

DEHB Tanılı Çocukların Ebeveynlerinde DEHB ile İlişkili Bazı Sorunlu Yaşam Olayları

Ozan Pazvantoğlu¹,
Seher Akbaş², Gökhan Sarısoy¹,
Saliha Baykal³,
Işıl Zabun Korkmaz⁴,
Koray Karabekiroğlu²,
Ömer Böke¹

¹Doç. Dr., ⁴Asistan Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi,
Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Samsun - Türkiye
²Doç. Dr., ³Asistan Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi,
Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı,
Samsun - Türkiye

ÖZET

DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde DEHB ile ilişkili bazı sorunlu yaşam olayları

Amaç: Bu çalışmanın amacı, DEHB tanısı ile izlenen çocukların ebeveynlerinde DEHB tanısı ile bazı sorunlu yaşam olayları arasında ilişki olup olmadığını ortaya koymaktır

Yöntem: Çalışmaya, DEHB tanısı ile takip edilen 167 çocuğa ait 249 ebeveyn ile, çocuğunda ve kendisinde DEHB tanısı olmayan 146 kişiden oluşan sağlıklı kontrol grubu dahil edilmiştir. Tanısal değerlendirmede DSM-IV tanı ölçütleri kullanılmıştır. Ayrıca, DSM-V için önerilen tanı kriterlerinden ve DEHB belirtilerini tarama ölçeklerinden (Wender Utah Derecelendirme Ölçeği-25, Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği) yararlanılmıştır. Sorunlu yaşam olayları, araştırmacılar tarafından hazırlanan bilgi formuna kaydedilmiştir.

Bulgular: DEHB tanı kriterlerini karşılayan ebeveynlerin, bu kriterleri karşılamayan ebeveynlere ve sağlıklı kontrollere göre hemen hemen tüm sorunlu yaşam olaylarını daha yüksek oranda yaşadıkları bulundu.

Sonuç: DEHB tanılı çocukların ebeveynleri, yaşamları boyunca DEHB ile ilişkili sorunlu yaşam olaylarına yüksek oranda maruz kalırlar. Bu ebeveynlerin DEHB tanısı açısından değerlendirilmeleri gereklidir.

Anahtar kelimeler: DEHB, DEHB'li çocukların ebeveynleri, erişkinlerde DEHB, sorunlu yaşam olayları



ABSTRACT

Various ADHD-associated problematic life events in parents of children with ADHD diagnosis

Objective: The purpose of this study was to establish whether there was any relationship between diagnosis of ADHD and various problematic life events in parents of children monitored with a diagnosis of ADHD.

Method: Two hundred forty nine parents of 167 children followed-up with a diagnosis of ADHD and 146 healthy controls with no diagnosis of ADHD in their children or themselves were included. DSM-IV diagnostic criteria were used in diagnostic evaluation. Diagnostic criteria recommended for DSM-V and ADHD symptom assessment scales (Wender Utah Rating Scale-25, Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder Self-Report Scale) were also used. Problematic life events were recorded on a data form prepared by the authors.

Results: Parents meeting a diagnosis of ADHD experienced nearly all problematic life events at a higher level compared to parents not meeting that diagnosis and to the healthy controls.

Conclusion: Parents of children diagnosed with ADHD are exposed to a high, lifelong level of ADHD-associated life events. These parents should be evaluated in terms of diagnosis of ADHD.

Key words: ADHD, parents of children with ADHD, ADHD in adults, problematic life events

Yazışma adresi / Address reprint requests to:

Doç. Dr. Ozan Pazvantoğlu,
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Psikiyatri Anabilim Dalı, Kurupelit, 55139,
Samsun - Türkiye

Telefon / Phone: +90-362-312-1919/3187

Faks / Fax: +90-362-457-6041

Elektronik posta adresi / E-mail address:
ozanpazvantoglu@gmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt:
5 Şubat 2013 / February 5, 2013

Kabul tarihi / Date of acceptance:
16 Nisan 2013 / April 16, 2013

GİRİŞ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) çocuklukta başlayan, belirtileri önemli oranda erişkinlikte de devam eden, hayatın her döneminde etkisini

sürdüren, akademik, sosyal ve iş yaşamını olumsuz yönde etkileyen, kalıtsal özelliği yüksek nörogelişimsel bir bozukluktur (1). DEHB'nin ailesel geçiş özelliğinin yüksek olduğu çeşitli aile, ikiz ve evlat edinme çalışmalarında gösterilmiş (2,3) ve hastalığın aktarılabilirliğinin %76

gibi yüksek bir oranda olduğu saptanmıştır (4). Uluslararası literatürde, DEHB tanısı ile izlenen çocukların ebeveynlerinde DEHB tanısının genel popülasyona göre 2 ila 8 kat daha yüksek olduğu bildirilmiştir (5-9). Ülkemizde yapılan çalışmalarda da benzer şekilde yüksek oranlar (%6.8-%39.1) saptanmıştır (10-13).

DEHB'li bireylerde dikkatin, aktivitenin ve dürtüselliğin düzenlenmesinde yaşanan zorluklar sonucu, yaşamın ilk yıllarından başlayan olumsuz etkiler her yaş döneminde farklı yaşam sorunlarına neden olabilmektedir (14). Çocuk ve ergenlerde DEHB ile ilişkili bu yaşam zorlukları çok sayıda çalışmada ele alınmış olmasına rağmen, bu konuda erişkinlerde yapılan çalışmaların sayısı daha sınırlıdır. DEHB tanısı almış bireylerin okul çağlarında ders başarısızlıkları, disiplin cezası alma, okuldan atılma, sınıfta kalma ve düşük eğitim düzeyi (15-18); erişkin dönemlerinde romantik ilişkilerde başarısızlık, fazla eş sayısı, cinsel yolla bulaşan hastalığa sık yakalanma, evlilik sorunları, boşanma (19,20); sık iş değiştirme, işsiz kalma, gelir düzeyi düşüklüğü (15,16,21,22); sosyal yaşam ve kurallara uyum zorlukları ve bunlar sonucunda sıkça karşılaşılan adli sorunlar, trafik cezaları, riskli davranışlar (21,23,24); alkol ve madde kullanımı (20,25-27) gibi sorunlu yaşam olayları bazı çalışmalarda gösterilmiştir. Olası genetik yüküklükleriyle ilişkili olarak DEHB'li çocukların ebeveynleri, DEHB ile ilişkili sorunları araştırmak için uygun bir popülasyondur. Bir çalışmada, DEHB'li çocukların DEHB tanısı alan ebeveynlerinin, almayanlara göre işsizlik oranlarının ve iş değiştirme sayılarının daha fazla, eğitim ve sosyoekonomik seviyelerinin daha düşük ve alkolmadde kullanım oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (9). Ülkemizde yapılan ve kontrol grubunu enürezisnokturna tanılı çocukların ebeveynlerinin oluşturduğu bir çalışmada, DEHB'li çocukların ebeveynlerinde alkol kullanımının ve suç öykülerinin (sayılar çok düşük olmakla birlikte) daha fazla olduğu, medeni durum ve eğitim düzeyi açısından ise gruplar arasında fark olmadığı bildirilmiştir (10). Buna karşın, bu çalışmada DEHB'li çocukların DEHB tanısı alan ve almayan ebeveynleri arasında bu özellikler açısından fark bulunmamıştır.

Bu çalışmanın amacı, DEHB tanısı ile izlenen çocukların ebeveynlerinde DEHB tanısı ile bazı sorunlu yaşam olayları arasında ilişki olup olmadığını ortaya koymaktır.

YÖNTEM

Katılımcılar

Çalışma örnekleminiz, çocuk ve ergen psikiyatri kliniği tarafından DSM-IV'e göre DEHB tanısı ile takip ve tedavi edilen çocukların ebeveynlerinden oluştu. Ciddi bir tıbbi ya da nörolojik hastalığı, psikoz, yaygın gelişimsel bozukluk ya da mentalretardasyon ek tanısı olan çocukların ve evlatlık edinilen çocukların ebeveynleri çalışmaya alınmadı. Üç yüz elli altı ebeveyn çalışmaya katılmaları önerildi. Bunlardan 65'i katılmayı reddetti. En sık karşılaşılan reddetme gerekçesi zaman yetersizliğiydi. DSM-IV'e göre DEHB dışında aktif bir birinci eksen psikiyatrik bozukluğu ya da mentalretardasyonu olan ve bipolar bozukluk ya da psikotik bir bozukluk öyküsü olan ebeveynler çalışmadan dışlandı. Buna göre, 11 ebeveyn majör depresif bozukluk, 25 ebeveyn anksiyete ya da somatoform bozukluk, 6 ebeveyn ise bipolar bozukluk öyküsü nedeniyle çalışma dışı bırakıldı. Sonuç olarak, 167 DEHB tanılı çocuğun 249 ebeveyni çalışmaya dahil edildi. Bu çocuklardan 82'sinin hem anne hem babası, 60'ının sadece annesi, 25'inin ise sadece babası çalışmaya alındı.

Çalışmaya, sağlıklı kontrol grubu olarak, hastane çalışanları ve onların yakınlarını içeren popülasyondan, 6 yaşından büyük olmak üzere en az bir çocuğa sahip ve çocuğunda (ya da çocuklarında) DEHB tanısı olmayan ebeveynler (n=163) alındı. Sağlıklı kontrol grubu için dışlama ölçütleri, DEHB'li çocukların ebeveynleri için uygulanan kriterlere ek olarak, yaşamlarının herhangi bir döneminde (çocukluklarında ya da halen) DEHB tanı kriterlerini karşılamış olmaları idi. Sağlıklı kontrol grubu da DEHB'li çocukların ebeveynleriyle aynı tanılama prosedürüne tabi tutuldu. Sağlıklı kontrol grubuna dahil edilmek üzere değerlendirilen ebeveynlerden 17'sinin yaşamlarının bir döneminde (6'sı çocukluk çağı ile sınırlı, 11'i erişkin dönemde) DEHB tanı kriterlerini karşıladığı görüldü. Ayrıca, 28'i aktif bir diğer birinci eksen tanısına (13'ü majör depresif bozukluk, 5'i obsesif kompulsif bozukluk, 4'ü yaygın anksiyete bozukluğu, 2'si panik bozukluk, 2'si somatoform bozukluk, 1'i alkol kullanım bozukluğu, 1'i distimik bozukluk) sahipti. Bu ebeveynler çalışma dışı bırakıldı. Sonuç olarak 146 ebeveyn sağlıklı kontrol grubunu oluşturdu.

DEHB için Tanılama Prosedürü

Bu ebeveynlere, önce DEHB belirtilerini taramaya yarayan iki öz bildirim ölçeği uygulandı. Ebeveynlerin çocukluk çağı DEHB belirtilerini geriye dönük olarak değerlendirmek için Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği-kısa versiyon (WUDÖ-25) (28), erişkin dönem belirtilerinin taranmasında ise Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) (29) uygulandı. Bu ölçekler görüşmede sadece bir destek materyali olarak kullanıldı, tanı koydurucu olarak değerlendirilmedi. Daha sonra, psikiyatri uzmanınca DSM-IV'e dayalı tanı görüşmesi yapıldı. Tanılamada ayrıca Barkley(30) tarafından DSM-V için önerilen "erişkin DEHB tanı ölçütleri"nden de yararlanıldı. Bu ölçütler erişkinlik dönemine özgü alanlardaki (iş, evlilik ve sosyal ilişkiler, para yönetimi, araba kullanma vb.) sorunları sorgulayan, ayrıca "remisyonda DEHB" kavramını tanımlayan yeni bir kriter grubudur. Bu aşamada, mümkün olan durumlarda, ebeveynlerin birinci derece akrabalarından geriye dönük bilgi alındı. Tanılama sürecinin sonunda, 249 ebeveynin 142'si yaşamlarının herhangi bir dönemi için DEHB tanısını karşılamazken [DEHB (-) grubu], 107'si (%42.97) ise ya sadece çocukluk dönemleriyle sınırlı ya da halen mevcut DEHB tanısını karşıladı [DEHB (+) grubu]. Erişkin dönemlerinde de DEHB tanı ölçütlerini karşılayan ebeveynler (n=53, %21.28) bozukluk hakkında bilgilendirilip tedavi için yönlendirildi.

Ölçekler

Bilgi formu: Araştırmacılar tarafından hazırlanan ve görüşme sırasında doldurulan bu form, ebeveynlerin sosyodemografik bilgilerinin yanı sıra, DEHB ile ilişkili olabilecek bazı yaşamsal sorunları (okul yaşamında sınıfta kalma, disiplin cezası alma, akademik düzey, fiziksel travma, iş değişikliği, adli olay, trafik ceza ve kaza öyküsü) yaşayıp yaşamadıkları, eğer yaşamışlarsa, bunların sayısı ve sigara-alkol-madde kullanım öyküleri ile ilgili soruları içermektedir. Bir sorunu yaşamı boyunca en az bir kez yaşamış olma ya da olmama ayrı bir değişken olarak, sorunu yaşama sayısı ayrı bir değişken olarak sorgulanmıştır.

Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği-kısa versiyon (WUDÖ-25): Çocukluk dönemindeki DEHB belirtilerini geriye dönük olarak sorgulamak ve erişkinlerde DEHB tanısının konmasına yardımcı olmak amacıyla geliştirilmiştir (31). Türkçe uyarlaması ve geçerlilik güvenilirlik çalışması Öncü ve arkadaşları (28) tarafından yapılmıştır. Ölçek, DEHB belirtilerinin derecesini 0-4 arasında puanlayan 5'li Likert tipindedir (0=hayır ya da çok hafif, 1=hafif, 2=orta derecede, 3=fazla ve 4=çok fazla) ve alınabilecek toplam puan 0-100 arasındadır. Türkçe versiyonun iç tutarlılık katsayısı 0.93, test-tekrar test güvenilirliği 0.81 olarak bulunmuştur. Kesme noktası 36 puan olarak önerilmiş, bunun DEHB'li hasta grubunu %82.5, sağlıklı kontrol grubunu ise %90.8 oranında doğru olarak sınıflandırdığı bildirilmiştir.

Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS): Bu ölçek, Dünya Sağlık Örgütü tarafından erişkinlerdeki DEHB belirtilerinin taranması amacıyla DSM-IV DEHB tanı ölçütlerini temel alarak geliştirilmiştir (32). Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Doğan ve arkadaşlar (29) tarafından yapılmıştır. Ölçekte bulunan toplam 18 soru, her belirtinin son altı ay içinde hangi sıklıkta ortaya çıktığını belirlemeye yöneliktir. Beşli Likert tipinde (0=asla, 1=nadiren, 2=bazen, 3=sık, 4=çok sık) puanlanan bu öz bildirim ölçeğinin dokuz maddesi dikkatsizlik, diğer dokuz maddesi ise hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerini değerlendirir. Bu alt ölçeklerden herhangi birinden 24 puan ve üzerinde alanların "yüksek olasılıkla DEHB", 17-23 puan alanların "olasılıkla DEHB" olduğu, 0-16 puan alanların ise DEHB olmadıkları kabul edilir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik çalışmasında, ölçeğin tümü ve alt ölçekler için iç tutarlılık katsayıları 0.78-0.88 aralığında, test-tekrar test güvenilirlik katsayısı ise 0.73-0.89 aralığında bulunmuştur.

İstatistiksel Analiz

Çalışmadaki üç grubun [1-DEHB (+) grubu; 2-DEHB (-) grubu; 3-Sağlıklı kontrol grubu (SK)] analizlerinde, kategorik değişkenler için ki-kare testi uygulandı. Sayısal değişkenler one-way Anova testi ile analiz edildi ve post

Tablo 1: Ebeveynlerin DEHB belirti puanları

	1- DEHB (+) (n=127)	2- DEHB (-) (n=122)	3- SK (n=146)
	Ort.±SS		
WUDÖ	44.71±10.98	15.78±9.05	13.22±7.85
ASRS dikkat	16.97±5.95	10.93±5.37	10.21±4.25
ASRS hiperaktivite	15.92±5.99	10.27±5.00	10.73±4.93
ASRS toplam	32.70±10.51	21.01±9.14	20.84±8.07

WUDÖ: Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği-Kısa Versiyon, ASRS: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, SK: Sağlıklı kontrol grubu

hoc analiz için Tukey testi kullanıldı. Tablolarda sayısal değişkenler ortalama±standart sapma (Ort.±SS), kategorik değişkenler ise gözlem sayısı ve yüzde (n, %) notasyonu kullanılarak gösterildi. Post hoc analizlerin sonuçları tablolarda “karşılaştırmalar” sütununda verildi. Bu sütunda gruplar rakamlar (1,2,3) ile ifade edilerek ikili karşılaştırmalarda bulunan anlamlı farklılıklar, gruplar arasındaki değişkenin sayısal özelliğine göre “>” ya da “<” işaretleri ile belirtildi. Anlamlılık sınırı 0.95 (p<0.05) olarak kabul edildi ve verilerin istatistiksel analizinde SPSS 16.0 programı kullanıldı.

BULGULAR

Grupların DEHB Belirti Dereceleri

Grupların DEHB belirtilerini gösteren ölçeklerden aldıkları puanlar Tablo 1’de gösterilmiştir.

Grupların Sosyodemografik Özellikleri ve Sorunlu Yaşam Olayları

Grupların sosyodemografik özellikler ve sorunlu yaşam olayları açısından sahip olduğu değerler ve analiz sonuçları Tablo 2’de gösterilmiştir. Sorunlu yaşam olayları ile ilgili veriler çalışmamızda iki farklı açıdan ele alınmıştır. Bunlardan biri, yaşamı boyunca en az bir kez olayı yaşamış olma ya da olmamadır. Örneğin Tablo 2’de “sınıf tekrarı oranı” ile ifade edilen, o gruptaki bireylerin yüzde kaçının eğitim hayatları boyunca en az bir kez sınıfta kaldığıdır. Diğer taraftan, sorgulanan sorunlu yaşam olaylarının çoğu için o olayı yaşama sayısı da sorgulanmıştır. Bu, Tablo 2’de ortalama değer olarak verilerek, gruplar arasında karşılaştırılmıştır.

Çalışmamızdaki sağlıklı kontrol grubunun yaş ve eğitim süresi ortalamaları DEHB’li çocuğa sahip ebeveyn gruplarına göre daha yüksekti. Üç grup arasında cinsiyet dağılımı açısından fark yoktu. Tüm gruplarda kadınların oranı erkeklere göre daha fazlaydı. Gruplar arasında evlilik sayısı açısından da farklılık bulunmadı. Üniversite mezunu olma oranı açısından sağlıklı kontrol grubu diğer iki gruba göre, tanı almayan ebeveynler [DEHB (-)] ise tanı alan ebeveynlere göre daha yüksek oranlara sahipti. En az bir kez sınıf tekrarı yapma oranı açısından ise tam tersi bir trend gözlemlendi. DEHB (+) diğer iki gruba göre, DEHB(-) grubu ise sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek sınıfta kalma oranına sahipti. Anlamlı farklılık bulunan diğer tüm değişkenler (disiplin cezası alma oranı, iş değişikliği yapma oranı, fiziksel travma yaşama oranı, adli olay yaşama oranı, trafik cezası alma sayısı, sigara-alkol-madde kullanım oranları) açısından ise DEHB (-) grubu ile sağlıklı kontrol grubu arasında fark bulunmazken DEHB (+) grubu diğer iki gruba göre daha yüksek değerlere sahip bulundu. İş değişikliği yapma sayısı ise DEHB (+) grubunda DEHB (-) grubuna göre anlamlı olarak daha yüksekti. Diğer değişkenler açısından ise gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmadı (Tablo 2).

TARTIŞMA

Bulgularımız, DEHB’li çocukların DEHB tanısı olan ebeveynlerinin, bu bozukluğu olmayanlara göre eğitim alanında zorluk çektiklerini göstermektedir. Eğitim sürelerinin ve üniversite mezunu olma oranlarının düşük olması, ayrıca sınıf tekrarı yapma oranlarının yüksek olması bu zorluklara işaret etmektedir. Sınıfta kalma sayıları ortalamaları arasındaki fark anlamlı olmasa da,

Tablo 2: Grupların sosyodemografik özellikler ve sorunlu yaşam olayları açısından karşılaştırması

	1- DEHB (+)	2- DEHB (-)	3- SK	χ^2/t	Karşılaştırmalar
	(n=107)	(n=142)	(n=146)		
	Ort.± SS/ %(n)				
Yaş	37.77±6.26	37.88±5.67	40.76±7.26	9.423***	1.2<3
Kadın cinsiyet	54.2 (58)	59.2 (84)	60.3 (88)	1.013	
Evlilik sayısı	1.05±0.26	1.02±0.14	1.01±0.11	1.885	
Eğitim yılı	10.27±4.21	10.48±3.74	12.14±4.49	8.224***	1.2<3
Üniversite mezunu	16.8 (18)	33.1 (47)	50.0 (73)	30.231***	1<2<3
Sınıf tekrarı oranı	50.5 (54)	31.0 (44)	13.0 (19)	41.748***	1>2>3
Sınıf tekrarı sayısı	1.34±0.88	1.13±0.34	1.05±0.23	2.001	
Disiplin cezası oranı	15.0 (16)	1.4 (2)	5.5 (8)	18.664***	1>2,3
Disiplin cezası sayısı	1.50±1.09	1.00±0.00	1.25±0.46	0.386	
Fiziksel travma oranı	42.1 (45)	23.9 (34)	18.5 (27)	18.405***	1>2,3
Fiziksel travma sayısı	1.88±1.54	1.58±1.18	1.29±0.66	1.925	
İş değişikliği oranı	45.8 (49)	28.2 (40)	29.5 (43)	10.156**	1>2,3
İş değişikliği sayısı	2.28±1.56	1.65±0.86	1.74±0.92	3.800*	1>2
Adli olay oranı	11.2 (12)	3.5 (5)	3.4 (5)	8.894*	1>2,3
Adli olay sayısı	2.41±2.35	1.40±0.54	1.20±0.44	1.042	
Trafik cezası oranı	34.6 (37)	31.0 (44)	26.7 (39)	1.845	
Trafik cezası sayısı	3.00±2.91	1.93±1.56	1.79±0.86	4.424*	1>2,3
Trafik kazası oranı	30.8 (33)	19.7 (28)	26.0 (38)	4.134	
Trafik kazası sayısı	1.62±0.79	1.21±0.62	1.44±0.72	2.416	
Sigara kullanımı	54.2 (58)	36.6 (52)	37.7 (55)	9.360**	1>2,3
Alkol kullanımı	31.8 (34)	20.4 (29)	20.5 (30)	10.880**	1>2,3
Madde kullanımı öyküsü	8.4 (9)	1.4 (2)	1.4 (2)	12.088**	1>2,3

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001, χ^2 : Ki kare test, t: Student T test

DEHB (+) grubunda diğer gruplara göre daha yüksekti. Bu konuda daha önce yapılmış küçük örneklemlerle bir çalışmada, bizim bulgularımızla uyumlu şekilde, DEHB'li çocuğu olan ve kendileri de DEHB tanılı ebeveynlerin eğitim seviyelerinin de daha düşük olduğu bildirilmiştir (9). Buna karşın, ülkemizde yapılan daha büyük örneklemlerle bir çalışmada, DEHB'li çocukların ebeveynleri ile enürezisnokturna tanılı çocukların ebeveynlerinden oluşan kontrol grubu arasında eğitim düzeyleri açısından fark bulunmamıştır (10). DEHB'li olmanın, özellikle dikkat alanındaki sorunlarla ilişkili olarak eğitim hayatı ve akademik ilerleme için zorluk yarattığı oldukça kapsamlı ve uzunlamasına tasarımı önceki bazı çalışmalarda da gösterilmiştir (15-18). Ülkemizde üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışma, DEHB'si olan grupta DEHB'si olmayan gruba göre okulda sene kaybının daha yüksek olduğunu, özellikle dikkat eksikliği alt tipinde olanların potansiyellerini gerçekleştirmede daha fazla sorun yaşadıklarını göstermiştir (33). Ayrıca, DEHB grubunun özellikle dikkat

eksikliği alt tipinde, DEHB'li olmayan gruba göre başarı algısının daha düşük olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda ayrıca, DEHB'li çocukların bu tanı ölçütlerini karşılamayan ebeveynlerinin de eğitim alanında, sağlıklı kontrol grubuna göre daha olumsuz bir profile (üniversite mezunu olmada daha düşük oran, daha fazla sınıf tekrarı oranı vb.) sahip oldukları bulunmuştur. Bu bulgunun olası bir sebebi, sağlıklı kontrol grubunun daha yüksek eğitim seviyesine (eğitim yılı) sahip kişilerden oluşması, dolayısıyla bu durumun eğitim konusundaki karşılaştırmada bir yanlılığa yol açması olabilir. Diğer bir olasılıksa, belki de, çalışmamızda tanısı olmayan bu ebeveynlerin, aslında çocukluk ve üniversite çağı dönemlerinde bazı DEHB belirtilerinin mevcut olması, ancak, bunların eşik altı düzeyde olmaları nedeniyle ebeveynler tarafından hatırlanamamış olmasıdır. Bundan dolayı çalışmamızda, bu ebeveynlere geriye dönük olarak çocukluk çağı DEHB tanısı dahi konulmamıştır. Buna karşın, tanı ölçütlerini karşılamasalar da, eğitim konusunda işlevsellikleri etkilenmiştir.

Çalışmamızda sorgulanan diğer sorunlu yaşam olayları daha çok erişkin dönem ile ilgili olduğundan, hatırlama güçlükleri bunların değerlendirilmesinde daha az zorluk yaratmıştır.

Çalışmamızda DEHB tanısı alan ebeveynlerin, tüm yaşamları boyunca (okul ya da iş yaşamlarında) en az bir kez disiplin cezası alma ve fiziksel travma yaşama oranları almayanlara ve SK grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgumuz da önceki bazı çalışmalarca desteklenmektedir (30). DEHB'li bireylerin kurallara uyma zorlukları, hem çocukluk dönemlerinde okul yaşamlarında hem erişkin dönemde iş yaşamlarında zorluklara yol açarak disiplin cezası almalarına, okuldan ya da işten atılmalarına yol açabilir. Ayrıca, benzer şekilde hareketlilik ve dürtüsellik kaynaklı sorunları fiziksel kaza, travma yaşamalarına; dikkatsizlik sorunları iş kazalarına neden olabilir. Disiplin cezası alma ve fiziksel travma yaşama yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamış olsa da, DEHB (+) grubunda, diğer gruplara göre daha fazladır.

İş değişikliği yapma açısından bakıldığında, hem en azından bir kez iş değiştirme oranının hem de iş değiştirme sayısının DEHB (+) grubunda en yüksek olduğu görülmektedir. Bu bulgumuz, önceki bir çok çalışma tarafından desteklenmektedir (15,16,21,22). DEHB'li bireyler muhtemelen dürtüsellikleri gereği, normalde tahammül edebilecekleri sorunlarla karşılaştıklarında bile, düşünmeden hareket ederek işten ayrılmakta ya da durağan (örn. masabaşı işler gibi) bir işte çalışmaktarsa, hiperaktiviteleri nedeniyle sıkılıp kendileri için daha uygun iş arayışına girmektedirler. Bu nedenle, iş değiştirme oranları yüksek ve iş değiştirme sayıları DEHB tanısı olmayan bireylere göre daha yüksek olmaktadır.

Adli olay, trafik kazası ve trafik cezası yaşama oranları ve sayıları açısından bakıldığında, tüm değişkenler açısından DEHB (+) grubu diğer gruplara göre daha yüksek değerlere sahip olmasına rağmen, anlamlı bulunan farklılıklar sadece adli olay yaşama oranları ve trafik cezası alma sayıları arasındaydı. Bu sorumlu yaşam olaylarından gruplar arasında en düşük farklılık göstere-nin trafik cezası alma olduğu görülmektedir. Günümüzde bu sorunu yaşam boyu en az bir kez yaşama durumunun ne kadar genel bir durum olduğu düşünülürse, bu şaşırtıcı olmayan bir sonuçtur. Bu değişken açısından

daha belirleyici olan, bu sorunun yaşanma sayısıdır. Nitekim çalışmamızda DEHB (+) grubundaki bireylerin diğer gruplara göre anlamlı derecede daha fazla trafik cezası almış oldukları görülmüştür. Gene DEHB (+) bireylerin çeşitli sebeplerle en az bir kez adli olay yaşama oranlarının diğer gruplara göre daha fazla olması, bu bireylerin dürtüsel davranışları ve DEHB'nin alkol-madde kötüye kullanımı ve özellikle sınır kişilik ve antisosyal kişilik bozuklukları ile yüksek komorbiditesi düşünüldüğünde, şaşırtıcı değildir. Bu bulgumuz, uluslararası literatürdeki çalışma sonuçlarını desteklemektedir (21,23,24). Öte yandan ülkemizde yapılan bir çalışmada, DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinin, kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazla adli olay öyküsüne sahip oldukları gösterilmişken, bulgularımıza karşıt şekilde, kendileri DEHB tanısını karşılayan ve karşılamayan ebeveynler arasında bu açıdan bir farklılık bulunmamıştır (10). Buna karşın, bu çalışmada gruplar arasındaki sayısal farkın oldukça fazla olması [DEHB (-)=220, DEHB (+)=16] sonuçlar üzerinde etkili olmuş olabilir.

Son olarak, çalışmamızda DEHB (+) grubunda, diğer iki gruba göre halen sigara ve alkol kullanımı ve geçmiş madde kullanım öyküsü daha yüksek oranda bulunmuştur. DEHB'li bireylerin keyif verici maddeleri daha yüksek oranda, hatta tanı alacak derecede tükettikleri bilinmektedir (20,25-27). Dürtüsellik, riskli davranışa yatkınlık, yenilik arayışı ya da dikkat sorununu azaltma gibi gerekçeler bu durumda etkili olabilir.

Çalışmamızın kısıtlılıklarından biri, katılımcıların çocukluk dönemlerindeki DEHB belirtilerine ait bilgilerin geriye dönük olarak alınmış olmasıdır. Her ne kadar çocukluk çağını yordayabilirliği yüksek bir psikometrik araç (WUDÖ-25) kullanılmış ve mümkün olan durumlarda ebeveynlerin yakın akrabalarından bilgi alınmış olsa da, hatırlama zorlukları ve yanlılık gibi sebepler, katılımcıların çocukluk çağının güvenilir olarak değerlendirilmesini olumsuz etkilemiş olabilir. Diğer bir kısıtlılık, çalışmamızda karıştırıcı faktörleri azaltmak amacıyla aktif (majör depresyon, anksiyete bozukluğu, somatoform bozukluk vb. için) ya da önceki (bipolar bozukluk ve psikotik bozukluklar için) psikiyatrik bir hastalığı olan ebeveynlerin çalışma dışı bırakılmış olmasıdır. Bu, her ne kadar olumsuz yaşam olaylarında DEHB'nin etkisini "saf" olarak inceleme imkanı sağlamış olsa da, DEHB'nin

diğer psikiyatrik bozukluklarla yüksek komorbiditeye sahip bir klinik tablo olmasından dolayı, sonuçlarımızın doğal klinik ortamdaki DEHB tanılı vakaları temsil edebilirliğini düşürmüş olabilir.

Sonuç olarak çalışmamızın bulgularına göre,

DEHB'li çocukların DEHB'li ebeveynleri yaşamlarının birçok alanında sorunlar yaşamaktadır. Bu sonuçlar bize, DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinin bu bozukluk yönünden değerlendirilmesinin gerekli olduğunu düşündürmektedir.

KAYNAKLAR

- Hetcmann L, McGough JJ. Dikkat Eksikliği Bozuklukları. In: Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Öner Ö, Aysev A, In: Aydın H, Bozkurt A (çev ed.), 8. baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi, 2007, 3183-3205.
- Kuntsi J, Rijdsdijk F, Ronald A, Asherson P, Plomin R. Genetic influences on the stability of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms from early to middle childhood. *Biol Psychiatry* 2005; 57:647-654.
- Sprich S, Biederman J, Crawford MH, Mundy E, Faraone AV. Adoptive and biological of children and adolescent with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39:1432-1437.
- Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 2005; 57:1313-1323.
- Biederman J, Faraone SV, Keenan K, Knee D, Tsuang MT. Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM-III attention deficit disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29:526-533.
- Faraone SV, Doyle AE. The nature and heritability of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 2001; 10:299-316.
- Adler AL. Clinical presentations of adult patients with ADHD. *J Clin Psychiatry* 2004; 65 (Suppl.3):8-11.
- Biederman J. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A selective overview. *Biol Psychiatry* 2005; 57:1215-1220.
- Mahomedy Z, Van der Westhuizen D, Van der Linde MJ, Coetsee J. Persistence of attention deficit/hyperactivity disorder into adulthood: a study conducted on parents of children diagnosed with attention deficit/hyperactivity disorder. *South African Psychiatry Review* 2007;10:93-98.
- Güçlü O, Erkıran M. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı konmuş çocukların ebeveynlerinde psikiyatrik yükünlük. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2004; 7:32-41.
- Aydın H, Diler RS, Yurdağül E, Uğuz Ş, Şeydaoğlu G. DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde DEHB oranı. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2006; 9:70-74.
- Camcıoğlu T, Yıldız Ö, Ağaoglu B. DEHB tanısı konmuş çocukların anne babalarında DEHB sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2011; 12:212-220.
- Şimşek Ş, Gökçen C, Fettahoğlu Ç. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan çocukların ebeveynlerinde DEHB ve diğer psikiyatrik belirtiler. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2012; 25:230-237.
- Saraçoğlu GV, Doğan S. Dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu tedavi edilmezse ne olur? *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Sayısı* 2012; 5:94-98.
- Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45:192-202.
- Barkley RA. Major life activity and health outcomes associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry* 2002; 63 (Suppl.12):10-15.
- Wolf LE. College Students with ADHD and other hidden disabilities. *Ann N Y Acad Sci* 2001; 931:385-395.
- Murphy KR, Barkley RA, Bush T. Young adults with attention deficit hyperactivity disorder: subtype differences in comorbidity, educational, and clinical history. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190:147-157.
- Murphy K, Barkley RA. Attention deficit hyperactivity disorder in adults: comorbidities and adaptive impairments. *Compr Psychiatry* 1996; 37:393-401.
- Biederman J, Faraone SV, Spencer T, Wilens T, Norman D, Lapey KA, Mick E, Lehman BK, Doyle A.. Patterns of psychiatric comorbidity, cognition and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150:1792-1798.
- Biederman J, Faraone SV, Spencer TJ, Mick E, Monuteaux MC, Aleardi M. Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD: a controlled study of 1001 adults in the community. *J Clin Psychiatry* 2006; 67:524-540.

22. Mannuzza S, Klein RG. Long-term prognosis in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2000; 9:711-726.
23. Ginsberg Y, Hirvikoski T, Lindefors N. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among longer-term prison inmates is a prevalent, persistent and disabling disorder. *BMC Psychiatry* 2010; 10:112.
24. Barkley K, Murphy K, Kwasnik D. Motor vehicle driving competencies and risks in teens and young adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatrics* 1996; 98:1089-1095.
25. Wilens TE, Biederman J, Mick E, Faraone SV, Spencer T. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is associated with early onset substance use disorders. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185:475-482.
26. Biederman J, Wilens T, Mick E, Milberger S, Spencer T, Faraone S. Psychoactive substance use disorder in adults with attention deficit hyperactivity disorder: effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *Am J Psychiatry* 1995; 152:1652-1658.
27. Bukstein OG. Attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorders. *Curr Top Behav Neurosci* 2012; 9:145-172.
28. Öncü B, Günay S, Şentürk V. Validity and reliability of the Turkish version of the Wender Utah Rating Scale for attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *Turk Psikiyatri Derg* 2005; 16:252-259.
29. Doğan S, Öncü B, Saraçoğlu GV, Küçüköncü S. Adult attention deficit hyperactivity disorder self-report scale (ASRS-v1.1): the validity and reliability of Turkish version. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2009; 10:77-87.
30. Barkley RA, Murphy KR, Fischer M. Identifying New sMptoms for ADHD in Adulthood. In: *ADHD in Adults: What the Science Tells Us*. New York: Guild Press, 2008.
31. Ward MF, Wender PH, Reimherr FW. The Wender Utah rating scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150:885-890.
32. Kessler RC, Adler L, Ames M, Delmer O, Faraone S, Hiripi E, Walters EE. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med* 2005; 35:245-256.
33. Doğan S, Öncü B, Varol Saraçoğlu G, Küçüköncü S. Üniversite öğrencilerinde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirti sıklığı ve belirti düzeyi ile ilişkili gelişimsel, akademik ve psikolojik etmenler. *Türkiye'de Psikiyatri* 2008; 10:109-115.