



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

GEBE ERGENLERDE DİKKAT EKSİKLİĞİ
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU, DÜRTÜSELLİK VE
İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

DR.HİLAL YAZICI KOPUZ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANTALYA-2023



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

**GEBE ERGENLERDE DİKKAT EKSİKLİĞİ
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU, DÜRTÜSELLİK VE
İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

DR.HİLAL YAZICI KOPUZ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Aslı SÜRER ADANIR

TIPTA UZMANLIK TEZİ

“Kaynak gösterilerek tezinden yararlanılabilir.

ANTALYA-202

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitim sürecimde bilgisi ve tecrübeleriyle desteğini her zaman hissettiğim ve örnek aldığım saygıdeğer tez hocam,

Doç. Dr. Aslı SÜRER ADANIR'a

Asistanlık sürecimde ilk kez akademik bir çalışmanın içinde olmamı sağlayan ve tez yazım sürecinde yardımlarını esirgemeyen saygıdeğer hocam,

Doç. Dr. Arif ÖNDER'e

Uzmanlık eğitim sürecimde bilgi ve deneyimleri ile bana destek ve örnek olan saygıdeğer hocalarım,

Doç.Dr. Serhat NASIROĞLU ve Doç.Dr. Özge GİZLİ ÇOBAN'a

Bilgisi ve deneyimleri ile yoluma ışık tutan, mesleğimi sevmeme büyük katkısı olan ve her daim anne şevkiyle asistanlarını kucaklayan saygıdeğer hocam,

Esin ÖZATALAY'a

Sevgisini ve desteğini her zaman yanımda hissettiğim aileme,

Teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

Kısaltmalar dizini.....	v
Tablolar dizini.....	vi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Ergen Gebeliği.....	3
2.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu.....	6
2.2.1. Epidemiyoloji.....	6
2.2.2. Etiyoloji.....	6
2.2.3. Tanım ve Tarihçe.....	9
2.2.4. Tanı ve Klinik Özellikler.....	10
2.2.5. Tedavi.....	11
2.2.6. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu.....	12
2.3. Dürtüsellik.....	13
2.4. Ergen Gebeliğine Eşlik Eden Psikopatolojiler.....	14
2.4.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu.....	14
2.4.2. Dürtüsellik.....	15
2.4.3. Sonuç Niteliğindeki Psikopatolojiler.....	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	17
3.1. Araştırmanın Örneklemi.....	17
3.2. Uygulama.....	17
3.3. Veri Toplama Araçları.....	18
3.4. İstatistiksel Analiz.....	19

4. BULGULAR.....	20
4.1. Demografik Veriler.....	20
4.2. Klinik Veriler.....	24
5. TARTIŞMA.....	29
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	35
7. ÖZET.....	37
8. ABSTRACT.....	39
9. KAYNAKLAR.....	41
10. EKLER.....	55
Ek 1. Sosyodemografik Veri formu.....	55
Ek 2. Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11 (BDÖ-11).....	57
Ek 3. Conners-Wells Ergen Özbildirim Ölçeği (CWEÖÖ-U).....	59
Ek 4. Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ).....	63

KISALTMALAR DİZİNİ

BDÖ-11	Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11
CWEÖÖ-U	Conners-Wells Ergen Özbildirim Ölçeği
ÇİYKÖ	Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği
DEHB	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DRD4	Dopamin 4 Reseptör Geni
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
TUIK	Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	Dünya Sağlık Örgütü

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. DSM-V'e göre DEHB tanı ölçütleri

Tablo 2. Çalışma ve kontrol grubunun sosyodemografik verileri

Tablo 3. Çalışma grubunun sosyodemografik verileri

Tablo 4. Olguların annelerinin eğitim durumu ve 18 yaş altı gebelik öyküsü ilişkisi

Tablo 5. Annelerinde 18 yaş altı gebelik varlığı ile çalışma grubunun eğitim seviyesi arasındaki ilişki

Tablo 6. Annede 18 yaş altı gebelik öyküsü ile aile gelir düzeyi arasındaki ilişki

Tablo 7. Çalışma ve kontrol gruplarının BDÖ-11 alt ölçek puan ortalamaları

Tablo 8. Çalışma ve kontrol gruplarının CWEÖÖ-U alt ölçek puan ortalamaları

Tablo 9. Çalışma ve kontrol gruplarının ÇİYKÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları

Tablo 10: BDÖ-11 ve ÇİYKÖ alt ölçek puan ortalamaları arasındaki korelasyonlar

Tablo 11: CWEÖÖ-U ile ÇİYKÖ alt ölçek puan ortalamaları arasındaki korelasyonlar

Tablo 12: BDÖ-11 ölçek puan ortalamaları ile medeni durum arasındaki ilişki

Tablo 13. CWEÖÖ-U puan ortalamaları ile medeni durum arasındaki ilişki

Tablo 14. ÇİYKÖ alt ölçek puan ortalamaları ile medeni durum arasındaki ilişki

Tablo 15. Çalışma grubunun cinselliğe başlama yaşı ile CWEÖÖ-U, BDÖ-11 ve ÇİYKÖ alt ölçek puan ortalamaları arasındaki korelasyonlar

1.GİRİŞ

Ergen gebeliği, çocukların cinsel istismarı, akran cinselliği ve küçük yaşta evliliklerin bir sonucu olarak tüm dünyada görülen bir durumdur. 20 yaşın altındaki gebelikler ergen gebeliği olarak adlandırılır (1). Fiziksel ve ruhsal açıdan yeterli olgunluğa erişmemiş olan ergenin gebe kalması veya çocuk sahibi olması hem ergenin hem de doğacak çocuğun sağlığı açısından tüm dünyada önemli bir sorun teşkil etmektedir (2).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) verilerine bakıldığında, tüm dünyada yılda yaklaşık 16 milyon ergen doğum yapmakta ve her yıl doğan bebeklerin yaklaşık %11'inin annesi ergenlik çağında bulunmaktadır (3). Ergen doğum oranı %10-15 ile en fazla Afrika'nın orta kesimleri ile Güneydoğu Asya'da görülmekte iken en az %1 gibi bir oranla Avrupa Ülkelerinde görülmektedir (4).

Ergen gebeliği, ülkemizde de sık görülen bir durum olması nedeniyle, aynı zamanda bir halk sağlığı sorunudur. Nitekim, Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK) 2021 doğum verilerine göre, ülkemizde 2021 yılında 15 yaş altı doğum yapan çocuk sayısı 117 iken, bu sayı 15-17 yaş aralığı için 7073, 18-19 yaş arası için ise 32.091 olarak bildirilmektedir (5).

Ergenlerde erken gebeliğe yol açabilecek riskli cinsel davranışlarla ilgili tetikleyici faktör ya da durumların saptanması önemlidir. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı almış ergenler; riskli cinsel davranışlar, erken yaşta başlayan cinsel deneyimler, korunmasız cinsel ilişki gibi nedenlerle erken gebelik riski altındadır (6, 7). 18 yaş öncesi DEHB tanısı almış bir grup gencin takip edilerek 18-26 yaş arasında riskli cinsel davranışlar açısından değerlendirildiği bir çalışmada, kontrol grubuna göre cinselliği daha erken yaşta deneyimledikleri, daha sık cinsel ilişki yaşadıkları, daha çok sayıda partnerlerinin olduğu, kondom kullanma sıklığının daha düşük olduğu ve gebelikle sonuçlanan cinsel birliktelik ihtimallerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (6).

Dürtüsellik de özellikle gençler için önemli bir sorundur. Ergenlik ve gençlik döneminde ortaya çıkan bazı sorunlu davranışlar daha yüksek dürtüsellik ile ilişkili bulunmuştur. DEHB eşlik etsin ya da etmesin, dürtüsel olarak tanımlanan ergenlerin de riskli cinsel davranışlar sergileme ve olumsuz sağlık sonuçları yaşama eğiliminde oldukları bildirilmektedir (8).

Bu çalışmada bir grup gebe ergende DEHB ve drtselliğin erken gebelik riski üzerindeki etkisinin araştırılması planlanmıştır. Bu amaçla 12-19 yaş arası ergen gebeler, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne başvuruları esnasında, özbildirim ölçekleri ile dürtüsellik ve DEHB açısından tarandı. Hasta sayısı kadar benzer sosyodemografik özelliklere sahip kontrol grubu da çalışmaya dahil edildi. Böylelikle bu riskli grubu daha iyi tanımak ve uygun politikalar, koruma ve destek programlarının hazırlanması mümkün olacaktır.



2.GENEL BİLGİLER

2.1.Ergen Gebeliği

Latince büyüme, olgunlaşmak anlamına gelen adölesan kelimesi Türkçede ‘ergen, genç’ anlamına gelmektedir (9). WHO tarafından 10-19 yaş arası adölesan dönem, 15-24 yaş arası gençlik dönemi olarak tanımlanmıştır. Bu iki dönem birçok yönden iç içe geçmiştir, bu dönemleri birbirinden ayrı değerlendirmek oldukça zordur (10). Birçok protokole bu dönemler birlikte ele alınmaktadır. Dünyada 1.2 milyar ergen vardır ve dünya nüfusunun yüzde 20’si ergenlerden oluşmaktadır (WHO, 2010). TÜİK 2021 verilerine göre Türkiye’de 12.667.861 ergen bulunmaktadır (11).

Ergenlik dönemi bilişsel, psikososyal ve ahlaki yönden hızlı bir değişimin gerçekleştiği, erişkin olma yolunda adımların atıldığı bir süreçtir. Bu dönemde hormonal değişimlerin de etkisiyle ergen duygularını daha yoğun yaşar, duygu dalgalanmaları ve iniş çıkışları sık deneyimler ve yeni tecrübeler edinir (12).

Ergenlik bilişsel yönden soyut düşünme ve muhakeme yeteneğinin ve kimlik yapısının yetişkin formunu almaya başladığı dönemdir. Orta ergenlikte risk alma davranışı artarken, geç ergenlikte sosyal katılım ve akran etkileşiminin de artmasıyla cinsel ilgi de gelişmeye başlar (13). Çocukluk döneminden süregelen problemler bu dönemde tekrar gündem halini alır ve ergen bu sorunlarla baş etmeye, bunları çözümlmeye çalışır. Duygudurum bozuklukları, psikoz, kişilik bozukluğu gibi birçok psikiyatrik hastalık bu dönemde ortaya çıkabilir (14).

Büyüme ve gelişme sürekli devam eden bir süreçtir. Cinsel gelişim intrauterin dönemde başlayıp bebeklik, çocukluk, ergenlik ve yetişkin dönemde devam eder (15). Bebeklik döneminde cinsiyet kimliği ile ilgili herhangi bir farkındalık yoktur. Cinsiyetle ilgili en erken farkındalık 3 yaşında başlamakta ve çocukluk boyunca devam etmektedir (16).

Cinsellik algısının gelişmesi ve yetişkin formunu alması ergenlik döneminde gerçekleşmektedir (17). Ergen bu dönemde cinselliğe merak salar, cinsel fantezilerle ilgili araştırmalar ve bazı deneyler yapar. Cinsel açıdan kendi konumlarını ve cinsel çekiciliklerini merak eder, cinsel fantaziler üzerine kafa yorabilirler. (18). Bu dönemde gençler randevulaşma ile birlikte cinsellikle ilgili deneyimler edinmeye başlarlar. Bazen bu şekilde akran etkileşimlerinin artması ile ilk cinsel deneyimlerini yaşayabilirler (19).

Tüm dünyada ilk cinsel ilişki deneyiminin 10-20 yaşları arasında yaşandığı düşünülmektedir (20). Amerika Birleşik Devletleri’nde gençlerin liseden mezun olduklarında

çoktan ilk cinsel ilişkilerini yaşadıkları belirlenmiştir. Bu ilk cinsel ilişkiyi deneyimleme yaşı erkekler için ortalama 16.9 iken kızlar için 17.4 olarak hesaplanmıştır (21). Gelişmiş ülkelerin çoğunda gençler evlilik öncesi cinselliği deneyimlemiştir. Gelişmemiş ya da gelişmekte olan ülkelerde ise evlilik öncesi cinsel birliktelik oranı daha düşük olmakla birlikte evlilik ve gebelik durumları daha erken yaşanmaktadır (20).

Bu dönemde ergen beyninde sinaptik budanma ile birlikte değişen dopamin ve seratonin dengesi ergeni daha duygusal, daha tepkisel ve ödüle daha az duyarlı hale getirir. Bunun sonucu olarak ergenler daha çok risk almakta ve daha çok yenilik deneyimlemek istemektedirler (19). Korunmasız cinsel ilişkiye girmek ve birden fazla partnere sahip olmak bu dönemde sıktır, bunun sonucunda cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve planlanmamış gebelikler görülmektedir (22-24).

Ergenlik dönemindeki birçok genç için cinsellik ile ilgili öncelikli bilgi kaynaklarının akranlar ve sosyal medya olduğu bilinmektedir (25, 26). Bu gençler için karşılaşılabilecekleri riskli durumları en aza indirmek için cinsellik eğitimi verilmesi çok önemlidir. Cinsellikle ilgili eğitimlerin amacı yetişkinliğe adım atan gençlerin cinsellikle ilgili gerekli bilgileri öğrenerek doğru kararlar vermelerini sağlayarak cinsel açıdan sağlıklı bireyler yetiştirebilmektir (27-29).

Gençlerin cinsel sağlık ve üreme ile ilgili yaşadıkları sorunlar tüm dünyada, ilk cinsel ilişkinin erken yaşta olması, herhangi bir korunma yöntemi kullanma oranının düşük olması, erken yaşta evlilik, istenmeyen gebelikler, kötü şartlarda düşük yapılması ve cinsel yolla bulaşan hastalıklardır (29).

20 yaşın altındaki gebelikler ‘ergen gebeliği’ olarak isimlendirilmektedir (1). Ergen gebeliği, çocukların cinsel istismarı, akran cinselliği ve küçük yaşta evliliklerin bir sonucu olarak tüm dünyada görülen bir durumdur. Fiziksel ve ruhsal açıdan yeterli olgunluğa erişmemiş olan ergenin gebe kalması veya çocuk sahibi olması hem ergenin hem de doğacak çocuğun sağlığı açısından tüm dünyada önemli bir sorun teşkil etmektedir (2).

WHO’nun verilerine bakıldığında, tüm dünyada yılda yaklaşık 16 milyon ergen doğum yapmakta ve her yıl doğan bebeklerin yaklaşık %11’inin annesi ergenlik çağında bulunmaktadır (3). Ergen doğum oranı %10-15 ile en fazla Afrika’nın orta kesimleri ile Güneydoğu Asya’da görülmekte iken en az %1 gibi bir oranla Avrupa Ülkelerinde görülmektedir (4).

Ergen gebeliği, ülkemizde de sık görülen bir durum olması nedeniyle, aynı zamanda bir halk sağlığı sorunudur. Nitekim, TÜİK 2021 doğum verilerine göre, 2021 yılında

ülkemizde 15 yaşından küçük 117, 15-17 yaş aralığında 7073 ve 18-19 yaş aralığında ise 32.091 çocuk doğum yapmıştır. (5).

Yapılan çalışmalara göre ergen annelerin bebeklerinin ilk 1 yıl içindeki ölüm riski, yaşça daha büyük annelerin bebeklerinin ölüm riskine göre 2 kat artmış bulunmuştur (28). Doğurganlık yaşı küçüldükçe annede komplikasyon görülme sıklığı artmaktadır (30). Ergen gebeliği annede yetersiz kilo alımı, gebeliğe bağlı hipertansiyon, anemi gibi tıbbi durumlarla ilişkili bulunmuştur. Ergen annelerin bebekleri ölü doğum, düşük doğum ağırlığı, yenidoğan ölümü ve diğer tıbbi hastalıklar açısından risk altındadır. Ergen annelerin bebeklerinde yenidoğan ölüm oranı neredeyse 3 kat daha yüksektir (31). Yoksulluk, bekar annelik, düşük eğitim düzeyi, sigara ve uyuşturucu madde kullanımı, yetersiz doğum öncesi bakım gibi psikososyal faktörler de anne ve bebek sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (32).

Ergen anneler uzun vadede olumsuz sosyal sonuçlarla karşı karşıyadır. Erişkin annelere kıyasla ilk çocuğunu ergenlikte dünyaya getirmiş annelerin genel olarak meslek edinme oranlarının daha düşük olduğu, çoğunlukla bekar anneler oldukları ve sosyal yardımlara ihtiyaç duyma ihtimallerinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (33). Ayrıca 20 yaşından önce çocuk sahibi olmak, okula uzun süre ara verme ya da okulu bırakma ile ilişkilendirilmiştir. Yapılan çalışmalarda genç annelerin %60'ının lise eğitimi tamamlamamış ve %2'den azının 30 yaşından önce üniversite eğitimi tamamlayabildiği bildirilmektedir (34). Ergen anneler kendi eğitimlerini devam ettiremedikleri gibi çocuklarına kaliteli bakım, eğitim ve sağlık hizmetlerini sağlayacak bilgi ve deneyime de sahip olmadıkları için bu durum nesiller boyu devam eden bir yoksulluk döngüsüne neden olabilir (33).

Ergenlikteki cinsel davranışlar ergenin yetiştiği toplum tarafından belirlenmektedir. Tüm dünyada düşük sosyoekonomik düzey ve düşük eğitim düzeyi ergen gebeliği için risk faktörü olarak görülmektedir. Ayrıca anneleri ergenken doğum yapan kız çocukları ve cinsel aktiviteye erken yaşta başlayan kız çocukları için bu daha olasıdır (35). Yapılan çalışmalara göre sosyoekonomik düzeyi düşük aile ortamında büyüyen 15-19 yaş arası genç kızların daha fazla cinsel ilişki yaşadıkları, gebelik riskleri ile ilgili daha az bilgi sahibi oldukları ve daha çok gebe kaldıkları görülmüştür (36-38).

Endüstri ülkelerinde 18 yaş öncesi gebelikle sonuçlanan cinsel ilişki deneyimi daha sık olmaktadır. Bu cinsel olarak aktif ergenler gebe kalmayı istememekte fakat bununla ilgili herhangi bir önlem de almamaktadır. Korunmasız cinsel ilişkide bulunmanın sonucu olarak istenmeyen gebelikler ve yasal olmayan kürtaj oranları da artmaktadır (2, 36, 38).

2.2.Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DEHB, dikkat problemleri, hareketlilik ve dürtüsellikte artış ile kendini gösteren klinik olarak heterojen bir nörogelişimsel sendromdur. Ayrıca, çocukluk çağında en sık görülen psikiyatrik bozukluklardan biridir (39). Bilişsel, akademik, davranışsal, duygusal ve sosyal açıdan işlevselliği önemli ölçüde bozar (40).

2.2.1.Epidemiyoloji

Çocuklarda DEHB prevalansı tanı kriterlerine, çalışılan popülasyona ve metodolojik farklılıklara bağlı olarak %2-18 arasında değişmektedir (41). 27 farklı ülkeden 41 çalışmayı içeren bir metaanalizde çocuk ve adölesanlarda psikiyatrik hastalıkların sıklığı değerlendirilmiştir. Sonuçlara göre, tüm psikiyatrik hastalıkların genel sıklığı %13.4 olarak bulunmuştur. Bununla birlikte, DEHB sıklığı ise ortalama olarak %3.4 olarak tespit edilmiştir. (42). Okul çağındaki çocuklarda prevalansının %9-15 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Bu durumda DEHB'nin çocukluk çağında en sık rastlanan psikiyatrik hastalık olduğu düşünülebilir (41, 43).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada çocuk ve aileye yarı yapılandırılmış görüşme yöntemi ile Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (DEYDB DSM-IV), Çocuk ve Genç Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) ve Öğretmen Bilgi Formu verilerek DEHB prevalansına bakılmıştır. Bozulma kriterleri dahil edilmediğinde DEHB sıklığı %21,8 olarak hesaplanırken bozulma kriterleri dahil edildiğinde bu oran %19,7 olarak hesaplanmıştır. Aynı çalışmada DEHB sıklığı erkeklerde kızlara göre 2.8 kat yüksek bulunmuştur (44).

Aynı örneklem boyamsal olarak izlendiğinde DEHB prevalansı ilk 4 yıl sırasıyla %13,38, %12,53, %12,22, %12,55 olarak saptanmıştır. Bu birbirine oldukça yakın değerler, farklı ülkeleri içeren bir metaanaliz çalışmasında saptanan ortalama DEHB prevalansı ile karşılaştırıldığında Türkiye'de okul çağındaki çocuklarda DEHB sıklığının dünya ortalamasının üzerinde olduğu görülmektedir (44, 45).

2.2.2.Etyoloji

DEHB'nin patogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte, beynin yapısını ve fonksiyonlarını gösteren çalışmalar, hayvanlarda yapılan deneyler ve nöradrenalin aktivitesini

düzenleyen ilaçlara alınan tedavi yanıtı birlikte değerlendirildiğinde, serebral korteksteki katekolamin metabolizmasındaki genetik dengesizliğin primer rol oynadığı söylenebilir (46-48).

Nöroadrenerjik sistem dikkat, uyanıklığın sürdürülmesi, yürütücü işlevler gibi yüksek kortikal işlevlerin düzenlenmesinde rol alır (49). Ratlarla yapılan çalışmalarda prefrontal korteksteki noradrenalin ve dopamin sistemleri arasındaki bir dengesizliğin (inhibitör dopaminerjik aktivitede azalma ve norepinefrin aktivitesinde artış) DEHB patogenezine katkıda bulunduğu öne sürülmektedir (50).

Dopamin veya norepinefrin taşıyıcısını bloke eden DEHB ilaçları, geri alımı bloke ederek ve salınımı tetikleyerek noradrenalin ve dopaminin serbest beyin seviyelerini artırır. Bu ilaçların etki düzeneğinin dürtüsellik, dikkatsizlik ve hiperaktivite ile ilgili sorunları iyileştirmeye yönelik olduğu düşünülmektedir (51).

DEHB ile ilgili yapılan aile ve ikiz çalışmaları sonucu yaklaşık %70-80 civarı bir kalıtılabilirliğin olduğu tahmin edilmektedir (52, 53). Aile, ikiz ve evlat edinme ile ilgili genetik çalışmalar, moleküler genetik çalışmalarının sonuçları ile benzer şekilde genlerin DEHB'ye duyarlılığı artırdığını göstermiştir (54).

Son yıllarda DEHB'nin genetik etyolojisini aydınlatmak için aday gen analizleri, genom çapında ilişkilendirme çalışmaları ve genom taramayı da içeren moleküler genetik çalışmaların sayısı artmıştır. DEHB ile en çok ilişkilendirilen genetik bozukluk, dopamin taşıyıcı gendeki (DAT1, SLC6A3) ve dopamin reseptör 4 genindeki (DRD4) polimorfizmlerdir (55). DEHB'deki hiperaktivite, dürtüsellik, yenilik arayışı, kumar oynama, madde kullanımı gibi riskli davranışlar ile DRD4 genindeki polimorfizm arasında ilişki olduğunu gösteren çokça çalışma yapılmıştır (56, 57).

DEHB patogenezinde çeşitli çevresel faktörlerin rol oynayabileceği (47, 48, 58) öne sürülmüşse de bu çevresel faktörlerin önemi tartışmalıdır (59). Moleküler genetik alanında yapılan çalışmalar gen çevre etkileşimini bize sorgulatmıştır. DEHB ile ilişkili olduğu düşünülen çevresel faktörlerden birkaçı düşük doğum ağırlığı, uyuşturucu, alkol ya da sigaraya maruz kalma, doğum öncesi ve perinatal risk faktörleridir (60).

Vaka kontrol ve kohort çalışmalarında anne karnında tütün dumanına maruz kalmanın DEHB'nin etyolojisi ile tutarlı bir şekilde ilişkili olduğu gösterilmiştir (61, 62). Bu ilişkinin nedensel faktörler tarafından mı yoksa genetik ve çevresel karıştırıcı faktörler tarafından mı belirlendiği net değildir (63-65). Gözlemsel çalışmaların metaanalizine göre bu ilişkinin

nedensel olup olmadığı belirsiz olsa da DEHB'nin erken doğumu tetikleyebileceği ve düşük doğum ağırlığına sebep olabileceği düşünülmektedir (66).

Bazı çalışmalarda gebelik süresince antidepresan kullanımının çocuk için artmış DEHB riski bulunmuşsa da (67) annenin ruh sağlığının bu risk artışına olan karıştırıcı etkisi olduğu düşünülmektedir (67, 68). Gebelikte alkol kullanımı ile DEHB ilişkisine bakıldığında fetal alkol sendromu tanısı olan 5 yaş üstü 1064 vakanın değerlendirildiği bir seride vakaların %54'üne DEHB'nin eşlik ettiği görülmüştür (69).

DEHB ile sosyal faktörlerin ilişkisinin incelendiği çalışmalarda ihmal ve istismar öyküsü olan çocuk ve yetişkinlerde DEHB sıklığının artmış olduğu gösterilmiştir (70). Ebeveyn kaybında, yokluğunda, evlat edinilen çocuklarda DEHB sıklığının artmış olması küçük yaşlarda fiziksel ve duygusal ihmalin DEHB patogeneğinde etkili olduğunu düşündürmektedir (71, 72).

Yapısal ve fonksiyonel görüntüleme çalışmaları DEHB tanılı hastaların beyinlerindeki yapısal ve işlevsel farklılıkları desteklemektedir (72). Beyin görüntüleme çalışmalarında sık görülen bulgular prefrontal korteks başta olmak üzere kortikal yapılarda, serebellum ve korteks altı gri maddede hacim azalması ve prefrontal (özellikle sağ fronto-subkortikal) ve parietal devrelerdeki anormalliklerdir (72, 73).

İlgili alan ölçüm yöntemi (ROI) kullanılarak yapılan çalışmaların bir metaanalizinde DEHB tanılı hastalarda total beyin, bazal ganglionlar, amigdala, hipokampus ve serebellar bölgedeki hacim azalması karşılaştırılmıştır. Tüm alanlarda hacim azalması saptanmış olup en fazla küçülme motor koordinasyonu sağlayan serebellar vermis bölgesinde belirlenmiştir (74).

Bir başka nörogörüntüleme çalışmasında öncelikle medial alan (anterior singulum dahil), superior prefrontal ve presentral kortekste kortikal kalınlık geniş ölçüde azalmıştır (75). Uzunlamasına bir çalışmada Shaw (76), kortikal medial prefrontal kortekste kalınlık azalmasının, daha kötü bir DEHB seyri ile ilişkili olduğunu göstermiştir.

DEHB'li bireylerde yürütücü işlevler, davranış kontrolü ve ödül yollarının modülasyonunu sağlayan üç subkortikal yapı olan kaudat, putamen ve globus pallidus'ta işlev bozukluğu bulunur. Bu frontal-striatal-pallidal-talamik devreler, davranışın düzenlenmesi için kortekse geri bildirim sağlar (77, 78).

Bir başka çalışmada DEHB'li çocuklarda kontrol grubuna göre, frontoparietal ve ventral dikkat ağlarında hipoaktivasyon saptanmıştır (72). Frontoparietal dikkat ağı, amaca

uygun hareket süreçlerini başlatır ve dış ortamdan alınan girdileri beyinde var olan temsilleriyle bütünleştirerek karar vermeye rehberlik eder (79). Hedefe yönelik hareketleri gerçekleştirmedeki eksiklikler, DEHB'nin erken teorik modellerinde çok önemli olarak kabul edilmiştir (80).

2.2.3.Tanım ve Tarihçe

DEHB, tipik olarak dürtüsellik, dikkat problemleri ve hiperaktivite ile karakterizedir. DEHB tanılı çocuklar ve yetişkinler semptomların şiddeti, başlangıç yaşı ve DEHB ile bağlantılı diğer bozuklukların eşlik etme derecesine göre önemli farklılıklar gösteren heterojen bir gruptur (81).

DEHB resmi tıbbi terminolojiye yaklaşık 50 yıl önce, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın ikinci baskısında (DSM-II, 1968), "Çocukluğun Hiperkinetik Reaksiyonu" adıyla girmiştir (82). Sonraki yıllarda dikkat eksikliğinin temel belirti olduğu, dürtüsellik ve hiperaktivitenin eşlik eden ana semptomlar olduğu görüşü benimsenmiş, 1980 yılında DSM-III'te "Dikkat Eksikliği Bozukluğu" ismiyle tanımlanmış ve hiperaktivitenin varlığına göre iki kategori belirlenmiştir (83). DSM-III-R'de günümüzde kullanılan 'Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu' adını almış ve tanı için 14 madde belirlenmiştir (84). Daha sonra DSM-IV'te dikkat eksikliği için 9, hiperaktivite için 6, dürtüsellik için 3 kriteri içeren 18 maddelik liste haline getirilmiştir (bkz. Tablo 1). DSM-IV'de ayrıca, dikkat sorunlarının ön planda olduğu, hiperaktivite ve dürtüsellik ön planda olduğu ya da her ikisinin de baskın olduğu üç alt tip tanımlanmıştır. (85).

Nörogörüntüleme çalışmalarının artışıyla çocuklarda kortikal matürasyonda gecikme olduğunun görülmesi üzerine DEHB tanısı DSM-V'te "Nörogelişimsel bozukluklar" başlığı altına alınmıştır (86, 87). DSM-V'in yayınlanmasıyla gerçekleşen bir başka değişiklik de semptomların başlangıç yaşının 7 den 12 ye çekilmesidir. Yapılan çalışmalarda bu şekilde vakaların %95'inin tanı alabildiği görülmüştür. 17 yaş üstü için dikkat problemleri ve hareketlilik/dürtüsellik alanlarında 9 belirtiden 5'i tanı için yeterli kabul edilmiştir (87).

Tablo 1. DSM-V'e göre DEHB tanı kriterleri

A.(A1) ve/veya (A2)'nin var olması gerekir. A1.Dikkatsizlik: Aşağıdaki belirtilerden altısı (ya da daha fazlası) en az altı ay uyumsuzluk doğurucu ve/veya gelişim düzeyine aykırı derecede varlığını sürdürerek, sosyal ve akademik/mesleki aktivitelerde doğrudan bozucu etki göstermiştir. a.Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar. b.Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da katıldığı oyun vb etkinliklerde dikkati dağınık. c.Doğrudan kendisine hitap edilerek konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür. d.Çoğu zaman yönergeleri izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da işyerindeki görevlerini tamamlayamaz. e.Çoğu zaman üzerine aldığı görevi ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker. f.Çoğu zaman sürekli mental aktivite gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir. g.Çoğu zaman üzerine aldığı görev ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder. h.Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolayca dağınık. i.Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkanlıktır. A2.Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik: Aşağıdaki belirtilerden altısı(ya da daha fazlası) en az altı ay uyumsuzluk doğurucu ve/veya gelişim düzeyine aykırı bir derecede varlığını sürdürerek, sosyal ve akademik/meslekiaktivitelerde doğrudan bozucu etki göstermiştir. a.Çoğu zaman elleri,ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur. b.Çoğu zaman oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar. c.Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşturup durur ya da tırmanır. d.Çoğu zaman sakin bir biçimde boş zamanları geçirme etkinliklerine katılmaya da oyun oynama zorluğu vardır. e.Çoğu zaman hareket halindedir ya da adeta bir motor takılmış gibi davranır. f.Çoğu zaman çok konuşur. g.Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan cevabını verir. h.Çoğu zaman sırasını beklemede güçlük yaşar. i.Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da başkalarının yaptıklarının arasına girer. B.Bozulmaya yol açmış bazı aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtileri ya da dikkatsizlik semptomları 12 yaşından önce de vardır. C. İki ya da daha fazla ortamda belirtilerden kaynaklanan bir bozulma vardır(örn evde,işte ya da okulda, arkadaşlar veya akrabalarla veya başka aktivitelerde). D. Toplumsal, okuldaki ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan belirgin bozulma olduğunun açık kanıtları olmalıdır. E.Bu belirtiler şizofreni ya da diğer bir psikotik bozukluk çerçevesinde ortaya çıkmamıştır ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz(duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, dissosiyatif bozukluk ya da bir kişilik bozukluğu).
--

2.2.4.Tanı ve Klinik Özellikler

DEHB tanısı, ebeveyn ve öğretmenlerden alınan bilgiler ışığında çocuğun gelişimsel ve tıbbi öyküsü değerlendirilerek, gerekli durumlarda testlerin ve ölçeklerin de uygulandığı çocukla birebir yapılan görüşme sonucu konulur. DSM-V'e göre hiperaktivite/dürtüsellik alanındaki 9 maddeden en az 6'sı ve/veya dikkat eksikliği alanında 9 maddeden en az 6'sının

en az 2 ortamda var olması ve en az 6 ay boyunca devam etmesi tanı için gereklidir. 17 yaşından büyükler için 9 semptomdan 5'inin olması yeterli kabul edilmiştir (88).

Dikkatsizlik belirtileri tipik olarak çocuk 7-8 yaşına gelene kadar belirgin değildir (89, 90). Bu durum dikkat problemlerinin 6 yaşından küçük çocuklarda değerlendirilmesindeki zorluklar ve çocuğun bilişsel becerilerindeki hızlı değişim sebebiyle olabilir. Dürtüsellik gibi dikkat problemlerinin de yaşam boyu sürdüğü kabul edilmektedir (91). Dikkat sorunları ergenlik döneminde akademik problemler olarak kendini gösterir (41).

Hiperaktivite ve dürtüsellikle ilgili semptomlar genellikle 4 yaş civarı başlar, 3-4 yıl içinde artarak devam eder ve 7-8 yaşlarında doruğa ulaşır (89, 90). 7-8 yaşından sonra hiperaktivite belirtileri azalmaya başlar, ergenlik döneminde belirtiler silikleşir ve dışardan fark edilemez hale gelebilir (92). Buna karşın dürtüsel semptomlar genellikle yaşam boyu devam eder. Ergenlerde dürtüsellikle ilişkili durumlar madde kullanımı, kavgaya karışma, sorunlu araç kullanımı ve riskli cinsel davranışlardır (93). Dürtüsellik çocuk ya da gencin yaşadığı çevre bağlamında sorunlara yol açabilir. Örneğin alkol ve yasaklı maddeye erişme olanağı yüksek bir ortamda yaşayan ve DEHB için tedavi almamış çocuk ve ergenler arasında madde kullanım oranı daha yüksektir (94).

DEHB tanılı çocuklarda sosyal beceriler sıklıkla önemli ölçüde bozulur. Dikkat problemleri sosyal beceriler edinme ve sosyal etkileşimde bulunmak için gerekli ipuçlarını yakalamayı zorlaştırabilir. Hiperaktif ve dürtüsel davranışlar akran reddine sebep olabilir (95).

Karşıt olma karşı gelme bozukluğu, davranım bozukluğu, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozukluğu ve öğrenme güçlükleri, DEHB'ye eşlik eden psikiyatrik komorbid durumlar arasındadır (96-99). Komorbid durumlar birincil ya da ikincil olabilir. Her iki durumda da DEHB'den bağımsız tedavi gerektirir (41).

2.2.5.Tedavi

DEHB'nin tedavisi ve yönetimiyle ilgili son yıllarda sadece klinisyenler için değil aynı zamanda hastalar ve bakıcılar için de çok sayıda kılavuz yayınlanmıştır (100-102). Tüm kılavuzlar psikoeğitimin tedavinin temel taşı olduğunu bildirmekte ve DEHB tanısı alan herkese, aile ve bakıcılarına sunulması gereken multimodal bir tedavi yaklaşımı önermektedir (100).

DEHB’de farmakolojik ve davranışsal tedavi protokollerinin etkinliklerini değerlendiren, altın standart olarak kabul edilen MTA çalışmalarına (Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü DEHB’li Çocuklarda İşbirliğine Dayalı Multimodal Tedavi Çalışması) göre tek başına farmakolojik tedavi ve farmakolojik tedavi-davranışsal terapi kombinasyonu, 14 ay süren tek başına davranışsal terapi tedavisinden daha etkin bulunmuştur (103-105). Farmakolojik tedavide metilfenidat, amfetamin gibi uyarıcı maddelerin yanısıra atomoksetin, klonidin, guanfasin gibi uyarıcı olmayan etken maddeler de kullanılmaktadır.

Etki ve yan etki profili açısından bakıldığında metilfenidat ve amfetamin gibi psikostimülan ilaçlar DEHB’nin ana semptomları için altın standart tedavidir. Metilfenidat ve amfetamin tedavinin başında DEHB semptomlarında hızlı bir düzelme sağlarken, atomoksetin ve guanfasin tedavi başlangıcından birkaç hafta sonra etkisini göstermeye başlar. Atomoksetin ve guanfasin Amerika’da ve Avrupa’da 6 yaş üzeri çocuklarda DEHB tedavisi için ruhsat almıştır. Bu ilaçların DEHB çekirdek semptomlarındaki etki büyüklüğü metilfenidat ve amfetaminle karşılaştırıldığında 0.7 olarak hesaplanmıştır (106).

Farmakolojik tedavi alan hastalara psikososyal girişimlerin uygulanmasının DEHB semptomlarının şiddetini azaltarak daha düşük doz ilaç kullanımını sağladığı, duygu düzenlemesi, okul ve aile sorunları ve diğer yürütücü işlevler üzerine belirgin fayda sağladığı ortaya konmuştur (107, 108).

2.2.6. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DEHB, çocuk ve ergenlik döneminin en sık psikiyatrik hastalıklarından biri olup, genellikle yetişkinlik döneminde de devam eder (109). Yapılan çalışmalara göre çocuklukta DEHB tanısı alan bireylerin büyük çoğunluğu yetişkinlikte de tanı için kriterleri karşılamaya devam etmektedir (110). Yakın tarihli araştırmalar yetişkin DEHB tanılı hastaların bir kısmının çocukluk döneminde belirtilere sahip olmadığını göstermiştir (54).

Erişkinlerde DEHB işlevsel bozukluğa sebep olan dikkat sorunları, dürtüsellik ve huzursuzluk ile karakterizedir. DEHB’li yetişkinlerdeki dikkat sorunlarının çoğu hedef belirlemek, hedefe yönelik eylemleri tasarlamak, gerçekleştirmek ve sürdürmek için gerekli olan yürütücü işlevlerdeki eksiklikler ile ilgilidir (111). Yürütücü işlevlerdeki bozulmaya sıklıkla emosyonel düzensizlik eşlik eder (54).

Yapılan bir çalışmaya göre Amerika Birleşik Devletleri’nde, 18-44 yaş arası yetişkinlerde DEHB oranı %4.4 olarak saptanmıştır (112). WHO’nun Amerika, Avrupa ve

Orta Doğu'daki 10 ülkede yaptığı anketler sonucu 18-44 yaş arası katılımcılarda % 3.4 (1.2-7.3) olarak saptanmıştır (109).

DEHB tanılı erişkinlerde yaşla birlikte eşlik eden komorbid durumların sıklığı artarken DEHB semptomları daha az belirgin hale gelir (111, 112). Erişkin DEHB hastalarında bu komorbid durumlar tanınıp tedavi edilirken DEHB genellikle tanınmaz ve atlanır (54). Çocukluk çağında DEHB tanısının atlanması, bireyin tedavi almaması madde kullanım sıklığını artırdığı gibi sosyal, akademik ve mesleki işlevsellikte bozulmaya sebep olabilir (113).

2.3. Dürtüsellik

Dürtüsellik bekleyememe, dikkatsizce davranma, heyecan arayışı, risk alma davranışı ile kendini gösteren; yeterince iyi düşünülmeden, planlanmadan eyleme dökülmüş olumsuz sonuçlara yol açabilen davranışları kapsar (114). Dürtüsellik birçok psikiyatrik bozukluğun tanı kriterleri arasında yer almaktadır (115). Son yıllarda 'impulsivite' terimi agresyon (116, 117), yıkıcı davranışlar (118, 119), akran ilişkilerinde sorunlar (120, 121) ve çalma, mülke zarar verme, madde kullanımı (122) gibi antisosyal davranışlarla ilişkili bulunmuştur.

Dürtüsellikle ilişkili, eylemin sonuçlarını değerlendirmek için eldeki somut verileri kullanamamak, daha sonra sahip olabileceği büyük bir ödül yerine hemen sahip olabileceği daha küçük bir ödülü tercih etmek, alışılmış güçlü motor tepkileri baskılamakta yetersizlik olmak üzere 3 farklı boyut tanımlanmıştır (123). Dürtüsellğin bu 3 boyutu birlikte ele alındığında dürtüsellik farklı çevre şartları altında durum değerlendirmesini doğru şekilde yapabilme ve duruma uygun yanıtı verebilme becerisinde aksaklık olarak düşünülebilir (124).

Davranış bilimleri dürtü kontrolünü beslenme, cinsellik ya da ileri düzeyde arzulanan ödüller için harekete geçen yoğun isteği düzenleyen bir inhibitör sistem olarak tanımlamıştır. Bu inhibitör sistem şartlanmış cevapları ve refleksleri belli bir müddet baskılayarak kortikal işlevlerin harekete geçip davranışı yönlendirmesine olanak sağlar (114).

Nöroanatomik verilere bakıldığında orbitofrontal korteks ve bazolateral amigdala dürtüsel seçimler yapma ile ilgili süreçlerde rol alırken, dorsal prefrontal korteks ve anterior singulat korteks ise dürtü kontrolünü sağlayan inhibitör süreçlerde rol almaktadır. Nükleus akumbens ve subtalamik nükleusun ise her iki süreçte de yer aldığı düşünülmektedir (125, 126). Nörokimyasal açıdan bakıldığında ise nöradrenerjik, dopaminerjik ve serotonerjik

sistemlerin optimal işlememesi inhibitör süreçleri bozarak dürtüselliğe artışa yol açıyor olabilir (127, 128).

2.4. Ergen Gebeliğine Eşlik Eden Psikopatolojiler

Eşlik eden psikopatolojileri, ergen gebeliğine yol açabilecek psikopatolojiler ve ergen gebeliği sonucunda oluşabilecek psikopatolojiler olarak ikiye ayırabiliriz. Ergen gebeliği için sebep niteliğindeki psikopatolojiler arasında DEHB ve dürtüsellik sayılabilir.

2.4.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DEHB ile riskli cinsel davranışlar ve gebelik ilişkisini inceleyen çok az sayıda çalışma vardır. Yapılan bu kısıtlı sayıdaki çalışmalar göstermiştir ki; DEHB tanılı çocuk ve ergenler düşük akademik başarı, öğrenme güçlükleri, davranış problemleri ve madde kullanımı açısından risk altındadır. Bu sorunların her birinin DEHB tanılı gencin ergenlik döneminde riskli cinsel davranışlar ve planlanmayan gebelik ihtimalini artırdığı gösterilmiştir.

18 yaş öncesi DEHB tanısı almış bir grup gencin takip edilerek 18-26 yaş arasında riskli cinsel davranışlar açısından değerlendirildiği bir çalışmada kontrol grubuna göre ilk cinsel deneyimlerinin daha erken yaşta olduğu, cinsel ilişki sıklığının daha yüksek olduğu, daha çok sayıda partnerlerinin olduğu, kondom kullanma sıklığının daha düşük olduğu ve gebelikle sonuçlanan cinsel birliktelik ihtimallerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (6).

DEHB tanılı genç kızların 20'li yaşların başlarına kadar takip edilerek değerlendirildiği bir prospektif çalışmada, DEHB tanılı kızlarda planlanmamış gebelik oranı (42.6%), kontrol grubuna (10.6%) kıyasla daha yüksek saptanmıştır (8). Aynı çalışmada düşük akademik başarı ve madde kullanımı ile planlanmamış gebelikler arasında pozitif korelasyon bulunmuştur.

Bir başka çalışmada 2001-2009 yılları arasında DEHB tanısı almış 7505 ergen takibe alınarak 20 yaşından önce gebe kalma oranları sağlıklı kontrol grubuyla kıyaslanmış ve DEHB tanılı ergenlerin, DEHB olmayan akranlarına kıyasla herhangi bir gebelik ve erken gebelik riski artmış olarak bulunmuştur (129).

Barkley ve ark. (130) tarafından yapılmış bir çalışmada çocuklukta DEHB tanısı almış bireylerin (%38), DEHB tanısı olmayan bireylere (%4) göre daha erken yaşta ebeveyn olduğu

gösterilmiştir (130). Meinzer (131) de 2017’de yaptığı bir çalışmada, 20 yaş altında DEHB varlığının, erken gebelik riskini 2 kat artırdığını göstermiştir.

Bu alanda yapılan birçok çalışma da göstermiştir ki DEHB tanılı bireylerde adölesan dönemde çoklu partner, korunmasız cinsel ilişki, gebelik, madde kullanımı ve davranış problemleri daha fazla olmaktadır (132-135).

2.4.2. Dürtüsellik

Dürtüsellik ergenlik ve gençlik döneminde ortaya çıkan bazı sorunlu davranışlar ile ilişkili bulunmuştur. Bunlar arasında patolojik kumar oynama, madde bağımlılığı, zayıf kişilerarası ilişki becerileri, araç kazaları ve cezaevine girme ihtimalleri sayılabilir (136-139).

Dürtüsellik cinsel açıdan risk alma davranışı ile de ilişkili bulunmuştur. Zuckerman Duygu Arayışı Ölçeği (140) ile değerlendirilen ‘heyecan arayışı’nın cinsel açıdan risk alma davranışı ile ilişkili olduğu görülmüştür (141). Fischer ve Smith (142) Zuckerman-Kuhlman Kişilik Anketi kullanarak yaptığı bir çalışmada ‘heyecan arayışı’ sportif aktivitelere katılım ve sosyal etkileşimi başlatma gibi pozitif risk alma davranışları ile daha çok ilişkili bulunmuşken, bir başka çalışmada (143) ‘heyecan arayışı’ korunmasız cinsel ilişki, madde kullanımı, hırsızlık gibi negatif risk alma davranışları ile daha fazla ilişkili bulunmuştur.

Vollrath ve Torgersen (144), Norveçli üniversite öğrencilerinde kişilik tipleri ve risk alma davranışını incelediği bir çalışmada dürtüsellüğün çok sayıda cinsel partner sayısı, fazla alkol ve sigara kullanımı ile ilişkili olduğunu göstermiştir

12-24 yaş arası cinsel olarak aktif adölesan ve gençlerle yapılan bir çalışmada, dürtüsellikle yaş, ırk, eğitim düzeyi, maddi gelir arasında bir ilişki bulunamamışken; yüksek dürtüsellik puanları ile ilk cinsel ilişki yaşının küçük olması, yaşam boyu birden fazla partner ve kontraseptif yöntem kullanımının daha az olması arasında belirgin bir ilişki görülmüştür (7).

2.4.3. Sonuç Niteliğindeki Psikopatolojiler

Depresyon, anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu ise ergen gebeliği sonucu oluşabilecek psikopatolojiler arasındadır. İlk cinsel ilişki deneyiminin erken yaşta olması ve sonucunda olabilecek bir gebelik, hangi nedenle olursa olsun kimlik karmaşasını

doğru şekilde çözümlemesi gereken bu dönemde ergenin ruhsal gelişiminde bozulmaya yol açabilir (145). Bilişsel, psikososyal ve entelektüel gelişim, fiziksel ve biyolojik gelişime göre daha geç tamamlandığı için fiziksel olarak gelişimini tamamlamış bile olsa ergen için gebelik travmatik bir olay olabilir (146, 147). Ergen gebenin ergenlik döneminin getirdiği sorunlarla uğraşırken evliliğe veya annelik rolüne uyum sağlaması oldukça güçtür. Bu sebeple ergen gebeliğin getirdiği psikiyatrik sorunlar, gebelik sürecinin tıbbi sorunlarından daha fazla olabilir (148).

Ergen gebeliğine çok sayıda psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiği bilinmektedir. Fakat çalışmalar depresyon üzerine yoğunlaşmıştır (145). Ergen gebeliğe eşlik eden psikiyatrik bozuklukların sıklığını inceleyen bir çalışmada, ergen gebeler ile doğumdan önceki 12 ayın psikiyatrik belirtileri tanısal bir görüşme yöntemi ile değerlendirilmiş, değerlendirme sonucu en sık eşlik eden psikiyatrik durumlar anksiyete bozukluğu (%15.7), madde kullanım bozukluğu (%13.7) ve major depresyon (%12.9), ardından sırasıyla psikotik bozukluklar (%3.5), bipolar bozukluk (%0.8) ve yeme bozuklukları (%0.3) olmuştur (149).

Amerika Birleşik Devletleri, Finlandiya ve Estonya'da yapılan çalışmalara göre cinsel olarak aktif ergenler arasında, cinsiyet, ırk, aile yapısı ve sosyoekonomik düzey farketmeksizin depresyon ve intihar girişimi oranı artmış bulunmuştur (150-152).

Sonuç olarak DEHB ve dürtüselliği iyi tedavi edersek gebeliği ve buna sekonder gelişen psikopatolojileri de engellemiş oluruz.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Örneklemi

Bu çalışmaya 12-19 yaş arası ergen gebeler, etik kurul onayı alındıktan sonraki 9 ay süresince, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne başvuruları sırasında çalışmaya dahil edilmiştir. Çevre okulların lise son sınıf öğrencileri arasından hasta sayısı kadar sosyodemografik özellikler açısından eşleştirilmiş kontrol grubu da çalışmaya dahil edilmiştir. Bu araştırma için 09.03.2022 tarihinde 58 karar no ile Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı alınmıştır.

Çalışmaya Alınma Kriterleri:

- Çalışma sırasında 12-19 yaş aralığında olmak.
- Çalışma sırasında gebeliğinin herhangi bir döneminde olmak.
- Araştırma hakkında ayrıntılı bilgilendirme yapıldıktan sonra katılımı kabul etmiş olmak.
- Aydınlatılmış onam formunu okuyup imzalamak veya sözel onam vermek.
- Çalışmada kullanılacak ölçekleri ve yönergeleri anlayabilecek bilişsel düzeye sahip olmak.
- Okuma yazma bilmek.

Çalışmadan Dışlanma Kriterleri:

- Ölçekleri anlama ve doldurma yeteneğini engelleyecek derecede zeka geriliği olması (IQ puan < 70).
- Okuma yazma bilmemek.
- Okuduğunu anlama ve değerlendirmesini olumsuz etkileyebilecek ağır tıbbi ya da mental hastalık.

3.2. Uygulama

Bu çalışma için etik kurul onayı alındıktan sonraki 9 ay süresince Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne başvuran 12-19 yaş arası ergen gebeler başvuruları esnasında özbildirim ölçekleri ile dürtüsellik ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu açısından taranmıştır. Hasta sayısı kadar sosyodemografik özellikler açısından benzer kontrol grubu da çalışmaya dahil edilmiştir. Kontrol grubu çevre okulların lise son sınıf öğrencileri arasından seçilmiştir. Katılımcılar, çalışma hakkında detaylı bir şekilde

bilgilendirilmiştir. Bu bilgilendirme sürecinde katılımcılara, çalışma içerisinde isimlerinin kullanılmayacağı ve kişisel bilgilerinin gizli tutulacağı konusunda bilgi verilmiştir. Katılımcılardan yazılı onam alınmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik Veri Formu: Bu form, katılımcıların sosyodemografik özellikleri hakkında bilgi edinmeyi amaçlayan, araştırmanın amacına uygun şekilde araştırmacılar tarafından geliştirilen yarı yapılandırılmış bir bilgi toplama aracıdır. Bu araç, daha önce yapılan çalışmaların ışığında tasarlanmıştır. Bu form katılımcıların yaş, eğitim durumu, daha önce psikiyatrik tanı alma durumu, medeni durumu, kiminle birlikte yaşadığı, adli bir süreci olup olmadığı, cinsel aktif olup olmadığı, gebelik durumu, sigara,alkol ve madde kullanım öyküsü ve geçirilmiş trafik kazası ya da diğer travmalar ile ilgili bilgiler edinmemizi sağlayan sorulardan oluşmaktadır.

Conners- Wells Ergen Özbildirim Ölçeği uzun formu (CWEÖÖ-U): DEHB başta olmak üzere ergen psikopatolojisini değerlendirmeyi amaçlayan bu ölçek, 12-17 yaş aralığındaki gençlerin son bir aya göre kendi görüşlerini temel alarak kendileriyle ilgili değerlendirme yapmalarına dayanmaktadır. Bu araştırma formu altı alt ölçekten oluşmaktadır. Bu alt ölçekler sırasıyla Aile Problemleri, Duygusal Problemler, Davranış Problemleri, Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik, Öfkeyi Kontrol Problemleri ve Hiperaktivite'yi kapsamaktadır. Ayrıca, istenirse birlikte kullanılabilecek olan DSM-IV'e dayalı Dikkat Eksikliği Hiperaktivite İndeksi ve DSM-IV Semptomları Alt Ölçekleri de bulunmaktadır. Her bir madde için 0-3 arasında değişen puan değerleriyle 4 yanıt seçeneği bulunmaktadır. Yanıt seçenekleri "Hiçbir zaman doğru değil" (hiçbir zaman, çok ender) için 0 puan, "Biraz doğru" (bazen) için 1 puan, "Oldukça doğru" (sık sık, oldukça çok) için 2 puan ve "Çok doğru" (çok sık) için 3 puan şeklindedir. Yüksek puanlar, ölçekte tanımlanan problemlere sahip olduğunu gösteren bir gösterge olarak değerlendirilir. (153, 154). Ülkemizde, bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kaner ve diğer araştırmacılar tarafından gerçekleştirilmiştir. (155).

Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ-11): Dürtüsellik değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılan, katılımcının kendisinin doldurduğu bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Güleç ve diğer araştırmacılar (2008) tarafından yapılmıştır (156). Ölçek, 1-4 arasında puanlanan (1= Nadiren/Asla; 2= Ara sıra; 3= Sık sık; 4= Hemen hemen her zaman/ Her zaman) toplam 30 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin üç alt ölçeği bulunmaktadır: dikkatsel dürtüsellik, devinim dürtüselligi ve plansızlık dürtüselligi. Kesme puanları ölçek

veya alt ölçekler için belirlenmemiştir. Çalışmada toplam dürtüsellik ve dürtüsellüğün alt kategorilerinin şiddetini ölçmek amacıyla kullanılmıştır.

Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ): 1999 yılında geliştirilen bir yaşam kalitesi ölçeği olan PedsQL, 2-18 yaş aralığındaki çocuk ve ergenlerin sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini değerlendirmek için kullanılmaktadır (157). Türkçe'ye "Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği" olarak çevrilen PedsQL, fiziksel sağlık, duygusal işlevsellik, sosyal işlevsellik ve okul işlevselliği olmak üzere dört alt formdan oluşmaktadır (158). Puanlama üç alanda yapılmaktadır. Öncelikle, ölçeğin toplam puanı hesaplanır, ikinci olarak fiziksel sağlık toplam puanı, son olarak da duygusal, sosyal ve okul işlevselliğini değerlendiren madde puanlarının hesaplanmasıyla psikososyal sağlık toplam puanı elde edilir (159). Maddeler 0-100 arasında puanlanır. Eğer soru hiçbir zaman işaretlenmişse 100 puan alır, nadiren işaretlenmişse 75 puan alır, bazen işaretlenmişse 50 puan alır, sıklıkla işaretlenmişse 25 puan alır, hemen her zaman işaretlenmişse ise 0 puan alır. Ölçek puanlarının yüksek olması, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi algısının iyi olduğunu göstermektedir (159).

3.4. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler, "SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 20.0" programı kullanılarak gerçekleştirildi. Hasta ve kontrol grupları arasındaki karşılaştırmada Student's t-testi ve Mann-Whitney U testi kullanıldı. Kategorik verilerin (cinsiyet dağılımı, ailede ruhsal hastalık öyküsü vb.) analizinde ki-kare testi uygulandı. Sürekli verilerin (yaş, ölçek puanları vb.) tanımlayıcı istatistiksel değerleri, ortalama ve standart sapma gibi, raporlandı. Hastaların ve kontrol grubunun sosyodemografik, klinik ve ölçek puanları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için Spearman bağıntı analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık sınırı olarak $p < 0,05$ kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. Demografik Veriler

Bu çalışmaya dahil edilen katılımcıların sosyodemografik bilgileri Tablo 2'de sunulmuştur. Çalışma ve kontrol grupları arasında yaş, çalışıp çalışmama durumu, psikiyatrik tanı varlığı, alkol ve madde kullanımı ve gebelik dışı travmalar açısından anlamlı fark bulunmamaktadır.

Çalışma ve kontrol grubu arasında eğitim durumu, okul başarısı, olguların anne ve babalarının eğitim durumu, kardeş sayısı, sigara kullanımı, adli sürecin varlığı, medeni durum, kiminle yaşadığı ve olguların annelerinde 18 yaş altı gebelik varlığı açısından anlamlı fark bulunmaktadır.

Çalışma grubunda yer alanların 8'i (%16.0) okula devam ediyorken kontrol grubunda yer alanların tamamı okula devam ediyordu. Okula devam eden olguların okul başarısı karşılaştırıldığında çalışma grubunun 14'ü (%77.8) kötü-orta, 4'ü (%22.2) iyi iken; kontrol grubunun 15'i (%27.3) kötü-orta, 40'ı (%72.7) iyiydi.

Olguların anne ve babalarının eğitim durumları karşılaştırıldığında çalışma grubunun annelerinin 40'ı (%80.0) en fazla ilköğretim mezunu, 8'i (%16.0) lise mezunu, 2'si (%4.0) üniversite mezunu iken; kontrol grubunun annelerinin 12'si (%21.8) en fazla ilköğretim mezunu, 31'i (%56.4) lise mezunu, 12'si (%21.8) üniversite mezunuydu. Çalışma grubunun babalarının 37'si (%75.5) en fazla ilköğretim mezunu, 8'i (%16.3) lise mezunu, 4'ü (%8.2) üniversite mezunu iken; kontrol grubunun babalarının 6'sı (%10.9) en fazla ilköğretim mezunu, 35'i (%63.6) lise mezunu, 14'ü (%25.5) üniversite mezunuydu.

Olgular kardeş sayısı açısından karşılaştırıldığında çalışma grubunun ortalama kardeş sayısı 3.95 iken kontrol grubunun ortalama kardeş sayısı 1.63'tü. Olguların sigara kullanımına bakıldığında ise 9 (%18.0) gebede sigara kullanımı var iken kontrol grubundan sadece 1 (%1.8) kişide sigara kullanımı vardı. Adli süreç açısından karşılaştırıldığında kontrol grubunda hiç adli süreç geçmişi yokken çalışma grubundan 4 kişide (%8.0) adli süreç geçmişi vardı.

Olgular medeni durum açısından karşılaştırıldığında çalışma grubunun 4'ü (%8.0) bekar, 35'i (%70.0) resmi nikahlı, 11'i (%22.0) imam nikahlı iken kontrol grubunun tamamı bekarı. Çalışma grubunun 5'i (% 10.0) ailesiyle, 45'i (%90.0) partner/eş ya da bir diğer kişiyle yaşıyorken; kontrol grubunun 51'i (%92.7) ailesiyle, 4'ü (%7.3) partner/eş ya da bir

diğer kişiyle yaşıyordu. Çalışma grubundan 21 (%42.9) kişinin annesinde 18 yaş altında gebelik öyküsü var iken kontrol grubundan sadece 4 (%7.3) kişinin annesinde 18 yaş altı gebelik öyküsü vardı.

Tablo 2. Çalışma ve kontrol grubunun sosyodemografik verileri

	Çalışma grubu (n=50) Ort(SD) ya da n (%)	Kontrol grubu (n=55) Ort (SD) ya da n (%)	p değeri
Yaş(yıl)	18.14±1.10	17.89±0.65	0.160
Eğitim düzeyi(yıl)	9.36±2.36	12.30±0.46	<0.001
Kardeş sayısı	3.95±2.68	1.63±0.91	<0.001*
Gelir düzeyi	7014.44±7071.84	26222.22±15048.62	<0.001
Eğitim durumu: Okula gidiyor Okula gitmiyor	8 (%16.0) 42 (%84.0)	55 (%100.0) 0 (%0.0)	<0.001**
Okul başarısı : Kötü-orta İyi	14 (%77.8) 4 (%22.2)	15 (%27.3) 40 (%72.7)	<0.001**
Çalışıyor mu: Evet Hayır	2 (%4.0) 48 (%96.0)	0 (%0.0) 100 (%100.0)	0.224**
Annenin eğitim durumu: İlköğretim ve altı Lise Üniversite	40 (%80.0) 8 (%16.0) 2 (%4.0)	12 (%21.8) 31 (%56.4) 12 (%21.8)	<0.001**
Babanın eğitim durumu: İlköğretim ve altı Lise Üniversite	37 (%75.5) 8 (%16.3) 4 (%8.2)	6 (%10.9) 35 (%63.6) 14 (%25.5)	<0.001**
Psikiyatrik tanı: Var Yok	4 (%8.0) 46 (%92.0)	1 (%1.8) 54 (%98.2)	0.189**
Adli süreç: Var Yok	4 (%8.0) 46 (%92.0)	0 (%0.0) 55 (%100.0)	0.048**
Medeni durum: Bekar Resmi nikahlı İmam nikahlı	4 (%8.0) 35 (%70.0) 11 (%22.0)	55 (%100.0) 0 (%0.0) 0 (%0.0)	<0.001**
Kiminle yaşıyor: Ailesiyle Diğer	5 (%10.0) 45 (%90.0)	51 (%92.7) 4 (%7.3)	<0.001**
Annede 18 yaş altı gebelik: Var Yok	21 (%42.9) 28 (%57.1)	4 (%7.3) 51 (%92.7)	<0.001**
Sigara kullanımı: Var Yok	9 (%18.0) 41 (%82.0)	1 (%1.8) 54 (%98.2)	0.006**
Alkol kullanımı: Var Yok	0 (%0.0) 50 (% 100.0)	2 (%3.6) 53 (%96.4)	0.496**
Diğer travmalar: Var Yok	6 (%12.0) 44 (%88.0)	5 (%9.1) 50 (%90.9)	0.627**

p: anlamlılık düzeyi, *Mann Whitney U, **Ki Kare testi, Ort: Ortalama , SD : Standart Deviasyon (Standart sapma)

Çalışma grubunun sosyodemografik verilerine bakıldığında cinselliğe başlama yaşı ortalaması 16.89 ± 1.24 iken, bebeğin babasının yaş ortalaması 24.06 ± 4.75 'di. Çalışma grubunun gebelik haftası ortalaması 27.95 ± 10.98 'di. 8 (%16.0) olguda bebeğin babası ile ilgili adli süreç vardı. Gebelerin yalnızca 13 (%26.5)'ü herhangi bir gebelikten korunma yöntemi kullanmıştı. Çalışma grubunun 9'unun (%19.1) birden fazla gebelik öyküsü vardı. Gebelerin 32'sinin (%66.7) gebeliği planlı iken 16'sının (%33.3) gebeliği plansızdı(istemedi). Çalışma grubundan sadece 6 (%12.0) gebe, gebelik boyunca sigara kullanmaya devam etmişti. Çalışma grubundan hiç kimse gebelik boyunca alkol ya da madde kullanmamıştı. Çalışma grubunun sosyodemografik bilgileri Tablo 3'de sunulmuştur.

Tablo 3. Çalışma grubunun sosyodemografik verileri

	Çalışma grubu (n=50) Ort (SD) ya da n (%)
Cinselliğe başlama yaşı(yıl)	16.89 ± 1.24
Bebeğin babasının yaşı(yıl)	24.06 ± 4.75
Bebeğin babası ile ilgili adli süreç Var Yok	8 (%16.0) 42 (%84.0)
Gebelik haftası	27.95 ± 10.98
Gebelikten korunma Evet Hayır	13 (%26.5) 36 (%73.5)
Önceki gebelikler Var Yok	9 (%19.1) 38 (%80.9)
Gebelik Planlı(isteyerek) Plansız(istemedi)	32 (%66.7) 16 (%33.3)
Gebelikte sigara kullanımı Var Yok	6 (%12.0) 44 (%88.0)
Gebelikte alkol kullanımı Var Yok	0 (%0.0) 50 (%100)
Gebelikte madde kullanımı Var Yok	0 (%0.0) 50 (%100)

Ort: Ortalama , SD : Standart Deviasyon (Standart sapma)

Tüm olguların annelerinin eğitim durumu ile annelerindeki 18 yaş altı gebe kalma oranı karşılaştırıldığında, en fazla ilköğretim mezunu olan annelerin 21'i (%41.2), lise mezunu annelerin 3'ü (%7.7) ve üniversite mezunu annelerin 1'i (%7.1) 18 yaş altında gebelik bildirmektedir. Annelerinde 18 yaş altı gebelik var olan grubun annelerinin eğitim seviyesinin daha kötü olduğu görülmektedir. Bu eğitim seviyeleri arasındaki fark istatistiksel olarak

anlamli bulunmuştur. Olguların annelerinin eğitim durumu ve 18 yaş altı gebelik durumu ilişkisi Tablo-4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Olguların annelerinin eğitim durumu ve 18 yaş altı gebelik öyküsü ilişkisi

Olguların annelerinin eğitim durumu	Olguların annelerinde 18 yaş altı gebelik durumu		p değeri
	Var n (%)	Yok n (%)	
İlköğretim ve altı	21 (%41.2)	30 (%58.8)	<0.001*
Lise	3 (%7.7)	36 (%92.3)	
Üniversite	1 (%7.1)	13 (%92.9)	

p: anlamlılık düzeyi, *Ki Kare testi

Çalışma grubunun eğitim seviyesi ile annelerinin 18 yaş altı gebelik durumu arasındaki ilişkiye bakıldığında; annesinde 18 yaş altı gebelik var olan grubun ortalama 8.60 ± 2.41 yıl okula devam ettiği, annesinde 18 yaş altı gebelik olmayan grubun ise ortalama 9.82 ± 2.21 yıl okula devam ettiği görülmüştür. Annesinde 18 yaş altı gebelik var olan grubun diğer gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha az okula devam ettiği görülmektedir. Annede 18 yaş altı gebelik varlığı ile çalışma grubunun eğitim seviyesi arasındaki ilişki Tablo-5'te gösterilmiştir.

Tablo 5. Annelerinde 18 yaş altı gebelik varlığı ile çalışma grubunun eğitim seviyesi arasındaki ilişki

Annede 18 yaş altı gebelik	Eğitim durumu(yıl olarak) Ort (SD)	p değeri
Var	8.60 ± 2.41	0.024*
Yok	9.82 ± 2.21	

p: anlamlılık düzeyi, * Mann Whitney U, Ort: Ortalama, SD : Standart Deviasyon (Standart sapma)

Çalışma grubunun annelerinde 18 yaş altı gebelik öyküsü ile aile gelir düzeyi karşılaştırıldığında, aile gelir düzeyi ortalamaları ile gebelerin annelerinde 18 yaş altı gebelik öyküsünün varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çalışma grubunun annelerinde 18 yaş altı gebelik durumu ile aile gelir düzeyi ilişkisi Tablo-6'da sunulmuştur.

Tablo 6. Annede 18 yaş altı gebelik öyküsü ile aile gelir düzeyi arasındaki ilişki

Annede 18 yaş altı gebelik	Aile gelir düzeyi Ort (SD)	p değeri
Var	5800.00 ± 3889.83	0.536*
Yok	8048.00 ± 8817.02	

p: anlamlılık düzeyi, * Mann Whitney U, Ort: Ortalama, SD : Standart Deviasyon (Standart sapma)

4.2. Klinik Özellikler

Çalışma ve kontrol grubu karşılaştırıldığında her iki grubun da psikiyatrik tanı öyküsü oldukça düşük olup, psikiyatrik tanı oranları her iki grup arasında istatistiksel olarak benzer saptanmıştır.

Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11 (BDÖ-11) toplam dürtüsellik ve alt ölçek puan ortalamaları çalışma grubunda kontrol grubu ile kıyaslandığında dürtüsellik lehine istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p < 0.001$). Çalışma ve kontrol gruplarının BDÖ-11 puanları Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7. Çalışma ve kontrol gruplarının BDÖ-11 alt ölçek puan ortalamaları

	Çalışma (n=50) Ort (SD)	Kontrol (n=55) Ort (SD)	p değeri
Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11			
Dikkatsel dürtüsellik	17.52 ± 5.15	15.29 ± 2.36	0.005
Devinimsel dürtüsellik	22.04 ± 5.30	17.90 ± 2.40	<0.001
Plansız dürtüsellik	29.32 ± 5.88	23.29 ± 2.83	<0.001
Toplam dürtüsellik	68.88 ± 13.88	56.49 ± 6.14	<0.001

p: anlamlılık düzeyi, Ort: Ortalama, SD : Standart Deviasyon (Standart sapma)

Benzer biçimde çalışma grubunda Conners-Wells Ergen Özbildirim Ölçeği uzun basılan (CWEÖÖ-U) tüm alt ölçek puan ortalamaları, DEHB ve dürtüsellik varlığını gösterecek şekilde istatistiksel açıdan yüksek bulunmuştur. Çalışma ve kontrol gruplarının CWEÖÖ-U tüm puan ortalamaları Tablo 8’de sunulmuştur.

Tablo 8. Çalışma ve kontrol gruplarının CWEÖÖ-U alt ölçek puan ortalamaları

Conners-Wells Ergen Özbildirim Ölçeği	Çalışma (n=50) Ort (SD)	Kontrol (n=55) Ort (SD)	p değeri
Aile problemleri alt ölçeği	10.92 ± 8.67	4.78 ± 4.82	<0.001
Duygusal problemler alt ölçeği	11.04 ± 7.22	4.27 ± 4.09	<0.001
Davranım problemleri alt ölçeği	5.52 ± 7.07	2.67 ± 3.01	0.008
Bilişsel problemler- dikkatsizlik alt ölçeği	9.48 ± 7.14	3.03 ± 3.17	<0.001
Öfke kontrolü problemleri alt ölçeği	8.58 ± 6.17	3.32 ± 4.19	<0.001*
Hiperaktivite alt ölçeği	8.66 ± 4.98	2.76 ± 2.90	<0.001
DEHB indeksi alt ölçeği	11.68 ± 7.09	4.18 ± 3.51	<0.001
DSM-IV semptomları: dikkatsizlik alt ölçeği	7.82 ± 5.99	3.32 ± 3.41	<0.001
DSM-IV semptomları: hiperaktivite dürtüsellik alt ölçeği	7.26 ± 5.89	1.67 ± 2.38	<0.001
DSM-IV semptomları: toplam puan alt ölçeği	15.08 ± 10.74	5.00 ± 5.02	<0.001

**Mann Whitney U, p: anlamlılık düzeyi, Ort: Ortalama, SD : Standart Deviasyon (Standart sapma)*

Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) psikososyal sağlık, fiziksel sağlık ve yaşam kalitesi toplam puan ortalamalarına bakıldığında, çalışma grubunun fiziksel sağlık puan ortalamaları yaşam kalitesinde bozulmayı destekler şekilde istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha düşük bulunurken; kontrol grubunun ise psikososyal sağlık puan ortalamaları daha düşük saptanmıştır ($p < 0.05$). Çalışma ve kontrol gruplarının ÇİYKÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları Tablo 9’da sunulmuştur.

Tablo 9. Çalışma ve kontrol gruplarının ÇİYKÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları

	Çalışma (n=50) Ort (SD)	Kontrol (n=55) Ort (SD)	p değeri
Yaşam kalitesi toplam puan	80.19 ± 17.12	78.57 ± 8.03	0.531
Fiziksel sağlık puanı	72.18 ± 23.12	80.73 ± 15.73	0.028*
Psikososyal sağlık puanı	84.46 ± 16.72	77.42 ± 6.15	0.004*

p: anlamlılık düzeyi, $p < 0.05$, Ort: Ortalama, SD: Standart Deviasyon (Standart sapma)

Çalışma grubunda BDÖ-11 alt ölçek puan ortalamaları ile ÇİYKÖ alt ölçek puan ortalamaları arasındaki korelasyonlara bakıldığında; dürtüsellik ve yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. BDÖ-11 ve ÇİYKÖ alt ölçek puan ortalamaları arasındaki korelasyonlar Tablo-10’da sunulmuştur.

Tablo 10: BDÖ-11 ve ÇİYKÖ alt ölçek puan ortalamaları arasındaki korelasyonlar

	Yaşam Kalitesi (r)	Fiziksel Sağlık (r)	Psikososyal Sağlık (r)
BIS-11 Dikkatsel Dürtüsellik	-0.212	-0.115	-0.227
BIS-11 Devinimsel Dürtüsellik	-0.176	-0.140	-0.182
BIS-11 Plansız Dürtüsellliği	0.031	0.081	0.022
BIS-11 Toplam Dürtüsellik	-0.120	-0.046	-0.125

r: bağlantı katsayısı

CWEÖÖ-U ve ÇİYKÖ alt ölçek puan ortalamaları arasındaki korelasyonlara bakıldığında; CWEÖÖ-U aile problemleri, duygusal problemler, DEHB indeksi ve DSM-IV dikkatsizlik alt ölçek puan ortalamaları ile ÇİYKÖ alt ölçek puan ortalamaları arasında, olguların aile problemleri, duygusal problemler, DEHB indeksi ve DSM-IV dikkatsizlik semptom şiddeti arttıkça yaşam kalitesinde kötüleşme lehine negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar saptanmıştır. CWEÖÖ-U alt ölçek ve ÇİYKÖ alt ölçek puan ortalamaları arasındaki korelasyonlar Tablo-11’de sunulmuştur.

Tablo 11: CWEÖÖ-U ile ÇİYKÖ alt ölçek puan ortalamaları arasındaki korelasyonlar

Conners-Wells Ergen Özbildirim Ölçeği uzun formu	Yaşam Kalitesi (r)	Fiziksel Sağlık (r)	Psikososyal Sağlık (r)
Aile problemleri alt ölçeği	-0.302*	-0.290*	-0.259
Duygusal problemler alt ölçeği	-0.331*	-0.221	-0.339*
Davranım problemleri alt ölçeği	-0.205	-0.139	-0.215
Bilişsel problemler- dikkatsizlik alt ölçeği	-0.205	-0.169	-0.134
Öfke kontrolü problemleri alt ölçeği	-0.197	-0.097	-0.210
Hiperaktivite alt ölçeği	-0.205	-0.146	-0.172
DEHB indeksi alt ölçeği	-0.416**	-0.392**	-0.345*
DSM-IV semptomları: dikkatsizlik alt ölçeği	-0.336*	-0.293*	-0.249
DSM-IV semptomları: hiperaktivite dürtüsellik alt ölçeği	-0.154	-0.113	-0.117
DSM-IV semptomları: toplam puan alt ölçeği	-0.306*	-0.255	-0.244

r: bağıntı katsayısı, p: anlamlılık düzeyi. ** p<0.01, * p<0.05

Çalışma grubunda BDÖ-11 alt ölçek puan ortalamaları ile medeni durum arasındaki ilişkiye bakıldığında resmi nikahı olan ve olmayan grup arasında dürtüsellik puanları bakımından istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Resmi nikahı olan ve olmayan grubun BDÖ-11 ölçek puan ortalamaları ve p değeri Tablo-12’de sunulmuştur.

Tablo 12: BDÖ-11 ölçek puan ortalamaları ile medeni durum arasındaki ilişki

Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11’in (BDÖ-11)	Resmi nikah var Mean (SD)	Resmi nikah yok Mean (SD)	p değeri
Dikkatsel dürtüsellik	17.42 ± 5.42	17.73 ± 4.63	0.815
Devinimsel dürtüsellik	21.42 ± 5.16	23.46 ± 5.54	0.235
Plansız dürtüsellik	29.31 ± 6.52	29.33 ± 4.23	0.865
Toplam dürtüsellik	68.17 ± 14.85	70.53 ± 11.59	0.882

p: anlamlılık düzeyi, Ort: Ortalama, SD : Standart Deviasyon (Standart sapma)

Çalışma grubunda CWEÖÖ-U alt ölçek puan ortalamaları ile medeni durum arasındaki ilişkiye bakıldığında resmi nikahı olmayan grubun hiperaktivite ve dürtüsellik alt ölçek puanları, bu grubun daha hiperaktif ve dürtüsel olduğunu destekler şekilde, istatistiksel olarak

anlamalı derecede yüksektir. Resmi nikahı olan ve olmayan grubun ortalama ölçek puanları ve p değeri Tablo-13’de sunulmuştur.

Tablo 13. CWEÖÖ-U puan ortalamaları ile medeni durum arasındaki ilişki

Conners-Wells Ergen Özbildirim Ölçeği	Resmi nikah var Ort (SD)	Resmi nikah yok Ort (SD)	p değeri
Aile problemleri alt ölçeği	9.88 ± 8.54	13.33 ± 8.78	0.164
Duygusal problemler alt ölçeği	10.74 ± 7.36	11.73 ± 7.09	0.553
Davranım problemleri alt ölçeği	4.62 ± 6.18	7.60 ± 8.69	0.236
Bilişsel problemler- dikkatsizlik alt ölçeği	8.28 ± 6.93	12.26 ± 7.06	0.055
Öfke kontrolü problemleri alt ölçeği	8.37 ± 6.48	9.06 ± 5.56	0.489
Hiperaktivite alt ölçeği	7.77 ± 4.88	10.73 ± 4.72	0.047*
DEHB indeksi alt ölçeği	10.88 ± 7.18	13.53 ± 6.77	0.192
DSM-IV semptomları: dikkatsizlik alt ölçeği	6.94 ± 5.69	9.86 ± 6.36	0.143
DSM-IV semptomları: hiperaktivite dürtüsellik alt ölçeği	6.05 ± 5.56	10.06 ± 5.86	0.020*
DSM-IV semptomları: toplam puan alt ölçeği	13.00 ± 10.18	19.93 ± 10.79	0.028*

Ort: Ortalama , SD : Standart Deviasyon (Standart sapma), p: anlamlılık düzeyi. * p<0.05

Çalışma grubunda ÇİYKÖ alt ölçek puan ortalamaları ile medeni durum arasındaki ilişkiye bakıldığında; resmi nikahı olan ve olmayan grup arasında ÇİYKÖ alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Resmi nikahı olan ve olmayan grubun ÇİYKÖ ortalama ölçek puanları ve p değeri Tablo-14’te sunulmuştur.

Tablo 14. ÇİYKÖ alt ölçek puan ortalamaları ile medeni durum arasındaki ilişki

Yaşam Kalitesi Ölçeği	Resmi nikah var Ort (SD)	Resmi nikah yok Ort (SD)	p değeri
Yaşam kalitesi toplam puan	80.46 ± 16.08	79.56 ± 19.93	0.865
Fiziksel sağlık	71.51 ± 21.08	73.75 ± 28.07	0.414
Psikososyal sağlık	85.23 ± 16.90	82.66 ± 16.73	0.450

Ort: Ortalama , SD : Standart Deviasyon (Standart sapma), p: anlamlılık düzeyi

Çalışma grubunda cinselliğe başlama yaşı ile BDÖ-11 alt ölçekleri, CWEÖÖ-U alt ölçekleri ve ÇİYKÖ alt ölçek puan ortalamaları arasındaki korelasyonlara bakıldığında; cinselliğe başlama yaşı ile hiçbir ölçek puanı arasında bir ilişki saptanmamıştır. Çalışma grubunun cinselliğe başlama yaşı ile CWEÖÖ-U, BDÖ-11 ve ÇİYKÖ alt ölçek puanları arasındaki korelasyonlar Tablo-15’te sunulmuştur.

Tablo 15. Çalışma grubunun cinselliğe başlama yaşı ile CWEÖÖ-U, BDÖ-11 ve ÇİYKÖ alt ölçek puan ortalamaları arasındaki korelasyonlar

	Cinselliğe başlama yaşı (r)
Dikkatsel dürtüsellik	-0.012
Devinimsel dürtüsellik	-0.023
Plansız dürtüsellliği	-0.040
Toplam dürtüsellik	-0.025
Conners aile problemleri	-0.202
Conners duygusal problemler	0.031
Conners davranım problemleri	0.052
Conners bilişsel dikkatsizlik	-0.187
Conners öfke kontrolü	0.138
Conners hiperaktivite	-0.061
Conners dehb	-0.121
DSM-4 dikkatsizlik	-0.175
DSM-4 hiperaktivite-dürtüsellik	-0.238
DSM-4 dehb toplam puan	-0.233
Yaşam kalitesi toplam puan	-0.017
Fiziksel sağlık toplam puan	-0.037
Psikosoyal sağlık toplam puan	0.006

r: bağıntı katsayısı

5. TARTIŞMA

Ergen gebeliği, çocukların cinsel istismarı, akran cinselliği ve küçük yaşta evliliklerin bir sonucu olarak tüm dünyada görülen bir durumdur (1). Fiziksel ve ruhsal açıdan yeterli olgunluğa erişmemiş olan ergenin gebe kalması veya çocuk sahibi olması hem ergenin hem de doğacak çocuğun sağlığı açısından tüm dünyada önemli bir sorun teşkil etmektedir (2).

WHO'nun verilerine bakıldığında, tüm dünyada yılda yaklaşık 16 milyon ergen doğum yapmakta ve her yıl doğan bebeklerin yaklaşık %11'inin annesi ergenlik çağıında bulunmaktadır (3). Bu durum çocuk istismarı, madde bağımlılığı ve davranış sorunları açısından önemli bir risk teşkil etmektedir (160, 161). Kısacası, planlanmamış veya istenmeyen gebelikler, önemli bir halk sağlığı sorunu olup ciddi sosyal, medikal ve ekonomik sonuçları vardır (8).

Ergenlerde erken gebeliğe yol açabilecek riskli cinsel davranışlarla ilgili tetikleyici faktör ya da durumların saptanması önemlidir. DEHB tanısı almış ergenler; riskli cinsel davranışlar, erken yaşta başlayan cinsel deneyimler, korunmasız cinsel ilişki gibi nedenlerle erken gebelik riski altındadır (6, 7).

Bu çalışmada, gebe ergenlerde DEHB ve dürtüsellliği değerlendirmek amaçlanmıştır. DEHB'nin erken gebelik riski üzerindeki etkisini araştıran çalışmalar olmakla birlikte, bildiğimiz kadarıyla, şimdiye kadar, gebe ergenlerde DEHB ve dürtüsellliği değerlendiren çalışma bulunmamaktadır.

DEHB'nin erken gebelik üzerine etkisini araştıran bir çalışmada 6-12 yaş arasında DEHB tanısı almış bir grup çocuk, 16 yıl boyunca takip edilerek genç yetişkin dönemlerinde planlanmamış gebelik oranları sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırılmış, DEHB tanılı genç yetişkinlerde planlanmamış gebelik oranları, DEHB olmayan yaşlılarına göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (8). Bir başka çalışmada 2001-2009 yılları arasında DEHB tanısı almış 7505 ergen takibe alınmış ve 20 yaşından önce gebe kalma oranları sağlıklı kontrol grubuyla kıyaslanmıştır. DEHB tanılı ergenlerin 20 yaşından önce gebe kalma (erken gebelik) oranları ve 30 yaşından önce herhangi bir dönemde gebe kalma oranları sağlıklı kontrol grubuna kıyasla daha yüksek saptanmıştır (129).

Literatürde dürtüsellliğin ergenlerde riskli cinsel davranışlar için risk oluşturup oluşturmadığını araştıran çalışmalar mevcut iken (7, 144), dürtüsellliğin ergenlerde gebelik üzerindeki etkisini araştıran herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Yetişkin gebelerle yapılan bir çalışmada, Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11 (BDÖ-11) plansız dürtüsellliği alt ölçek

puanları yüksek olan gebelerin, diğer gruba oranla 3.5 kat daha fazla plansız gebelik yaşadığı bulunmuştur (162). Kumar oynama bozukluğu olan genç yetişkinlerle yapılmış bir çalışmada, 13 yaşında yüksek dürtüsellik düzeyine sahip olduğu belirlenen ve 18 yaşından önce cinsel aktiviteye başlayan yetişkinlerin daha fazla gebe kaldığı ya da gebe bıraktığı belirtilmiştir (163). Genç erişkin gebe kadınlarda dürtüsellik ve dürtü kontrol bozukluklarının plansız gebelikler üzerindeki etkisini araştıran bir başka çalışmada gebelik öncesi ve gebelik sırasında dürtü kontrol bozukluğu tanısı alan kişilerin BDÖ-11 devinimsel ve toplam dürtüsellik puanları kontrol grubuna kıyasla yüksek bulunmuş fakat dürtüsellik ile planlanmamış gebelikler arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (164). Bizim çalışmamızda ise ergen gebeler hastane başvuruları esnasında DEHB ve dürtüsellik varlığı açısından özbildirim ölçekleriyle kesitsel olarak değerlendirilmiştir. Bu açıdan, yalnız DEHB ile değil, dürtüsellik ve ergen gebeliği arasındaki ilişkiye bakan da ilk çalışmadır.

Çalışmamızda bir grup gebe ergende DEHB ve dürtüsellik kesitsel olarak özbildirim ölçekleri ile taranarak ölçek puanları ve sosyodemografik veriler sağlıklı yaşlılarıyla karşılaştırılmıştır. Sosyodemografik verilere bakıldığında çalışma grubunun eğitim düzeyinin kontrol grubuna kıyasla daha düşük olduğu, çalışma grubunun büyük bir kısmının okula devam etmediği ve okula devam eden gebelerin de akademik başarılarının kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmektedir. Bu bulgular DEHB tanılı gebe ergenlerde akademik başarının (8) ve okula devamlılığın (34) sağlıklı yaşlılarına oranla çok daha düşük olduğunu gösteren çalışmalarla uyumludur.

Literatürde düşük sosyoekonomik düzeyin erken gebelik riski ile ilişkini gösteren çalışmalar mevcuttur (165-167). Sosyoekonomik düzeyi düşük aile ortamında büyüyen 15-19 yaş arası genç kızların daha fazla cinsel ilişki yaşadıkları, gebelik riskleri ile ilgili daha az bilgi sahibi oldukları ve daha çok gebe kaldıkları görülmüştür (36-38). Düşük sosyoekonomik durumun üreme sağlığı hizmetlerinin azalmasıyla ilişkili olduğunu ve bunun da erken veya beklenmeyen gebeliklere yol açtığı belirtilmiştir (166, 168). Bizim çalışmamızda gebe ergenlerin sosyoekonomik durumlarının sağlıklı yaşlılarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olması literatür ile uyumlu görünmektedir. Bununla birlikte Owens ve Hinshaw (8), DEHB'li kadınlar arasında sosyoekonomik durumun plansız gebelik riski üzerindeki etkisinin, riskli cinsel davranışlar ve madde kullanımı dikkate alındığında ortadan kalkacağını belirtmiştir. DEHB tanılı ergenlerde erken gebelik riski üzerinde sosyoekonomik durumun rolünü aydınlatmak için daha fazla çalışma gerekmektedir.

Tedavi edilmemiş DEHB semptomlarına sahip bireylerin normal populusyona göre daha yüksek oranda sigara, alkol ve madde kullanımının olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. DEHB varlığında madde kullanımı ve riskli cinsel davranış yoluyla erken ve planlanmayan gebelikler arasındaki ilişkiyi gösteren çalışmalar mevcuttur (8, 169). Bizim alışmamızda ise alkol ve madde kullanımı açısından gebe ergenler ile kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık görülmemişken, gebe ergenlerin anlamlı düzeyde daha fazla sigara kullanımının olduğu hatta 6 ergenin gebelikte de sigara kullanmaya devam ettiği görülmüştür.

Çalışmamızda gebe ergenlerin annelerinin, kontrol grubunun annelerine göre daha az eğitim almış olduğu ve 18 yaş altında gebe kalma oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca alışmamızda olguların annelerinde 18 yaş altı gebelik varlığı, hem annenin düşük eğitim düzeyi hem de olguların düşük eğitim düzeyi ile ilişkili bulunmuştur. Gerçekten de 18 yaş altında gebe kalmak okulu bırakma ya da uzun aralar verme ile ilişkilendirilmiştir. Yapılan bir çalışmada ergen annelerin %60'ının lise eğitimini tamamlayamadığı görülmüştür (34). Ergen anneler kendi eğitimlerini devam ettiremedikleri gibi çocuklarına kaliteli bakım, eğitim ve sağlık hizmetlerini sağlayacak bilgi ve deneyime de sahip olmadıkları için bu durum nesiller boyu devam eden bir yoksulluk döngüsüne neden olabilir (33).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre, evlilik yaşının gebelik yaşı ile anlamlı bir ilişkisi olduğu saptanmıştır. Erken yaşta evlenen kadınların erken gebelik riskinin normal topluma göre daha yüksek olduğu ve bu durumun yaşam boyunca daha fazla gebeliğe yol açtığı gözlemlenmiştir (170). Çalışmamızda gebe ergenlerin büyük bir kısmının evli olması, literatürle uyumlu olarak erken evliliğin DEHB tanılı ergenlerde gebelik riskini artırdığını göstermektedir. Farklı bir açıdan bakıldığında ise DEHB ve dürtüselliği olan gebe ergenlerin evlenme oranlarının yüksek olması, evlilik dışı gebe kalmanın toplumsal bir sonucu olabilir.

Gebelerin yalnızca 13 (%26.5)' herhangi bir gebelikten korunma yöntemi kullanmıştı. Bu veri DEHB (132-135) ve drtselliğin (7, 143, 171) korunmasız cinsel ilişki yoluyla planlanmamış gebelik riskini artırdığını gösteren çalışmalarla uyumludur.

Conners Wells Ergenzbildirimleği uzun formu (CWE-U) tüm altlek puan ortalamalarının çalışma grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek saptanması, DEHB semptomlarının erken ve plansız gebelik riskini artırdığını gösteren diğer çalışmalarla uyumlu görünmektedir (8, 129).

Bizim çalışmamızda BDÖ-11 bütün alt ölçek puan ortalamaları çalışma grubunda kontrol grubu ile kıyaslandığında dürtüsellik lehine anlamlı ölçüde yüksek saptanmıştır. Bu sonuç, erişkin gebe kadınlarda dürtüsellikğin erken ve plansız gebelik riskini artırdığını gösteren çalışma ile uyumludur (162). Bu çalışmada erişkin gebelerde BDÖ-11 plansız dürtüsellikği alt ölçek puanının yüksek olması ile plansız gebelikler arasında anlamlı korelasyon bulunmuştur (162). Ayrıca dürtüsellikğin ergen kızlarda riskli cinsel davranışları artırdığını gösteren diğer çalışmaları da desteklemektedir (7, 144). Dört yüz altmış iki kız ergende dürtüsellik ile riskli cinsel davranışlar arasındaki ilişkiyi araştıran bir başka çalışmada ise yüksek dürtüsellik, ilk cinsel ilişki yaşının daha erken olması, daha fazla cinsel partner, kontraseptif ve kondom kullanmama ile önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur (7). Bir diğer çalışmada yüksek dışa dönüklük ve impulsif kişilik kombinasyonuna sahip olan genç yetişkinlerin diğer kişilik tiplerine göre daha fazla riskli cinsel davranışları olduğu görülmüştür (144).

Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) alt ölçeklerinde yalnızca fiziksel sağlık alt ölçek puanlarının gebe ergenlerde kontrol grubuna kıyasla daha düşük olması, gebelikte fiziksel sağlığın olumsuz etkilendiği göz önüne alındığında öngörülebilir bir sonuç olarak görülmektedir. Fakat psikososyal sağlık alt ölçek puanlarının kontrol grubunda çalışma grubuna göre anlamlı ölçüde düşük olması, kontrol grubunun çevre okulların üniversite sınavına hazırlanan son sınıf öğrencileri arasından seçilmesi nedeniyle bu grubun psikososyal sağlıklarının daha fazla bozulmuş olması ile açıklanabilir. Literatürde DEHB ve dürtüsellikği olan gebe ergenlerin yaşam kalitesini değerlendiren herhangi bir çalışma mevcut değildir.

Çalışma grubunun kontrol grubu ile kıyaslaması bu şekilde olsa da, ölçekler arasındaki korelasyonlara bakıldığında, CWEÖÖ-U aile problemleri, duygusal problemler, DEHB indeksi, DSM-IV semptomları; dikkatsizlik ve DSM-IV semptomları toplam puan alt ölçekleri ile ÇİYKÖ alt ölçekleri arasındaki istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon, DEHB varlığının olguların yaşam kalitesini belirgin olarak bozduğunu destekler niteliktedir.

BDÖ-11 alt ölçek puan ortalamaları ile ÇİYKÖ alt ölçek puan ortalamaları arasındaki korelasyonlara baktığımızda ise dürtüsellik ile yaşam kalitesi arasında herhangi bir korelasyon saptanmamıştır. Literatüre baktığımızda yetişkinlerde dürtüsellik arttıkça yaşam kalitesinde bozulmayı destekleyen birçok çalışma mevcuttur (172, 173). Bu çalışmalardan birinde bipolar tanıılı yetişkinlerde dürtüsellik arttıkça yaşam kalitesinde bozulma, ölçek puanları arasındaki negatif korelasyonlarla gösterilmiştir (173). Bir başka çalışmada yetişkin hastalarda dürtüsellik ve dürtü kontrol bozukluklarının yaşam kalitesi üzerindeki etkisi araştırılmış,

BDÖ-11’de yüksek puanlar yaşam kalitesinde bozulma ile ilişkili bulunmuştur (172). Bu bilgiler ışığında dürtüsellik olumsuz etkilerinin zamanla yaşam kalitesinde bozulmaya yol açtığı görülmektedir. Bizim çalışma grubumuz ergenlerden oluştuğu için henüz dürtüsellik yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkileri ortaya çıkmamış olabilir.

CWEÖÖ-U ve BDÖ-11 alt ölçek puan ortalamaları ile cinselliğe başlama yaşı arasındaki ilişkiye bakıldığında, DEHB ve dürtüsellik ile cinselliğe başlama yaşı arasında herhangi bir korelasyon saptanmamıştır. Literatürde dürtüsellik ile cinsel ilişkiye başlama yaşı arasında anlamlı bir ilişkinin varlığını gösteren çalışmaların (6, 144) aksine bizim çalışmamızda dürtüsellik ile cinsel ilişkiye başlama yaşı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu çalışmalardan birinde 18-26 yaş arasındaki genç yetişkinlerde DEHB varlığı cinsel aktiviteye daha erken başlama, daha fazla cinsel partner ve daha fazla geçici ilişki ile ilişkili bulunmuştur (6).

Çalışma grubunda CWEÖÖ-U hiperaktivite, DSM-IV semptomları: hiperaktivite dürtüsellik, DSM-IV semptomları: toplam alt ölçek puan ortalamalarının resmi nikahı olmayan grupta olan gruba göre istatistiksel olarak daha yüksek olması, hareketlilik ve dürtüsellik baskın DEHB tanı kriterlerini karşılayan gençlerin evlilik dışı gebe kalma oranlarının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, tedavi edilmeyen DEHB ve dürtüsellik ergenlerde korunmasız cinsel ilişki ve istenmeyen gebelikler açısından büyük bir risk oluşturduğu gösteren çalışmaları desteklemektedir (6, 7). On sekiz yirmi altı yaş arasındaki DEHB tanılı genç yetişkinlerin riskli cinsel davranışların varlığı açısından sağlıklı yaşıtlarıyla karşılaştırıldığı bir çalışmada, DEHB varlığı cinsel aktiviteye daha erken başlama, daha fazla cinsel partner ve daha fazla geçici ilişki ile ilişkili bulunmuştur (6). Dört yüz altmış iki kız ergende dürtüsellik ile riskli cinsel davranışlar arasındaki ilişkiyi araştıran bir başka çalışmada ise yüksek dürtüsellik, ilk cinsel ilişki yaşının daha erken olması, daha fazla cinsel partner, kontraseptif ve kondom kullanmama ile önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur (7).

Biz çalışmamızda ergen gebelerde kontrol grubuna kıyasla daha yüksek oranda tanı almamış DEHB ve dürtüsellik olduğunu gördük. Tanı almamış DEHB ve dürtüsellik ergen kızlarda gebelik oranlarının artmasına, ergenlerin eğitim hayatının ve fiziksel sağlığının olumsuz etkilenmesine sebep olmuştur. Erken gebelik ve olası uzun ve kısa vadeli komplikasyonlarını azaltmak, ergenin yaşam kalitesini ve gelecek nesillerin yaşam kalitesini ve psikososyal sağlığını koruyabilmek için DEHB ve dürtüsellik tedavi edilmesi büyük önem taşımaktadır.

Son olarak, çalışmanın gl yanlarına baktığımızda, bu çalışma, 19 yaş ve altındaki gebe ergenlerin dahil edilmesi, olguların dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve dürtüsellik açısından gebeliklerinin bir döneminde kesitsel olarak değerlendirilmeleri ile DEHB, dürtüsellik ve gebelik arasındaki ilişkiye bu açıdan bakan ilk çalışmadır ve literatüre katkı sağlamaktadır. Çalışmanın kısıtlılıklarından bahsedersek, öncelikle, sağlık hizmeti için başvuran gebeler çalışmaya dahil edildiğinden, örneklem, sağlık hizmeti için başvurmayan gebeleri (eğer varsa) kapsamadığından, sonuçları tüm ergen gebelere genellemek mümkün olmayacaktır. İkinci olarak, ergen gebeler DEHB ve dürtüsellik için özbildirim ölçekleri ile değerlendirilmiş, tanısai psikiyatrik değerlendirme görüşmesi yapılmamıştır. Son olarak, çalışmanın kesitsel doğası da kısıtlılıklar arasında sayılabilir.



6.SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Çalışma grubunun eğitim düzeyi kontrol grubuna kıyasla anlamlı oranda düşük olarak izlendi ($p<0.001$).
2. Çalışma grubunun büyük bir kısmının (%84.0) okula devam etmediği görüldü ($p<0.001$).
3. Çalışma grubundan okula devam edenlerin akademik başarı seviyesi, kontrol grubunun akademik başarı seviyesine göre anlamlı derecede düşük olarak saptandı ($p<0.001$).
4. Çalışma grubunun gelir düzeyi kontrol grubuyla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük olarak izlendi ($p<0.001$).
5. Çalışma grubunun kontrol grubuna kıyasla sigara kullanma oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek iken, çalışma ve kontrol grubunun alkol ve madde kullanım oranları arasında anlamlı bir fark bulunamadı.
6. Çalışma grubunun anne ve babalarının eğitim düzeyi kontrol grubuyla kıyaslandığında, istatistiksel açıdan anlamlı oranda düşük olarak izlendi ($p<0.001$).
7. Çalışma ve kontrol grubunun psikiyatrik tanı alma öyküleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.
8. Çalışma grubunun annelerinde 18 yaş altı gebelik oranı kontrol grubunun annelerindeki 18 yaş altı gebelik oranına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak izlendi ($p<0.001$).
9. Gebelerin yalnızca 13'ünün (%26.5) herhangi bir gebelikten korunma yöntemi kullandığı görüldü.
10. Gebelerin büyük bir çoğunluğunun (%70.0) resmi nikahlı olduğu görüldü.
11. CWEÖÖ-U tüm alt ölçek puan ortalamaları çalışma grubunda kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olup bu yükseklik DEHB semptomlarının varlığını gösterecek şekilde istatistiksel olarak anlamlı bulundu.
12. BDÖ-11 tüm alt ölçek ve toplam dürtüsellik puan ortalamalarının çalışma grubunda kontrol grubuna kıyasla yüksek olduğu ve bu yüksekliğin dürtüsellik lehine istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0.001$).
13. ÇİYKÖ psikososyal sağlık puan ortalamaları kontrol grubunda, fiziksel sağlık puan ortalamaları ise çalışma grubunda istatistiksel olarak anlamlı derece düşük izlendi ($p<0.05$).

14. Çalışma grubunda CWEÖÖ-U aile problemleri, duygusal problemler, DEHB indeksi ve DSM-IV dikkatsizlik alt ölçeği puan ortalamaları ile ÇİYKÖ alt ölçek puan ortalamaları arasında, DEHB semptom şiddeti arttıkça yaşam kalitesinde kötüleşme lehine negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar saptandı.
15. Çalışma grubunda BDÖ-11 alt ölçek puan ortalamaları ile ÇİYKÖ alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı.
16. Olguların annelerinde 18 yaş altı gebelik öyküsü olan grubun annelerinin eğitim seviyesinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha kötü olduğu izlendi ($p<0.001$).
17. Çalışma grubunda, annesinde 18 yaş altı gebelik öyküsü olanların eğitim seviyeleri diğer gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olarak izlendi ($p<0.05$).
18. Çalışma grubunda, annelerinde 18 yaş altında gebelik öyküsü olanların aile gelir düzey ortalamaları ile annelerinde 18 yaş altı gebelik öyküsü olmayanların aile gelir düzey ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark izlenmedi.
19. Çalışma grubunun medeni durumu ile BDÖ-11 alt ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı.
20. Çalışma grubunda, CWEÖÖ-U hiperaktivite ve dürtüsellik alt ölçek puanları, resmi nikahı olmayan grupta daha yüksek izlendi ($p<0.05$).
21. Çalışma grubunun medeni durumu ile ÇİYKÖ alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı.
22. Çalışma grubunda cinselliğe başlama yaşı ile BDÖ-11 alt ölçekleri, CWEÖÖ-U alt ölçekleri ve ÇİYKÖ alt ölçek puan ortalamaları arasındaki korelasyonlara bakıldığında; cinselliğe başlama yaşı ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon izlenmedi.

Sonuç olarak tedavi edilmemiş DEHB ve dürtüsellik riskli cinsel davranışlar, erken yaşta başlayan cinsel deneyimler, korunmasız cinsel ilişki gibi nedenlerle erken ve planlanmamış gebelik riskini belirgin oranda artırmaktadır. Ergen gebelik hem fiziksel ve ruhsal açıdan yeterli olgunluğa erişmemiş olan ergenin hem de doğacak çocuğun sağlığı açısından tüm dünyada önemli bir sorun teşkil etmektedir. Bu riskli grubu daha iyi tanımak, erken müdahale, koruma ve destek programlarının hazırlanması ile ergen gebelik riskinin önüne geçilmesi mümkün olabilir.

7. ÖZET

Bu çalışmada bir grup gebe ergende Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), dürtüsellik, yaşam kalitesi ve ilişkili faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

Bu amaçla, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne başvuran 12-19 yaş arası 50 ergen gebe ve sosyodemografik özellikler açısından benzer 55 kontrol çalışmaya dahil edilmiştir. Tüm olgular Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11 (BDÖ-11), Conners-Wells Ergen Özbildirim Ölçeği uzun formu (CWEÖÖ-U) ve Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) ile dürtüsellik, DEHB ve yaşam kalitesi açısından taranmıştır. Ayrıca çalışma grubunda herhangi bir gebelikten korunma yöntemi kullanılıp kullanılmadığı, gebelik haftası, gebelik komplikasyon(lar)ı, varsa önceki gebelikler, bebeğin babasının yaşı; ve her iki grupta katılımcıların yaşı, eğitim durumu, daha önce psikiyatrik tanı alıp almadığı, medeni durumu, kiminle birlikte yaşadığı, adli bir süreci olup olmadığı, cinsel olarak aktif olup olmadığı, sigara, alkol ve madde kullanım öyküsü ve geçirilmiş travma öyküsü olup olmadığı kaydedilmiştir.

Çalışma grubunda DEHB ve dürtüsellik, kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. ÇİYKÖ alt ölçeklerinde fiziksel sağlık alt ölçek puanlarının gebe ergenlerde kontrol grubuna kıyasla daha düşük olması, gebelikte fiziksel sağlığın olumsuz etkilendiği göstermektedir. Sosyodemografik verilere bakıldığında çalışma grubunun eğitim düzeyinin kontrol grubuna kıyasla daha düşük olduğu, çalışma grubunun büyük bir kısmının okula devam etmediği ve okula devam eden gebelerin de akademik başarılarının kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmektedir. Ayrıca gebe ergenlerin annelerinin, kontrol grubunun annelerine göre daha az eğitim almış olduğu ve 18 yaş altında gebe kalma oranlarının daha yüksek olduğu izlenmiştir. Ölçekler arası korelasyonlara bakıldığında, CWEÖÖ-U alt ölçekleri (aile problemleri, duygusal sorunlar, DEHB indeksi, DSM-IV DEHB semptom alt ölçekleri) ile ÇİYKÖ alt ölçekleri arasında saptanan istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon, DEHB varlığının olguların yaşam kalitesini belirgin olarak bozduğunu desteklemektedir.

Sonuç olarak; tedavi edilmemiş DEHB ve dürtüsellik; riskli cinsel davranışlar, erken yaşta başlayan cinsel deneyimler, korunmasız cinsel ilişki gibi nedenlerle erken ve planlanmamış gebelik riskini belirgin oranda artırmaktadır. Ergen gebeliği hem fiziksel ve ruhsal açıdan yeterli olgunluğa erişmemiş olan ergenin hem de doğacak çocuğun sağlığı açısından tüm dünyada önemli bir sorun teşkil etmektedir. Ergen anneler kendi eğitimlerini sürdüremedikleri gibi bilgi deneyim eksikliği ve ekonomik yetersizlikler sebebiyle

çocuklarına kaliteli bakım, sağlık ve eğitim sağlamakta zorluk yağayabilirler ve bu durum nesiller boyu devam eden bir yoksulluk döngüsüne neden olabilir. Tüm bu nedenlerle, bu riskli grubu daha iyi tanımak ve erken müdahale, koruma ve destek programlarının hazırlanması, ergen gebeliğinin ve olası olumsuz sonuçlarının azaltılması açısından faydalı olacaktır.

Anahtar kelimeler: Ergen gebeliği, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, dürtüsellik, yağam kalitesi



8. ABSTRACT

In this study, it was aimed to investigate attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), impulsivity, quality of life and related factors in a group of pregnant adolescents.

For this purpose, 50 pregnant adolescent aged 12-19 years who applied to the obstetrics and gynecology outpatient clinic of Akdeniz University Medical Faculty Hospital; and 55 controls matched in terms of sociodemographic characteristics were included in the study. All subjects were screened in terms of impulsivity, ADHD, and quality of life with the The Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11), Conners-Wells Adolescent Self-Report Scale (CASS-L), and The Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL). In addition, whether any contraceptive method was used, gestational week, pregnancy complication(s), previous pregnancies (if any), and age of the baby's father for the study group; and age, education level, previous psychiatric diagnosis, marital status, who they lived with, whether they had a forensic process, whether they were sexually active, history of smoking, alcohol and substance use, and history of trauma for the 2 groups were also recorded.

ADHD and impulsivity were found to be significantly higher in the study group compared to the control group. The fact that physical health subscale scores of the PedsQL were lower in pregnant adolescents compared to the control group indicates that physical health is adversely affected during pregnancy. Considering the sociodemographic data, it was seen that the education level of the study group was lower than the control group, the majority of the study group did not attend school, and the academic achievement of the pregnant adolescents attending school was significantly lower than the control group. In addition, it was observed that the mothers of pregnant adolescents received less education than the mothers of the control group and the rate of pregnancy under the age of 18 was higher. Considering the correlations between the scales; the statistically significant negative correlation between the subscales of CASS-L (family problems, emotional problems, ADHD index, DSM-IV symptoms; inattention and DSM-IV symptoms) and PedsQL supports that the presence of ADHD significantly impairs the patients' quality of life.

In conclusion; untreated ADHD and impulsivity significantly increase the risk of early and unplanned pregnancy due to risky sexual behaviors, early sexual experiences, and unprotected sexual intercourse. Adolescent pregnancy is an important problem all over the world in terms of the health of both the adolescent who has not reached physically and mentally sufficient maturity, and the child to be born. Adolescent mothers may not be able to continue their education and may have difficulties in providing qualified care, health care and

education to their children due to lack of knowledge, experience and economic inadequacies, and this may lead to a cycle of poverty that continues for generations. For all these reasons, identifying this risky group better and preparing early intervention, protection and support programs will be beneficial in terms of reducing adolescent pregnancy and its possible negative consequences.

Keywords: Adolescent pregnancy, attention deficit hyperactivity disorder, impulsivity, quality of life



9. KAYNAKLAR

1. Organization WH. Maternal, newborn, child and adolescent health [2021 Dec 09]. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/adolescence/universal-health-coverage/en/".
2. Topal İ. Ana ve çocuk sağlığı açısından adölesan gebeliği. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fa-kültesi Pediatri AD Uzmanlık Tezi, Ankara. 1981.
3. WH. O. Adolescent pregnancy [Available from: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en].
4. UNICEF. A league table of teenage births in richnations: Florence:Innocenti Report Center; 2001 [1-32].
5. TUIK. Doğum İstatistikleri 2021 [Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2021>].
6. Flory K, Molina BS, Pelham J, William E, Gnagy E, Smith B. Childhood ADHD predicts risky sexual behavior in young adulthood. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. 2006;35(4):571-7.
7. Kahn JA, Kaplowitz RA, Goodman E, Emans SJ. The association between impulsiveness and sexual risk behaviors in adolescent and young adult women. Journal of Adolescent Health. 2002;30(4):229-32.
8. Owens EB, Hinshaw SP. Adolescent mediators of unplanned pregnancy among women with and without childhood ADHD. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 2020;49(2):229-38.
9. Değer VB, Balcı E. Adölesan Dönemde Üreme Sağlığı, Cinsellik ve Cinsel Eğitimin Önemi. 2018.
10. Organization WH. The health of young people: A challenge and a promise: World Health Organization; 1993.
11. TUIK. Yaş grubu ve cinsiyete göre nüfus. 2021.
12. Gözüylmaz A, Ve Baran G. Evli ergenlerde beden imgesi ve benlik saygısının gebelik durumuna göre incelenmesi. Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. 2011.
13. Weissberg RP, Kumpfer KL, Seligman ME. Prevention that works for children and youth: An introduction: American Psychological Association; 2003.
14. Sungur MZ. Cinsel eğitim. Klinik Psikiyatri. 1998;2:103-8.

15. DeLamater J, Friedrich WN. Human sexual development. *Journal of sex research*. 2002;39(1):10-4.
16. Brown R. Adolescent sexuality at the dawn of the 21st century. *Adolescent Medicine (Philadelphia, Pa)*. 2000;11(1):19-34.
17. Kar SK, Choudhury A, Singh AP. Understanding normal development of adolescent sexuality: A bumpy ride. *Journal of human reproductive sciences*. 2015;8(2):70.
18. Santrock JW. Yaşam Boyu Gelişim Gelişim Psikolojisi. 13 ed. G. Y, editor: nobel 2017.
19. Özgür BG. Ergenlik ve Cinsellik: Romantik İlişkiler, Cinsel Davranış ve Ergen Gebeliği.
20. Gölbaşı Z. Adölesan Dönem Üreme Sağlığı Sorunları ve Etkileyen Faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2005;8(1):100-8.
21. Foundation KF. US teen sexual activity. Henry J. Kaiser Family Foundation Washington, DC; 2005.
22. Eaton D, Kann L, Kinchen S. Centers for Disease Control and Prevention Youth risk behavior surveillance, US, 2007. *MMWR Surveill Summ*. 2008;57(4):1-131.
23. Fenton KA, Breban R, Vardavas R, Okano JT, Martin T, Aral S, et al. Infectious syphilis in high-income settings in the 21st century. *The Lancet infectious diseases*. 2008;8(4):244-53.
24. Louie K, De Sanjose S, Diaz M, Castellsague X, Herrero R, Meijer C, et al. Early age at first sexual intercourse and early pregnancy are risk factors for cervical cancer in developing countries. *British journal of cancer*. 2009;100(7):1191-7.
25. Ballard SM, Morris ML. Sources of sexuality information for university students. *Journal of sex education and therapy*. 1998;23(4):278-87.
26. Ford K, Norris A. Urban African-American and Hispanic adolescents and young adults: Who do they talk to about AIDS and condoms? What are they learning? *AIDS Education and Prevention*. 1991.
27. Eliküçük A, Sönmez S. 6 Yaş Çocuklarının Cinsel Gelişim ve Eğitimiyle İlgili Ebeveyn Görüşlerinin İncelenmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*. 25(25):45-62.
28. Özer G. Adölesan Gebelerin Yaşam Kalite-lerini İncelemesi". *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yük-sekokulu Mezuniyet Tezi*, İzmir. 2006.
29. Steinberg L. Risk taking in adolescence: New perspectives from brain and behavioral science. *Current directions in psychological science*. 2007;16(2):55-9.

30. Satin AJ, Leveno KJ, Sherman ML, Reedy NJ, Lowe TW, McIntire DD. Maternal youth and pregnancy outcomes: middle school versus high school age groups compared with women beyond the teen years. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1994;171(1):184-7.
31. Davidson N, Felice M. Adolescent Pregnancy In: Friedman S, Fisher M, Schonberg S, editors. *Comprehensive Adolescent Health Care* St Louis: Quality Medical Publishing Inc. p. 1026-40.
32. Klein JD, Adolescence Co. Adolescent pregnancy: current trends and issues. *Pediatrics*. 2005;116(1):281-6.
33. Shaw M, Lawlor DA, Najman JM. Teenage children of teenage mothers: psychological, behavioural and health outcomes from an Australian prospective longitudinal study. *Social science & medicine*. 2006;62(10):2526-39.
34. Shuger L. Teen pregnancy and high school dropout: What communities can do to address these issues. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy. 2012.
35. Elfenbein DS, Felice ME. Adolescent pregnancy. *Pediatric Clinics*. 2003;50(4):781-800.
36. Aslan B. Adölesan gebelerin öz-bakım gücünün incelenmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek lisans Tezi. 2001.
37. Başer M. Adölesan cinselliği ve gebelik. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2000;4(1):50-4.
38. Oral E, Çolgar U, Turan Ö. Adölesan Gebe-likler Obstetride Risk Faktörü mü. *Jinekoloji ve Obstetri Dergisi*. 1996;10:207-10.
39. Sayal K, Prasad V, Daley D, Ford T, Coghill D. ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *The Lancet Psychiatry*. 2018;5(2):175-86.
40. Krull KR. Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: Clinical features and diagnosis. UpToDate, Waltham MA Accessed April. 2019;29.
41. Wolraich ML, Hagan JF, Allan C, Chan E, Davison D, Earls M, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*. 2019;144(4).
42. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry*. 2015;56(3):345-65.

43. Merikangas KR, He J-P, Brody D, Fisher PW, Bourdon K, Koretz DS. Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001–2004 NHANES. *Pediatrics*. 2010;125(1):75-81.
44. Ercan ES, Bilaç Ö, Uysal Özaslan T, Akyol Ardic U. Prevalence of psychiatric disorders among Turkish children: the effects of impairment and sociodemographic correlates. *Child Psychiatry & Human Development*. 2016;47(1):35-42.
45. Ercan ES, Kandulu R, Uslu E, Ardic UA, Yazici KU, Basay BK, et al. Prevalence and diagnostic stability of ADHD and ODD in Turkish children: a 4-year longitudinal study. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2013;7(1):1-10.
46. Pliszka S, Issues AWGoQ. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2007;46(7):894-921.
47. Millichap JG. Etiologic classification of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2008;121(2):e358-e65.
48. Taylor E, Döpfner M, Sergeant J, Asherson P, Banaschewski T, Buitelaar J, et al. European clinical guidelines for hyperkinetic disorder—first upgrade. *European child & adolescent psychiatry*. 2004;13(1):i7-i30.
49. Biederman J, Spencer T. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) as a noradrenergic disorder. *Biological psychiatry*. 1999;46(9):1234-42.
50. Russell V, Allie S, Wiggins T. Increased noradrenergic activity in prefrontal cortex slices of an animal model for attention-deficit hyperactivity disorder—the spontaneously hypertensive rat. *Behavioural brain research*. 2000;117(1-2):69-74.
51. Wilens TE. Mechanism of action of agents used in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2006;67:32.
52. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, et al. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*. 2005;57(11):1313-23.
53. Burt SA. Rethinking environmental contributions to child and adolescent psychopathology: a meta-analysis of shared environmental influences. *Psychological bulletin*. 2009;135(4):608.
54. Bukstein O. Attention deficit hyperactivity disorder in Adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical features, course, assessment, and diagnosis. UpToDate, Waltham, MA Accessed on June. 2022;11.

55. Franke B, Faraone S, Asherson P, Buitelaar J, Bau C, Ramos-Quiroga JA, et al. The genetics of attention deficit/hyperactivity disorder in adults, a review. *Molecular psychiatry*. 2012;17(10):960-87.
56. Ebstein RP, Novick O, Umansky R, Priel B, Osher Y, Blaine D, et al. Dopamine D4 receptor (D4DR) exon III polymorphism associated with the human personality trait of novelty seeking. *Nature genetics*. 1996;12(1):78-80.
57. Chen C, Burton M, Greenberger E, Dmitrieva J. Population migration and the variation of dopamine D4 receptor (DRD4) allele frequencies around the globe. *Evolution and Human Behavior*. 1999;20(5):309-24.
58. Banerjee TD, Middleton F, Faraone SV. Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. *Acta paediatrica*. 2007;96(9):1269-74.
59. Krull KR. Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: Epidemiology and pathogenesis. UpToDate Torchia MM (Ed), UpToDate, Waltham, MA Accessed on April. 2019;29.
60. Spencer TJ, Biederman J, Wilens TE, Faraone SV. Overview and neurobiology of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2002;63:3-9.
61. Huang L, Wang Y, Zhang L, Zheng Z, Zhu T, Qu Y, et al. Maternal smoking and attention-deficit/hyperactivity disorder in offspring: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2018;141(1).
62. Sourander A, Sucksdorff M, Chudal R, Surcel H-M, Hinkka-Yli-Salomäki S, Gyllenberg D, et al. Prenatal cotinine levels and ADHD among offspring. *Pediatrics*. 2019;143(3).
63. Gustavson K, Ystrom E, Stoltenberg C, Susser E, Surén P, Magnus P, et al. Smoking in pregnancy and child ADHD. *Pediatrics*. 2017;139(2).
64. Schechter JC, Kollins SH. Prenatal smoke exposure and ADHD: advancing the field. *Pediatrics*. 2017;139(2).
65. Thapar A, Rice F, Hay D, Boivin J, Langley K, van den Bree M, et al. Prenatal smoking might not cause attention-deficit/hyperactivity disorder: evidence from a novel design. *Biological psychiatry*. 2009;66(8):722-7.
66. Wilson-Costello D, Payne A, Augustyn M. Long-term neurodevelopmental impairment in infants born preterm: Epidemiology and risk factors.
67. Clements CC, Castro VM, Blumenthal SR, Rosenfield HR, Murphy SN, Fava M, et al. Prenatal antidepressant exposure is associated with risk for attention-deficit hyperactivity

disorder but not autism spectrum disorder in a large health system. *Molecular psychiatry*. 2015;20(6):727-34.

68. Castro V, Kong S, Clements C, Brady R, Kaimal A, Doyle A, et al. Absence of evidence for increase in risk for autism or attention-deficit hyperactivity disorder following antidepressant exposure during pregnancy: a replication study. *Translational psychiatry*. 2016;6(1):e708-e.

69. Astley SJ. Profile of the first 1,400 patients receiving diagnostic evaluations for fetal alcohol spectrum disorder at the Washington State Fetal Alcohol Syndrome Diagnostic & Prevention Network. *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology*. 2010;17(1).

70. Famularo R, Kinscherff R, Fenton T. Psychiatric diagnoses of maltreated children: Preliminary findings. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1992;31(5):863-7.

71. Rutter M. Attachment disorder behavior following early severe deprivation: Extension and longitudinal follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2000;39(6):703-12.

72. Cortese S, Kelly C, Chabernaud C, Proal E, Di Martino A, Milham MP, et al. Toward systems neuroscience of ADHD: a meta-analysis of 55 fMRI studies. *American Journal of Psychiatry*. 2012;169(10):1038-55.

73. Kasparek T, Theiner P, Filova A. Neurobiology of ADHD from childhood to adulthood: findings of imaging methods. *Journal of Attention Disorders*. 2015;19(11):931-43.

74. Valera EM, Faraone SV, Murray KE, Seidman LJ. Meta-analysis of structural imaging findings in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*. 2007;61(12):1361-9.

75. Narr KL, Woods RP, Lin J, Kim J, Phillips OR, Del'Homme M, et al. Widespread cortical thinning is a robust anatomical marker for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2009;48(10):1014-22.

76. Shaw P, Lerch J, Greenstein D, Sharp W, Clasen L, Evans A, et al. Longitudinal mapping of cortical thickness and clinical outcome in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of general psychiatry*. 2006;63(5):540-9.

77. Schweitzer JB, Faber TL, Grafton ST, Tune LE, Hoffman JM, Kilts CD. Alterations in the functional anatomy of working memory in adult attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2000;157(2):278-80.

78. Valera EM, Faraone SV, Biederman J, Poldrack RA, Seidman LJ. Functional neuroanatomy of working memory in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*. 2005;57(5):439-47.
79. Corbetta M, Patel G, Shulman GL. The reorienting system of the human brain: from environment to theory of mind. *Neuron*. 2008;58(3):306-24.
80. Barkley RA. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological bulletin*. 1997;121(1):65.
81. Barkley RA. History of ADHD. 2015.
82. Efron D. Attention-deficit/hyperactivity disorder: The past 50 years. *Journal of paediatrics and child health*. 2015;51(1):69-73.
83. Kendell R. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *American Journal of Psychiatry*. 1980;137(12):1630-1.
84. Association AP. DSM-III-R: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. revised. Washington, DC: The Association, 1987. Bleuler, E Dementia Praecox, or the Group of Schizophrenias. 1911.
85. Brown TE. DSM-IV: ADHD and executive function impairments. *Advanced studies in Medicine*. 2002;2(25):910-4.
86. Kieling C, Kieling RR, Rohde LA, Frick PJ, Moffitt T, Nigg JT, et al. The age at onset of attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2010;167(1):14-6.
87. Barkley RA, Brown TE. Unrecognized attention-deficit/hyperactivity disorder in adults presenting with other psychiatric disorders. *CNS spectrums*. 2008;13(11):977-84.
88. Doernberg E, Hollander E. Neurodevelopmental disorders (asd and adhd): dsm-5, icd-10, and icd-11. *CNS spectrums*. 2016;21(4):295-9.
89. Applegate B, Lahey BB, Hart EL, Biederman J, Hynd GW, Barkley RA, et al. Validity of the age-of-onset criterion for ADHD: a report from the DSM-IV field trials. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997;36(9):1211-21.
90. Lahey BB, Applegate B, McBurnett K, Biederman J, Greenhill L, Hynd GW, et al. DMS-IV field trials for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *The American journal of psychiatry*. 1994.
91. Holbrook JR, Cuffe SP, Cai B, Visser SN, Forthofer MS, Bottai M, et al. Persistence of parent-reported ADHD symptoms from childhood through adolescence in a community sample. *Journal of Attention Disorders*. 2016;20(1):11-20.

92. Sibley MH, Pelham Jr WE, Molina BS, Gnagy EM, Waschbusch DA, Garefino AC, et al. Diagnosing ADHD in adolescence. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2012;80(1):139.
93. Loe IM, Kakar PA, Sanders LM. Diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA pediatrics*. 2021;175(2):191-2.
94. Levin FR, Kleber HD. Attention-deficit hyperactivity disorder and substance abuse: relationships and implications for treatment. *Harvard review of psychiatry*. 1995;2(5):246-58.
95. Hoza B. Peer functioning in children with ADHD. *Journal of pediatric psychology*. 2007;32(6):655-63.
96. Larson K, Russ SA, Kahn RS, Halfon N. Patterns of comorbidity, functioning, and service use for US children with ADHD, 2007. *Pediatrics*. 2011;127(3):462-70.
97. Jensen PS, Hinshaw SP, Swanson JM, Greenhill LL, Conners CK, Arnold LE, et al. Findings from the NIMH Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA): implications and applications for primary care providers. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2001;22(1):60-73.
98. Levy F, Hay DA, Bennett KS, McStephen M. Gender differences in ADHD subtype comorbidity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2005;44(4):368-76.
99. Koolwijk I, Stein DS, Chan E, Powell C, Driscoll K, Barbaresi WJ. "Complex" attention-deficit hyperactivity disorder, more norm than exception? Diagnoses and comorbidities in a developmental clinic. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2014;35(9):591-7.
100. Drechsler R, Brem S, Brandeis D, Grünblatt E, Berger G, Walitza S. ADHD: Current concepts and treatments in children and adolescents. *Neuropediatrics*. 2020;51(05):315-35.
101. Thombs B, Turner KA, Shrier I. Defining and evaluating overdiagnosis in mental health: a meta-research review. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2019;88(4):193-202.
102. Mattingly GW, Wilson J, Ugarte L, Glaser P. Individualization of attention-deficit/hyperactivity disorder treatment: pharmacotherapy considerations by age and co-occurring conditions. *CNS spectrums*. 2021;26(3):202-21.
103. Group MC. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of general psychiatry*. 1999;56(12):1073-86.

104. Group MC. Moderators and mediators of treatment response for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: the Multimodal Treatment Study of children with Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*. 1999;56(12):1088-96.
105. Group MC. National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow-up: 24-month outcomes of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2004;113(4):754-61.
106. Sallee F, Connor DF, Newcorn JH. A review of the rationale and clinical utilization of α 2-adrenoceptor agonists for the treatment of attention-deficit/hyperactivity and related disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 2013;23(5):308-19.
107. Kooij SJ, Bejerot S, Blackwell A, Caci H, Casas-Brugué M, Carpentier PJ, et al. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC psychiatry*. 2010;10(1):1-24.
108. Shier AC, Reichenbacher T, Ghuman HS, Ghuman JK. Pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: clinical strategies. *Journal of central nervous system disease*. 2013;5:JCNSD. S6691.
109. Fayyad J, De Graaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K, et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *The British Journal of Psychiatry*. 2007;190(5):402-9.
110. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *Journal of abnormal psychology*. 2002;111(2):279.
111. Cumyn L, French L, Hechtman L. Comorbidity in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2009;54(10):673-83.
112. De Graaf R, Kessler RC, Fayyad J, ten Have M, Alonso J, Angermeyer M, et al. The prevalence and effects of adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) on the performance of workers: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Occupational and environmental medicine*. 2008;65(12):835-42.
113. Eser SY, Fidaner H, Fidaner C, Elbi H, Eser E, Göker E. Yaşam kalitesinin ölçülmesi. *WHOQOL-100 ve WHOQOL-Bref 3P dergisi*. 1999;7(2):5-13.
114. Yazici K, Yazici AE. Dürtüselliğin nöroanatomik ve nörokimyasal temelleri. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*. 2010.
115. Hollander E, Evers M. New developments in impulsivity. *The Lancet*. 2001;358(9286):949-50.

116. Camp BW, Blom GE, Hebert F, van Doorninck WJ. "Think aloud": A program for developing self-control in young aggressive boys. *Journal of abnormal child psychology*. 1977;5(2):157-69.
117. Feindler EL, Marriott SA, Iwata M. Group anger control training for junior high school delinquents. *Cognitive therapy and research*. 1984;8(3):299-311.
118. Coats KI. Cognitive self-instructional training approach for reducing disruptive behavior of young children. *Psychological Reports*. 1979;44(1):127-34.
119. Kendall PC, Braswell L. Cognitive-behavioral self-control therapy for children: a components analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1982;50(5):672.
120. Milich R, Landau S. Socialization and peer relations in hyperactive children. *Advances in Learning & Behavioral Disabilities*. 1982.
121. Pelham WE, Bender ME. Peer relationships in hyperactive children: Description and treatment. *Advances in Learning & Behavioral Disabilities*. 1982.
122. Snyder JJ, White MJ. The use of cognitive self-instruction in the treatment of behaviorally disturbed adolescents. *Behavior Therapy*. 1979;10(2):227-35.
123. Chamberlain SR, Sahakian BJ. The neuropsychiatry of impulsivity. *Current opinion in psychiatry*. 2007;20(3):255-61.
124. Torregrossa MM, Quinn JJ, Taylor JR. Impulsivity, compulsivity, and habit: the role of orbitofrontal cortex revisited. *Biological psychiatry*. 2008;63(3):253-5.
125. Aron AR, Robbins TW, Poldrack RA. Inhibition and the right inferior frontal cortex. *Trends in cognitive sciences*. 2004;8(4):170-7.
126. Rieger M, Gauggel S, Burmeister K. Inhibition of ongoing responses following frontal, nonfrontal, and basal ganglia lesions. *Neuropsychology*. 2003;17(2):272.
127. Winstanley CA, Theobald DE, Dalley JW, Robbins TW. Interactions between serotonin and dopamine in the control of impulsive choice in rats: therapeutic implications for impulse control disorders. *Neuropsychopharmacology*. 2005;30(4):669-82.
128. Kheramin S, Body S, Mobini S, Ho M-Y, Velázquez-Martinez D, Bradshaw C, et al. Effects of quinolinic acid-induced lesions of the orbital prefrontal cortex on inter-temporal choice: a quantitative analysis. *Psychopharmacology*. 2002;165(1):9-17.
129. Hua M-H, Huang K-L, Hsu J-W, Bai Y-M, Su T-P, Tsai S-J, et al. Early pregnancy risk among adolescents with ADHD: a nationwide longitudinal study. *Journal of attention disorders*. 2021;25(9):1199-206.

130. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. *Journal of the american academy of child & adolescent psychiatry*. 2006;45(2):192-202.
131. Meinzer MC, LeMoine KA, Howard AL, Stehli A, Arnold LE, Hechtman L, et al. Childhood ADHD and involvement in early pregnancy: mechanisms of risk. *Journal of attention disorders*. 2020;24(14):1955-65.
132. Wellings K, Jones KG, Mercer CH, Tanton C, Clifton S, Datta J, et al. The prevalence of unplanned pregnancy and associated factors in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *The Lancet*. 2013;382(9907):1807-16.
133. Drescher-Burke K. Contraceptive risk-taking among substance-using women. *Qualitative Social Work*. 2014;13(5):636-53.
134. Kasen S, Cohen P, Brook JS. Adolescent School Experiences and Dropout, Adolescent Pregnancy, and Young Adult Deviant Behavior. *Journal of adolescent research*. 1998;13(1):49-72.
135. Kiene SM, Barta WD, Tennen H, Armeli S. Alcohol, helping young adults to have unprotected sex with casual partners: Findings from a daily diary study of alcohol use and sexual behavior. *Journal of Adolescent Health*. 2009;44(1):73-80.
136. Grall-Bronnec M, Wainstein L, Augy J, Bouju G, Feuillet F, Vénisse J-L, et al. Attention deficit hyperactivity disorder among pathological and at-risk gamblers seeking treatment: a hidden disorder. *European addiction research*. 2011;17(5):231-40.
137. Verdejo-García A, Lawrence AJ, Clark L. Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2008;32(4):777-810.
138. Barkley RA, Murphy KR, Dupaul GJ, Bush T. Driving in young adults with attention deficit hyperactivity disorder: knowledge, performance, adverse outcomes, and the role of executive functioning. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 2002;8(5):655-72.
139. Retz W, Retz-Junginger P, Hengesch G, Schneider M, Thome J, Pajonk F-G, et al. Psychometric and psychopathological characterization of young male prison inmates with and without attention deficit/hyperactivity disorder. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2004;254(4):201-8.

140. Zuckerman M, Kuhlman DM, Joireman J, Teta P, Kraft M. A comparison of three structural models for personality: the big three, the big five, and the alternative five. *Journal of personality and social psychology*. 1993;65(4):757.
141. Donohew L, Zimmerman R, Cupp PS, Novak S, Colon S, Abell R. Sensation seeking, impulsive decision-making, and risky sex: Implications for risk-taking and design of interventions. *Personality and individual differences*. 2000;28(6):1079-91.
142. Fischer S, Smith GT. Deliberation affects risk taking beyond sensation seeking. *Personality and Individual Differences*. 2004;36(3):527-37.
143. Costa PT, McCrae RR. Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological assessment*. 1992;4(1):5.
144. Vollrath ME, Torgersen S. Personality types and risky health behaviors in Norwegian students. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2008;49(3):287-92.
145. Sürer Adanır A. Ergen Gebeliği ve Riskleri. . Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2020. p. 1017-21.
146. Coşkun A. Adolesan dönemi gebeliklerinde fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin incelenmesi ve bu gebeliklere sosyoekonomik kültürel faktörlerin etkinliği. 1984.
147. Özünlü K, Çetinkaya Ş. Adolesan Gebelikleri ve Adolesanlarda Beslenme Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi. 2008;17(1):27-37.
148. Sevil Ü, Ekmekçi A. Adölesanlarda gebelik sorunlarının ve benlik saygısının incelenmesi. 2002.
149. Mitsuhiro SS, Chalem E, Barros MCM, Guinsburg R, Laranjeira R. Brief report: Prevalence of psychiatric disorders in pregnant teenagers. *Journal of adolescence*. 2009;32(3):747-52.
150. Hallfors DD, Waller MW, Ford CA, Halpern CT, Brodish PH, Iritani B. Adolescent depression and suicide risk: association with sex and drug behavior. *American journal of preventive medicine*. 2004;27(3):224-31.
151. Kaltiala-Heino R, Kosunen E, Rimpelä M. Pubertal timing, sexual behaviour and self-reported depression in middle adolescence. *Journal of adolescence*. 2003;26(5):531-45.
152. Heidmets L, Samm A, Sisask M, Kõlves K, Aasvee K, Värnik A. Sexual behavior, depressive feelings, and suicidality among Estonian school children aged 13 to 15 years. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 2010;31(3):128.
153. Conners CK. Conners' Rating Scales--revised: User's Manual: Multi-Health Systems, Incorporated; 1997.

154. Conners CK, Wells KC, Parker JD, Sitarenios G, Diamond JM, Powell JW. A new self-report scale for assessment of adolescent psychopathology: factor structure, reliability, validity, and diagnostic sensitivity. *Journal of abnormal child psychology*. 1997;25(6):487-97.
155. Kaner S, Büyüköztürk Ş, İşeri E, Ak A, Özaydın L. Conners-Wells Ergen Öz-Bildirim Ölçeği Uzun Formu: Türk Ergenlerde Psikometrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2011;14(2).
156. Güleç H, Tamam L, Güleç MY, Turhan M, Karakuş G, Zengin M, et al. Psychometric properties of the Turkish version of the Barratt Impulsiveness Scale-11. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2008;18(4):251-8.
157. Varni JW, Seid M, Rode CA. The PedsQL™: measurement model for the pediatric quality of life inventory. *Medical care*. 1999;126-39.
158. Memik NÇ, Ağaoğlu B, Coşkun A, Üneri ÖŞ, Karakaya I. Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeğinin 13-18 yaş ergen formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007;18(4):353-63.
159. Varni JW, Seid M, Kurtin PS. PedsQL™ 4.0: Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Version 4.0 Generic Core Scales in healthy and patient populations. *Medical care*. 2001;800-12.
160. Guterman K. Unintended pregnancy as a predictor of child maltreatment. *Child abuse & neglect*. 2015;48:160-9.
161. Hayatbakhsh MR, Najman JM, Khatun M, Al Mamun A, Bor W, Clavarino A. A longitudinal study of child mental health and problem behaviours at 14 years of age following unplanned pregnancy. *Psychiatry research*. 2011;185(1-2):200-4.
162. Godiwala P, Appelhans BM, Moore Simas TA, Xiao RS, Liziewski KE, Pagoto SL, et al. Pregnancy intentionality in relation to non-planning impulsivity. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2016;37(4):130-6.
163. Martins SS, Lee GP, Kim JH, Letourneau EJ, Storr CL. Gambling and sexual behaviors in African-American adolescents. *Addictive Behaviors*. 2014;39(5):854-60.
164. Eroğlu MZ, Şahan E. Impulsivity and impulse control disorders in pregnancy. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*. 2018;28(2):199-204.
165. Li C, Zeng L, Dibley MJ, Wang D, Pei L, Yan H. Evaluation of socio-economic inequalities in the use of maternal health services in rural western China. *Public health*. 2015;129(9):1251-7.

166. Nguyen PH, Scott S, Neupane S, Tran LM, Menon P. Social, biological, and programmatic factors linking adolescent pregnancy and early childhood undernutrition: a path analysis of India's 2016 National Family and Health Survey. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 2019;3(7):463-73.
167. Sedgh G, Finer LB, Bankole A, Eilers MA, Singh S. Adolescent pregnancy, birth, and abortion rates across countries: levels and recent trends. *Journal of adolescent health*. 2015;56(2):223-30.
168. Guo C, Pang L, Ding R, Song X, Chen G, Zheng X. Unmarried youth pregnancy, outcomes, and social factors in China: findings from a Nationwide population-based survey. *Sexual Medicine*. 2019;7(4):396-402.
169. Donovan JE, Jessor R, Costa FM. Syndrome of problem behavior in adolescence: a replication. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1988;56(5):762.
170. Gözüyılmaz AY, Baran GTD. Evli ergenlerde beden imgesi ve benlik saygısının gebelik durumuna göre incelenmesi: Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Ev Ekonomisi 2011.
171. Charnigo R, Noar SM, Garnett C, Crosby R, Palmgreen P, Zimmerman RS. Sensation seeking and impulsivity: Combined associations with risky sexual behavior in a large sample of young adults. *Journal of sex research*. 2013;50(5):480-8.
172. Chamberlain SR, Grant JE. Relationship between quality of life in young adults and impulsivity/compulsivity☆. *Psychiatry research*. 2019;271:253-8.
173. Victor SE, Johnson SL, Gotlib IH. Quality of life and impulsivity in bipolar disorder. *Bipolar disorders*. 2011;13(3):303-9.

10. EKLER

Ek 1. Sosyodemografik Veri Formu

Adı ve Soyadı:

Yaşı(yıl):

Eğitim durumu:

Devam ediyor (sınıfı):

Ara vermiş:

Bırakmış (en son gittiği sınıf):

Okula gidiyorsa başarı durumu:

1.Kötü 2.Orta 3.İyi

Çalışıyor mu:

1.Hayır 2.Evet Çalışıyorsa işi:

Gebenin annesinin eğitim durumu:

1.Hiç okula gitmemiş 2.İlköğretim 3.Lise 4. Üniversite -mesleği:

Gebenin babasının eğitim durumu:

1.Hiç okula gitmemiş 2.İlköğretim 3.Lise 4. Üniversite -mesleği:

Gebenin daha önce psikiyatrik tanı alma durumu:

1.Var 2.Yok Varsa belirtiniz:

Gebe ile ilgili adli süreç durumu:

1.Yok

2. Var (Belirtiniz)

Cinsel olarak aktif mi, aktifse başlama yaşı:

Gebenin kardeş sayısı:

Gebenin medeni durumu:

1.Bekar 2.Resmi nikahlı 3.İmam nikahlı

Gebe kiminle birlikte yaşıyor:

1.Ailesiyle 2.Partner/eş ile 3.Diğer

Aylık geliri(miktar olarak belirtiniz):

Bebeğin babasının yaşı (yıl olarak):

Bebeğin babası ile ilgili adli süreç durumu:

1.Yok

2. Var (Belirtiniz)

Gebelikten korundunuz mu?

1.Evet 2.Hayır 3.Korunduysanız nasıl/hangi yöntemle belirtiniz:

Gebelik: 1.Planlı(isteyerek) 2.Plansız(istemeden)

Gebelik haftası:

Gebelik komplikasyon(lar)ı:

Önceki gebelik(ler):

Gebenin annesinde 18 yaş altı gebe kalma durumu: 1.Var 2.Yok

Sigara kullanımı: 1.Var 2.Yok Gebelik sürecinde kullanım olduysa belirtiniz:

Alkol kullanımı: 1.Var 2.Yok Gebelik sürecinde kullanım olduysa belirtiniz:

Madde kullanımı: 1.Var 2.Yok Gebelik sürecinde kullanım olduysa belirtiniz:

Geçirilmiş trafik kazası:

1. Yok
2. Araç içi (aracı kimin kullandığını belirtiniz)
3. Bisiklet kullanırken
4. Araç dışı

Geçirilmiş diğer travmalar:

1. Yok
2. Yüksekten düşme
3. Keskin cisim
4. Yanık
5. Boğulma tehlikesi
6. Ateşli silah
7. Diğer (belirtiniz)

Ek 2. Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11 (BDÖ-11)

Lütfen her bir cümleyi okuyunuz ve ifadelerin size ne kadar uygun olduğunu, lütfen sağ tarafta yer alan numaraların üzerine (X) koyarak belirtiniz. Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı bir şekilde cevaplayınız.

		Nadiren/ Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
1	İşlerimi dikkatle planlarım.	1	2	3	4
2	Düşünmeden iş yaparım.	1	2	3	4
3	Hızla karar veririm.	1	2	3	4
4	Hiç bir şeyi dert etmem.	1	2	3	4
5	Dikkat etmem.	1	2	3	4
6	Uçuşan düşüncelerim var.	1	2	3	4
7	Seyahatlerimi çok önceden planlarım.	1	2	3	4
8	Kendimi kontrol edebilirim.	1	2	3	4
9	Kolayca konsantre olurum.	1	2	3	4
10	Düzenli para biriktiririm.	1	2	3	4
11	Derslerde veya oyunlarda yerimde duramam.	1	2	3	4
12	Dikkatli düşünen birisiyim.	1	2	3	4
13	İş güvenliğine dikkat ederim.	1	2	3	4
14	Düşünmeden bir şeyler söylerim.	1	2	3	4
15	Karmaşık problemler üzerinde düşünmeyi severim.	1	2	3	4
16	Sık sık iş değiştiririm.	1	2	3	4
17	Düşünmeden hareket ederim.	1	2	3	4
18	Zor problemler çözmem gerektiğinde kolayca sıkılırım.	1	2	3	4
19	Aklıma estiği gibi hareket ederim.	1	2	3	4
20	Düşünerek hareket ederim.	1	2	3	4
21	Sıklıkla evimi değiştiririm.	1	2	3	4
22	Düşünmeden alışveriş yaparım.	1	2	3	4
23	Aynı anda sadece bir tek şey düşünebilirim.	1	2	3	4

24	Hobilerimi değiştiririm.	1	2	3	4
25	Kazandığımdan daha fazla harcarım.	1	2	3	4
26	Düşünürken sıklıkla zihnimde konuyla ilgisiz düşünceler oluşur.	1	2	3	4
27	Şu an ile gelecekte daha fazla ilgilenirim.	1	2	3	4
28	Derslerde veya sinemada rahat oturamam.	1	2	3	4
29	Yap-boz/ puzzle çözmeyi severim.	1	2	3	4
30	Geleceğini düşünen birisiyim.	1	2	3	4



Ek 3. Conners-Wells Ergen Özbildirim Ölçeği (CWEÖÖ-U)

CONNERS-WELLS ERGEN ÖZBİLDİRİM ÖLÇEĞİ (12-17 YAŞ)

İsim -----	Cinsiyeti: K E (daire)
İçine alınız)	
Doğum tarihi -----/-----/----- Yaşı: Sınıfı:	
Ay Gün Yıl	
Bugünün Tarihi : -----/-----/-----	
Ay Gün Yıl	

Yönerge: Aşağıdaki maddelerin sizin için Hiç Doğru Değil, Biraz Doğru, Oldukça Doğru, Çok Doğru olup olmadığını gösteren numaraları yuvarlak içine alınız. Hiç Doğru Değil, bir sorunun *hiç* olmadığını ya da *nadiren* olduğunu ifade etmektedir. Çok Doğru, bir sorunun *çok fazla* ya da *çok sık* olduğu anlamına gelmektedir. Biraz Doğru ve Oldukça Doğru, bu ikisi arasındadır. Lütfen bütün maddeleri yanıtlayınız.

		HIÇ DOĞRU DEĞİL (Hiçbir zaman, nadiren)	BİRAZ DOĞRU (Bazen)	OLDUKÇA DOĞRU (Çoğu kez, Sık sık)	ÇOK DOĞRU (Pek çok kez, Çok sık sık)
1	Ebeveynlerimin çok sert bir disiplini vardır.	0	1	2	3
2	Kendimi ağlamaklı hissederim.	0	1	2	3
3	Fırsat bulduğumda kuralları bozarım.	0	1	2	3
4	İstediğimden daha yavaş öğreniyorum	0	1	2	3
5	Kolayca parlarım.	0	1	2	3
6	Çok uzun süre hareketsiz kalamam.	0	1	2	3
7	Ebeveynlerim yalnızca kötü davranışlarımı farkedirler.	0	1	2	3
8	Dikkatsizce hatalar yaparım ya da ayrıntılara dikkat etmede sorun yaşarım.	0	1	2	3
9	Evimizdeki cezalandırma adil değildir.	0	1	2	3
10	Cesaretsizim.	0	1	2	3
11	Oynarken ya da çalışırken dikkatimi sürdürmekte sorun yaşarım.	0	1	2	3
12	Polisle başım derde girer.	0	1	2	3

13	Okul çalışmalarımı düzenlemekte sorun yaşıyorum.	0	1	2	3
14	Kolayca patlamaya hazırım.	0	1	2	3
15	Çok uzun süre hareketsiz oturamayacak kadar çok enerjim var.	0	1	2	3
16	Ebeveynlerim benim iyi davranışlarımı ödüllendirmezler ya da farketmezler	0	1	2	3
17	Bana söylenenleri dinlemekte sorun yaşıyorum.	0	1	2	3
18	Ebeveynlerim çok katıdırlar.	0	1	2	3
19	Kendimi mutsuz ve sıkıntılı hissedirim.	0	1	2	3
20	Okul çalışmalarımı ya da günlük işlerimi bitirmekte sorun yaşıyorum.	0	1	2	3
21	Kuralları çiğnerim.	0	1	2	3
22	Öğrendiğim şeyleri unuturum.	0	1	2	3
23	Kızgın bir yapım var.	0	1	2	3
24	Genellikle kıpır kıpırımdır ve yerimde duramam.	0	1	2	3
25	Ebeveynlerim benden çok şey beklerler.	0	1	2	3
26	İşlerimi ve etkinliklerimi düzenlemede sorun yaşıyorum.	0	1	2	3
27	Ebeveynlerim beni her zaman eleştiriyor gibidirler.	0	1	2	3
28	Ufak tefek şeyler için çok endişelenirim.	0	1	2	3
29	Bazı insanları incitmek hoşuma gider.	0	1	2	3
30	Okul çalışmalarımı tamamlamam için çok çabalamam gerekir.	0	1	2	3
31	Sinirlerime hakim olamıyorum.	0	1	2	3
32	Hareket etmeden otursam bile içten içe huzursuzluk hissedirim.	0	1	2	3
33	Çalışırken, gürültüler beni yaptığım işten alıkoyar.	0	1	2	3
34	Çok fazla düşünmemi gerektiren okul çalışmalarından ve ev ödevlerinden hoşlanmam.	0	1	2	3
35	Evimizde çok fazla bağırma olur.	0	1	2	3
36	Başkalarına itiraf etmesem de pek çok şey beni korkutur.	0	1	2	3
37	İçimde beni gerçekten kötü şeyler yapmaya iten bir şeyler var.	0	1	2	3
38	Bir şeylerle bir kaç dakikadan fazla uğraşmam zordur.	0	1	2	3
39	Öfkem başımı derde sokar	0	1	2	3
40	Ev ödevlerimi yaparken kalkıp dolaşmalıyım.	0	1	2	3
41	Pek çok şey hakkındaki kararlarım yerinde değildir.	0	1	2	3

42	Görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybederim (örneğin okul ödevleri, kalemler, kitaplar ya da araçlar).	0	1	2	3
43	Evimizdeki kurallar çok net değildir.	0	1	2	3
44	Dışarıya karşı kendimden emin davransam da kendi içimde öyle değilim.	0	1	2	3
45	Başkalarının malına zarar veririm.	0	1	2	3
46	Düşüncelerimi sistemli bir şekilde düzenlemekte sorun yaşarım.	0	1	2	3
47	Pek çok şey beni sinirlendirir	0	1	2	3
48	Yemek sırasında hareketsiz oturmakta sorun yaşarım.	0	1	2	3
49	Sessizce oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerini yapmakta sorun yaşarım.	0	1	2	3
50	Etrafımda olup bitenler dikkatimi dağıtır.	0	1	2	3
51	Ailem eğlenceli birçok şeyi birlikte yapmaz.	0	1	2	3
52	Tek başına kalmaktan korkarım.	0	1	2	3
53	Günlük etkinliklerimde unutkanım.	0	1	2	3
54	Tehlikeli şeyler yapmaktan hoşlanırım.	0	1	2	3
55	Yapmak zorunda olduğum işlerin sırasını karıştırırım.	0	1	2	3
56	İnsanlar beni kızdırırlar ve öfkelenendirirler.	0	1	2	3
57	Ellerim ayaklarım hiç durmaz, oturduğum yerde kıpırdanırım.	0	1	2	3
58	Aynı yerde durmaktansa hareket halinde olmayı severim.	0	1	2	3
59	Derslerimde geriylim.	0	1	2	3
60	Oturmam beklenen durumlarda (örneğin, okulda) yerimden kalkarım.	0	1	2	3
61	Aileme çok yakın değilim.	0	1	2	3
62	Sinirlenirim.	0	1	2	3
63	Huzursuzum ya da aşırı hareketliyim.	0	1	2	3
64	Okuldan kaçırım (Örneğin izinsiz okuldan ayrılırım).	0	1	2	3
65	Bir konuya bir kerede konsantre olmakta sorun yaşarım.	0	1	2	3
66	Hala öfkemi kontrol etmede sorun yaşarım.	0	1	2	3
67	Yalnız biriyim.	0	1	2	3
68	Bazen kendimi bir motor tarafından sürülüyormuş gibi hissedirim.	0	1	2	3
69	Alınanım ya da kolayca kızdırılırım.	0	1	2	3

70	Sürekli hareket halindeyim.	0	1	2	3
71	Ebeveynlerim beni gerçekten umursamazlar .	0	1	2	3
72	Gelecek bana ümitsiz görünüyor.	0	1	2	3
73	Bana ait olmayan şeyleri alırım.	0	1	2	3
74	Sıra ev ödevlerini yapmaya gelince çok düzensizim.	0	1	2	3
75	Çok fazla konuşurum.	0	1	2	3
76	Birçok ağrım ve sızım vardır.	0	1	2	3
77	Alkollü içecekler içerim.	0	1	2	3
78	Büyük bir gayretle ve yavaş okurum.	0	1	2	3
79	Soruların tamamlanmasını beklemeden cevap veririm.	0	1	2	3
80	Uyuşturucu kullanırım	0	1	2	3
81	Okumada ve yazmada sorun yaşarım.	0	1	2	3
82	Sırada beklemekte ya da sıranın bana gelmesini beklemekte sorun yaşarım	0	1	2	3
83	El yazım kötüdür.	0	1	2	3
84	Okurken okuduğum yeri kaybederim.	0	1	2	3
85	Başım kolaylıkla derde girer.	0	1	2	3
86	Çalışırlarken ya da oynarlarken başkalarını engellerim.	0	1	2	3
87	Geceleri kabus görürüm.	0	1	2	3

Ek 4. Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ)

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Ad-soyad:

Tarih:

Ergen Değerlendirme Formu (13-18 yaş)

Bir sonraki sayfada sizin için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.

Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin sizin için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz.

Eğer sizin için hiçbir zaman sorun değilse	0
Eğer sizin için nadiren sorun oluyorsa	1
Eğer sizin için bazen sorun oluyorsa	2
Eğer sizin için sıklıkla sorun oluyorsa	3
Eğer sizin için hemen her zaman sorun oluyorsa	4

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

Son bir ay içinde aşağıdakiler sizin için ne kadar sorun yarattı?

Sağlığım ve aktivitelerim ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Bir bloktan fazla yürümek bana zor gelir	0	1	2	3	4
2. Koşmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
5. Kendi başıma duş ya da banyo yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
7. Bir yerim acır ya da ağrır	0	1	2	3	4
8. Enerjim azdır	0	1	2	3	4

Duygularım ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissedirim	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissedirim	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissedirim	0	1	2	3	4
4. Uyumakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4
5. Bana ne olacağı konusunda endişelenirim	0	1	2	3	4

Başkaları ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Yaşıtlarımla geçinmekte sorun yaşıyorum	0	1	2	3	4
2. Yaşıtlarım benimle arkadaş olmak istemezler	0	1	2	3	4
3. Yaşıtlarım benimle alay eder	0	1	2	3	4
4. Yaşıtlarımın yapabildikleri şeyleri yapamam	0	1	2	3	4
5. Yaşıtlarıma ayak uydurmakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4

Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Sınıfta dikkatimi toplamakta zorlanırım	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unuturum	0	1	2	3	4
3. Derslerimden geri kalmamak için zorluk çekerim	0	1	2	3	4
4. Kendimi iyi hissetmediğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4

