dolayı ev/iş/okul sorumluluklarımı yerine getiremem ya da ihmal ederim.					
26. Çevremdekiler internette harcadığım zamandan dolayı şikayet eder.					
27. İnternet kullanmamdan dolayı ailem ile daha az zaman geçiririm.					
28. İnternet kullanmamdan dolayı arkadaşlarım ile daha az zaman geçiririm.					
Sosyal izolasyon					
29. İnternet kullanmamdan dolayı arkadaşlarım ile sorunlar yaşarım.					
30. İnternet ortamında edindiğim arkadaşlıkları gerçek yaşamdaki arkadaşlarıma tercih ederim.					
31. Gerçek yaşamdaki arkadaşlarımla dışarıda görüşmek yerine internette görüşmeyi tercih ederim.					
32. Arkadaşlarımı internetten edinirim.					
33. İnternet benim en iyi arkadaşımdır.					
34. İnternetsiz bir yaşam bana anlamsız/boş gelir.					
35. İnternet kullanmamdan dolayı yüz yüze iletişimde zorluk yaşarım.					