



## ARAŞTIRMA / RESEARCH

# Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan çocukların ebeveynlerinde mükemmeliyetçilik ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu

Perfectionism and attention deficit hyperactivity disorder among parents of children with attention deficit hyperactivity disorder

Neslim Güvenderer Doksat<sup>1</sup>, Hande Balkanlı Zengin<sup>2</sup>, Mehmet Kerem Doksat<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Beykent Üniversitesi Psikoloji Bölümü, İstanbul, Turkey

<sup>2</sup>Bursa Şahinkaya Koleji, Bursa, Turkey

*Cukurova Medical Journal 2018;43(3):581-588*

### Abstract

**Purpose:** The aim of this study was to compare the parents of children between 7-18 years of age with/without Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD), in terms of perfectionism and ADHD diagnosis in Bursa sample.

**Materials and Methods:** Sample was composed of 135 parents residing in Bursa province, who had children between 7-18 years of old with ADHD diagnosis and 135 parents whose children did not have ADHD. The participants were evaluated with Personal Information Form, Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder Self-Report Scale (ASRS) and Multidimensional Perfectionism Scale.

**Results:** Total average scores of ADHD were higher in the parents of children with ADHD in comparison with the other group. There was a statistically significant relation in the demographical and clinical distribution of families between the parents of ADHD and nondiagnosed children. There was a significant relationship between ADHD and perfectionism concepts. Total perfectionism average scores were significantly higher in parents of ADHD children.

**Conclusion;** Both the total average scores of ADHD and total perfectionism average scores were significantly higher in the parents of ADHD children in comparison with the parents of the undiagnosed group.

**Key words:** Hyperactivity, parental comparison, perfectionism

### Öz

**Amaç:** Bu araştırma ile; Bursa ili örnekleminde, 7-18 yaş arasında Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı almış ve almamış çocukların ebeveynlerinin mükemmeliyetçilik ve DEHB tanısı açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırmanın örneklemini; Bursa ilinde ikamet eden 7-18 yaş arasında çocuğu olup, çocuklarında DEHB tanısı olan 135 ebeveyn ile çocuklarında DEHB tanısı olmayan 135 ebeveyn oluşturmaktadır. Veri kaynakları: Katılımcılar; Kişisel Bilgi Formu, Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS ve Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerinin DEHB toplam puan ortalamaları, tanı almayan çocukların ebeveynlerinin ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir. DEHB tanısı almış ve almamış çocukların ve ailelerinin demografik ve klinik özelliklerine göre dağılımlarında anlamlı ilişki bulunmuştur. DEHB tanısı almış çocukların ebeveynlerinin mükemmeliyetçilik toplam puan ortalamalarının, tanı almayan çocukların ebeveynlerinin ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek olduğu tespit edilmiştir.

**Sonuç:** DEHB tanısı almış olan çocukların ebeveynlerinde, DEHB toplam puan ortalamaları ve mükemmeliyetçilik toplam puan ortalamaları anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur.

**Anahtar kelimeler:** Hiperaktivite, ebeveyn, karşılaştırma, mükemmeliyetçilik

## GİRİŞ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), beynin yönetimsel işlevlerindeki gelişimsel bir bozukluk olup, odaklanmada bozulma, fevri ve dürtüsellikte artış ve motor hareketlilikte artışla karakterizedir. Sıklıkla 6-12 yaşlarında tanı konur. Belirtileri yetişkinlik dönemine kadar uzanabilir. Belirtilerin erişkin dönemde de devam etmesi nedeniyle ileri yaş dönemindeki kişilerin bu hastalığa dair belirtilerinin tedavi edilmesi giderek yaygınlaşmaktadır<sup>1</sup>.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun (DEHB) etiyojisine bakacak olursak; DEHB'de hem genetik hem de çevresel faktörlere bağlı olarak gelişimsel özelliklerin varlığı söz konusudur. Bozukluğa sebep olabilecek belirli bir neden ileri sürülemez. Nörokimyasal açıdan ele alınacak olursa hem dopaminin hem de noradrenalinin hem etiolojide rol oynadığı, hem de bu nörokimyasalları hedef alacak bir tedavi şeklinin planlanması gerektiği bildirilmiştir<sup>1</sup>. Hastalığın etiyojisinin kalıtsal olduğuna dair verilerin yüksek olmasına rağmen, yapılan genetik çalışmalar sorumlu tutulabilecek özgün genlerin mevcudiyetini yaygın olarak ortaya koyamamıştır<sup>2</sup>.

Epidemiyolojik açıdan bakacak olursak; okul çağı çocuklarının %3-5'de DEHB görülür. Son senelerde hastalığa dair hayat boyu süren belirtilerin varlığı dikkat çekmektedir. Belirtiler, akademik hayat boyunca devam edip, % 50-80 oranında erişkinlik döneminde de sürmektedir. Erişkin dönemde çekirdek belirtilerin yetişkin şekilleri ortaya çıkar<sup>1</sup>. DEHB'li bireylerin yaklaşık 1/3'ünde yetişkin hayattaki işlevsellik göreceli olarak korunur<sup>3</sup>. Çocukluk döneminde DEHB tanısı alan çocukların %40-80'inin ergenlik ve genç erişkinlik döneminde de belirtileri devam ederken, %60'da bu belirtiler erişkin hayatta da sürer<sup>4</sup>. Yüksek işlevselli bireylerde akademik işlevsellik çok hafif etkilenebileceğinden, tanı koyma yaşı geç ergenlik veya erişkinliğe dek uzayabilir<sup>1</sup>. Böyle vak'alarda bu süre içinde, geç çocukluk dönemi ve erken ergenlik döneminde akademik işlev bozukluğu ortaya çıkar<sup>5</sup>.

Mükemmeliyetçilik kavramına baktığımız zaman, "mükemmeliyetçilik" kişinin kusursuzluk için mücadele etmesi, aşırı yüksek performans standartları oluşturması, kendi davranışlarını değerlendirirken aşırı eleştirel olmasıdır<sup>6</sup>. Mükemmeliyetçilikle ilgili farklı çalışmalar vardır. Bu

çalışmaları iki başlık altında toplamak mümkündür. Bu çalışmaların bir kısmı mükemmeliyetçiliği tek boyutlu olarak ele alan çalışmalardır, diğer kısmı ise çok boyutlu olarak değerlendiren çalışmalardır. Çok boyutlu olduğunu savunan çalışmalar, mükemmeliyetçiliğin üç boyutu olduğunu savunurlar. Bunlar; sosyal odaklı mükemmeliyetçilik, başkalarına yönelik mükemmeliyetçilik ve kendi odaklı mükemmeliyetçiliktir. Sosyal odaklı mükemmeliyetçi kişiler, başkaları tarafından belirlenmiş olan amaçlara uğraşmaya çalışırlar. Başarısızlık durumunda suçu kendilerinde ararlar. Kendine yönelik mükemmeliyetçi kişiler hedeflerine ulaşamadıklarında, başarısızlık ve olumsuzluk durumlarında suçu kendilerinde ararlar, başarısızlıktan dolayı kendilerini suçlarlar. Başkalarına yönelik mükemmeliyetçi kişiler, başkaları için belirledikleri amaçlara o kişilerin ulaşmasını beklerler. Başarısızlığın nedenini başkalarında ararlar<sup>6</sup>.

Mükemmeliyetçilik doğasında iki farklı boyut barınır. Bunlar olumlu ve olumsuz mükemmeliyetçiliktir. Olumlu mükemmeliyetçilikte kişiler gerçekçi hedefler belirler. Bu hedeflere ulaşmak için çalışırlar, herhangi bir başarısızlık durumunda hedeflerini değiştirirler. Olumsuz mükemmeliyetçilikte ise kişiler gerçekçi olmayan hedefler belirlerler. Başarısızlık durumunda; yetersizlik, kaygı ve depresyon gibi olumsuz süreçler yaşarlar<sup>6</sup>.

Son yıllarda DEHB'nin etiyojisi hakkında moleküler ve davranışsal alanda birçok önemli çalışma yapılmıştır. Bu çalışmaların bir kısmı genetik faktörün öneminden bahsederken, bir kısmı da çevresel faktörlerin önemine dikkat çekmektedir. Bazı olgularda genlerin etkisi söz konusu iken; bazı olgularda çevresel faktörler etkin olup, genlerin etkisi ya hiç yoktur ya da çok azdır. Yapılan çalışmaların ışığında DEHB'nin etiyojik açıdan genetik ve çevresel birçok faktörü içinde barındıran bir bozukluk olduğu söylenebilir<sup>7</sup>. Her geçen gün insanlar değişen koşullara uyum sağlamak için mükemmel olana ulaşma eğilimi göstermektedir. Mükemmel olana ulaşma isteği, insanın doğaya karşı verdiği bir mücadeledir. İnsanların mükemmel olma arzusunun hem olumlu hem olumsuz sonuçları vardır<sup>8</sup>. DEHB tanısı almış çocukların ailelerinin mükemmel olma isteğinin daha yüksek olacağı düşünülmektedir. Bu bağlamda bu araştırmanın önemi, DEHB tanısı almış çocukların ebeveynleri ile ilgili yapılan çalışmalara farklı bir bakış açısı kazandırmaktır.

Bu çalışmanın amacı, 7-18 yaş arasında olup dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı olan ve olmayan çocukların ebeveynlerinin, mükemmeliyetçilik kavramı ve DEHB tanısı sıklığı açısından karşılaştırılmasıdır. Araştırmamızın hipotez sorusu DEHB tanısı almış çocukların ebeveynleri ile DEHB tanısı almamış çocukların ebeveynlerinin; mükemmeliyetçilik ölçeği puanları ve DEHB görülme sıklığı arasındaki farkların tespit edilmesidir. Araştırmamızın alt problemleri ise; DEHB tanısı almış çocukların ebeveynleri ile DEHB tanısı almamış çocukların ebeveynlerinin DEHB tanısı sıklığı arasında fark var mıdır? DEHB tanısı olan ve olmayan çocukların ebeveynlerinin mükemmeliyetçilik ölçeği puanları arasında anlamlı fark var mıdır? Cinsiyet ile DEHB tanısı almış olmak arasında bir ilişki var mıdır?

## GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma, Beykent Üniversitesi Rektörlüğünün, 10.03.2017 tarihli etik kurulu onayı doğrultusunda yürütülmüştür. Çalışmanın evrenini Bursa ilinde yaşayan DEHB tanısı almış ve almamış 7-18 yaş arasındaki çocukların ebeveynleri oluşturmaktadır. Örneklem ise; Bursa ilinde yaşayan, çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden, rastgele örneklem yoluyla seçilmiş, 7-18 yaş arasında olup DEHB tanısı almış ve almamış çocukların ebeveynlerinden oluşmaktadır.

Bu araştırma, vaka ve kontrol bireylerinden oluşan kesitsel tipte bir anket ve ölçek araştırmasıdır. Vaka ve kontrol grupları, cinsiyet, yaş ve eğitim değişkenleri açısından eşleştirilerek oluşturulmuştur. Her iki grupta yer alan ebeveynlerin çocukları 7-18 yaş aralığındadır. Vaka grubundaki 135 ebeveynin çocukları DEHB tanısı almış, kontrol grubundaki 270 ebeveynin ise çocukları DEHB tanısı almamıştır.

Araştırmaya dahil etme ölçütü olarak, Bursa ilinde yaşayan DEHB tanısı almış ve almamış, 7-18 yaş arasında çocuğu olma şartını karşılayan ebeveynlerde gönüllülük esasları aranmıştır. Araştırmadan dışlama ölçütleri olarak ise; okuma yazma bilmeme, Çocuğun DEHB dışında psikiyatrik tanısının olması, çocuğun 7-18 yaş aralığı dışında olması ve çalışmaya katılmayı reddetmiş olması kabul edilmiştir.

## Veri toplama araçları

Veriler, katılımcılara araştırma hakkında yüz yüze bilgi verildikten sonra çalışmaya gönüllü katılmak

isteyen kişilerden toplanmıştır. Bireyin kişisel bilgilerini toplamak için; Kişisel Bilgi Formu, Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği ve Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği kullanılmıştır.

## Kişisel bilgi formu

Bu form araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Hazırlanan kişisel bilgi formuyla; çalışmaya katılan bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, psikiyatrik tanısı geçmişi, birinci derece akrabalarında psikiyatrik tanısı geçmişi, çocuk sayısı, doğum şekli, çocuğun yaşı, devam ettiği sınıf, psikiyatrik tanısı geçmişi ile ilgili bilgilerin elde edilmesi amaçlanmıştır.

## Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geliştirilmiş, erişkinlerde DEHB'nin tanınması için kullanılan bir ölçektir. Ölçek, A bölümü-dikkat eksikliği ve B bölümü-hiperaktivite\dürtüsellik olmak üzere iki alt bölüme ayrılır. A bölümünde 6, B bölümünde 12 soru bulunmaktadır. Her bir ölçekte 0 ve 4 arası puanlama yapılır. Ölçek beşli Likert tipi derecelendirme ölçeği olup, derecelendirme; asla yanıtı için 0, nadiren cevabı için 1, bazen cevabı için 2, sık cevabı için 3, çok sık cevabı için 4 olarak puanlanmaktadır. Doğan ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik analizinde iç tutarlılığı 0.88 olarak bulunmuştur. Alt ölçekler için bulunan Cronbach Alfa değerleri; dikkat eksikliği alt ölçeği için 0.82, dürtüsellik alt ölçeği için 0.78'dir. Test-tekrar test tutarlılığı toplam puanlar için 0.85, alt ölçekler için 0.73 ve 0.89 olarak bulunmuştur<sup>9</sup>. Ölçekten 24 puan ve üzeri alanların "yüksek olasılıkla DEHB", 17-23 puan alanların "olası DEHB", 0-16 puan arası alanların DEHB olmadıkları kabul edilmektedir<sup>10</sup>.

## Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği (ÇBMÖ)

Hewitt ve Flett tarafından kişilerin mükemmeliyetçilik ile ilgilim tutumlarını değerlendirmek için geliştirilmiştir. Ölçek 45 soru ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları; sosyal odaklı mükemmeliyetçilik, kendi odaklı mükemmeliyetçilik, başkaları odaklı mükemmeliyetçiliktir. Kendi odaklı mükemmeliyetçilik alt ölçeği maddeleri; 1, 6, 8, 12, 14, 15, 17, 20, 23, 28, 33, 34, 36, 40, 42, başkaları odaklı mükemmeliyetçilik alt ölçeği maddeleri; 2, 3,

4, 7, 10, 16, 19, 22, 24, 26, 27, 29, 38, 43, 45 ve sosyal odaklı mükemmeliyetçilik alt ölçeği maddeleri; 5, 9, 11, 13, 18, 21, 25, 30, 31, 33, 35, 37, 39, 41, 44'tür. Ölçek yedili Likert tipinde sorulardan oluşmaktadır. İçerikteki her soru için 1 - 7 aralığında puanlama yapılır<sup>6</sup>. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Oral tarafından yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik çalışmasında iç tutarlılığı tamamı için 0.91 olarak bulunmuştur. Alt ölçekler için bulunan Cronbach Alfa değerleri; sosyal mükemmeliyetçilik için 0.80, kendi yönelik mükemmeliyetçilik için 0.91, başkalarına yönelik mükemmeliyetçilik için 0.73'tür<sup>11</sup>.

### İstatistiksel analiz

Elde edilen verilere ait tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma (SD), sayı ve yüzde frekanslar olarak hesaplandı ve tablolar halinde verildi. Sayısal tipteki özelliklerin normal dağılıma uyumunu değerlendirmede Shapiro-Wilks testi kullanıldı ve ölçek puanlarının normal dağılım gösterdiği belirlendi. Çocukta DEHB sıklığı ile ebeveynin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu ve gelir durumu arasındaki ilişkiler ve ailelerin demografik ve

klirik özellikleri ile çocuğun DEHB sıklığı arasındaki ilişkiler Pearson Ki-kare analizi ile değerlendirildi. Ayrıca çocuğu DEHB tanısı alan ve almayan ebeveynlerin Mükemmeliyetçilik, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite puanları independent samples t-test ile karşılaştırıldı. İstatistik anlamlılık düzeyi olarak  $P < 0.05$  alındı. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS (ver. 21) programı kullanıldı.

### BULGULAR

DEHB tanısı almış ve almamış çocukların ebeveynlerinin demografik özelliklerine göre dağılımı aşağıda özetlenmiştir. Tablo 1'de; DEHB tanısı alan ve almayan çocukların ebeveynlerin yaşlarına göre dağılımları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. 24-33 yaşındaki ebeveynlerde DEHB tanısı almış çocukların oranı (%22,6) DEHB tanısı almamış (%13,1) çocuklara oranla yüksek bulunmuştur. 44-53 yaşındaki ebeveynlerde DEHB tanısı almış çocukların oranı (%6) DEHB tanısı almamış çocuklara oranla (%22,6) düşük bulunmuştur. Çalışma grubumuzda ebeveynin artan yaşıyla paralel olarak, DEHB tanı sıklığı düşmüştür.

**Tablo 1. DEHB tanısı almış ve almamış çocukların ebeveynlerinin demografik özellikleri**

Değişken	Kategori	Çocukta DEHB Var		Çocukta DEHB Yok		Toplam		$\chi^2$	sd	P
		N	%	n	%	n	%			
Yaş	24-33 Yaş	30 <sub>a</sub>	22.6	18 <sub>b</sub>	13.1	48	17.8	16.77	2	<0.001
	34-43 Yaş	95 <sub>a</sub>	71.4	88 <sub>a</sub>	64.2	183	67.8			
	44-53 Yaş	8 <sub>a</sub>	6.0	31 <sub>b</sub>	22.6	39	14.4			
Cinsiyet	Kadın	67 <sub>a</sub>	50.4	67 <sub>a</sub>	48.9	134	49.6	0.058	1	0.809
	Erkek	66 <sub>a</sub>	49.6	70 <sub>a</sub>	51.1	136	50.4			
Medeni Durum	Evlü	123 <sub>a</sub>	92.5	98 <sub>b</sub>	71.5	221	81.9	19.94	1	<0.001
	Boşanmış	10 <sub>a</sub>	7.5	39 <sub>b</sub>	28.5	49	18.1			
Gelir Durumu	Düşük	21 <sub>a</sub>	15.8	0 <sub>b</sub>	0.0	21	7.8	26.53	2	<0.001
	Orta	93 <sub>a</sub>	69.9	101 <sub>a</sub>	73.7	194	71.9			
	Yüksek	19 <sub>a</sub>	14.3	36 <sub>b</sub>	26.3	55	20.4			

Harfler (a,b) DEHB'ye göre oranlar arasındaki farkın  $p < 0,05$  düzeyinde anlamlı olup olmadığını göstermektedir. Biri a diğeri b ise fark 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

DEHB tanısı alan ve almayan çocukların ebeveynlerinin medeni durumlarına göre dağılımları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Evli ebeveynlerde DEHB tanısı almış çocukların oranı (%92,5) DEHB tanısı almamış çocuklara oranla (%71,5) yüksek bulunmuştur. Boşanmış ebeveynlerde DEHB tanısı almış çocukların oranı (%7,5) DEHB tanısı almamış çocuklara oranla (%28,5) düşük bulunmuştur. Çalışma grubumuzda evlilik haliyle DEHB tanısı paralellik göstermektedir. DEHB tanısı alan ve almayan çocukların

ebeveynlerinin gelir durumlarına göre dağılımları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Düşük gelir durumundaki ebeveynlerde DEHB tanısı almış çocukların oranı (%15,8) DEHB tanısı almamış çocuklara oranla (%0,0) yüksek bulunmuştur. Yüksek gelir durumundaki ebeveynlerde DEHB tanısı almış çocukların oranı (%14,3) DEHB tanısı almamış çocuklara oranla (%26,3) düşük bulunmuştur. Çalışma grubumuzda, DEHB tanısı ebeveynin düşük gelir durumuyla paralellik göstermektedir. Tablo 2'de belirtilmiş olan bulgulara

göre; ailede psikiyatrik tanı bulunduğunu (%3,8) DEHB tanısı almamış çocuklara oranla bildirenlerde DEHB tanısı olan çocukların oranı (%15,3) anlamlı şekilde düşük bulunmuştur.

**Tablo 2. DEHB tanısı almış ve almamış çocukların ve ailelerinin demografik ve klinik özellikleri**

Değişken	Kategori	Çocukta DEHB Var		Çocukta DEHB Yok		Toplam		$\chi^2$	sd	P
		n	%	n	%	n	%			
Aile psikiyatrik tanı	Evet	5 <sub>a</sub>	3.8	21 <sub>b</sub>	15.3	26	9.6	10.39	1	0.001
Akraba psikiyatrik tanı	Evet	50 <sub>a</sub>	37.6	45 <sub>a</sub>	32.8	95	35.2	0.667	1	0.414
Ebeveyn çocuk sayısı	Tek çocuk	53	39.8	68	49.6	121	44.8	49.53	2	<0.001
	İki çocuk	40 <sub>a</sub>	30.1	69 <sub>b</sub>	50.4	109	40.4			
	Üç çocuk ve üzeri	40 <sub>a</sub>	30.1	0 <sub>b</sub>	0.0	40	14.8			
Çocuk cinsiyet	Kız	36 <sub>a(a)</sub>	27.1	78 <sub>b</sub>	56.9	114	42.2	24.67	1	<0.001
	Erkek	97 <sub>a</sub>	72.9	59 <sub>b</sub>	43.1	156	57.8			
Çocuk okul	İlkokul	65	48.9	56	40.9	121	44.8	7.15	2	0.028
	Ortaokul	60	45.1	59	43.1	119	44.1			
	Lise	8 <sub>a</sub>	6.0	22 <sub>b</sub>	16.1	30	11.1			
Doğum şekli	Normal	54 <sub>a</sub>	40.6	32 <sub>b</sub>	23.4	86	31.9	9.24	1	0.002
	Sezaryen	79 <sub>a</sub>	59.4	105 <sub>b</sub>	76.6	184	68.1			

Harfler (a,b) DEHB'ye göre oranlar arasındaki farkın  $p < 0,05$  düzeyinde anlamlı olup olmadığını göstermektedir. Birisi **a** diğeri **b** ise fark 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Ebeveynin çocuk sayısına göre DEHB tanısı alan ve almayan çocukların dağılımı arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. İki çocuklu ebeveynlerde DEHB tanısı alan çocukların oranı (%30,1) DEHB tanısı almamış çocuklara oranla (%50,4) daha düşük bulunmuştur. Üç çocuklu ebeveynlerde DEHB tanısı alan çocukların oranı (%30,1) DEHB tanısı almamış çocuklara oranla (%0,0) daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda, çocuk sayısının artması DEHB tanısında artışa işaret etmektedir. DEHB tanısı alan çocuklarda cinsiyete göre dağılıma bakıldığında erkek çocukların oranı (%72,9) kız çocuklara oranla (%27,1) yüksek bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. DEHB tanısı alan çocuklarda devam edilen okula göre dağılıma bakıldığında liseye devam eden DEHB tanısı almış çocukların oranı (%6) DEHB tanısı almamış çocuklara oranla (%16,1) düşük bulunmuştur. Çalışmaya göre, DEHB tanısı alıp liseye devam eden çocukların oranı tanı almamışlara göre daha düşüktür.

DEHB tanısı alan çocuklarda doğum şekline bakıldığında, doğum şekli sezaryen olanların DEHB tanısı almama oranları daha yüksekken, normal doğumla doğanlarda DEHB tanısı alma oranı daha

yüksektir. Tablo 3'te DEHB tanısı almış ve almamış çocukların ebeveynlerinin mükemmeliyetçilik ortalamaları, standart sapmaları ve Bağımsız Örneklem t Testi bulguları verilmiştir. DEHB tanısı almış ve almamış çocukların ebeveynlerinin "Sosyal Odaklı" mükemmeliyetçilik ortalama puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. DEHB tanısı almış çocukların ebeveynlerinin "Sosyal Odaklı" mükemmeliyetçilik ortalamaları, tanı almayan çocukların ebeveynlerinin ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir. DEHB tanısı almış ve almamış çocukların ebeveynlerinin toplam mükemmeliyetçilik ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. DEHB tanısı almış çocukların ebeveynlerinin toplam mükemmeliyetçilik ortalamaları tanı almayan çocukların ebeveynlerinin ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir. Diğer ortalamalar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 4'de, DEHB tanısı alan ve almayan çocukların ebeveynlerinin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite/dürtüsellik düzeylerine ilişkin ortalamalar, standart sapmalar ve Bağımsız Örneklem t Testi bulguları verilmiştir. DEHB tanısı alan ve almayan çocukların ebeveynlerinin dikkat eksikliği ortalama puanları arasında anlamlı fark

bulunmuştur. DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerinin dikkat eksikliği ortalamaları tanı almayan çocukların ebeveynlerinin ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir. DEHB tanısı alan ve almayan çocukların ebeveynlerinin DEHB toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur.

DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerinin DEHB toplam puan ortalamaları tanı almayan çocukların ebeveynlerinin ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir. DEHB tanısı alan ve almayan çocukların ebeveynlerinin Hiperaktivite/Dürtüsellik ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

**Tablo 3. DEHB tanısı almış ve almamış çocukların ebeveynlerinin mükemmeliyetçilik puanları**

	Çocukta DEHB Var (n=132)		Çocukta DEHB Yok (n=137)		t	p
	Ort	SD	Ort	SD		
Başkaları Odaklı	60.85	15.79	59.40	14.01	0.796	0.427
Kendi Odaklı	67.13	22.72	64.47	16.26	1.108	0.269
Sosyal Odaklı	64.48	8.14	53.76	11.02		
Mükemmeliyetçilik TP	192.45	45.22	177.78	36.27	2.935	0.004

**Tablo 4. DEHB tanısı alan ve almayan çocukların ebeveynlerinin dikkat eksikliği ve hiperaktivite puanları**

	Çocukta DEHB Var (n=132)		Çocukta DEHB Yok (n=137)		t	p
	Ort	SD	Ort	SD		
Dikkat Eksikliği	18.31	4.213	13.80	5.048	7.950	<0.001
Hiperaktivite/ Dürtüsellik	17.01	3.779	16.38	3.800	1.361	0.175
DEHB	35.32	7.589	30.18	5.923	6.206	<0.001

## TARTIŞMA

Bu çalışmada, DEHB tanısı olan çocuklarla olmayan çocukların ebeveynleri; mükemmeliyetçilik kavramı ve DEHB sıklığı açısından karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sosyodemografik verileri incelendiğinde araştırma, çocuklarında DEHB tanısı olan ebeveynlerden oluşan deney grubu (N=135) ve çocuklarında DEHB tanısı olmayan ebeveynlerden oluşan kontrol grubundan (N=135) oluşmaktadır.

Yapılan çalışmada elde edilen bulgulara göre, erkek çocuklarda DEHB görülme sıklığı kız çocuklara oranla daha yüksektir. Cinsiyet değişkeni ile DEHB arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmalara bakıldığında; erkeklerde kızlara oranla daha sık DEHB görüldüğü tespit edilmiştir. DEHB'nin prevalansı %3-5 olup, erkeklerde kızlara oranla daha fazla görülmektedir<sup>12</sup>. Son yıllarda yapıla bir araştırmada, DEHB'nin prevalansı erkeklerde 11.7, kızlarda ise 5.2 olarak saptanmıştır<sup>13</sup>. Buna neden olarak, Aydın'ın 2005 senesinde yaptığı çalışmada da ileri sürdüğü sonuçlarla<sup>14</sup> uyumlu olacak şekilde; DEHB'nin erkeklerde aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtileri gösteren tipi fazlayken, kızların dikkatsizlik belirtileri gösteren tipinin fazla olması, erkek

çocuklarda profesyonel yardım arama arayışının ve tanı alma sıklığının daha fazla olduğu yorumu yapılabilir. Bu yorumu destekleyecek bir çalışma, tanı amaçlı olarak kız çocukların başvurusunun daha az olabileceğine işaret etmektedir<sup>15</sup>.

Yapılan araştırmada, düşük gelir durumundaki ebeveynlerin çocuklarının DEHB tanısı alma oranı, yüksek gelir durumundaki ebeveynlerin çocuklarına oranla daha yüksektir. Yüksek gelir durumundaki ebeveynlerde DEHB tanısı almış çocukların oranı, DEHB tanısı almamış çocuklara oranla daha düşüktür. Bunun nedeni olarak; düşük sosyoekonomik durumda olan kişilerin tedavi için yeterli olanaklarının olmaması gösterilebilir. Ayrıca DEHB büyük oranla kalıtsal bir bozukluktur. DEHB'si olan kişilerin eğitim ve iş hayatında çoğunlukla yaşadıkları başarısızlıklar düşünüldüğünde, ekonomik durumu kötü olan ebeveynlerin çocukları da aynı sosyoekonomik duruma doğarlar, kalıtsal aktarım ve çevresel koşulların da etkisiyle çocuklarında DEHB görülme ihtimali daha yüksektir. DEHB ve gelir seviyesi değişkeni ile ilgili literatür taraması yapıldığında; düşük gelir seviyesinin DEHB sıklığıyla ilişkili olduğuna dair güncel ilişkin yayın mevcuttur.

Ebeveyninde DEHB öyküsü olan DEHB hastalarında sosyoekonomik düzey daha düşük bulunmuştur<sup>16</sup>. Bir diğer araştırmada sosyoekonomik düzeyi yüksek ebeveynlerin çocuklarında daha az DEHB görüldüğü belirtilmiştir<sup>17</sup>. Bu araştırmadan elde edilen bulguların, söz konusu çalışmaların sonuçlarıyla benzerlik gösterdiği görülmüştür. Bu araştırmaya göre, DEHB tanısı alıp liseye devam eden çocukların oranı tanı almamışlara göre daha düşük olup, bu çalışma DEHB tanısı almış bireylerin 16 yaşından evvel okulu bırakma eğiliminin daha yüksek olduğunu ileri süren güncel bir çalışmayla uyumludur<sup>18</sup>.

Bu araştırmada; DEHB tanısı almış çocukların ebeveynlerinin sosyal odaklı mükemmeliyetçilik ortalamaları ve toplam mükemmeliyetçilik ortalamaları, tanı almayan çocukların ebeveynlerinden daha yüksektir. Literatürde DEHB ve mükemmeliyetçilikle ilgili yeterli bilgiye rastlanılmamıştır. Ancak, ebeveyn tutumunun stresli olması durumunda, çocuklarda dışa vuran davranışsal sorunların arttığını ileri süren bir çalışmanın sonucuyla<sup>19</sup> uyumlu olacak şekilde, ebeveynin mükemmeliyetçi tutumunun artmasının kendi stresini ve çocuklardaki davranışsal sorunları baskılamaya faydası olabileceği yorumu yapılabilir.

Yapılan araştırmada; DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerinin DEHB toplam puan ortalamaları, tanı almayan çocukların ebeveynlerinin ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir. DEHB tanısı olan ve olmayan çocukların ebeveynlerinin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite düzeyleri incelendiğinde literatürde konuyla ilgili yapılmış pek çok araştırma bulunmaktadır. Bu konuda yürütülen çalışmaların çoğu DEHB tanısı almış çocukların ebeveynlerinin de DEHB tanısı alma ihtimalinin arttığını göstermiştir<sup>7</sup>. DEHB %60-94 oranında genetik geçişlidir<sup>20</sup>. Anne ya da babasında DEHB olan çocuklarda DEHB yaşıtalarına oranla daha sık görülmektedir<sup>14</sup>. DEHB, genetik olarak aktarılan özelliklerle biyolojik ve çevresel etmenlerin etkileşimi sonucunda beyinde ortaya çıkan bir bozukluk olarak tanımlanmıştır<sup>21</sup>. RNF 122 (RING Finger Protein 122) ile DEHB arasında genetik açıdan bir ilişki olduğunu ileri süren ön çalışmalar mevcuttur. Bu proteinin DEHB'si olan erişkinlerde kendini aşırı gösterdiği ileri sürülmüştür<sup>2</sup>. Bu protein, E3 ubiquitin ligaz isimli bir enzimin kodlanmasından sorumludur. Bu enzim, ubiquitin ligasyonunda substrata özgünlüğü sağlayan

proteinlerin sentezinden sorumludur<sup>22</sup>. Bu araştırmada elde edilen bulgulara göre; DEHB

tanısı bulunmayan çocukların ebeveynlerinin hiçbirinde yüksek DEHB olasılığı tespit edilmemiştir. Bu bulgu genetikle ilgili yürütülmüş olan söz konusu diğer çalışmaları destekler niteliktedir.

Yapılan çalışmada; DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerinin dikkat eksikliği ortalamaları tanı almayan çocukların ebeveynlerinin ortalamalarından yüksekken; DEHB tanısı alan ve almayan çocukların ebeveynlerinin hiperaktivite/dürtüsellik ortalamaları arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Bu durum, dikkatsizlik belirtisinin seneler içinde daha sabit seyredip, yaşla beraber hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerine kıyasla daha yavaş düzeldiğine dair çalışmalarla<sup>23,24</sup>, uyumlu olacak şekilde, DEHB'nin dikkat eksikliği boyutu değişim göstermezken, hiperaktivite/dürtüsellik boyutunun az bir oranla da olsa yaş ile birlikte azalma gösterebiliyor olmasıyla izah edilebilir.

Bu araştırma Bursa ilinde yaşayan gönüllü katılımcılar ile sınırlıdır. Araştırmadan elde edilen bulgular 2016 yılı ile sınırlıdır. Araştırmada kullanılan demografik değişkenler katılımcıların verdikleri bilgiler ile sınırlı olup, bu araştırmadan elde edilen tüm bulgular, katılımcıların ölçkelere verdikleri yanıtlarla sınırlıdır.

Araştırmanın sonucuna göre; erkek çocukların DEHB sıklığı kız çocuklardan anlamlı şekilde yüksektir. Gelir seviyesi düşük olan ebeveynlerin çocuklarının DEHB tanı sıklığının gelir seviyesi yüksek olan ebeveynlerden anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür. DEHB tanısı olan çocukların ebeveynlerinin dikkat eksikliği sıklığı, tanı almamış çocukların ebeveynlerinden yüksektir. DEHB tanısı almış çocuklarla almamış çocukların ebeveynlerinde hiperaktivite/dürtüsellik skorları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. DEHB tanısı almış çocukların ebeveynlerinde, sosyal odaklı mükemmeliyetçilik ve toplam mükemmeliyetçilik puanları DEHB tanısı almamış çocukların ebeveynlerinin puanlarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

## KAYNAKLAR

1. Magnus W, Bhimji S. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Treasure Island (FL), StatPearls Publishing, 2018.

2. Martínez G, Sánchez-Mora I, Soler Artigas C, Rovira M, Pagerols P, Corrales M et al. Gene-wide association study reveals RNF122 ubiquitin ligase as a novel susceptibility gene for Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Scientific Reports* 2017;7:5407.
3. Cherkasova M, Sulla EM, Dalena KL, Pondé MP, Hechtman L. Developmental course of attention deficit hyperactivity disorder and its predictors. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;22:47-54.
4. Adelman AR. The diagnosis and management of attention-deficit/hyperactivity disorder in pediatric patients. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2001;3:66-77.
5. Tosto M. G, Momi S. K, Asherson P, Malki K. A systematic review of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and mathematical ability: current findings and future implications. *BMC Med*. 2015;13:204.
6. Hewitt P L, Flett G L. The cognitive and treatment aspects of perfectionism: Introduction to the special issue. *J Ration Emot Cogn Behav Ther*. 2004;22:229-36.
7. Karmakar A, Goswami R, Saha T, Maitra S, Roychowdhury A, Panda CK et al. Pilot study indicate role of preferentially transmitted monoamine oxidase gene variants in behavioral problems of male ADHD probands. *BMC Med Genet*. 2017;18:109.
8. Parker W D. Healthy perfectionism in the gifted. *J Adv Acad*. 2000;11:173-82.
9. Doğan S, Öncü B, Varol-Saraçoğlu G, Küçüköncü S. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1): Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2009;10:77-87.
10. Pazvantoglu, O, Akbaş S, Sarısoy G, Baykal S, Zabun Korkmaz I, Bekiroğlu K et al. DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde DEHB ile ilişkili bazı sorunlu yaşam olayları. *Düşünen Adam*. 2014;27:61-8.
11. Oral M. The relationship between dimensions of perfectionism, stressful life events and depressive symptoms in university students: a test of diathesis-stress model of depression (Masters thesis). Ankara, Middle East Technical University, 1999.
12. Sroubek A, Kelly M, Li X. Inattentiveness in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neurosci Bull*. 2013;29:103-10.
13. Kim MJ, Park I, Lim MH, Paik KC, Cho S, Kwon HJ et al. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder and its comorbidity among Korean children in a community population. *J Korean Med Sci*. 2017;32:401-6.
14. Aydın C, Ercan ES. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Özellikleri Tedavisi Çocuklarda ve Erişkinlerdeki Belirtileri. İstanbul, Gendaş Kültür, 2005.
15. Staller J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder in girls: epidemiology and management. *CNS Drugs*. 2006;20:107-23.
16. Rowland AS, Skipper BJ, Rabiner DL, Qeadan F, Campbell RA, Naftel AJ et al. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): Interaction between socioeconomic status and parental history of ADHD determines prevalence. *J Child Psychol Psychiatry*. 2018;59:213-22.
17. Çak H T, Gökler B. Erken doğan çocuklarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve ilişkili doğum öncesi risk etkenleri. *Türk Ped Arş*. 2013;48:315-22.
18. Fleming M, Fitton CA, Steiner MFC, McLay JS, Clark D, King A et al. Educational and health outcomes of children treated for attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA Pediatr* 2017; 3:171(7):e170691.
19. Wiener J, Biondic D, Grimbos T, Herbert M. Parenting stress of parents of adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Abnorm Child Psychol*. 2016;44:561-74.
20. Tuğlu C. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun genetiği. *3P Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi*. 2004;12:89-94.
21. Perçinel İ, Yazıcı K. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu patofizyolojisinde demir eksikliği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2015;7:41-55.
22. Peng Z, Shi T, Ma D. RNF122: a novel ubiquitin ligase associated with calcium-modulating cyclophilin ligand. *BMC Cell Biol*. 2010;11:41.
23. Biederman J, Mick E, Faraone SV. Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *Am J Psychiatry*. 2000;157:816-18.
24. Molina B S G, Hinshaw S P, Swanson J M, Arnold L E, Vitiello B, Jensen P et al. MTA at 8 Years: Prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;48:484-500.