

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU'NUN DOĞUM SIRASI İLE İLİŞKİSİ

Esra YÜRÜMEZ*, Çağatay UĞUR**

ÖZET

Amaç: Normal yolla doğmuş dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan çocuklarda DEHB sıklığı ile doğum sırası arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır. **Yöntem:** DEHB tanısı alan 66 çocuk ve 77 sağlıklı çocukların her biriyle yüz yüze yarı yapılandırılmış Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu sürümü ile değerlendirilmiş, ebeveynler tarafından sosyodemografik veri formu ve Çocuk ve Ergen Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği doldurulmuştur. **Sonuçlar:** DEHB'li 43 çocuğun (%65,2) ilk çocuk, 20'sinin (%30,3) ikinci çocuk, 2'sinin (%3) üçüncü çocuk ve birinin (%1,5) beşinci çocuk olarak doğduğu görülmüştür. Kontrol grubunda 48 çocuk (%62,3) ilk, 24 çocuk (%31,2) ikinci ve 5 çocuk (%6,5) üçüncü çocuk olarak doğmuştur. Doğum sırası bakımından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Cinsiyete göre doğum sırası bakımından karşılaştırıldıklarında da anlamlı bir fark saptanmamıştır. Doğum sırası ile Çocuk ve Ergen Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği alt puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Kardeş sayısı DEHB'li grupta hiperaktivite-dürtüsellik alt ölçek puanında arasında ilişki bulunmuştur. **Tartışma:** 'DEHB'li grupta, kardeş sayısı ile hiperaktivite-dürtüsellik alt ölçek puanları arasında anlamlı negatif korelasyon bulunmuştur.'

Anahtar Kelimeler: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, doğum sırası, risk etkenleri

SUMMARY: THE RELATIONSHIP BETWEEN ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AND BIRTH ORDER

Objective: We aimed to investigate the relation between birth order, number of siblings, and prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), among children brought to the world via vaginal delivery. **Method:** Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version-Turkish Version (K-SADS-PL-T) was applied to 66 children with ADHD and 77 healthy children, and Turgay Child and Adolescent Disruptive Behavioral Disorders Screening and Rating Scale, that was derived from DSM-IV ADHD criteria and sociodemographic data form for all participants were completed by the parents of all children. **Results:** Forty three (65.2%) of ADHD children were first borns in their families, 20 (30.3%) were the second, 2 (3%) were the third, and 1 (1.5%) was the fourth child. In the control group 48 (62.3%) were the first, 24 (31.2%) were second, and 5 (6.5%) were third children of their families. No difference between groups was found regarding order of birth. Likewise, there was no difference between groups in terms of gender and Turgay Child and Adolescent Disruptive Behavioral Disorders Screening and Rating Scale scores. The number of siblings correlated with hyperactivity-impulsivity subscale scores, in ADHD group. **Discussion:** 'The number of siblings was negatively correlated with hyperactivity-impulsivity subscale scores in ADHD group.'

Key Words: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, birth order, risk factors

GİRİŞ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), dikkatsizlik veya dikkat süresinin kısalığı ile birlikte hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinin eşlik edebildiği, erken yaşlarda ortaya çıkan, sosyal ve akademik işlevlerde güçlüklerle

sebeplenen nöropsikiyatrik bir bozukluktur (APA 1994). Genel popülasyonda %8-10 sıklıkla görülür (Biederman ve Faraone 2005). Hem klinik hem de epidemiyolojik çalışmalar DEHB'nin erkek çocuklarda 4-5 kat daha sık olduğunu düşündürmektedir (Kessler ve ark. 2006).

*Yard. Doç. Dr., Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri ABD, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi, Balgat, Ankara; esrayurumez@gmail.com

**Uzm. Dr., Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi, Dışkapı, Ankara; drcagatay85@gmail.com

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun etiolojisi konusunda farklı hipotezler ortaya atıl-

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 24 (3) 2017

mıştır. Genetik geçişi çalışmalarda farklı oranlarda gösterilmekle birlikte ortalama %76 civarında olup pek çok psikiyatrik hastalıktan daha siktir (Spencer ve ark. 2007). Doğum ve doğum sonrasında beyin gelişiminin zarar görmesine yol açan hipoksi, intrauterin enfeksiyonlar, anne yaşı, düşük doğum ağırlığı ve zehirlenmeler üzerinde durulmuştur (Faraone ve Biederman 1998). Sosyal ve çevresel faktörler de etiolojide üzerinde durulan etkenlerdendir. Travmatik yaşam olayları, aile içi ilişkilerde ve aile yapısındaki sorunlar ve düşük sosyoekonomik düzey gibi etkenler öne sürülmüştür (Cantwell 1996, Weiss 1996).

Anne-baba-çocuk ilişkisinde ve aile işleyişindeki bozuklukların da DEHB etiolojisinde rol oynadığı bilinmektedir. Aile yapısı, kardeş sayısı, doğum sırası gibi etkenlerin çocuk yetiştirme ve ebeveynlik biçimi üzerine dolaylı etkileri nedeniyle çocukta psikopatoloji gelişimine katkıda bulunabileceğini savunan yazarlar vardır (Cantwell 1996).

Doğum sırası, bireyin kardeşleri arasında dünyaya geliş sırası olarak tanımlanmakta ve son yıllarda birçok hastalık etiolojisinde araştırılmaktadır (Farbstein ve ark. 2010). Yazında DEHB'nin çocuğun doğum sırası ile olan ilişkisi üzerine az sayıda çalışma vardır. Yapılan çalışmalarda farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Doğum sırasının DEHB ile ilişkisi olmadığını gösteren çalışmalar da vardır (Amiri ve ark. 2010, Berger ve Felsenthal-Berger 2009, Ghanizadeh ve ark. 2012, Jahangard ve ark. 2013, Masana Marin ve ark. 2011).

Yapılan bazı çalışmalarda ise ilk çocuk olmanın DEHB için risk etkeni olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Carballo ve ark. 2013, Evrensel ve ark. 2015).

Daha önceki çalışmalarda, örneklem boyutları ve çalışma desenindeki farklılıklar nedeniyle çelişkili sonuçlar elde edilmiştir. Bu alana katkı sağlamak için çalışmamızda, normal yolla doğmuş kız ve erkek çocuklarda DEHB sıklığı ile doğum sırası arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır. Ayrıca anne ve babanın yaşı, eği-

tim düzeyi, ailede kardeş sayısı ile DEHB sıklığı arasındaki ilişki değerlendirilerek DEHB etiopatogenesinde risk etkenleri araştırılmıştır.

YÖNTEM

Çalışmamıza Temmuz 2014-2015 tarihleri arasında Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniği'ne başvurarak ilk kez tanı alan 74 DEHB'li çocuk ve 77 sağlıklı çocuk dahil edilmiştir. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5)'nin tanı kriterleri esas alınarak konmuş, her bir çocukla yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme yapılmış, aileler ve çocuklar çalışma açısından bilgilendirilmiş, yazılı ve sözlü onamları alınmıştır. Sağlıklı gönüllüler hasta çocukların arkadaşları ve polikliniğe başvuran herhangi bir psikopatoloji saptanmayan sağlıklı çocuklardan oluşmuştur. Her bir çocukla yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme yapılmış, ek psikiyatrik hastalık öyküsü alınmıştır. Sosyodemografik özelliklerin sorgulanması amacıyla ebeveyn tarafından sosyodemografik veri formunun doldurulması sağlanmıştır. Çocuk ve Ergen Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği ebeveyn tarafından doldurulmuştur. Gruplar yaş bakımından eşleştirilmiştir. Doğum şeklinin sonuca etki edebileceği düşünülerek ebeveynle görüşmede çocuğun doğum biçimi sorgulanmış ve sadece normal vajinal yolla doğumu gerçekleşmiş çocuklar çalışmaya dahil edilmiştir. Ek psikiyatrik ya da tıbbi hastalık tanısı alan, tek çocuk olan ve klinik olarak mental retardasyon şüphesi olan çocuklar çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışma için yerel etik kurul onayı alınmıştır.

Sosyodemografik Veri Formu: Araştırmacılar tarafından oluşturulmuş bir formdur. Ebeveyn tarafından doldurulması istenmiştir. Çocuğun yaşı, cinsiyeti, kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu, psikiyatrik hastalık öyküsü yanı sıra anne ve baba yaşı, eğitim durumu, çalışıp çalışmadığı, aktif olarak ya da daha önce psikiyatrik tanı ve

tedavi alıp almadığı gibi sorular sorulmuştur.

Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY) (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children- Present and Lifetime Version/K-SADS-PL): Çocuk ve ergenlerin DSM-III-R ve DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve şu andaki psikopatolojilerini saptamak amacıyla geliştirilmiş yarı yapılandırılmış görüşme formudur (Kaufman ve ark. 1997). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Gökler ve ark. 2004). Çocuğun demografik bilgileri, sağlık durumu, şu andaki yakınması, geçmişte aldığı psikiyatrik tedaviler, okuldaki durumu, hobileri, arkadaş ilişkilerine dair bilgilerin alındığı ilk bölüm, tanı amaçlı tarama görüşmesinin yapıldığı ikinci bölüm ve çocuğun şu andaki işlevselliğini belirleyen üçüncü bölümden oluşmaktadır. Belirtiler yok, eşik altı ya da eşik olarak derecelendirilir. Tarama soruları şu andaki ve geçmişteki durumu değerlendirir ve belirtilerin varlığına ilişkin bilgi verir. Tarama görüşmesinde pozitif belirtiler varsa o tanıyı daha iyi değerlendirmek için ek belirti listesi sorulmalıdır.

Çocuk ve Ergen Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği: DSM-IV ölçütleri temel alınarak geliştirilen (Turgay 1995), dikkat eksikliği, hiperaktivite-dürtüsellik ve davranım bozukluğu belirtilerini sorgulayan 41 maddeden oluşan, ebeveyn tarafından doldurulan bir tarama ölçeğidir. Her bir madde 0-3 arasında 0:hiç yok, 1:biraz, 2:oldukça fazla, 3:çok fazla şeklinde puanlanır. Karşılanan ölçüt sayısı ve bölümden alınan toplam puan her bölüm ve toplam test için ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Ercan ve ark. 2001).

İstatistiksel Analiz

Verilerin analizinde SPSS 22.0 (IBM statistics for Windows version 22) programı kullanıldı. Veri-

lerin normal dağılıma uygunluğu için Shapiro-Wilk testi, varyans homojenliği için Levene testi kullanılmış olup; homojen varyans ve normal dağılıma sahip değişkenlerin analizinde parametrik yöntemler, homojen varyans veya normal dağılıma sahip olmayan değişkenlerin analizinde nonparametrik yöntemler kullanılmıştır. Bağımsız iki grubun karşılaştırılmasında Independent-Samples T testi kullanılmıştır. Kategorik veriler Pearson Chi-Square ve Fisher Exact testleri ile karşılaştırılmıştır. Kategorik cevap değişkenin ikili (diotom) ve çoklu (multinomial) kategorilerde açıklayıcı değişkenlerle sebep-sonuç ilişkisini belirlemek için lojistik regresyon testi kullanılmıştır. Değişkenlerin birbiriyle olan korelasyonları Spearman's rho testleri ile incelenmiştir. Kantitatif veriler tablolarda ortalama \pm standart sapma (ss) ve medyan (maksimum-minimum değer aralığı) değerleri şeklinde ifade edilmiştir. Kategorik veriler ise sayı (n) ve yüzdelilerle (%) ifade edilmiştir. Araştırmamıza başlamadan önce güç analizi uygulanarak çalışmaya alınması gereken minimum hasta sayısının 70 olduğu belirlenmiştir. Veriler %95 güven düzeyinde incelenmiş olup p değeri 0,05'ten küçük anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Klinik olarak mental retardasyon şüphesi (n=5) ve nörolojik bozukluk (n=3) nedeniyle 8 DEHB'li çocuk dışlanmış, çalışmaya 66 DEHB tanısı alan ve 77 sağlıklı olmak üzere toplam 143 çocuk katılmıştır. Kontrol grubu ve DEHB'li gruba ait sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması Tablo 1'de gösterilmiştir. Kardeş sayısı, doğum sırası, anne ve baba eğitim süresi ve çalışma durumu, anne ve babada aktif olarak ya da daha önce geçirilmiş psikiyatrik hastalık ve ilaç kullanımını değerlendirilmiştir. Ayrıca her iki gruptaki kız ve erkek çocuklar doğum sırası açısından kendi içlerinde de karşılaştırılmıştır. Tablo 1'de kardeş sayısı ve doğum sırası (toplam ve cinsiyetlere göre) gösterilmiş, aralık değerleri belirtilmiştir. Anne ve babanın eğitim süreleri ortalama ve standart sapma değerleriyle verilmiştir. Diğer

YÜRÜMEZ VE UĞUR

sosyodemografik özellikler ise yüzdeleriyle birlikte gösterilmiştir.

Araştırmaya katılan DEHB'li grupla kontrol grubundaki çocukların yaş eşleştirilmesi yapılmıştır ($p=0,156$). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan grup 49 erkek ve 15 kız (%74,2/%25,8) çocuktan oluşmaktadır. Yaş ortalaması 9 ($8,9\pm 2,4$) olarak hesaplanmıştır. Kontrol grubunda ise yaş ortalaması 11 ($10,7\pm 4,1$) olan 46 erkek ve 31 kız çocuk (%59,7/%40,3) bulunmaktadır.

Her iki grup kardeş sayısı bakımından karşılaştırılmış, DEHB'li grupta kardeş sayısının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde az olduğu görülmüştür ($p=0,03$).

Kardeş sayısı 1-4 arasında değişen DEHB'li grup kendi içerisinde doğum sırası bakımından analiz edilmiş, 43 çocuğun (%65,2) ilk çocuk, 20 çocuğun (%30,3) ikinci çocuk, 2 çocuğun (%3) üçüncü çocuk ve 1 çocuğun (%1,5) dördüncü çocuk olarak doğduğu görülmüştür.

Tablo 1: Sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

Sosyodemografik özellikler	Kontrol s:77 (%53,8)	DEHB ^a s:66 (%46,2)	p
Kardeş Sayısı (s) ^b	2(4-1)	1(4-1)	0,003
Doğum Sırası (Kız) ^b	1(3-1)	1(4-1)	0,919
Doğum Sırası (Erkek) ^b	1(3-1)	1(3-1)	0,569
Toplam Doğum Sırası (s) ^b	1(3-1)	1(4-1)	0,421
Anne Eğitim Yılı (yıl) (ort±ss)	11,0±4,1	8,2±3,9	<0,001
Anne Çalışıyor mu? (Çalışmıyor / Çalışıyor)	43 / 34 (%55,8 / 44,2)	52 / 14 (%78,8 / 21,2)	0,004
Anne Aktif Hastalık (Yok / Var)	38 / 3 (%92,7 / 7,3)	12 / 7 (%63,2 / 36,8)	0,008
Anne Daha Önce Tanı (Yok / Var)	33 / 3 (%91,7 / 8,3)	11 / 2 (%84,6 / 15,4)	0,598
Anne İlaç Kullanıyor mu? (Hayır / Evet)	36 / 3 (%92,3 / 7,7)	10 / 4 (%71,4 / 28,6)	0,049
Anne Tedavi Gördü mü? (Hayır / Evet)	33 / 5 (%86,8 / 13,2)	10 / 4 (%71,4 / 28,6)	0,229
Baba Eğitim Yılı (ort±ss) (yıl)	12,4±4,1	9,4±3,4	<0,001
Baba Çalışıyor mu? (Çalışmıyor / Çalışıyor)	1 / 76 (%1,3 / 98,7)	2 / 64 (%3 / 97)	0,595
Baba Aktif Hastalık (Yok / Var)	35 / 2 (%94,6 / 5,4)	12 / 6 (%66,7 / 33,3)	0,011
Baba Daha Önce Tanı (Yok / Var)	36 / 1 (%97,3 / 2,7)	14 / 1 (%93,3 / 6,7)	0,498
Baba İlaç Kullanıyor mu? (Hayır / Evet)	34 / 2 (%94,4 / 5,6)	12 / 2 (%85,7 / 14,3)	0,566
Baba Tedavi Gördü mü? (Hayır / Evet)	35 / 1 (%97,2 / 2,8)	14 / 1 (%93,3 / 6,7)	0,506

^aDEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

Independent T Test - Mann Whitney U Test (Monte Carlo) - Pearson Chi Square Test (Monte Carlo)- Fisher Exact Test (Monte Carlo) ^b: Medyan değer (Maksimum-Minimum)

s: sayı; Ort±ss: Ortalama± standart sapma

Kontrol grubunda ise kardeş sayısı 1-3 arasındadır, 77 çocuktan 48 çocuk (%62,3) ilk, 24 çocuk (%31,2) ikinci ve 5 çocuk (%6,5) üçüncü çocuk olarak doğmuştur. Doğum sırası bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,421$). Her iki gruptaki çocuklar cinsiyetlerine göre doğum sırası bakımından karşılaştırıldığında da anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Her iki grup Çocuk ve Ergen Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği alt puanları açısından karşılaştırılmış, DEHB'li grubun toplam ölçek puanı, dikkatsizlik, hiperaktivite-dürtüsellik ve davranım bozukluğu alt ölçek puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Doğum sırası ile Çocuk ve Ergen Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği toplam puanı ve alt puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Sonuçlar Tablo 2'de yer almaktadır.

Çocuğun sahip olduğu kardeş sayısı ile Çocuk ve Ergen Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği hiperaktivite-dürtüsellik alt ölçek puanı arasında ilişki bulunmuş, kardeş sayısı arttıkça DEHB'li grupta alt ölçek puanında artış görülmüştür ($p=0,012$, $r=-0,337$). Kardeş sayısı ile dikkatsizlik ve davranım bozukluğu alt ölçek puanları arasında ilişki saptanamamıştır. Ölçek alt puanlarının kardeş sayısı ile ilişkisi Tablo 2'de gösterilmiştir.

Annede aktif psikiyatrik tanı varlığında DEHB tanısı alan grupta davranım bozukluğu alt ölçek puanlarında anlamlı bir yükseklik saptanmış ($p=0,026$), babada aktif psikiyatrik tanı varlığı ile alt ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Sonuçlar Tablo 3'te ve Şekil 1'de gösterilmiştir.

Diğer sosyodemografik özellikler incelendiğinde, DEHB tanısı alan grupta kontrol grubuna göre anne ve babanın eğitim süresinin anlam-

Tablo 2: Alt ölçek skorları ile doğum sırası ve kardeş sayısı ilişkisi

DEHB	Dikkatsizlik	Hiperaktivite-Dürtüsellik	Davranım bozukluğu
Doğum Sırası (r)	-0,228	-0,181	-0,080
P	0,069	0,152	0,531
Kardeş Sayısı (r)	-0,145	-0,337	-0,131
P	0,290	0,012	0,340

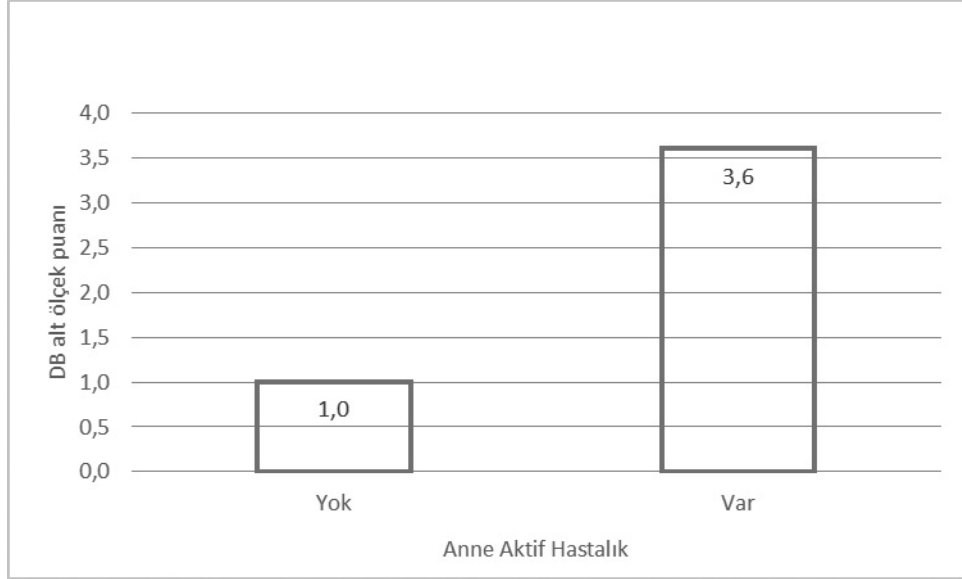
Spearman's rho Test; r: Korelasyon Katsayısı

Tablo 3: Alt ölçek skorları ile anne ve babada aktif hastalık ilişkisi

DEHB	Dikkatsizlik	Hiperaktivite-Dürtüsellik	Davranım bozukluğu
Anne Aktif Hastalık (Yok / Var) (Ort±SS)	16,3±5,91 / 16,3±6,70	7,9±3,75 / 11,0±7,16	1,0±1,28 / 3,6±3,31
p	0,990	0,321	0,026
Baba Aktif Hastalık (Yok / Var) (Ort±SS)	16,0±6,02 / 15,3±6,77	10,5±5,60 / 9,5±4,81	2,1±3,06 / 2,0±1,10
p	0,834	0,714	0,950

Bağımsız gruplarda T Testi; Ort±SS: Ortalama±standart Sapma

Şekil 1: Annede aktif psikiyatrik hastalık ile DEHB'li grupta davranım bozukluğu alt ölçeği ilişkisi



DB: Davranım bozukluğu; DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu

lı olarak daha kısa olduğu ($p < 0,001$), çalışan annelerin oranının daha az olduğu ($p = 0,004$), aktif psikiyatrik hastalık tanısı bulunan anne ($p = 0,008$) ve baba ($p = 0,01$) oranı ve psikiyatrik tedavi gören anne ($p = 0,049$) oranının daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

TARTIŞMA

Çalışmamızda doğum sırası bakımından DEHB'li grup ile kontrol grubu karşılaştırılmış, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ayrıca doğum sırası ile Çocuk ve Ergen Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği alt ölçek puanları arasında da anlamlı fark bulunmamıştır. Bilindiği gibi DEHB karmaşık ve multifaktöriyel bir etiyolojiye sahiptir. Doğum sırası DEHB'yi anlamamıza yardımcı olacak pek çok çevresel etmeden biri olarak ele alınabilir. Bazı çalışmalarda ilk çocuğun doğum kanalı stresine daha fazla maruz kaldığı, doğumsal komplikasyonların ve asfiksünün ilk doğumda daha sık görüldüğü ve bunların minimal beyin hasarına yol açabildiği görüşleri ortaya atılmakla birlikte

bu konu halen tartışılmaktadır (Biederman 2005, Biederman ve Faraone 2005). Genetik ile birlikte doğum sırası dışındaki çevresel etkileşimler DEHB'de fenotipik karmaşıklığın nedeni olabilir.

Yazında doğum sırası ve DEHB arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalarda farklı sonuçlar ve yorumlar göze çarpmaktadır. Ghanizadeh ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan bir çalışmada 173 DEHB'li ve 43 sağlıklı çocuk karşılaştırılmış ve doğum sırası ile DEHB arasında anlamlı fark bulunmuş; ancak yaş, cinsiyet, ebeveyn yaşı ve eğitim düzeyi, toplam kardeş sayısı gibi etkenler kontrol edildiğinde bu fark ortadan kalkmıştır. Benzer olarak Amiri ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında DEHB'li 1658 çocuk, Keshavarzi ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında da 387 DEHB'li çocuk doğum sırası bakımından değerlendirilmiş, DEHB ile doğum sırası arasında ilişki saptanmamıştır. İkizlerden oluşan ve Güney Kore'de yapılan bir çalışmada da doğum sırası ve DEHB arasında ilişki saptanmamıştır (Hur 2015). Bu sonuçlar araştırmamızın sonuçları ile tutarlılık gösterse de DEHB'li çocukların kendi içlerinde değerlendirilmiş olması ve kontrol

grubu alınmamış olması önemli eksiklikler olarak görülmüştür (Amiri ve ark. 2010, Berger ve Felsenthal-Berger 2009, Hur 2015, Masana Marin ve ark. 2011).

Çalışma bulgularımızın aksine Carballo ve arkadaşlarının (2013) 16823 olguyu geriye dönük incelediği geniş örneklemli bir çalışmada ortanca çocuk olmanın DEHB için koruyucu özellik taşıdığı, ilk çocuk olmanın DEHB için risk etkeni olduğu saptanmıştır. Ancak bu çalışmada da kontrol grubunun uygunsuz seçimi, tanı koyma araçlarının yetersiz olması gibi kısıtlılıklar bulunmaktadır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise; DEHB tanısı alan kız ve erkek çocukların doğum sırası indeksleri değerlendirilmiş, varsayımsal olarak alınan kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuş, DEHB tanılı çocukların kardeşleri arasında ilk veya önce doğmuş çocuk (büyük kardeş) olma oranının yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Evrensel ve ark. 2015). Ancak bu çalışmada doğumun gerçekleşme şeklinin belirtilmemiş olması, tanı koyma ve ayırıcı tanıları dışlama araçlarının yetersizliği söz konusudur. Ayrıca araştırma sonuçları ilk veya önce doğmuş çocukların perinatal örselenmelere daha çok maruz kaldığı, bu nedenle DEHB etiyopatogenezinde minimal beyin hasarının önemli rol oynadığı şeklinde yorumlanmıştır.

Çalışmamızda DEHB'li grupta erkek sayısının kızlara göre 3 kat ve üzerinde olduğu ve bu farkın genel yazın bilgisi ile uyumlu bulunduğu saptanmıştır. DEHB, erkek çocuklarda kızlara göre 3-5 kat daha fazla görülmektedir (Biederman 2005). Bu farkı açıklamaya yönelik varsayımlar arasında, erkeklerin kızlara göre daha yıkıcı davranışlarda bulunma eğiliminde olması, çevresel örseleyicilerle karşılaşma riskinin daha fazla olması ve erkeklerde komorbid bozuklukların daha sık görülmesi sayılmaktadır (Biederman ve Faraone 2005).

Çalışmamızda DEHB'li grup ve kontrol grubu kardeş sayısı bakımından karşılaştırılmış,

DEHB'li grupta kardeş sayısının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde az olduğu bulunmuştur. Ailelerin DEHB'li çocuğa sahip olmalarının psikososyal açıdan zorlayıcı yönü, sonraki gebelik kararını etkileyerek çocuk sayısının düşmesine yol açıyor olabilir. Yazında DEHB'li çocukların kardeş sayılarının kontrol gruplarından farklı olmadığı bildirilmiştir (Çak ve Gökler 2013).

Araştırmamızın bulguları arasında kardeş sayısı arttıkça DEHB'li grupta hiperaktivite-dürtüsellik alt ölçek puanında artış saptanmıştır. Bu bulgu, kalabalık ailelerde DEHB'li çocuklar ile kaliteli zaman geçirilmemesi, aile içi dinamiklerin dengeli bir biçimde sürdürülememesi, tutarlı ve uygun ebeveyn-çocuk iletişiminin sağlanamaması sonucunda sınır koyma problemlerinin ortaya çıkması ile ilişkili olabilir. Yazında DEHB belirti şiddeti ile kardeş sayısı arasında ilişki saptanan bir araştırmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamızda DEHB'li grupta aktif psikiyatrik hastalık bulunan anne ve baba oranının ve annelerde psikiyatrik ilaç kullanımı oranının daha fazla olduğu saptanmıştır. Ayrıca annede aktif psikiyatrik tanı varlığında davranım bozukluğu alt ölçek puanlarında anlamlı bir yükseklik göze çarpmıştır. Çalışmamızın sonuçları yazın bulguları ile uyum göstermektedir. Yapılan çalışmalarda DEHB'li çocukların davranışlarının anne-babayı açıkça etkilediği, olumsuz davranışların anne-babanın sıkıntısını arttırdığı bilinmektedir (Whalen ve Henker 1999, Whalen ve ark. 1989). Yine DEHB'li çocukların olumsuz tutum ve davranışları anne-babaların erişkin psikiyatrisine başvurmalarına neden olmaktadır (Lesesne ve ark. 2003, McCormick 1995). Çalışmalarda DEHB'li çocuğa sahip olan anne-babaların kendilerini daha yetersiz hissettikleri, daha çok anne-babalık stresi yaşadıkları ve kendileriyle ilgili daha çok psikiyatrik belirti bildirdikleri vurgulanmaktadır (Johnston ve Mash 2001). Bunların sonucunda DEHB'li çocuklar sağlıklı kontrole göre anne-babalarıyla daha çok olumsuz etkileşim göstermektedir (Campbell ve ark. 1991, Johnston 1996).

YÜRÜMEZ VE UĞUR

Çalışmamızda DEHB'li çocuklarda anne-baba eğitim süreleri ve çalışan annelerin oranı kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur. Anne-baba eğitim süresinin ailenin sosyoekonomik düzeyini yansıtabileceği düşünüldüğünde, bu sonuç yazın bilgisi ile uyumludur (Biederman 2005).

Çalışmamızda sadece klinik başvuruda bulunan bir DEHB grubunun seçilmiş olması, örneklem grubunun yeterli sayıda olmaması bir kısıtlılıktır. Toplum tarama çalışmalarıyla ortaya konan sonuçlar farklılık gösterebilir. Ancak çalışmamızda kontrol grubu olması ve doğum şekli değişkenini ortadan kaldırmak için yalnızca normal yolla doğmuş çocukların çalışmaya dahil edilmesi, tek çocuklu ailelerin çalışmaya alınmaması, ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış olan yarı yapılandırılmış görüşme araçlarının kullanılması güçlü yanlar olarak görülmektedir.

Sonuç olarak DEHB ile doğum sırası ilişkisinin araştırıldığı çalışmalarda çelişkili bulgular elde edilmiş olmasına karşın araştırmaların çoğunda çalışmamıza benzer şekilde doğum sırası ve DEHB arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Çalışmamızda bu alana katkıda bulunmak amaçlanmıştır. Doğum sırası ve DEHB ile ilgili nedensellik ilişkisini araştıran daha geniş örneklemli ve toplum tabanlı çalışmalara gereksinim olduğu düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington D.C.: Author.

Amiri S, Fakhari A, Maheri M ve ark. (2010) Attention deficit/hyperactivity disorder in primary school children of Tabriz, North-West Iran. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 24:597-601.

Berger I, Felsenthal-Berger N (2009) Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and birth order. *Journal of Child Neurology* 24:692-696.

Biederman J (2005) Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biological Psychiatry* 57:1215-1220.

Biederman J & Faraone SV (2005) Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet* 366:237-248.

Campbell SB, March CL, Pierce EW ve ark. (1991) Hard-to-manage preschool boys: Family context and the stability of externalizing behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology* 19:301-318.

Cantwell DP (1996) Attention deficit disorder: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 35:978-987.

Carballo JJ, Garcia-Nieto R, Alvarez-Garcia R ve ark. (2013) Sibship size, birth order, family structure and childhood mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 48:1327-1333.

Çak HT ve Gökler B (2013) Erken doğan çocuklarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve ilişkili doğum öncesi risk etkenleri. *Türk Pediatri Arşivi* 48:4.

Ercan ES, Amado S, Somer O ve ark. (2001) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranım Bozuklukları için Bir Test Bataryası Geliştirme Çabası. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 7:92-98.

Evrensel A, Alpaslan S, Yorbik O (2015) Birth order in children diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *Anatolian Journal of Psychiatry* 16:69-73.

Faraone SV, Biederman J (1998) Neurobiology of attention-deficit hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry* 44:951-958.

Farbstein I, Mansbach-Kleinfeld I, Levinson D ve ark. (2010) Prevalence and correlates of mental disorders in Israeli adolescents: results from a national mental health survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 51:630-639.

Ghanizadeh A, Abotorami-Zarchi M, Mohammadi MR ve ark. (2012) Birth order and sibling gender ratio of a clinical sample of children and adolescents diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *Iran Journal of Psychiatry* 7:109-113.

- Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B ve ark. (2004) Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-şimdi ve yaşamboyu şekli-Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 11:109-115.
- Hur YM (2015) Genetic and Environmental Etiology of the Relationship Between Childhood Hyperactivity/Inattention and Conduct Problems in a South Korean Twin Sample. *Twin Research and Human Genetics* 18:290-297.
- Jahangard L, Haghighi M, Bajoghli H ve ark. (2013) Among a sample of Iranian students, adult attention deficit hyperactivity disorder is related to childhood ADHD, but not to age, gender, socioeconomic status, or birth order—an exploratory study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 17:273-278.
- Johnston C (1996) Parent characteristics and parent-child interactions in families of nonproblem children and ADHD children with higher and lower levels of oppositional-defiant behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology* 24:85-104.
- Johnston C, Mash EJ (2001) Families of children with attention deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review* 4:183-207.
- Kaufman J, Birmaher B, Brent D ve ark. (1997) Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36:980-988.
- Keshavarzi Z, Bajoghli H, Mohamadi MR ve ark. (2014) Attention deficit hyperactivity disorder in children is found to be related to the occurrence of ADHD in siblings and the male gender, but not to birth order, when compared to healthy controls. *International journal of psychiatry in clinical practice* 18:272-279.
- Kessler RC, Adler L, Barkley R ve ark. (2006) The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry* 163:716-723.
- Lesne CA, Visser SN, White CP (2003) Attention deficit/hyperactivity disorder in school-aged children: association with maternal mental health and use of health care resources. *Pediatrics* 111:1232-1237.
- Masana Marin A, Lopez Seco F, Marti Serrano S ve ark. (2011) Correspondence on Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) and birth order. *Journal of Child Neurology* 26:395-396.
- McCormick LH (1995) Depression in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Family Medicine* 27:176-179.
- Schmidt K, Zimmerman A, Bauman M ve ark. (2013) Brief report: Asperger's syndrome and sibling birth order. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 43:973-977.
- Spencer TJ, Biederman J, Mick E (2007) Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *Ambulatory Pediatrics* 7:73-81.
- Turgay A (1995) Çocuk ve Ergen Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (yayınlanmamış ölçek). *Integrative Therapy Institute, Toronto, Kanada.*
- Weiss G (1996) Attention deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatry*, M Lewis (Ed), 2. Baskı, Baltimore Williams and Wilkins, s:544-563.
- Whalen CK, Henker B (1999) The child with attention deficit hyperactivity disorder in family contexts. *Handbook of Disruptive Behavior Disorders içinde*, HC Quay ve AE Hogan (ed) New York, Kluwer. s:139-155.
- Whalen CK, Henker B, Buhrmester D ve ark. (1989) Does stimulant medication improve the peer status of hyperactive children? *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57:545-549.