TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ERGENLERDE DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNUN SIKLIĞININ ARAŞTIRILMASI

Dr. Zuhal UYAN

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Betül ULUKOL

ANKARA
2008

TUTANAK

Aile Hekimliği Anabilim Dalımız Araştırma Görevlisi Dr.Zuhal Uyan'ın Tez değerlendirme Jürisi 09.04.2008 tarihinde saat 10.00'da Yrd.Doç.Dr.A.Gülsen Ceyhun başkanlığında toplanmıştır.

Dr.Zuhal Uyan'ın ''Ergenlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Sıklığının Araştırılması'' başlıklı ihtisas tez çalışmasının başarılı olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

Yrd .Doç.Dr.A.Gülsen CEYHUN
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Başkanı

Prof.Dr.Betül ULUKOL
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
AD Öğretim Üyesi

Prof.Dr.Sevgi BAŞKAN
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
AD Öğretim Üyesi

ÖNSÖZ

Asistanlığım boyunca çalışmalarıma destek olan başta tez danışmanım Prof. Dr. Betül Ulukol olmak üzere, Anabilim Dalı Başkanımız Yrd. Doç. Dr. A. Gülsen Ceyhun'a, göstermiş oldukları destek için, uzman Dr. Ayşe Çaylan'a, değerli fikirleri ile katkıda bulunan Ayşegül Bahayetmez'e her zaman yanımda olarak desteklerini esirgemeyen aileme teşekkür ederim.

.

Dr. Zuhal UYAN

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

Kabul ve Onay ii

Önsöz iii

İçindekiler iv

Simgeler ve Kısaltmalar Dizini v

Tablolar Dizini vi

GİRİŞ VE AMAÇ 1

GENEL BİLGİLER 4

GEREÇ VE YÖNTEM 28

BULGULAR 33

TARTIŞMA 48

SONUÇ VE ÖNERİLER 62

ÖZET 64

SUMMARY 65

KAYNAKLAR 66

EKLER 75

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DB	**:**	Davranım Bozukluğu
DEHB	**:**	Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu
DEHB-B	**:**	Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu bileşik tip
DEHB-D	**:**	Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu dikkatsiz tip
DEHB-H	**:**	Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu hiperaktif tip
DSM	**:**	Diagnostic and Statistical Manual
KOKGB	**:**	Karşıt olma karşı gelme bozukluğu

TABLOLAR DİZİNİ

Sayfa No:

Tablo 1. Dünyada DEHB sıklık çalışmaları 8

Tablo 2. Çalışmaya katılan öğrencilerin okullara ve cinsiyete göre dağılımı. 29

Tablo 3. Çalışmaya katılan öğrencilerin bilgi alınan kaynağa göre dağılımı.....30

Tablo 4. Öğrencilerin cinsiyet ve okul gruplarına göre dağılımı 33

Tablo 5. Anne ve babaların eğitim durmuna göre dağılımları 33

Tablo 6. Anne ve babaların çalışma durumları 34

Tablo 7. Bilgi edinilen kaynakların okullara ve okul gruplarına göre dağılım 34

Tablo 8. Ailelere ve öğretmenlere göre DEHB ve alt gruplarının sıklığının dağılımı 35

Tablo 9. Aile ve öğretmenlere göre KOKGB ve DB sıklığının dağılımı.....35

Tablo 10. Aile ve öğretmenlerin doldurdukları ölçeklere göre DEHB ve alt tiplerinin dağılımı.....35

Tablo 11. Ailelerin billdiriminlerinde DEHB'nun cinsiyete göre dağılımı 36

Tablo 12. Öğretmenlerin billdiriminlerinde DEHB'nun cinsiyete göre dağılımı 37

Tablo 13. Ailelere göre dikkat eksikliği semptomlarını karşılayan bireylerde yaş, okul grubu ve ailedeki çocuk sayısı ile ilişkinin karşılaştırılması 38

Tablo 14. Öğretmenlere göre dikkat eksikliği semptomlarını karşılayan bireylerde yaş, okul grubu ve ailedeki çocuk sayısı ile ilişkinin karşılaştırılması 38

Tablo 15. Ailelere göre hiperaktivite semptomlarını karşılayan bireylerde yaş, okul grubu ve ailedeki çocuk sayısı ile ilişkinin saptanması 38

Tablo 16. Öğretmenlere göre hiperaktivite semptomlarını karşılayan bireylerde yaş, okul grubu ve ailedeki çocuk sayısı ile ilişkinin saptanması 39

Tablo 17. Aileye göre dikkat eksikliği semptomlarını karşılayan bireylerde anne ve baba eğitim durumu ile ilişkinin saptanması 39

Tablo 18. Öğretmenlere göre dikkat eksikliği semptomlarını karşılayan bireylerde anne ve baba eğitim durumu ile ilişkinin saptanması 41

Tablo 19. Aileye göre hiperaktivite semptomlarını karşılayan bireylerde anne ve baba eğitim durumu ile ilişkinin saptanması 42

Tablo 20. Öğretmenlere göre hiperaktivite semptomlarını karşılayan bireylerde anne ve baba eğitim durumu ile ilişkinin saptanması 42

Tablo 21. Aile ve öğretmenlerin dikkat eksikliği saptamaları arasındaki ilişkinin karşılaştırılması 43

Tablo 22. Aile ve öğretmenlerin hiperaktivite saptamaları arasındaki ilişkinin karşılaştırılması 43

Tablo 23. Ailelerin bildirimine göre DEHB ve alt tipleri ile KOKGB ve DB komorbiditesinin dağılımı 44

Tablo 24. Öğretmenlerin bildirimine göre DEHB ve alt tipleri ileKOKGB ve DB komorbiditesinin dağılımı 45

Tablo 25. Ailelerin bildirimine göre KOKGB ve DB semptomlarına sahip ergenleri cinsiyete göre dağılımı 46

Tablo 26. Öğretmenlerin bildirimine göre KOKGB ve DB semptomlarına sahip ergenleri cinsiyete göre dağılımı 47

1.GİRİŞ ve AMAÇ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) çocuk ve aile hekimlerinin en sık karşılaştığı çocukluk çağı davranışsal bozukluğudur (1). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan çocukların dikkatlerini ve davranışlarını bir amaca yönlendirmede güçlük çektikleri, beklenilen normlarda sosyal etkileşime giremedikleri, bu sebeple hem erişkinler hem yaşıtları ile ilişkilerinin bozulduğu ve zekalarına orantılı düzeyde akademik başarı gösteremedikleri bilinmektedir (2). Bu konuda daha önceden yapılan çalışmalarda dünyada DEHB sıklığının %2.10 ile %19.8 arasında değiştiği bildirilmektedir (3,4,5,6,7,8,9). Türkiye'de yapılan farklı araştırmalarda da ilkokul çağındaki çocuklarda DEHB sıklığının % 5 – 10 arasında değiştiği saptanmıştır (10,11,12,13,14).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, dikkat süresinin kısa olması, sözel ve davranışsal dürtüsellik ve hiperaktivite ile karakterize olan, çocukluk çağının gelişimsel bir sorunudur. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu çocukluk ve ergenlik çağının en sık görülen psikiyatrik bozukluklardan biridir. Son zamanlardaki klinik deneyim ve çalışmalar semptomların erişkin döneminde de devam ettiğini göstermektedir (15). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda yakınmaların görünümleri değişse de, semptomların okul öncesi çağdan başlayıp yetişkinlik dönemine dek uzandığı kabul edilmektedir. Bu bozukuluğa sahip çocuklar, kurallara uyumsuzluğu, impulsivitesi, hareketliliği, dikkat ve öğrenme bozuklukları nedeniyle anne baba, öğretmenleri ve arkadaşları ile problem yaşarlar (16).

Şimdiye kadar yapılan çalışmaların meta analizi incelendiğinde %50 olarak erişkin yaşta da sürdüğü saptanmış olup, DEHB olan çocukların en az ikisinden birinin erişkin yaşta da bu sendromu taşıyacağı öngörülmektedir (17). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan ergen ve genç erişkin okul başarısızlığı, duygusal zorluklar, zayıf arkadaş ilişkileri ve kanunla ilgili sorunlar açısından risk altındadır. (18). Belirtildiği üzere bu sendrom hem bireyin kendi sağlığı hem de toplumsal

açıdan önemli bir sorundur. Saptandığı taktirde başarı ile tedavi edilebilen bu bozukluk eğer tedavi edilmezse ileri dönemlerde gelişebilecek psikiyatrik ve sosyal patolojilere yatkınlık yaratır. Olguların %30 luk bir bölümünde semptomlar ergenlik döneminde kaybolmakla birlikte geri kalan kısmında duygusal ve sosyal sorunlar eklenerek devam etmekte, özellikle davranım bozukluğu ile birliktelik gösteren bir kısmında ise madde kullanımı ve antisosyal kişilik bozukluğu gelişmekte, sorunlar ileri yaşlarda artarak devam etmektedir (19).

Okul çağı çocuklarını etkileyen en yaygın kronik sağlık sorunlarından biri olan DEHB, okul ve ailenin desteği ve tıbbi yaklaşımlarla başarı ile tedavi edilmektedir. Hastalığın hem yaygın görülüyor olması, hem ileri yaşlara kadar taşınması, hem de tedavi edilebilir olması nedeniyle koruyucu sağlık hizmetleri için önemli bir müdahale alanı olarak tanımlanabilir. Koruyucu sağlık hizmetleri açısından da bu durumun toplum içindeki sıklığının bilinmesi ve bozukluğu olan çocukların saptanarak erken müdahalede bulunulması önem taşır. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun yaygınlığı, toplumsal bir sorun oluşturması, tanı ve tedavisinin birinci basamakta planlanarak yürütülebilir olması koruyucu hekimlik uygulamaları ile birlikte aile hekimliği uygulamaları içinde de önemli bir yer tutar.

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun tanısında klinik görüşmelerin yanı sıra bu alanda uygulanmak üzere geliştirilmiş bazı ölçekler de yaygın olarak kullanılmaktadır.

Mayıs 2000'de Amerikan Pediatri Akademisi (American Academy of Pediatrics – AAP) tarafından DEHB için ilk defa bir klinik uygulama kılavuzu yayınlamıştır. Bu kılavuzda DEHB'nin birinci basamakta tanı ve değerlendirmesi için tavsiyeler bulunmaktadır. Ocak 2001'de tedavi için tavsiyeler içeren ikinci bir klavuz yayımlanmıştır. Bu kılavuzlar DEHB'nin çocuk hekimleri, gelişimsel pediatristler, çocuk ve ergen psikiyatristleri, psikologlar, çocuk nörologları ve aile hekimleri tarafından multidisipliner bir yaklaşımla birinci basamakta tanı ve yönetimi için odaklanarak hazırlanmıştır. Amerikan Pediatri Akademisinin kılavuzları değerlendirme ve tedavi planı için bir iskelet görevi görmektedir (20). Bu kılavuz, tanı koymak için DSM-IV kriterlerinin kullanılmasını önermekle birlikte aileden ve okuldan verilecek bilgilerle tanının güçlendirilmesi gerekliliğini vurgulamaktadır (1).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı dördüncü baskısı (The Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders fourth edition-DSM-IV)bu bozukluğa "dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu" adını vermiştir. DSM-IV'te, birinde dikkat eksikliğine, diğerinde de hiperaktivite-impulsiviteye ait belirtilerin olduğu iki semptom kümesi oluşturularak, bu iki kümeden herhangi birine ait 6 belirtinin en az 6 ay süreyle, en az iki ortamda ve belirtilerden bazılarının 7 yaşından önce de var olması koşulu ile tanının konulabileceği belirtilmiştir (21).

DEHB semptomları, okul çağında görünür bir biçimde ortaya çıktığı ve sınıf ortamında tutarlı bir biçimde gözlenebildiğinden öğretmenlerin gözlemleri DEHB'nin klinik değerlendirmesi için ana kaynaktır ve öğretmen ölçekleri bu amaç için değerli bilgiler sağlar (8). Öğretmenler, çocukları geniş bir akran bir grubu ile karşılaştırma olanağına sahiptir ve ebeveynler tarafından tanınmayan akademik ve sosyal yetilerle ilgili sorunları da bildirebilir. Ebeveynler ise çocuklarının belli bir zaman süresi içinde ve pek çok farklı durumdaki işlevlerine, davranışlarına alışıktır. Dolayısıyla ebeveyn ve öğretmenler, çocukla ilgili bilgi sahibi olmak için iki önemli kaynaktır.

Ülkemizde DEHB ile ilgili çalışmalarda son yıllarda artış görülmekle birlikte epidemiyolojik çalışmalar oldukça sınırlıdır. Özellikle ergenlik dönemindeki DEHB sıklığı ile ilgili yeterli sayıda çalışma yoktur. Yapılan çalışmalarda değişik sıklıklar belirtilmektedir. Bu durum, epidemiyolojik çalışmalardaki yöntem farklılığından olduğu kadar, DEHB terminolojisindeki karmaşık yapıdan da kaynaklanmaktadır.

Bu çalışmanın amacı ergenlik döneminde ebeveyn ve öğretmen bildirimlerine göre DEHB sıklığının saptanması ve DEHB'ye eşlik eden yıkıcı davranış bozukluklarının birlikte görülme sıklığının araştırılmasıdır.

Ergenleri kapsayan bu araştırma, ülkemizde bu alanda yapılan ilk çalışmalardan biri olma özelliğindedir. Türkiye genelini temsil yeteneği olmamakla birlikte, Ankara'da yaşayan ergenlerle yapılan bu araştırmadan çıkacak sonuçlar, daha sonra Türkiye'de yaşayan ergenlerde DEHB sıklığını belirlemek üzere yapılması planlanan geniş ölçekli bir başka araştırmaya öncü olma niteliğindedir.

GENEL BİLGİLER

Tanım:

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, DSM-IV tanı sınıflamasında Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları başlığı altında yer alan, dikkat eksikliği, aktivitede artış ve impulsivite ile karakterize, çocuğu tüm gelişim sürecinde, okul öncesinden okul çağında ve erişkin dönemde de etkileyen, etiyolojisi heterojen olan ve en sık görülen nörodavranışsal bozukluktur. Bu grup çocukların dikkatlerini ve hareketlerini amaca yönlendirmekte güçlük çektikleri, sıklıkla beklenen normlar çercevesinde sosyal etkileşime giremedikleri bilinmektedir. Bu da onların hem erişkinler, hem yaşıtları ile ilişkilerini olumsuz etkilemektedir. Bu çocukların en önemli sorunlarından biri zekaları ile orantısız bir başarısızlık göstermeleridir (2).

Tarihçe:

Hastalık XIX. Yüzyılda Henrich Hoffman tarafından tanımlanmasına rağmen son otuz yıla kadar açık ve net bir şekilde tanınamamıştır. Tanım ve terminolojisi yıllar içinde geliştirilmiş ve hastalık daha iyi anlaşılmaya başlanmıştır. Çocukluk çağı davranış bozukluklarının hem üzerinde en iyi çalışılmış olanı, hem de en karmaşık olanıdır (22).

Bozukluğun nedenlerine ve en belirgin görünümlerine göre değişik tanımlamalar yapılmıştır. XIX. Yüzyılın sonlarında "Çılgın Aptallar" (mad idiots), "Dürtüsel Delilik" (impulsive insanity) ve "Yetersiz Engelleme" (defective inhibition) olarak farklı adlarla adlandırılmıştır (23). Still yaklaşık yüz yıl önce bu bozukluğu inhibitör iradede bozukluk ve belirgin konsantrasyon ve dikkati sürdürme bozukluğu, ahlaki

kontrol defekti şeklinde tanımlamıştır (24). Still'in (1902) yaptığı tanımlama bugün kullanılana benzeyen kolay anlaşılır bir tanımlamadır. Still bu çocukları aşırı hareketli, bir konuya yoğunlaşamayan, öğrenme güçlükleri ve davranış sorunları olan çocuklar olarak tanımlamıştır. Erkek çocukların, kızlara göre daha fazla etkilendiğini belirterek, organik ve sosyal nedenlerin üzerinde durmuştur. Sonraki yıllarda, bozukluğun organik kökenli olduğu üzerinde yoğunlaşılmıştır (22). I. Dünya savaşından sonra "letarjik ensefalit" ve influenza pandemisini takiben, bunu geçiren çocuklarda davranış bozukluklarının artması, her türlü davranış bozukluğunun temelinde organik bir zemin olduğu düşüncesini kuvvetlendirmiştir (25). Lewin (1938) erişkinlerde görülen davranış bozuklukları ile organik beyin hasarı arasındaki bağlantıyı vurgulayarak, bu organik etiyolojiyi desteklemiştir. Struss (1947) mental retardasyonu olan çocuklarda hiperaktivite, dikkatsizlik, dürtüsellik ve bilişsel yetersizlikler saptayarak organik etiyolojiyi vurgulamaya çalışmış, ancak bu vakalarda belirgin nörolojik hasar olmadığından sendromun ismini ''Minimal beyin hasarı sendromu''olarak değiştirmiştir (25). Kısa bir süre sonra bir grup araştırmacı bütün davranış bozukluklarının temelinde organik bozukluklar olmadığını ileri sürerek minimal beyin hasarı sendromu kavramını eleştirmiştir. Bu eleştiriler üzerine Clement ve Peters (1962) ''Minimal beyin disfonksiyonu''terimini kullanmaya başlamıştır. Çok kısa sürede benimsenen bu terim de heterojen içeriği nedeniyle daha sonra eleştirilere maruz kalmıştır (22).

1970'li yıllarda Rutter'in Wight adası çalışması bu konuda yeni bir dönemin başlangıcı sayılabilir. Bu çalışmada beyin hasarlı çocuklardaki direkt ölçüm çalışmaları sonucu dikkatsizlik, motor aktivite veya impulsivite insidansları, beyin hasarı bulunmayan psikiyatrik bozukluğu olan çocuklardan farklı bulunmamıştır. Bu çalışmanın sonucunda Ruttes hiperaktivite ve dikkatsizlik ile organik temel arasında bağlantı olmadığını belirtmiştir (26).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun DSM içindeki kronolojik gelişimine bakıldığında 1952 yılında çıkan DSM-I'de bu klinik tablonun yer almadığı görülmektedir**.** 1968'deki DSM-II'de, aşırı düzeylerde etkinlik ile karakterize olan

‘’Çocukluğun Hiperaktif Reaksiyonu’’ terimi kullanılmıştır. 1980’de yayımlanan DSM-III’de, bu bozukluk “Dikkat Eksikliği Bozukluğu” başlığı altında biraz daha genişletilmiş, hiperaktiviteye dikkatsizlik ve dürtüsellik eklenmiştir. Klnik tanım olarak da Hiperaktiviteli Dikkat Eksikliği Bozukluğu (DEB+H) ile Hiperaktivitesiz Dikkat Eksikliği Bozukluğu (DEB-H) olarak ayrılmıştır. Hiperaktiviteli Dikkat eksikliği bozukluğunda dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik ana belirtilerdir. Hiperaktivitesiz Dikkat Eksikliği Bozukluğunda ise dikkat eksikliği ve dürtüsellik temel belirtiler olarak ele alınmıştır (27). 1987’de yayımlanan DSM-III-R ’de, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinin daha baskın olarak ele alındığı görülmektedir. Böylece, DEB+H ve DEB-H ayırımı kalkmış ve tanı “Yıkıcı Davranış Bozuklukları” başlığı altında Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olarak ifade edilmiştir. İlk defa burada DEHB ile birlikte görülmesi olası olan “*davranım bozukluğu*” ile “*karşı gelme bozukluğu*” sınıflandırma içinde yer almıştır (25). 1994’de kullanılmaya başlanan DSM-IVde ise “*Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları*”ana başlığı kullanılmıştır. DSM-IV bu bozukluğa ‘’dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu’’ adının altında iki semptom kümesi halinde ele almaktadır. Bir kümede dikkat eksikliği, diğerinde hiperaktivite-impulsiviteye ait belirtiler yer almaktadır. Tanının konulabilmesi için bu iki kümeden herhangi birine ait 6 belirtinin en az 6 ay süreyle bulunması ve en az iki ortamda görülmesinin şart olduğu ve bazı belirtilerin 7 yaşından önce de var olması gerektiği ifade edilmektedir. DSM-IV-TR son 6 ay içinde ön planda olan belirtilere göre DEHB için 3 alt gruptan söz etmektedir (28).

- Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu; Bileşik tip (DEHB-B)
- Dikkat eksikliğ hiperaktvite bozukluğu; Dikkatsiz tip (DEHB-D)
- Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu; Hiperaktif tip (DEHB-H)

Tanı alanların arasında %50 ile %75 arasında bileşik tip görülmektedir. %20 ie %30 arasında dikkatsizliğin baskın olduğu tip ve%15 den az olarak hiperaktif –impulsif tip görülmektedir (29).

DSM-IV de. DEHB-B olan çocuklar daha küçük, çoğunlukla erkek, akranları tarafından daha fazla dışlanan ve DEHB-D olan çocuklara göre akademik başarısızlığı daha fazla olan çocuklardır. DEHB-H alt tipindekiler ise çok daha fazla motor etkinlik ve dürtü kontrol bozukluğu göstermekte fakat akademik sorunlar ve dikkat eksikliği yönünden kontrol gruplarından farklı bulunmamaktadır (27).

Sıklık:

Sıklığı tanı kriterlerinin, araştırma yöntemlerinin, bilgi toplama kaynaklarının farklı olması nedeni ile çeşitli kaynaklarda farklılıklar göstermektedir. DSM-IV kriterlerine göre bu sendromun sıklığı %3 ve %5 arasında belirtilmektedir (30). DEHB sıklığı incelendiğinde erişkinlerin %4'ünü etkilediği tahmin edilmektedir (31).

Dikkat eksikliğinin baskın olduğu tip yaş ile artmaktadır. Dikkat eksikliğinin baskın olduğu tip kızlarda daha sık olarak görülse de, kızlarda bileşik tip daha sık görülmektedir (32). Wolraich ve ark. da (1990) çalışmalarında, kızlarda dikkat eksikliğinin ön planda olduğu DEHB'yi diğer gruplardan daha yüksek bulmuşlar ve DEHB olan kızların daha az hiperaktif ve impulsif davranış gösteren bir yapıya sahip olabileceğini ve bu nedenle erkeklerden daha az tanınabileceğini belirtmişlerdir. DSM –IV' te yer alan dikkat eksikliği alt ipinin daha önce tanıda atlanan kızların tanınması için bir araç olabileceğini belirtmişlerdir (8).

DEHB'de çocuklarda ve ergenlerde erkek/kız oranı 3:1 şeklindedir. Kliniğe başvuranlar incelendiğinde bu oran 10:1 lere çıkabilmektedir bu kızların hastalıklarının fark edilememesinden kaynaklanmaktadır (32).

Ülkemizde ve dünyada DEHB sıklık çalışmaları incelendiğinde örneklemin niteliğine, kullanılan tanı metoduna göre sıklığın değiştiği görülmektedir. Okul çağı çocuklarıyla yapılan çalışmalarda sıklık %2.1'den %19.8'e kadar değişmektedir (3,4,5,6,7,8,9,33). Bu konuda dünyada yapılan çalışmalar aşağıda Tablo 1'de belirtilmektedir.

Tablo 1:Dünyada DEHB sıklığı araştırmaları

Araştırmacı, yılı,kaynak numarası	Örneklem sayısı	Örneklem özelliği	Tanı metodu	DEHB sıklığı
Offord, 1989(3)	1231	12-16 yaş	DSM-III	E:%3.1 K:%1.4
Szatmari, 1989(4)	Geniş bir örneklemde	12-16 yaş	DSM-III	E: %7.3 K: %3.4
Pelham, 1992(5)	931	5-14 yaş	DSM-III-R	%8.5
Gallucci, 1993(6)	232	ilkokul 4. sınıf	DSM-III-R	%6.9
Baumgartel, 1995(7)	1077	5-12 yaş	DSM-IV	%17.8
Leung, 1996(33)	3069	İlkokul	DSM-III DSM-III-R	% 6.1, % 8.9
Wolraich, 1996 (8)	8258	ilkokul	DSM-III-R	%7.3
Wolraich, 1998(9)	4323	ilkokul	DSM-IV	%16.1
Rohde ,1999(34)	1013	12-14 yaş	DSM-IV	%5.8
Gadow, 2000(35)	600	10-12 yaş	DSM-IV	%19.8
Nolan, 2001(36)	3006	3-18 yaş	DSM-IV	%15.8
Barbarasi, 2002(37)	5718	19 yaş	DSM-IV	%7.4
Pineda DA, 2003(38)	330	4-17 yaş	DSM-IV	%11.5
Montiel–Nava C, 2003(39)	394	3-13 yaş	DSM-IV	%10.15
Tamsin Ford, 2003(40)	10438	11-12 yaş 13-15 yaş	DSM-IV	%2.57 %2.10
Costello, 2003(41)	6674	9-16 yaş	DSM-IV	%4.1
Poeta LS, 2004(42)	1898	6-12 yaş	DSM-IV	%5
Cardo, 2007(43)	1509	6-11 yaş	DSM-IV	%4.57

Szatmari ve arkadaşları (1989) Ontario çocuk sağlığı çalışmasında, geniş bir örneklem olarak tanımladıkları 12-16 yaş grubu ergen ve ailelerinin DSM-III kriterlerine göre doldurdukları ölçeklerde prevelansı erkeklerde %7.3, kızlarda %3.4 olarak saptamışlardır. Bu çalışmada, prevalansın 6-9 yaşları arasında % 8 ile en yüksek düzeye çıktığı, okul öncesi ve ergenlik döneminde düştüğü gösterilmiştir. Yaştan ve bilgi alınan kaynaktan bağımsız olarak Dikkat Eksikliği Hiperaktivite semptom sıklığı, erkeklerde istisnasız bir şekilde kızlardan yüksek bulunmuştur.

Ebeveynlerin, çocuklar ve öğretmenlerin her ikisinden de daha az semptom bildirdiğini saptamışlardır (4).

Rohde LA ve arkadaşları (1999) Brezilya'da 12-14 yaş arasındaki ergenlerde DSM-IV kriterlerini karşılayanlarla klinik görüşmeleri sonucunda DEHB sıklığını %5.8 olarak saptamışlardır (44).

Nolan EE ve arkadaşları (2001) Amerikada 3-18 yaşları arasında 3006 öğrencide tarama amaçlı DSM-IV semptom listesini öğretmenlerin doldurduğu çalışmada DEHB davranış sıklığını %15.8 olarak saptamışlardır. Dikkatsiz tip için %9.9, %2.4 hiperaktif tip için ve %3.6 bileşik tip için saptamışlardır. Dikkatsiz tipin okul öncesi çocuklarda %3.9 ile ender olduğunu ve hiperaktif tipin de %0.8 ile gençlerde nadir olduğunu belirtmişlerdir (36).

William J. Barbarasi ve arkadaşları (2002) 1976-1982 yılları arasında Rochesterde doğan 5718 çocuğun izlendiği bir çalışmada 19 yaşındaki ergenler arasında DEHB sıklığını klinik olarak ve DSM-IV kriterlerinin ikisini de karşılamak üzere %7.4 şeklinde bulmuşlardır. Bu kesin DEHB şeklinde tanımlanmıştır. Ancak klinik tanının ya da ölçeğe göre tanının eksik olduğu ve her ikisinin de karşılandığı vakalarda DEHB sıklığı %16 şeklinde bulunmuştur (37).

Türkiye'de yapılan farklı araştırmalarda da ilkokul çağındaki çocuklarda ve ergenlerde DEHB sıklığının % 5-10 arasında değiştiği saptanmıştır (10,11,12,13,14).

Motavallı (1994), 7-9 yaşları arasındaki 620 ilkokul öğrencisinde Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeğini kullanarak sıklığı ebeveynlerin değerlendirmesine göre %6.2, DSM-III-R kriterlerini kullanarak yaptığı klinik değerlendirmede %5 olarak bulmuştur. Aynı çalışmada DSM-III-R kriterlerine göre öğretmenin değerlendirmesi ile oran %10.6 olarak bulunmuştur (10).

Şenol'un (1997) yaptığı bir çalışmada ise DEHB oranı kliniğe başvuranlarda %10 olarak bulunmuş, klinik populasyona göre düşük bulunan bu oran, batı ülkelerine göre düşük başvuru olmasının bir göstergesi olarak değerlendirilmiştir (11).

Albayrak (1998) Uludağ Üniversitesinde yapılan bir uzmanlık tezi çalışmasında Bursa ilinde 8 ayrı okulda yaşları 7 ve 12 arasında olan 1676 öğrenci arasında öğretmen ve ailelerin bildirimlerine göre bu sendromun sıklığını %8.6 olarak bulmuştur. Bu çalışmada Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği, Ankara Conners Ölçeği ve aileler için de DSM-IV semptom listesi kullanılmıştır (12).

Özcan ve ark. (1998) Malatya il merkezinde okul çağı çocuklarında DEHB' nin yaygınlığını araştırmak için yaptıkları çalışmada, 3002 ilkokul öğrencisi için sınıf öğretmenlerinin anket formunda dikkat eksikliği, huzursuzluğu ve yerinde duramaması olduğunu belirttiği öğrencilerden, sistematik örnekleme yöntemiyle belirlenen 43 öğrenci klinik olarak değerlendirilmiş. DEHB tanısı yaygınlığı örneklemde %9.5 olarak bulunmuş. DEHB tanısı konulanlar içinde erkek/kız oranı 2.75 olarak bulunmuştur (13).

Erşan ve arkadaşları (2004) 6-15 yaşları arasında sekiz okulda 1425 çocuğu değerlendirmiştir. Bu çalışmada DSM-IV'e dayalı bir değerlendirme ölçeği öğretmen ya da ebeveyn tarafından doldurulmuştur. Ailelerin bildirimine göre sıklığı %9.55 öğretmenlerin bildirimine göre %7.28 olmak üzere ortalama olarak sıklığı %8.1 olarak saptamışlardır (14).

Etiyoloji:

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tek bir sebebin neden olarak tanımlanmadığı birçok olası etiyolojinin etken olduğu heterojen bir davranışsal bozukluktur (45). Sebep olarak olası birçok etken üzerinde çalışılmaktadır. Ancak kanıtlar erken çocukluk döneminde DEHB'nin açığa çıkmasında, fetal ve erken postnatal dönemde genetik ve çevresel faktörlerin önemli bir rolünün olduğunu düşündürmektedir. Korpus kallozum, bazal ganglia ve frontal lobun alanında küçülme ve frontal-striatal dopamin yolağında perfüzyon azalmasını içeren hem morfolojik hem de fonksiyonel beyin değişiklikleri tanımlanmıştır. Bunun dışında DEHB prematürite ve travmatik beyin hasarı, fetal alkol sendrom ve demir zehirlenmesi gibi zehir maruziyeti, mental retardasyon sendromları ve merkezi sinir

sistemini etkileyen enfeksiyon sekelleri gibi santral sinir sistemine olan bir hasarla da ortaya çıkmaktadır. DEHB bunun dışında fiziksel olarak sağlıklı çocuklarda da ortaya çıkar. İkiz ve aile çalışmaları DEHB'nun güçlü genetik bir parçası olduğunu düşündürmektedir. Moleküler genetik çalışmaları dopamin transporter geninde, D4 reseptör geninde ve insan tiroid reseptör beta geninde anormallikler tanımlamıştır (30).

Genetik ve DEHB: Birçok ikiz çalışmalarının sonuçlarına göre DEHB'nin yüksek oranda genetik olduğu ve kalıtsallığının %77 olduğu saptanmıştır. Amerika, İskandinavya, Avrupa birliğinde yapılan 20 tane ikiz çalışmasının ortalaması alındığında saptanan bu rakamla DEHB'nin kalıtsallığı en yüksek olan psikiyatrik hastalıklar arasında yer aldığı saptanmıştır (46).

Moleküler Genetik Çalışmaları: Bu alanda yapılan çalışmalarda, 16p13 ve 17p11 gen bölgeleri DEHB için risk genlerini barındırmaktadır. Yedi aday gen daha DEHB ile ilişkili olabileceği yönünde istatistiksel olarak anlamlılık göstermektedir. Bunlar; DRD4, DRD5, DAT, DBH, 5-HTT, HTR1B ve SNAP-25'tir (46).

Biolojik Etkenler: Birçok araştırmacı kurşun maruziyetinin semptomlara yol açabileceğini göstermişlerdir. Ancak DEHB vakalarının çoğunda kurşun maruziyeti olmadığı ve kurşun maruziyeti olan birçok olguda DEHB gelişmediği bilinmektedir. Annenin gebeliğinde sigara ve alkol kullanması, düşük doğum ağırlığı ve psikososyal sıkıntılar da DEHB için bağımsız risk faktörleridir. Annenin gebeliğinde ve doğumda yaşanan komplikasyonlar (toksemi, eklampsi, anne yaşı, doğumun süresi, fetal distres, düşük doğum ağırlığı, antepartum kanamalar) DEHB'ye yatkınlık oluşturmaktadır (18).

Psikososyal Sorunlar: Birçok çalışmada DEHB'de psikososyal sorunların önemli olduğu belirtilmiştir. Bu faktörler çocukların adaptasyon fonksiyonları ve duygusal

sağlıkları için önemli olmakla birlikte bu faktörlerin DEHB'ye eğilimi olanlarda tetikleyici olarak yada hastalığın gidişatını etkileyerek rol oynadığı düşünülebilir (18). Literatürde sosyoekonomik düzeyle DEHB sıklığı arasındaki ilişki konusunda fikir birliği yoktur. Szatmari incelemesinde bazı araştırmalarda düşük sosyoekonomik düzeyde DEHB prevalansının arttığını, bir çalışmada ise sosyo ekonomik düzeyin etkisi olmadığını bildirmiştir (4). Nolan ve arkadaşları DEHB ile sosyoekonomik düzey arasında anlamlı bir fark bulmamışlardır (36). Rohde ve arkadaşları da ailenin gelir düzeyi ile DEHB prevalansı arasında anlamlı bir fark saptamamışlardır (34). Andres ve arkadaşları yaptıkları çalışmada düşük orta sosyoekonomik düzeyi ile DEHB prevelansı arasında, istatiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte bu grupta DEHB prevelansını daha yüksek bulmuşlardır (47). Biederman ve arkadaşları, düşük sosyoekonomik düzeyde DEHB prevelansının arttığını saptamışlardır (48).

DEHB nörobiyolojisi:

DEHB nörobiyolojisi tam olarak anlaşılmasa da dopaminerjik ve noradranerjik sistemlerindeki dengesizliklerin DEHB'nin ana semptomları ile ilişkisi gösterilmiştir. Birçok beyin bölgesi DEHB'de bozulmuş fonksiyonlar için adaydırlar. Prefrontal hipotez, plan yapma, hafıza, dikkat ve dürtü kontrolünü sağlayan dorsolateral prefrontal korteksin hastalığın semptomlarında rol oynadığını belirtmektedir (18).

Literatürde kontrol grubu ve DEHB olan bireyler arasındaki beyin volümünü ve beyin bölgeleri fonksiyonlarını karşılaştıran birçok görümtüleme çalışması mevcuttur (49).

Tomografi ve MR görüntüleme yöntemlerini kullanan pek çok çalışmada DEHB olan bireylerde yapısal beyin anormallikleri gösterilmiştir. Bunların arasında en temel bulgular, frontal korteks, serebellum ve subkortikal yapılarda daha küçük volümlerin saptanmasıdır (18).

Castellanos ve arkadaşları (2002) yaptıkları çalışmada DEHB olan bireylerde total serebral ve serebellar volümü daha küçük bulmuşlardır. Volumetrik anormallikler ilerlememiş yaşla sabit kalmış olup cinsiyet açısından fark bulunmamıştır. Volumetrik anormallik hastalığın şiddeti ile paralellik göstermiştir (50).

Birçok fonksiyonel manyetik resonans görüntüleme yöntemi inhibitor kontrolde dorsal ön singulat korteksin hipofonksiyonunu göstermiştir (51).

Beyin görüntüleme çalışmaları DEHB'de ön subkortikal yollarda disfoksiyon kavramına uymaktadır. Bu çalışmalarla belirtilen 3 subkortikal yapı (kaudat, putamen ve globus pallidus) motor control, davranışın baskılanması, yürütücü işlevler ile ilgili nöral ağın bir parçasıdır. Tüm bu frontal-striatal-pallidal-talamik ağlar davranışın düzenlenmesinde kortekse feedback sağlamaktadır. Frontosubkortikal sistem yolları katekolaminlerden zengindir ve bu da hastalığı tedavi etmekte kullanılan stimülanların mekanizmasından sorumludur. Bu ilaçlar dopaminerjik ve veya noradrenerjik yollarla subkortikal aktivitenin kortikal yapılara inhibitor etkilerini artırmaktadır (18).

Görüntüleme çalışmaları ayrıca serebellum ve korpus kallosumu da DEHB patofizyolojisine katmaktadır. Serebellum bilişsel fonksiyonlara pons ve talamusu kapsayan serebellar-kortikal yollarla katılmaktadır. Korpus kallosum ise 2 serebral hemisferin homotipik bölgelerini birbirine bağlamaktadır. Kallosumdaki boyut azalması iki hemisfer arasındaki bağlantıyı engelleyebilir bu da hastalığın bazı bilişsel ve davranışsal semptomlarından sorumlu olabilir (18).

Ayırıcı Tanı ve Değerlendirme

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite tanısı koyarken birlikte görülen ek tanıların varlığı ya da DEHB'yi taklit eden diğer ruhsal, gelişimsel, tıbbi ya da nörolojik bozuklukların olup olmadığı dikkatle araştırılmalıdır (52).

Tanı, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları kliniğinde konulabileceği gibi, bir pediatrist ya da birinci basamakta görev yapan bir aile hekimi tarafından da konulabilmektedir

(53). Bu tanının konulmasında davranış derecelendirme skalaları, klinik görüşme, fizik muayene ve nöropsikolojik muayeneden faydalanılmalıdır (30).

Davranış Derecelendirme Ölçekleri

Birçok davranış değerlendirme ölçeği bulunmaktadır. Conner's derecelendirme ölçeği, Atilla Turgay Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, ADHD Index, Swanson, Nolan and Pelham Checklist [SNAP], add-h: Comprehensive Teacher Rating Scale [aCters]. Bu ölçekler semptomların derecesini ve yaygınlığını saptamada çok önemli olmakla birlikte tek başına tanı koymak için yeterli değildir (30).

Klinik Görüşme

Çocuğun öyküsünün alınması, aileyle görüşme, doğum öncesi ve sonrası gelişimi, anneye babaya, öğretmene çocuğu iyi tanıyan başka aile üyelerine, bozukluğun bilinen sık belirtilerinin sorulması, ana baba tutum ve aile ilişkileri, çocukla görüşme ve gözlem, çocukla kolay anlayabileceği bir dille hastalık belirtilerinin konuşulup hangi belirtilerin ne şiddette bulunduğunun saptanması, bu değerlendirmenin başlıca unsurlarıdır (25).

Kronik hastalıklar Amerika da çocukların %20'sinin dikkatini ve okul performansını etkilemektedir (migren, absens tipi nöbet, astım, alerji, çocukluk kanserleri vb.). Bazan hastalığın kendisi bazan da kullanılan ilaçlar (steroidler, antiepileptikler, antihistaminikler vb.), daha ileri yaştaki çocuklarda ve ergenlerde madde kullanımı okul performansının düşmesi ve dikkatsizlikte rol oynayabilir (30).

Depresyon ve anksiyete bozuklukları da DEHB'nin birçok semptomunu (dikkatsizlik, huzursuzluk, unutkanlık, konsantrasyon bozukluğu vb.) taklit edebilir. Obsesif kompulsif bozukluk DEHB'ye benzeyebilir. Tekrarlayan düşünceler, görüntüler normal günlük aktiviteleri engelleyebilir. Bir yakının vefatı, boşanma,

taşınma, ebeveynin madde kullanımı, ebeveynin aşırı disiplini ya da aşırı koruyucu tutumu DEHB'ye benzer semptomlara neden olabilir (30).

Yaşa uygun fazla aktivite, DEHB'nin eşlik etmediği özel öğrenme bozuklukları, DEHB'nin eşlik etmediği davranım bozukluğu da okulda dikkatsizlik ve hıuzursuzlukla kendini gösterebilir. Uyum bozuklukları da belirtileri ile DEHB'ye çok benzemektedir. Ancak belirtilerinin 6 aydan kısa olması ve daha geç yaşlarda başlaması ile DEHB'den ayırt edilmesi mümkündür (15).

DEHB'ye komorbid olarak bazı bozukluklar eşlik edebilir. Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (%35), depreyon ve duygudurum bozuklukları (%18), anksiyete bozuklukları (%25), ve öğrenme bozuklukları (%10-25) (30).

Fizik Muayene

DEHB'na özgü spesifik bir laboratuar testi yoktur. Dikkat Eksikliği ile beraber olarak konuşma ve dil bozuklukları, Tourette sendromu (%40 DEHB'ye eşlik eder), belirgin gelişimsel bozukluklar, mental retardasyon, Fragil X sendromu, Kleinfelter ve Turner sendromu, davranış ve anksiyete bozuklukları görülebilir (53).

Çocukluk yaş grubunun DEHB gibi semptom veren Hipertiroidi, Fenilketonuri, kronik kurşun zehirlenmesi, prenatal dönemdeki anoksi ve kokain gibi maddelerle karşılaşma, ensefalit ve menenjit gibi santral sinir sistemi enfeksiyonları, kafa travmaları, dejeneratif SSS hastalıkları, epilepsi ve AIDS ayırıcı tanıda yer alır (53).

Hipertansiyon, motor tikler, ataksi ve tiroid hastalıkları stimulan tedavisi için kontraendike olabileceğinden ileri değerlendirme yapılması gerekir (30).

Nöropsikolojik muayene

Çocuğun kişilik özelliklerinin değerlendirilmesinde ve gelişim ve zihinsel yönden değerlendirilmesinde bazı testlerden yaralanılmaktadır. Uluslararası sınıflandırma

sistemi DSM-IV tanı ölçütlerindeki DEHB ölçütleri, ayrıca Dr. Atilla Turgay tarafından 1995'de geliştirilen Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme ölçeği kullanılmaktadır (53).

DSM-IV-TR'de DEHB tanısı konulabilmesi için aşağıdaki temel koşulların var olması gerekmektedir (28).

1. Dikkatsizlik ya da hiperaktivite semptomlarından altısı ya da daha fazlası en az 6 ay süreyle, uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmesi,
2. İşlevsel bozulmaya yol açmış olan bazı semptomların 7 yaşından önce de var olması,
3. İki ya da daha fazla ortamda semptomlardan kaynaklanan bir işlevsel bozulma olması, (örneğin okulda ve evde)
4. Toplumsal, okuldaki ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan belirgin bir bozulma olduğunun açık kanıtlarının olması,
5. Bu semptomlar sadece Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Şizofreni ya da diğer bir Psikotik Bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz..

Erken çocuklukta tanı koymada güçlükler vardır. Çocuklarda normal gelişim döneminde aşırı hareketlilik ve dikkat azlığı belirtileri görülebilir. Ancak çocukların bu özelliklerinin geçici olduğu istediklerinde dikkatlerini verip kendi başlarına oturup dikkat gerektiren dersleri yapabildikleri, oyun oynayabildikleri, faaliyetlere katılabildikleri görülmektedir. Oysa DEHB olan çocuk bunları yapmakta zorlanır. Kız çocuklarında tanı koymak güçtür. DEHB olan kızlar sıklıkla okul başarısızlığı, okula gitmek istememe, okulu sevmeme, anksiyete gibi belirtilerle başvururlar. Dikkat eksikliği semptomlarının daha belirgin olması, kızların hiperaktivitelerinin daha az olması daha az sayıda davranış bozukluğu gösteriyor olmaları DEHB tanısı konmasını güçleştirmektedir (53). .

Öğrenme güçlüğü ile başvuran çocuklar vardır. Öğrenme güçlüğü olan bu çocukların güçlükleri akademik alandadır. DEHB'de davranış ve ilişki sorunları ön plandadır. Hiperaktif bir çocuğu oturtmayı başarırsanız, eğitip öğretebilirsiniz. Ama öğrenme bozukluğu olan vakayı oturtsanız da öğretmeniz çok güçtür (54).

Klinik ve Prognoz

Bu bozukluğun ayrı ayrı belirtileri incelendiğinde bu belirtilerin hiçbirinin bu bozukluğa özgü olmadığı, hatta bu belirtilerin çoğuna normal bireylerde de rastlandığı görülmektedir. Normal bireylerde sadece bu belirtilerin sıklığı, şiddeti ve yaygınlığı açısından fark vardır. Bireyin yaşı ne kadar küçükse, aktivitesi o kadar fazladır (2).

Okul öncesi bu çocuklarda motor huzursuzluk ve harektlilik ön plandadır. Yapılandırılmış aktivitelere yönelemezler, oyun ilişkilerine uyum sağlamakta güçlük çekerler, okula başladıktan sonra hiperaktivite çocuğun yerinde oturmasını engeller, zorla yerine oturtulan çocuk sürekli kıpırdar, arkadaşları ile konuşur, kurallara uymakta güçlük çeker. Dikkatsizlik ve impulsivite ise ödevleri tanımlayamama, organize çalışamama, ödevlerin dağınık ve dikkatsiz yazılması şeklinde görülür. Evde de ödevlerinin başında oturamazlar, başkalarının verdiği yönergeleri izlemekte güçlük çekerler, tamamlanmamış bir işten diğerine atlarlar, sık sık kazalara maruz kalırlar. Arkadaş ilişkilerinde dikkatsizlikleri nedeniyle yapılandırılmış oyunların kurallarını öğrenemezler, arkadaşlarını dinlemekte güçlük çekip, impulsiviteleri nedeniyle oyunlarda sıra bekleyemezler ve tehlikeli aktivitelere yönelirler (2).

DEHB'nin karakteristikleri çocuklar arasında farklılık gösterebilmektedir. Bazı çocuklar çok hareketli ve impulsif ancak çok dikkatli, bazısı birincil olarak dikkatsiz ancak görece olarak daha az aktif olabilirler. Bu çocukların davranımları ortamın gerektirdiklerine göre de farklılık gösterebilir. Örneğin okulda semptomatik olan bir çocuk ailesi tarafından ortalama davranım gösteriyor şeklinde tanımlanabilir ya da sınıftaki organize işlerde dağınık olan çocuk bir bilgisayar oyunu oynarken ortalama bir davranış gösterebilir (55).

Ergenlikte bu aşırı hareketlilik yerini iç huzursuluğuna bırakır, ancak dikkat ile ilgili zorluk büyük oranda devam eder. İmpulsivite ise kendini kural dışı yaşantılara yönelme ile gösterebilir. Bu ergenlerde bu belirtiler dışında ikincil olarak duygudurumda dalgalanma ve özgüven düşüklüğü görülebilir (2).

DEHB'de davranışsal, bilişsel, duygusal ve sosyal alanlarda bazı bozulmalar eşlik etmektedir. Bu bireyler başladıkları projeyi bitirmekte zorlanırlar. Gösterdikleri performansta değişkenlik vardır. Bu hem okul performansında hem de yaptıkları işlerde söz konusudur (25).

Bu bireylerde zaman hissinin kaybolması düzensiz bir şekilde bulundukları anı yaşamalarına neden olur. Örneğin birçok birey sigortasız çalışır çünkü gelecekte olabilecek olaylar için koruma amaçlı para harcamayı anlamak zor gelebilir. Bu bireyler uzak hafızalarının çok iyi olduğunu ancak yakın hafzalarının zayıf olduğunu belirtmektedirler. Bu zorluk parçaların listelerini sıralamada, tarifleri hatırlama ve takip etmede güçlük, bilgileri saklamada zorluk ve rakamlarla zihni işlem yapmada zorluk şeklinde kendini gösterir (25).

Devam eden arkadaşlıkları azdır ve sosyal izolasyonla sonuçlanabilir. Bu bireyler oyun oynarken kurallara uymakta güçlük çekerler, sosyal olarak reddedildiklerinde sözel ve fiziksel olarak agresif olabilirler. Ancak sakin, uyaranın az olduğu, davranışlarını çocuğun ihtiyacına göre ayarlayan bir yetişkinle daha iyi anlaşırlar. DEHB olan ergenler impulsivitelerinin hareketliliklerinin belirgin olmadığı internet sohbet gruplarına başvururlar. Sosyalizasyon problemleri doğru olanı yapmak, yanlış olanı yapmamak, ne yapacağını bilmek ve sonradan bildiğini yapmakta sorunlarla kendini gösterir. Sosyal yetmezliklerin DEHB'nin müdahaleye en dirençli parçası olduğu belirtilmektedir ve bu nedenle çeşitli modalitelerle özelleşmiş tedavilere ihtiyaç duymaktadır (25).

Ross W Gene ve arkadaşları (2001) kızlarda sosyal bozukları araştıran çalışmalarında Social Adjustment Inventory for Children and Adolescents (SAICA) ölçeğini kullanmışlardır. Bu ölçek 76 maddeden; okuldaki zorluklar, yaşıtlarıyla ilişkileri, kardeşleri ve aileleri ile ilişkileri gibi parametreleri içeren 12 alt başlıktan oluşmaktadır. SAICA skoruna göre DEHB olan kızlar olmayanlara göre daha fazla sosyal bozulma göstermekte ve DEHB olan erkekler ile aralarında fark bulunmamaktadır. DEHB olan kızlar ve erkeklerde eşlik eden komorbid bir bozukluk (Karşıt olma karşı gelme bozukluğu, Davranım bozukluğu, Anksiyete Bozuklukları) varsa sosyal bozukluk daha fazla olmaktadır ($p<0.01$) (56).

Bu sendromun belirtileri yaşla birlikte değişkenlik göstermektedir. Okul öncesinde hiperaktivite ön plandayken, okul çağında sınıfın gereksinimleri ile karşı karşıya kalınca dikkat eksikliği daha beliginleşir, ergenlik ve yetişkinlikte dikkat azlığı ve impulsivite sosyal durumlarda daha belirgin ve yıkıcı olmaktadır (55).

Şimdiye kadar yapılan çalışmaların meta analizi incelendiğinde %50 olarak erişkin yaşta da sürdüğü saptanmış olup, minimum olarak DEHB olan çocukların ikisinden bir tanesi erişkin yaşta da bu sendromu taşıyacaktır (17).

Yaşla birlikte semptomlarda azalma olmakla birlikte hiperaktivite impulsivite semptomları daha belirgin olarak azalmakta ancak dikkatsizlik daha az belirgin olarak azalmaktadır. DEHB olan ergen okul başarısızlığı, yaşıtlarıyla olan ilişkilerinde sorunlar, kanun ile sorunlar yaşamak konusunda risk altındadır. Ergende hastalığın yetişkin dönemine kadar süregelmesini öngören faktörler arasında eşlik eden komorbideteler , agresiflik ve suça iştirak yer almaktadır (18).

DEHB sadece çocuğu, ergeni, erişkini değil, stress kaynağı olarak ebeveynlerini de etkilemektedir. Bu sendrom kazalara eğilimi artırmakta, sigara ve madde kullanımı riskini artırmakta, kanun ile ilgili sorunlar oluşturabilmekte, yaşıtlarla ve aile ile ilişkileri bozmakta, okul başarısını düşürebilmekte, iş ile ilgili sorunlar oluşturabilmekte ve psikiyatrik komorbiditeler göstermektedir (45).

Biederman, 2006 yılında yayımlanan DEHB olan erişkinlerle yaptıkları çalışmalarında ortalama tanı konma yaşını 12 olarak saptamakla birlikte, %35'i 18 yaşından önce tanı almamıştır. Bu erişkinlerin kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla sigara ve madde bağımlılığı olduğu, tutuklanmaya maruz kaldıkları bildirilmiştir. Birçoğunun zararlı alışkanlıklarına çocukluk yada ergenlik çağında başladığı saptanmıştır. DEHB tanısı olan erişkinler aynı zamanda kontrol grubuna göre daha düşük eğitim seviyesine, daha düşük gelire sahiptir, daha fazla sınıf tekrarlamışlardır. Bu bireylerde işsizlik ve tam gün iş sahibi olmama, iş değiştirme oranları da daha fazladır. Aileleri ve arkadaşları ile ilişkilerinde de daha fazla sorun yaşadıkları saptanmıştır. Bu bireyler DEHB'nin yaşamlarına zararlı etkisi olduğunu belirtmişlerdir. Bu bireylerin sık olarak çökkün duyguduruma sahip oldukları bildirilmiştir (57).

Psikiyatrik Komorbiditeler

Son 10 yılda epidemiyolojik çalışmalar DEHB olan bireylerde yüksek oranda diğer psikiyatrik bozuklukların birlikteliğini göstermiştir (58). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun komorbidite gösterdiği diğer bozukluklar "Yıkıcı Davranış Bozukluğu" başlığı altında toplanan "Karşı Gelme Karşıt Olma Bozukluğu" (KOKGB) ve "Davranım Bozukluğu"nu (DB) ile birlikte bunların yanında "Duygudurum Bozuklukları", "Anksiyete Bozuklukları", "Öğrenme Bozuklukları", "Tik Bozuklukları", "Madde Kullanım Bozuklukları" şeklinde sıralanabilir (18,25). Toplumdan oluşan örneklemlerde DEHB olan çocuk ve adolesanların %44'ünde diğer bir hastalık da mevcuttur.. DEHB bileşik tipe sahip olan hastalarda en sık bulunan komorbid hastalıklar KOKGB ve daha az olarak DB'dir (59). Kliniklere başvuran çocuk ve adolesanların %54-%67si 7-15 yaşlarında KOKGB kriterlerini karşılamaktadır. Karşı Gelme Karşıt Olma Bozukluğu DB'nin sık olarak öncülüdür (59). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve DB'nin birlikte bulunması DEHB olan çocukların ergenlikte ve erişkin yaşta madde kullanımı bozuklukları için en güçlü tahmin aracıdır (59).

DEHB ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları

DEHB olan çocukların yarısından çoğu diğer bir yıkıcı davranış bozukuğu için de tanı kriterlerini karşılamaktadır (25).

Karşı Gelme-Karşıt Olma Bozukluğu olarak ilk kez 1980'de DSM-III sınıflama sisteminde yerini alan bu tanı kategorisi, sık sık hiddetlenen, büyükleri ile tartışmaya giren, büyüklerin isteklerine uymayan, özellikle başkalarını kızdıran şeyleri yapan, kendi yaramazlıkları için başkalarını suçlayan, alıngan, kızgın, gücenik, kinci çocuk ve ergenleri tanımlamak için kullanılmıştır. Son psikiyatrik bozukluklar sınıflama sistemi olan DSM-IV'te bu bozukluk için tanı ölçütleri bulunmaktadır. Karşı Gelme-

Karşıt Olma Bozukluğu oranı %2-16 arasında bildirilmiştir. Bu oran çlışmalardaki metadolojik farklılıklar sebebi ile farklılık göstermektedir (2).

Davranım Bozukluğu durdurulamayan, yıkıcı, saldırgan, yasa dışı eylemler, başka insanların haklarına yönelik saldırganca tutum ve yaşa uygun olmayan biçimde sosyal normları çiğnemeyi içeren bir klinik tablodur. Bu bozukluğun en erken başlama yaşının 5-6 yaş olduğu, ancak sıklıkla geç çocukluk ya da ergenlikte (10-13yaş) başladığı, nadiren 16 yaşta bile başlayabileceği bildirilmiştir. Tanı koyarken DSM-IV kriterleri kullanılmaktadır (2).

DSM-IV DB'yi çocuklukta başlayan ve ergenlikte başlayan olmak üzere ikiye ayırmaktadır.Erken yaşta başlayan DB daha kötü prognoza sahiptir (25).

Bu bozukluğun prevalansını inceleyen epidemiyolojik çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir.Bu metadolojik farklılıklardan kaynaklanmaktadır. DSM-IV 18 yaşın altında kızlarda %2.9, erkeklerde %6-16 arasında olduğu vurgulanmaktadır. Çalışmalar gözden geçirildiğinde, yaş büyüdükçe prevalansın arttığı, erkeklerde daha sık görüldüğü, kentlerde kırsal kesimden fazla görüldüğü belirtilmektedir (2).

Davranım bozukluğı olan çocukların neredeyse her zaman eşlik eden KOKGB ve veya DEHB'si vardır. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna komorbid olarak Davranım Bozukluğu olduğunda uzun dönem prognoz daha kötü etkilenmektedir. Bu yetişkin dönemde daha fazla antisosyal davranış, madde kullanımı ve agresif davranışa neden olur (25).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile DB ve KOKGB epidemiyolojik ve klinikte yapılan çalışmalarda %30'dan %50'ye kadar birliktelik göstermektedir (18).

Duygudurum Bozuklukları

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Major Depresif Bozukluk birlikteliği DEHB ya da Depresyon için kliniğe başvuran çocuklarda çok sıkça görülmektedir. Depresyon tanısının yüzdeleri, tanının çocukla görüşme ile, aile ile görüşme ile, her

ikisi ile görüşme ile, klinik görüşmedeki izlenimle konmasıyla etkilenmektedir. Klinisyenler depresif semptomları demoralizasyon şeklinde ele almayabilir, reddedilmeye karşı uygun bir davranış şeklinde olduğu şeklinde ısrar edebilir. Ayrıca uykusuzluk, irritabilite, duygudurum dalgalanmaları, kızgınlıkla teşebbüs edilmiş suisidal davranışlar, iştah azlığı ve konsantrasyon problemlerini depresyonun kanıtı olarak tanımakta güçlük çekebilirler. Çünkü bütün bu semptomlar DEHB' nin eşlik eden semptomları olarak anlaşılabilir. Bütün bunların nasıl ele alınacağı konusunda anlaşma olmaması sonucunda DEHB olan çocukların %3'ten %75'e kadar depresyona sahip oldukları belirtilmektedir. DEHB ile bipolar hastalık birlikteliği nadir olmakla birlikte klinik çalışmalar DEHB olan çocukların %16'sının aynı zamanda maniye sahip olduğunu tahmin etmektedir (25).

Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete Bozuklukları kliniklere başvuran DEHB olan bireylerin %10-%40'ında ortalama olarak %25'inde komorbid olarak bulunmaktadır (59). Anksiyete semptomları, bilişsel, effektif, fiziki ve davranışsal olmak üzere 4 kısımda ele alınmaktadır. Bütün bu semptomlar DEHB semptomları ile içiçe geçtiğinden yanlış yorumlanabilir (18). Ancak aile genetik çalışmaları DEHB ve anksiyete bozukluklarının ayrı hastalıklar olduğunu göstermiştir (25). İki hastalık birarada olduğunda sosyal, davranışsal ve akademik bozukluklaralara katkı yapar (18).

Kognitif Performans ve Öğrenme Yetersizlikleri

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuklar zeka ve başarı performansı testlerinin standart ölçümlerinde kontrol grubuna göre daha zayıf performans göstermektedirler. Ek olarak DEHB olan çocuklar okulda daha zayıf performans göstermektedirler (18). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile komorbid öğrenme yetersizliğinin prevalansı kullanılan tanımlamaya bağlı olarak %10'dan %90'a kadar değişmektedir (25).

Tik Bozuklukları

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuklarda daha fazla tik bozukluklarına rastlanmaktadır. Bu durum hareketlere ve vokalizasyona bağlı olarak sosyal bozulmaya ek bir etki oluşturmaktadır. Birçok çalışma Tourette Sendromu olan çocuklarda DEHB tedavi yönteminin DEHB davranışlarının, sinirliliğin ve sosyal beceri kaybının kontrolünde faydalı olduğunu göstermiştir (18).

Madde Kullanımı Bozuklukları

Erişkinlerden retrospektif edinilen bilgiler ve gençlerdeki prospektif gözlemler DEHB olan çocukların ergenlik döneminde sigara ve madde kullanımı için yüksek risk taşıdıklarını göstermektedir (18). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan ergenlerde sigara bağımlılığı oranı DEHB olmayanlara göre iki kat daha fazladır (58). DEHB olan bireyler diğerlerine göre komorbiditeden bağımsız olarak bağımlılıklarını daha uzun süre sürdürmektedirler (58). Madde ve alkol kullanımı hastalıkları olan erişkinlerin %15-%25'i DEHB'ye sahip olarak gösterilmektedir (60).

Tedavi

DEHB nin tedavisi iki alanda ele alınmalıdır. Bunlar farmakolojik olmayan tedavi yöntemleri (eğitimsel tedaviler, bireysel ve aile psikoterapisi) ve farmakoterapiden oluşmaktadır (58).

DEHB'ye eşlik eden başka bir psikiyatrik bozukluk yoksa temel tedavi ilaç tedavisidir. Diğer tedavi yöntemleri (Eğitsel, davranışı değiştirme yöntemleri vs.) ancak ilaç tedavisine başladıktan sonra uygulandığı takdirde yararlı olmaktadır. İlaç tedavisinde birinci seçenek psikostimulan ilaçlardır. Klinik öncesi çalışmalarda stimulanların presinaptik nöronda Dopamin ve Norepinefrin geri alımını bloke

ettiklerini ve böylece nöron dışındaki monoamin miktarını artırdıklarını saptanmıştır (2).

Farmakolojik Olmayan Tedavi

Aileler için destek grupları, DEHB hakkında bilgi edinmek ve çocukları ve kendileri için hazır bulunan kaynaklar hakkında bilgi sahibi olmak için değerlidir. Çocuğun ve ergenin karşılaştıkları zorluklara göre özelleşmiş eğitim planı birçok vakada gereklidir. DEHB'ye sahip gençlerin üçte birinde öğrenme bozuklukları eşlik ettiğinden bu bireyler takip edilmeli ve uygun tedavi planları yapılmalıdır. Okul ve aile gencin durumu hakkında sürekli haberleşme içinde olmalıdır. Okulun psikoloğu bilişsel testleri yapabilir, kişiselleştirilmiş eğitim planına katkıda bulunabilir. Davranışsal ve akademik performans olarak zorluk yaşayan gençlerde okul ve ev ortamında eğitimsel düzenlemeler yapılmalıdır (58).

Bilişsel ve davranışsal özelliklere odaklanan terapilerin çocuklarda, ergenlerde ve erişkinlerde faydalı olduğu gösterilmiştir. Davranışsal tedaviler yıkıcı davranışlarla ve anksiyeteyle birliktelik gösteren vakalarda faydalıdır. Daha geleneksel içgörü yönelimli psikoterapi kendine güven ve kararsızlık sorunları olan veya eşlik eden depresyonu olan bireylerde düşünülmelidir. Organizasyon ve çalışma becerilerini ve kişilerarası ilişkileri geliştirmek için destek ve sosyal beceri kazandırma yöntemleri tedaviye yararı olan katkılardır (58).

Farmakoterapi

DEHB'nin tedavisinde kullanılan ajanlar stimulanlar (metilfenidat ve amfetamin), stimülan olmayanlar (atomoxetine), alfa agonistleri (clonidine ve guanfacine), bupropion, trisiklik antidepresanlar ve yeni olarak modafinil ve nikotinik agonistlerdir. Bu ilaçların herbiri değişik mekanizmalarla etki eder (61).

Birçok plasebo kontrollü randomize çalışma DEHB tedavisinde stimülanların etkili ve güvenli olduğuna kanıt sağlamıştır. Stimülanlar DEHB tedavisinde genel olarak ilk tercih olarak düşünülmektedir. Stimülanların etkileri ve güvenli olmalarına rağmen birçok nedenden dolayı alternatif tedaviler gerekmektedir. DEHB olan

bireylerin %10-30'u, stimülanlara cevap vermeyebilir ya da iştah azalması, uyku bozuklukları, duygudurum dalgalanmaları ve komorbid tik bozukluğunun artışı gibi potansiyel yan etkileri tolere edemeyebilir. Bu hastalar için atomoxetine ve diğer alternatif ilaçlar araştırılmıştır (62).

Stimülanlar

Ülkemizde mevcut olan, ayrıca uluslararası çalışmalarda da en çok ismi geçen psikostimulan Metilfenidattır (Ritalin). DEHB'de Metilfenidatın %75 oranında etkinliği bildirilmektedir. Bu ilacın kullanıldığı süre içerisinde belirtileri düzelttiği ancak ara verildiği dönemlerde belirtilerin geri gelebileceği bilinmektedir. İlaç kullanım süresi konusunda standart bir süre söz konusu değildir. Belirtilerin erişkin çağa kadar sürebileceğinden tedavi uzun süreli olabilir. Metilfenidatın en önemli yan etkileri pozitif adrenerjik agonistik etkilere bağlıdır. En sık uykusuzluk, iştahsızlık, kilo kaybı, baş ağrısı, istirahat halinde kalp ritminde artış, sistolik kan basıncı hafif yükselmesi, nadiren tikler ve davranışsal rebound özellikle okulun son saatlerinde görülür. Akşam dozu vermemek ayrıca yemek aralarında ilacın verilmesi uykusuzluk ve iştahsızlık gibi yan etkileri minimuma indirmektedir. Tedavi süresi bir yılı geçerse tolerans gelişebilir. Bu durumda tedaviyi değiştirmek uygundur. Bireylerin %25'inin psikostimülanlara yanıt vermediğinde veya herhangi bir sebeple kontraendike olduğu durumlarda (örn: tikler) alternatif ilaçlar seçilmelidir (2).

Atomoxetine

Atomoxetine DEHB tedavisi için Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (United States Food and Drug Administration-FDA) tarafından onaylanan ilk stimülan olmayan ilaçtır (63). Atomoxetine en iyi değerlendirilmiş stimülan olmayan tedavi ajanıdır ve geleneksel DEHB tedavisine stimülan olmayan ilaçlar ele alındığında etkinliği ve tolere edilebilirliği ile ilk tercih edilebilecek olandır (62). Atomoxetine presinaptik norepinefrin alımını inhibe eder bu da sinaptik norepinefrinin artışı ile sonuçlanır. Atomoxetine serotonin geri alımına az bir etki gösterir ve diğer reseptörlere nörotransmitterlere ve taşıyıcılara minimal afinitesi vardır. Araştıcılar atomoxetinein

bilgi ve cevap hazırlık analizini yapan arka dikkat sistemlerini norepinefrine bağlı etkisi ile etkilediğini düşünmektedirler. Ayrıca prefrontal korteksteki dopamin miktarını artırdığını ve bunun da bilişsel fonksiyonu geliştirdiğini düşünmektedirler(61). Çocuklarda ve ergenlerde yan etkileri dispepsi, bulantı kusma, iştahsızlık ve kilo kaybıdır (63). Atomoxetinin günde tek doz kullanılması avantajıdır (62).

Trisiklik Antidepresanlar

Trisiklik antidepresanlar histaminerjik ve kolinerjik reseptörleri etkilese de araştırmalar DEHB tedavisinde etkin olmasını katekolamin geri alımına özellikle norepinefrine bağlı olduğunu belirtmektedir (61). İmipraminin (Tofranil) ülkemizde DEHB tedavisinde yaygın kullanımı söz konusudur. Yarı ömürlerinin uzun olması bazen günlük tek dozla tedavinin yürütülebilmesi, psikostimülanlara üstün yönüdür. Etkin dozu 1-5 mg/kg/günlüktür. Ancak 3mg/kg dozun üstüne çıkmak ciddi kardiyotoksik risk nedeniyle tercih edilmez (2). Trisiklik antidepresanlar stimulanlar ve atomoxetineden sonra üçüncü tercih olarak kullanılmalıdır ve kardiak aritmi riski, kaza ile veya bilinçli olarak yüksek doz kullanım tehlikesi ve olası antikolinerjik ve antihistaminik yan etki riski sebebiyle risk yarar oranı hesaplandıktan sonra kullanılmalıdır. Ancak trisiklik antidepresanlar özellikle tikleri olan DEHB alt gruplarında kullanılmaktadır (62). Doz artımı ve kesilmesinin çok yavaş olması gerekmektedir. En önemli yan etki kardiyotoksik etkidir. Tedaviye başlamadan önce ve doz artışları öncesi de EKG çekimi gerekmektedir (2).

Diğer henüz lisans almamış ajanlar alfa agonistler, bupropion ve diğerleridir ve kanıtlar küçük ölçekli çalışmalara dayanmaktadır. Bu ilaçlar ilk tercih ilaçlar olarak tavsiye edilmemektedir. Bu ajanların kullanımı DEHB'nin yönetiminde özel eğitime sahip klinisyenler tarafından yönetilmeli ve denetlenmelidir (62).

Clonidine ve Guanfacine

Alfa agonist olan bu ajanlar presinaptik ve postsinaptik norepinefrini module eden ortak özellikler paylaşmaktadırlar. Clonidine alfa adrenerjik agonistik etkileri olan bir antihipertansiftir ve tiklerin eşlik ettiği DEHB'yi tedavi etmede etkin olduğu gösterilmiştir. Guanfacine de tiklerin eşlik ettiği DEHB'yi tedavi etmede etkindir ve clonidinin etkilerine paralellik gösterir (61). Alfa 2 adrenerjik agonistler hiperaktivite ve dürtüselliği, eşlik eden sinirlilik, tikler ve orta düzeydeki uyku bozukluklarını azaltabilir. Ancak dikkat problemlerinde daha az etkin olarak gözükmektedir ve kardiyovasküler yan etkileri olabilir (62).

Bupropion

Bupropionun etki mekanizması dopamin ve norepinefrinin geri alım inhibisyonu ve dopaminerjik nörotransmisyonu artırmasını içermektedir (61).

DEHB de stimülan olmayan ilaçların kullanımı için umut vaat eden sonuçlar olsa da DEHB tedavisinde alternatif farmakolojik tedavilerin rolünü daha iyi tanımlamak için stimülanlarla daha fazla karşılaştırmalı çalışmalar gerekmektedir (62).

YÖNTEM VE GEREÇ

Yöntem

Çalışma kesitsel bir çalışma olup Ankara ilinde 20 Nisan 2007 ve 20 Haziran 2007 tarihleri arasında 5 ilköğretim kurumu ve 4 lisede yürütülmüştür.

Çalışma için İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nün ve ilgili okulların yöneticilerinin izni alınmıştır. Ayrıca ailelere dolduracakları ölçekle birlikte çalışmanın amacını anlatan bir form gönderilmiştir ve çalışmaya kendi rızaları ile gönüllü olarak katıldıklarına dair yazılı onam formu ile izinleri alınmıştır.

Bu çalışmada herbir okula ayrı ayrı gidilerek öğretmenlere DEHB sıklığı ve önemi hakkında bilgi verilmiş olup öğrenci seçiminin varsa rehber öğretmen yoksa ilgili öğretmen tarafından rastgele seçilmesi istenmiştir. Çalışmada her öğrenci için hem sınıf öğretmenlerinden hem de kendi ailesinden ayrı ayrı birer adet ölçek formu doldurmaları istenmiştir. Ölçek formları öğretmenlere açık olarak ailelere ise bir adet bilgilendirme formu, bir adet sosyodemografik özellikler anket formu ve ölçek formunu içeren zarf ile mümkünse tek tek okula çağrılarak mümkün olmadığında da öğrenciler vasıtasıyla ulaştırılmıştır. Doldurulan formlar kapalı zarfla okul idaresine 15 gün içinde teslim edilmiştir.

Çalışmaya başlandığında hedef olarak herbir sosyoekonomik düzeyden 5 ayrı okul içeren Ankara ilinde 15 ayrı okul saptandı. Herbir okuldan rastgele belirlenecek 40 öğrenciden oluşan toplam 600 öğrenciyi kapsayan bir populasyon oluşması planlandı. 15 okula ayrı ayrı gidildi ve çalışma anlatıldı. Ancak çalışmada geri bildirim alamadığımız okullar oldu. Geri bildirim aldığımız okulların herbirinden 40 öğrenci hedeflenmişti. Ancak okullardan geri bildirimlerde hedeflenen sayıya ulaşılamadı.

Tablo 2: Çalışmaya katılan öğrencilerin okullara ve cinsiyete göre dağılımı

Sosyoekonomik düzey	**Okul adı**	**Hedeflenen öğrenci sayısı**		**Ulaşılan öğrenci sayısı**		**Hedefe ulaşma yüzdesi**
		Kız	**Erkek**	**Kız**	**Erkek**	
Düşük	*Ali Naili Erdem Lisesi*	20	20	4	7	%27.5
	Fatih Sultan Mehmet İlköğretim Okulu	20	20	15	20	%87.5
	Metehan İlköğretim Okulu	20	20	14	15	%72.5
Orta	*Abidinpaşa İlköğretim Okulu*	20	20	3	12	%37.5
	Abidinpaşa Lisesi	20	20	10	22	%80
	Kanuni Lisesi	20	20	21	19	%100
	Seyranbağları İlköğretim Okulu	20	20	10	27	%92.5
Yüksek	*Ankara Üniversitesi Vakıf İlköğretim Okulu*	20	20	16	6	%55
	Ankara Üniversitesi Vakfı Lisesi	20	20	14	16	%75
TOPLAM		180	180	107	144	%69.7

Tablo3:Çalışmaya katılan öğrencilerin bilgi alınan kaynağa göre dağılımı

Okul adı	**Hedefe ulaşma yüzdesi**	**Ulaşılan öğrenci sayısı**	**Sadece Öğretmenin form doldurduğu**	**Sadece Ailenin form doldurduğu**	**Öğretmen ve ailenin form doldurduğu**
Ankara Üniversitesi Vakfı İlköğretim Okulu	%55	22	5	4	13
Ankara Üniversitesi Vakfı Lisesi	%75	30	_	14	16
Ali Naili Erdem Lisesi	%27.5	11	3	_	8
Abidinpaşa İlköğretim Okulu	%37.5	15	2	1	12
Abidinpaşa Lisesi	%80	32	1	1	30
Fatih Sultan Mehmet İlköğretim Okulu	%87.5	35	1	_	34
Kanuni Lisesi	%100	40	-	-	40
Metehan İlköğretim Okulu	%72.5	29	3	2	24
Seyranbağları İlköğretim Okulu	%92.5	37	14	14	9
TOPLAM	%69.7	251	29	36	186

Sonuç olarak 9 farklı okuldan yaşları 11-18 arasında olan 107 kız ve 144 erkek öğrenci olmak üzere toplam 251 ergen çalışmaya dahil edilmiştir.186 öğrenci için hem aile hem öğretmen, 29'u için sadece öğretmen ve 36'sı için sadece aile form doldurmuştur. İstatistiksel olarak bu formlar ayrı ayrı ele alınmıştır.

Gereç

Çalışmada Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (Atilla Turgay) ve sosyodemografik özellikler için anket formu kullanılmıştır. Bunların birer örneği ekler bölümünde verilmiştir.

Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği Dr Atilla Turgay tarafından DSM-IV tanı kriterleri ele alınarak hazırlanmıştır. Bu ölçekle Yıkıcı Davranım Bozukluklarından olan DEHB, KOKGB ve DB tarama ve değerlendirilmesi yapılmaktadır.

Toplam 41 sorudan oluşan bu ölçekte 9 soru dikkat eksikliği, 9 soru hiperaktivite, 8 soru KOKGB ve 15 soru DB tarama ve değerlendirilmesi için bulunmaktadır. Herbir sorunun cevabı yok, biraz, fazla ve çok fazla şeklinde verilebilmektedir. Bu çalışmada yok ve biraz cevapları için1 ve fazla ve çok fazla cevapları için 2 puan verilmiştir. Dikkat eksikliği için 9 sorudan 6 tanesinden 2 puan almak, hiperaktivite için 9 sorudan 6 tanesinden 2 puan almak, KOKGB için olan 8 sorudan 4'ünden 2 puan almak, DB için olan 15 sorunun 3'ünden 2 puan almak yeterli sayılmıştır (28).

Semptom listesi ele alınırken, sıklık saptanmasında esas olarak aile ve öğretmenin aynı öğrenci için doldurmuş oldukları ölçeklerin ikisinde de yeterli puanı almak gerekliliği göz önünde bulundurulmuştur. Ancak sadece ailelerin ya da sadece öğretmenlerin doldurdukları formların sonuçları da istatistiksel olarak değerlendirmeye alınmış ve tablolarda gösterilmiştir.

İstatistiksel Değerlendirmeler

Verilerin analizi SPSS (Statistical Package for Social Science) 11.5 paket programında yapılmıştır.. Tanımlayıcı istatistikler yaş için ortalama ± st.sapma, ailedeki çocuk sayısı için ortanca (minimum-maksimum), kategorik değişkenler ise gözlem sayısı ve (%) biçiminde gösterilmiştir. Bağımsız gruplar arasında yaş ortalamaları yönünden farkın anlamlılığı Student's t testi ile anne, babanın eğitim düzeyi, okul grupları ve ailedeki çocuk sayısı yönünden istatistiksel olarak anlamlı farkın olup olmadığı Student's t testi ile veya Mann Whitney U testi ile incelenmiştir. Kategorik karşılaştırmalar için Ki-Kare veya Fisher'in Tam Olasılık testi kullanılmıştır. Öğretmenler ile ebeveynlerin bozukluk saptama yaygınlıkları arasındaki farkın anlamlılığı ise McNemar testi ile araştırılmıştır. Kızlara göre erkek cinsiyet faktörünün dikkat eksikliği, hiperaktivite, karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğuna neden olma riski için Odds Oranı ve %95 Güven Aralığı hesaplanmıştır. $p<0,05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya yaşları 11-18 arasında değişen, yaş ortalaması 14.3 +- 1.66 olan %29.9 düşük, %49.4 orta ve %20.7 yüksek sosyoekonomik düzeydeki okullarda okuyan 251 öğrenci katılmıştır. Çalışmaya katılan öğrencilerin 107 (%42.6) tanesi kız ve 144 (57.4) erkek öğrencilerden oluşmuştur. Öğrencilerin üç farklı sosyokonomik düzeydeki okul gruplarına ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 4. Öğrencilerin cinsiyet ve okul gruplarına göre dağılımı

	KIZ	**ERKEK**	**TOTAL**
DÜŞÜK	33	42	75
ORTA	44	80	124
YÜKSEK	30	22	52
TOTAL	107	144	251

Çalışmaya katılan öğrencilerin anneleri ve babalarının eğitim düzeyleri Tablo 3'de belirtilmiştir.

Tablo 5. Anne ve babaların eğitim durumuna göre dağılımları

	Annenin Eğitim Düzeyi		**Babanın Eğitim Düzeyi**	
	N	**%**	**N**	**%**
Okur Yazar Değil	6	(%2,4)	1	(%0,4)
Okur Yazar	10	(%4,0)	6	(%2,4)
İlkokul	83	(%33,1)	49	(%19,5)
Ortaokul	35	(%13,9)	51	(%20,3)
Lise	34	(%13,5)	46	(%18,3)
Üniversite	38	(%15,1)	52	(%20,7)
Belirtilmemiş	45	(%17,9)	46	(%18,4)

Tablo 6. Çalışmaya katılan anne ve babaların çalışma durumları

	Annenin çalışma durumu		**Babanın çalışma durumu**	
	N	**%**	**N**	**%**
Çalışmıyor	150	(59.8)	13	(5.2)
Çalışıyor	56	(22.3)	193	(76.9)
Belirtilmemiş	45	(17.9)	45	(17.9)

Çalışmaya katılan ailelerin çocuk sayısı 1-11 arasında değişmekle birlikte ortalama 2'dir. Anne yaşı ortalaması 39.3+ 5.00 ve baba yaşı ortalaması 43.6+ 5.23 olarak değişmektedir.

Çalışmaya katılan okullarda hem aile hem öğretmenlerden bilgi toplanması hedeflenmiştir. Ancak okullarda sadece aile, sadece öğretmen ve her iki kaynaktan olmak üzere okuldan okula farklılık gösteren bir dağılım elde edilmiştir. Her okuldan eşit olarak 40 öğrenciden veri toplanması hedeflenmiş ancak okullara göre öğrenci sayısında da değişen dağılım elde edilmiştir. Tablo 4'te düşük, orta ve yüksek sosyoekonomik düzeydeki okullara göre çalışmaya katılan öğrenciler ve bilgi edinilen kaynak gösterilmektedir.

Tablo 7. Bilgi edinilen kaynakların okullara ve okul gruplarına göre dağılımı

	Çalşmaya Katılan Okullar	**Sadece aile**	**Sadece öğretmen**	**Aile ve öğretmen**	**toplam**
Düşük	Ali Naili Erdem lisesi	-	3	8	11
	Fatih Sultan Mehmet İlköğretim Okulu	-	1	34	35
	Metehan İlköğretim Okulu	2	3	24	29
Orta	Abidinpaşa İlköğretim Okulu	1	2	12	15
	Abidinpaşa Lisesi	1	1	30	32
	Kanuni Lisesi	-	-	40	40
	Seyranbağları İlköğretim Okulu	14	14	9	37
Yüksek	AÜ Vakıf İlköğrretim Okulu	4	5	13	22
	AÜ Vakfı Lisesi	14	-	16	30

Tablo 8. Ailelere ve öğretmenlere göre DEHB ve alt gruplarının sıklığının dağılımı (2008)

	Aile (n=222)		Öğretmen (n=215)	
	N	**%**	**N**	**%**
Bozukluk Yok	194	(%87,4)	156	(%72,6)
DEHB-D	9	(%4,1)	17	(%7,9)
DEHB-H	11	(%5,0)	20	(%9,3)
DEHB-B	8	(%3,6)	22	(%10,2)

Ailelerin bildirimine göre DEHB sıklığı %12.7 öğretmenlere göre 27.4 olarak saptandı. Alt gruplara göre dağılımda ise ailelere göre hiperaktif tip %5 ile en yüksek yüzdeye, öğretmenlere göre bileşik tip %10.2 ile en yüksek yüzdeye sahipti.

Tablo 9. Aile ve öğretmenlere göre KOKGB ve DB sıklığının dağılımı (2008)

	Aile (n=222)		Öğretmen (n=215)	
	N	**%**	**N**	**%**
Bozukluk Yok	189	(%85,1)	170	(%79,1)
Karşı gelme bozukluğu	3	(%1,4)	4	(%1,9)
Davranım bozukluğu	27	(%12.2)	26	(%12,1)
Karşı gelme +Davranım Bozukluğu	3	(%1.4)	15	(%7.0)

Tablo 10. Aile ve öğretmenlerin doldurdukları ölçeklere göre DEHB ve alt tiplerinin dağılımı (2008)

Öğretmen					
Aile	**Bozukluk Yok**	**DEHB-H**	**DEHB-D**	**DEHB-B**	***Toplam***
Bozukluk Yok	129 (%79,1)	11 (%6,7)	13 (%8,0)	10 (%6,1)	163(%87,6)
DEHB-H	5 (%71,4)	-	-	2 (%28,6)	7 (%3,8)
DEHB-D	6 (%66,7)	-	1 (%11,1)	2 (%22,2)	9 (%4,8)
DEHB-B	1 (%14,3)	3 (%42,9)	1 (%14,3)	2 (%28,6)	7 (%3,8)
Toplam	141 (%75,8)	14 (%7,5)	15 (%8,1)	16 (%8,6)	186

186 öğrenci için hem aile hem öğretmen ölçek doldurmuştur. Bu ölçeklerde hem ailenin hem öğretmenin DEHB saptamadığı 129 öğrenci mevcuttur. Bu 186 öğrencinin %79.1'ine denk gelmektedir. Geri kalan 57 öğrencinin 1'inde hem aile hem öğretmen DEHB-D tip, 2'sinde DEHB-B tip için kriterlere uyan semptom bildirmiştir. 2 öğrencide öğretmene göre DEHB-B tip kriterini karşıladığı düşünülen çocukta aileleri sadece DEHB-D tipe uyan semptom bildirmişlerdir. Aksi olarak 3 ergende ailelerin DEHB-B tipe uyan semptom bildirmesine rağmen öğretmenler sadece DEHB-H kriterlerine uyan semptom bildirmişlerdir. 1öğrencide de öğretmenin DEHB-D kriterine uyduğu semptom bildirmesine rağmen aile DEHB-B tipi karşılayan semptom bildirmiştir.2 öğrenci için de öğretmen DEHB-B tipe uyan semptom bildirmesine rağmen ,aile sadece DEHB-H tipe uyan septom bildirmiştir. Sonuç olarak Aile ve öğretmenin ortak olarak bildirimlerine göre alt tiplerde bazı farklılıklar olmasına rağmen 11 ergende DEHB kriterleri ortak olarak karşılanmıştır. Bu da 186 öğrencinin %5.9 'una denk gelmektedir.Geri kalan 46 ergende ya aile ya da öğretmen DEHB'ye uyan semptom bildirmişlerdir. Aile ve öğretmenlerin bildirimlerine göre 186 öğrencinin 57'sinde %20.9 aile ve veya öğretmen DEHB'ye uyan semptom bildirmişlerdir.

Tablo 11. Ailelerin billdiriminlerinde DEHB'nun cinsiyete göre dağılımı (2008)

	Aile (n=222)					
	Kız		**Erkek**		**Odds Oranı**	**p**
	N	**%**	**N**	**%**		
Bozukluk Yok	95	(%49,0)	99	(%51,0)	1,00	-
Bozukluk Var	4	(%14,3)	24	(%85,7)	5,76 (1,92 -17,21)	<0,001
Dikkat Eksikliği		-	9	(%100)	-	0,004
Hiperaktivite	2	(%18,2)	9	(%81,8)	4,32 (0,91 – 20,50)	0,093
Dikkat Eksikliği + Hiperaktivite	2	(%25,0)	6	(%75,0)	2,88 (0,57 – 14,62)	0,282

Ailelerin bildirimlerine göre DEHB erkeklerde kızlara oranla anlamlı olarak 5.76 kat daha fazla saptanmıştır. ($p<0.001$). DEHB alt tiplerine göre DEHB-D tipi sadece erkeklerde saptanmıştır. DEHB-H tipi erkeklerde 4.32 kat daha fazla görülmektedir. Ancak bu istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmamıştır.. Aynı şekilde DEHB-B tip erkeklerde 2.88 kat fazla olarak saptanmıştır ancak bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmamıştır.

Tablo 12. Öğretmenlerin bildiriminlerinde DEHB'nun cinsiyete göre dağılımı

	Öğretmen (n=215)					
	Kız		**Erkek**		**Odds Oranı**	**p**
	N	**%**	**N**	**%**		
Bozukluk Yok	81	(%51,9)	75	(%48,1)	1,00	-
Bozukluk Var	11	(%18,6)	48	(%81,4)	4,71 (2,28 – 9,75)	<0,001
Dikkat eksikliği	3	(%17,6)	14	(%82,4)	5,04 (1,39 – 18,23)	0,007
Hiperaktivite	4	(%20,0)	16	(%80,0)	4,32 (1,38 – 13,50)	0,007
Dikkat eksikliği + Hiperaktivite	4	(%18,2)	18	(%81,8)	4,86 (1,57 – 15,01)	0,003

Öğretmenlerin bildirimlerine göre DEHB erkeklerde kızlara oranla istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde 4.71 kat daha fazla görülmektedir. DEHB alt tiplerine bakıldığında erkeklerde kızlara oranla DEHB-D tipinde 5.04 kat, DEHB-H tipinde 4.32 kat ve DEHB-B tipinde 4.86 kat olmak üzere tüm alt tiplerde istatistiksel olarak anlamlı olarak daha fazla saptanmıştır..

Tablo 13. Ailelere göre dikkat eksikliği semptomlarını karşılama durumunun yaş, okul grubu ve ailedeki çocuk sayısı ile ilişkisi (2008)

		Aile		
		Dikkat Eksikliği Yok	**Dikkat Eksikliği Var**	**P**
Yaş		14,3±1,66	13,9±1,60	0,359
Okul Grubu	Düşük Orta Yüksek	63 (%31,0) 95 (%46,8) 45 (%22,2)	5 (%26,3) 12 (%63,2) 2 (%10,5)	0,332
Ailedeki çocuk sayısı		2 (1-11)	2 (1-3)	0,103

Ailelerin bildirimine göre dikkat eksikliği semptomlarını karşılayan bireylerde yaş, sosyoekonomik düzeye göre okul grubu ve ailedeki çocuk sayısı ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 14. Öğretmenlere göre dikkat eksikliği semptomlarını karşılama durumunun yaş, okul grubu ve ailedeki çocuk sayısı ile ilişkisi (2008)

		Öğretmen		
		Dikkat Eksikliği Yok	**Dikkat Eksikliği Var**	**P**
Yaş		14,4±1,60	14,5±1,74	0,691
Okul Grubu	Düşük Orta Yüksek	64 (%37,0) 80 (%46,2) 29 (%16,8)	9 (%21,4) 28 (%66,7) 5 (%11,9)	0,057
Ailedeki Çocuk Sayısı		2 (1-11)	2 (1-4)	0,291

Öğretmenlerin bildirimine göre dikkat eksikliği septomlarını karşılayan bireylerde yaş, okul grubu ve ailedeki çocuk sayısıyla istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 15. Ailelere göre hiperaktivite semptomlarını karşılama durumunun yaş, okul grubu ve ailedeki çocuk sayısı ile ilişkisi (2008)

		Aile		
		Hiperaktivite Yok	**Hiperaktivite Var**	**P**
Yaş		14,3±1,62	13,7±2,05	0,171
Okul Grubu	Düşük Orta Yüksek	64 (%31,2) 97 (%47,3) 44 (%21,5)	4 (%23,5) 10 (%58,8) 3 (%17,6)	0,656
Ailedeki çocuk sayısı		2 (1-11)	2 (1-5)	0,795

Ailelere göre hiperaktivite semptomlarını karşılayan bireylerde yaş, sosyoekonomik düzeye göre okul grubu ve ailedeki çocuk sayısı ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 16. Öğretmenlere göre hiperaktivite semptomlarını karşılama durumunun yaş, okul grubu ve ailedeki çocuk sayısı ile ilişkisi (2008)

		Öğretmen		
		Hiperaktivite Yok	**Hiperaktivite Var**	**P**
Yaş		14,4±1,58	14,5±1,86	0,565
Okul Grubu	Düşük Orta Yüksek	62 (%35,2) 83 (%47,2) 31 (%17,6)	11 (%28,2) 25 (%64,1) 3 (%7,7)	0,118
Ailedeki çocuk sayısı		2 (1-11)	2 (1-4)	0,542

Ailelere göre hiperaktivite semptomlarını karşılayan bireylerde yaş, sosyoekonomik düzeye göre okul grubu ve ailedeki çocuk sayısı ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 17. Aileye göre dikkat eksikliği semptomlarını karşılama durumunun anne ve baba eğitim düzeyi ile ilişkisi (2008)

Aile						
		Dikkat Eksikliği Yok		**Dikkat Eksikliği Var**		**p**
		N	**%**	**N**	**%**	
Anne Eğitim Düzeyi	Okur Yazar Değil	6	(%3,2)	-	-	0,193
	Okur Yazar	10	(%5,3)	-	-	
	İlkokul	77	(%40,7)	6	(%35,3)	
	Ortaokul	33	(%17,5)	2	(%11,8)	
	Lise	28	(%14,8)	6	(%35,3)	
	Üniversite	35	(%18,5)	3	(%17,6)	
Baba Eğitim Düzeyi	Okur Yazar Değil	1	(%0,5)	-	-	0,738
	Okur Yazar	6	(%3,2)	-	-	
	İlkokul	46	(%24,5)	3	(%17,6)	
	Ortaokul	47	(%25,0)	4	(%23,5)	
	Lise	38	(%20,2)	8	(%47,1)	
	Üniversite	50	(%26,6)	2	(%11,8)	

Aileye göre dikkat eksikliği semptomlarını karşılayan bireylerde anne ve baba eğitim durumu ile ilişki karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır..

Tablo 18. Öğretmenlere göre dikkat eksikliği semptomlarını karşılama durumunun anne ve baba eğitim düzeyi ile ilişkisi (2008)

Öğretmen						
		Dikkat Eksikliği Yok		**Dikkat Eksikliği Var**		**p**
		N	**%**	**N**	**%**	
Anne Eğitim Düzeyi	Okur Yazar Değil	5	(%3,3)	-		0,528
	Okur Yazar	7	(%4,6)	2	(%6,7)	
	İlkokul	61	(%40,4)	14	(%46,7)	
	Ortaokul	25	(%16,6)	6	(%20,0)	
	Lise	23	(%15,2)	4	(%13,3)	
	Üniversite	30	(%19,9)	4	(%13,3)	
Baba Eğitim Düzeyi	Okur Yazar Değil	1	(%0,7)	-		0,362
	Okur Yazar	3	(%2,0)	2	(%6,9)	
	İlkokul	33	(%21,9)	8	(%27,6)	
	Ortaokul	43	(%28,5)	5	(%17,2)	
	Lise	29	(%19,2)	9	(%31,0)	
	Üniversite	42	(%27,8)	5	(%17,2)	

Öğretmenlere göre dikkat eksikliği semptomlarını karşılayan bireylerde anne ve baba eğitim durumu ile ilişki karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 19. Aileye göre hiperaktivite semptomlarını karşılama durumunun anne ve baba eğitim düzeyi ile ilişkisi (2008)

Aile						
		Hiperaktivite Yok		Hiperaktivite Var		p
		N	%	N	%	
Anne Eğitim Düzeyi	Okur Yazar Değil	6	(%3,2)	-		0,667
	Okur Yazar	9	(%4,7)	1	(%6,25)	
	İlkokul	78	(%41,1)	5	(%31,25)	
	Ortaokul	31	(%16,3)	4	(%25,0)	
	Lise	30	(%15,8)	4	(%25,0)	
	Üniversite	36	(%18,9)	2	(%12,5)	
Baba Eğitim Düzeyi	Okur Yazar Değil	1	(%0,5)	-		0,379
	Okur Yazar	6	(%3,2)	-		
	İlkokul	46	(%24,3)	3	(%18,8)	
	Ortaokul	43	(%22,8)	8	(%50,0)	
	Lise	42	(%22,2)	4	(%25,0)	
	Üniversite	51	(%27,0)	1	(%6,3)	

Aileye göre hiperaktivite semptomlarını karşılayan bireylerde anne ve baba eğitim durumu ile ilişki karşılandığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 20. Öğretmenlere göre hiperaktivite semptomlarını karşılama durumunun anne ve baba eğitim düzeyi ile ilişkisi (2008)

Öğretmen						
		Hiperaktivite Yok		Hiperaktivite Var		p
		N	%	N	%	
Anne Eğitim Düzeyi	Okur Yazar Değil	5	(%3,3)	-		0,939
	Okur Yazar	8	(%5,3)	1	(%3,4)	
	İlkokul	61	(%40,1)	14	(%48,3)	
	Ortaokul	27	(%17,8)	4	(%13,8)	
	Lise	21	(%13,8)	6	(%20,7)	
	Üniversite	30	(%19,7)	4	(%13,8)	
Baba Eğitim Düzeyi	Okur Yazar Değil	1	(%0,7)	-		0,464
	Okur Yazar	5	(%33,3)	-		
	İlkokul	31	(%20,5)	10	(%34,5)	
	Ortaokul	41	(%27,2)	7	(%24,1)	
	Lise	33	(%21,9)	5	(%17,2)	
	Üniversite	40	(%26,5)	7	(%24,1)	

Öğretmenlere göre hiperaktivite semptomlarını karşılayan bireylerde anne ve baba eğitim durumu ile ilişki karşılandığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 21. Aile ve öğretmenlerin dikkat eksikliği saptamaları durumunun karşılaştırılması (2008)

Öğretmen				
Aile	**Dikkat Eksikliği Yok**	**Dikkat Eksikliği Var**	**Toplam**	**p**
Dikkat Eksikliği Yok	145 (%85,3)	25 (%14,7)	170 (%91,4)	0,017
Dikkat Eksikliği Var	10 (%62,5)	6 (%37,5)	16 (%8,6)	
Toplam	155 (%83,3)	31 (%16,7)	186	

Aynı öğrenci için hem aile hem öğretmenlerden alınan bilgilere göre öğretmenlere göre dikkat eksikliği olan bireyler 31 kişi olup toplamın %16.7'sini oluşturmaktadır. Ailelere göre dikkat eksikliği olan bireyler 16 kişi olup toplamın %8.6'sını oluşturmaktadır. Öğretmenler istatistiksel olarak anlamlı olarak ailelere göre daha fazla dikkat eksikliği saptamışlardır.($p<0.05$)

Tablo 22. Aile ve öğretmenlerin hiperaktivite saptamaları durumunun karşılaştırılması (2008)

Öğretmen				
Aile	**Hiperaktivite Yok**	**Hiperaktivite Var**	**Toplam**	**P**
Hiperaktivite Yok	149 (%86,6)	23 (%13,4)	172 (%92,5)	0,005
Hiperaktivite Var	7 (%50,0)	7 (%50,0)	14 (%7,5)	
Toplam	156 (%83,9)	30 (%16,1)	186	

Aynı öğrenci için hem aile hem öğretmenlerden alınan bilgilere göre öğretmenlere göre hiperaktivitesi olan bireyler 30 kişi olup toplamın%16.1'ini oluşturmaktadır. Ailelere göre hiperaktivitesi olan bireyler 14 kişi olup toplamın %7.5'unu oluşturmaktadır. Öğretmenler istatistiksel olarak anlamlı olarak ailelere göre daha fazla hiperaktivite saptamışlardır.($p<0.05$)

Tablo 23. Ailelerin bildirimine göre DEHB ve alt tipleri ile KOKGB ve DB komorbiditesinin ilişkisi (2008)

Aile						
		Bozukluk Yok	**DEHB-H**	**DEHB-D**	**DEHB-B**	**p**
KOKGB	**Yok**	177 (91,2)	6 (%66,7)	7 (%63,6)	2 (%25,0)	<0,001
	Var	17 (%8,8)	3 (%33,3)	4 (%36,4)	6 (%75,0)†	
DB	**Yok**	191(%98)	9(%100,0)	11(%100)	5 (%62,5)	0,003
	Var	3 (%1,5)	-	-	3 (%37,5)†	

Bozukluk yok grubu ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.001$)

Ailelerin bildirimlerine göre DEHB semptomlarına sahip olan ergenlerin 13 tanesinde KOKGB semptomları saptanmıştır. Bu da DEHB semptomları olan bireylerin %46.4'ünü oluşturmaktadır. Ailelerin bildirimlerine göre DEHB semptomlarına sahip olan ergenlerin 3 tanesinde DB semptomları saptanmıştır. Bu da DEHB semptomları olan bireylerin %10.7'sini oluşturmaktadır. DEHB-B tip ve KOKGB semptomlarına birlikte sahip olan ergenlerde DEHB semptomları olmadan sadece KOKGB septomları olan ergenlerden istatistiksel olarak anlamlı olarak daha fazla KOKGB saptanmıştır.. %75.0-%8.8 ($p<0.001$) DEHB-B tip ve DB semptomlarına birlikte sahip olan ergenlerde DEHB semptomları olmadan sadece DB septomları olan ergenlerden istatistiksel olarak anlamlı olarak daha fazla DB saptanmıştır. %37.5-%1.5 ($p<0.05$)

Tablo 24. Öğretmenlerin bildirimine göre DEHB ve alt tipleri ile KOKGB ve DB komorbiditesinin ilişkisi (2008)

Öğretmen						
		Bozukluk Yok	**DEHB-H**	**DEHB-D**	**DEHB-B**	**p**
KOKGB	**Yok**	146(%93,6	9 (%52,9)	15(%75,0)	4 (%18,2)	
	Var	10 (%6,4)	8 (%47,1)†	5 (%25,0)	18(%81,8)†,‡	<0,001
DB	**Yok**	155(%99,4	16 (%94,1)	16(%80,0)	9 (%40,9)	
	Var	1 (%0,6)	1 (%5,9)	4 (%20,0)†	13(%59,1)†,¶	<0,001

† Bozukluk yok grubu ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (p<0.001)

‡ Dikkat eksikliği grubu ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı(p<0.001)

¶ Hiperaktivite grubu ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı(p<0.001)

Öğretmenlerin bildirimine göre DEHB semptomlarına sahip olan ergenlerin 31 tanesinde KOKGB semptomları saptanmıştır. Bu da DEHB olan semptomları olan bireylerin %52.5'ini oluşturmaktadır. Öğretmenlerin bildirimlerine göre DEHB semptomlarına sahip olan bireylerin 18 tanesinde DB semptomları saptanmıştır. Bu da DEHB semptomları olan bireylerin %30.5'ini oluşturmaktadır. DEHB-B tip ve KOKGB semptomlarına birlikte sahip olan ergenlerde DEHB semptomları olmadan sadece KOKGB septomları olan ergenlerden istatistiksel olarak anlamlı olarak daha fazla KOKGB saptanmıştır.. %81.8-%6.4 (p<0.001) DEHB-B tip ve DB semptomlarına birlikte sahip olan ergenlerde DEHB semptomları olmadan sadece DB septomları olan ergenlerden istatistiksel olarak anlamlı olarak daha fazla DB saptanmıştır.%59.1-%0.6 (p<0.001) DEHB-H tip ve KOKGB semptomlarına birlikte sahip olan ergenlerde DEHB semptomları olmadan sadece KOKGB septomları olan ergenlerden istatistiksel olarak anlamlı olarak daha fazla KOKGB saptanmıştır.. %47.1-%6.4 (p<0.001) DEHB-D tip ve DB semptomlarına birlikte sahip olan ergenlerde DEHB semptomları olmadan sadece DB septomları olan ergenlerden istatistiksel olarak anlamlı olarak daha fazla DB saptanmıştır. %20.0-

%0.6 (P<0.001) DEHB-B tip ve KOKGB semptomlarına birlikte sahip olan ergenlerde DEHB-D semptomları VE KOKGB septomlarına birlikte sahip olan ergenlerden istatistiksel olarak anlamlı olarak daha fazla KOKGB saptanmıştır.%81.8-%25 (p<0.001) DEHB-B tip ve DB semptomlarına birlikte sahip olan ergenlerde DEHB-H tip semptomları ve DB septomları birlikte olan ergenlerden istatistiksel olarak anlamlı olarak daha fazla DB saptanmıştır.. %59.1-%5.9 (p<0.001)

Tablo 25. Ailelerin bildirimine göre KOKGB ve DB semptomlarına sahip ergenlerin cinsiyete göre dağılımı (2008)

	Aile (n=222)			
	Kız	**Erkek**	**Odds Oranı**	**p**
	N %	**N %**		
Bozukluk Yok	86 (%45,5)	103 (%54,5)	1,00	-
Bozukluk Var	13 (%39,4)	20 (%60,6)	1,28 (0,60 – 2,73)	0,515
Karşı gelme bozukluğu	-	3 (%100,0)	-	0,254
Davranım bozukluğu	12 (%44,4)	15 (%55,6)	1,04 (0,46 – 2,35)	0,918
Karşı Gelme + Davranım bozukluğu	1 (%33,3)	2 (%66,7)	1,67 (0,15 – 18,73)	1,000

Ailelerin bildirimine göre KOKGB ve DB semptomları olan ergenlerde erkeklerin oranı kızlara göre daha fazla olarak saptanmıştır.. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunmamıştır..

Tablo 26. Öğretmenlerin bildirimine göre KOKGB ve DB semptomlarına sahip ergenlerin cinsiyete göre dağılımı (2008)

	Öğretmen (n=215)					
	Kız		**Erkek**		**Odds Oranı**	**p**
	N	**%**	**N**	**%**		
Bozukluk yok	83	(%48,8)	87	(%51,2)	1,00	-
Bozukluk var	9	(%20,0)	36	(%80,0)	3,82 (1,73 – 8,41)	<0,001
Karşı gelme bozukluğu	1	(%25,0)	3	(%75,0)	2,86 (0,29 28,07)	0,622
Davranım bozukluğu	8	(%30,8)	18	(%69,2)	2,15 (0,89 – 5,20)	0,086
Karşı gelme+ davranım bozukluğu	-		15	(%100,0)	-	<0,001

Öğretmenlerin bildirimine göre KOKGB veya DB veya her ikisinin septomları olan ergenlerde erkeklerin oranı kızlara oranla daha fazla olarak saptanmıştır.. Bu fark KOKGB ve DB semptomlarını birlikte gösteren ergenlerde KOKGB, DB ve KOKGB ve DB'yi birlikte gösteren ergenlerin hepsinin toplamında istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunmuştur.

TARTIŞMA

Bu çalışmada 11-18 yaş arası ilköğretim ve lise öğrencilerinde, ebeveyn ve öğretmen bildirimlerine göre ve her iki kaynağın ortak bildirimlerine göre, DEHB sıklığı ve etkileyen belli başlı faktörler belirlenmeye çalışılmıştır.

Literatürde DEHB sıklığı çalışmalardaki metodolojik farklar nedeniyle farklılık göstermektedir (18). Yaşla birlikte semptomlarda azalma olmakla birlikte hiperaktivite impulsivite semptomları daha belirgin olarak azalmakta ancak dikkatsizlik daha az belirgin olarak azalmaktadır (18). DSM-IV kriterlerine göre bu sendromun sıklığı %3 ve %5 olarak düşünülmektedir (30). Tek kaynaktan bilgi alındığında DEHB sıklığının arttığı bilinmektedir. Ancak klinik görüşme ve ebeveyn ve öğretmen ölçek değerlendirmeleri birleştirildiğinde DEHB sıklığı tek kaynaktan bilgi alınmasına oranla azalmaktadır (10,12,64). DSM-III-R %3-5 olan prevalans DSM-IV'de DEHB'nun 3 alt tipe ayrılmasıyla %12'lere çıkmıştır. Bu kısmen DEHB-D tipinin katılması ile birlikte daha fazla vakanın saptanmasıyla açıklanabilir (25). Toplum ve okul çalışmaları incelendiğinde DEHB ortalama sıklığı toplum örneklerinde %10.3, okul örneklemlerinde %6.9 olarak bildirilmiştir (65).

Bu çalışmada ailelerin DSM-IV'e dayalı ölçek bildirimlerine göre DEHB semptom sıklığı DEHB-D %4.1, DEHB-H %5.0 ve DEHB-B %3.6 olmak üzere ergenlerde %12.7, öğretmenlerin DSM-IV'e dayalı ölçek bildirimlerine göre DEHB-D %7.9, DEHB-H %9.3 ve DEHB-B %10.2 olmak üzere ergenlerde %27.4 şeklinde bulunmuştur.

Her iki kaynak birleştirildiğinde aile ve öğretmenin ortak olarak bildirimlerine göre alt tiplerde bazı farklılıklar olmasına rağmen 11 ergende DEHB kriterleri ortak olarak karşılanmıştır. Bu da aile ve öğretmenin ikisinin de ölçek doldurduğu 186 öğrencinin %5.9'unu oluşturmaktadır. Geri kalan 46 ergende ya aile ya da öğretmen DEHB'na uyan semptom bildirmişlerdir. Aile ve öğretmenlerin bildirimlerine göre 186 öğrencinin 57'sinde %20.9 aile ve veya öğretmen DEHB'na uyan semptom bildirmişlerdir.Ancak DSM-IV'e göre DEHB tanısı için iki farklı ortamda semptom

varlığı gerekmektedir. Bu yüzden bulunan %5.9 prevalansı literatürde bildirilene benzerdir. Ancak DEHB tanısı konulurken ölçekler yardımcı olsa da klinik olarak da tanının desteklenmesi gerekmektedir (18). Toplum çalışmalarına klinik değerlendirme de eklendiğinde sıklık düşmektedir (10,14,37). Ancak her ergen klinik olarak değerlendirilemeyeceğinden tarama ölçekleri bu konuda yol göstericidir. Literatürde de sadece tarama ölçeklerinden faydalanılan birçok çalışma mevcuttur.

Bu çalışmada öğretmenler ailelere göre hem dikkat eksikliği hem hiperaktivite için daha fazla semptom bildirmişlerdir. Öğretmen ve aile arasında semptom bildirmede uyumsuzluk mevcuttur. Aynı öğrenci için hem aile hem öğretmenlerden alınan bilgilere göre öğretmenlere göre dikkat eksikliği olan bireyler 31 kişi olup toplamın %16.7'sini oluşturmaktadır. Ailelere göre dikkat eksikliği eksikliği olan bireyler 16 kişi olup toplamın %8.6'sını oluşturmaktadır. Öğretmenler istatistiksel olarak anlamlı olarak ailelere göre daha fazla dikkat eksikliği saptamışlardır ($p<0.05$). Aynı öğrenci için hem aile hem öğretmenlerden alınan bilgilere göre öğretmenlere göre hiperaktivitesi olan bireyler 30 kişi olup toplamın %16.1'ini oluşturmaktadır. Ailelere göre hiperaktivitesi olan bireyler 14 kişi olup toplamın %7.5'unu oluşturmaktadır. Öğretmenler istatistiksel olarak anlamlı olarak ailelere göre daha fazla hiperaktivite saptamışlardır ($p<0.05$). Bunun nedeni ergenlerin davranımları ortamın gerektirdiklerine göre farklılık göstermesi olabilir. Örneğin okulda semptomatik olan bir çocuk ailesi tarafından ortalama davranım gösteriyor şeklinde tanımlanabilir ya da sınıftaki organize işlerde dağınık olan çocuk bir bilgisayar oyunu oynarken ortalama bir davranış gösterebilir (55).

Literatürde de bazı çalışmalarda bizim çalışmamıza benzer şekilde öğretmenler daha çok DEHB semptomu bildirmişlerdir (4,10,12,66). Bununla birlikte bazı çalışmalarda da aileler daha fazla semptom bildirmişlerdir. Verhulst ve arkadaşları yaptıkları çalışmada yaş ve cinsiyete bağlı olmadan ailelerin öğretmenlere göre daha fazla davranışsal semptom bildirdiğini ancak arkadaş ilişkileri ve akademik alanda öğretmenlerin daha fazla semptom bildirdiğini belirtmişlerdir. Aile ve öğretmenler arasında düşük-orta düzeyde uyum saptamışlardır. Takahashi ve arkadaşları ve Erşan ve arkadaşları da yaptıkları DEHB prevalans çalışmalarında ailelerin daha fazla semptom bildirdiğini belirtmişlerdir (14,67).

DEHB sıklığı için ergenlerle yapılan araştırmalarda metadolojik bazı farklar mevcuttur. Bu farklarla birlikte bulunan sıklıklarda da farklılıklar mevcuttur.

Ülkemizde DEHB sıklık çalışmaları kısıtlı sayıdadır. Bu çalışmalarda da metadolojik farklar ve kullanılan örneklemin yaş grubu arasında bazı farklar mevcuttur. Ülkemizde DEHB sıklık çalışmalarından bir tanesi DSM-III-R kriterine diğerleri DSM-IV kriterlerine göre yürütülmüştür.

Motavallı, İstanbul'da 7-9 yaşları arasındaki ilkokul çocuklarıyla yaptığı araştırmada DSM-III R ile DEHB sıklığı öğretmene göre %10.6, ebeveyne göre %6.2 bunların sonucunda yapılan klinik değerlendirmeye göre ise %5 olarak saptamıştır (10). Bu çalışmadaki öğretmen ve ebeveyne göre sıklıkların bizim çalışmamıza göre bu çalışmada incelenen yaş grubu düşük olmasına rağmen düşük olması DSM-III-R kriterlerininin kullanmasından kaynaklanmaktadır.. Literatürde de DSM-III ve DSM-III-R kullanılan çalışmalarda prevalanslar daha düşük bulunmuştur (7,25). Klinik olarak saptadıkları sıklık ise bizim çalışmamıza benzerdir. Ancak bizim çalışmamızda ergenler ele alınmasına rağmen benzer yüzdenin elde edilmesi (klinik değerlendirme de yapılmadığı halde) DSM-IV kriterlerinin kullanılmasıyla açıklanabilir. Çünkü toplum çalışmalarına klinik değerlendirme de eklendiğinde prevalans düştüğü bilinmektedir (10,37).

Albayrak 1998 yılındaki uzmanlık tezinde Bursa ilinde 7-12 yaş arasında öğrencileri değerlendirdiği çalışmada sıklığı ebeveyn bildirimlerine göre %20.8, öğretmen bildirimlerine %27.8 olarak saptamışlardır. Her iki kaynak birleştirildiğinde sıklığı %8.6 olarak saptamışlardır. Bu çalışmalarının kısıtlılıklarından biri olarak ebeveyn ve öğretmen bildirimlerinde çakışanların bozukluğa sahip olarak bildirilmesinin ebeveyn veya öğretmen tarafından bildirilmeyen vakaların atlanmasına sebep olması gösterilmiştir (12). Bu çalışmada sadece öğretmen bildirimleri ele alındığında bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Ancak her iki kaynak birleştirildiğinde DEHB prevalansı bizim çalışmamıza göre fazladır. Ancak bizim çalışmamızda örneklem ergenlerden oluşmaktaydı. Literatürde de ergen çalışmaları incelendiğinde ergenlik öncesi yaş grubuna göre daha düşük prevalanslar bildirilmektedir (4,32,41).

Erşan ve arkadaşları 6-15 yaşları arasında sekiz okulda 1425 çocuğu değerlendirmiştir. Bu çalışmada DSM-IV'e dayalı bir değerlendirme ölçeği öğretmen ya da ebeveyn tarafından doldurulmuştur. Ailelerin bildirimine göre %9.55 öğretmenlerin bildirimine göre %7.28 olmak üzere ortalama olarak %8.1 prevelans saptamışlardır (14). Bu çalışmada tek kaynaktan bilgi alındığı için bizim çalışmamızda iki kaynak birleştirildiğinden bu çalışmaya göre daha düşük prevalans bulunmuştur. Ancak bizim çalışmamızda öğretmen ve aile bildirimleri tek tek alındığında bu çalışmadan daha yüksek sonuçlar elde ettik. Bizim çalışmamızda öğretmenler ve aileler daha fazla DEHB semptomu saptamışlardır.

Erkan Özcan ve arkadaşları Malatya il merkezindeki 3002 ilkokul öğrencisi ile yaptıkları çalışmada öğretmenlerin bildirimlerine göre şüpheli DEHB olan çocuklar arasında sistematik örnekleme yöntemiyle belirlenen 43 öğrenciyi klinik olarak değerlendirmişlerdir. Bu yaş grubunda DEHB sıklığını % 9.5 bulmuşlardır. Olguların %73.3'ü erkeklerden oluşmaktadır (13). Bu çalışmada bizim çalışmamıza göre örneklemin yaş grubu küçüktür. Bu yüzden bizim çalışmamızda daha düşük sıklık saptanmış olabilir.

Dünya'da DEHB sıklığı ile ilgili çalışmalarda da metadolojik farklar,örneklemin yaş grubu,kullanılan tanı kriterlerine göre,farklı sonuçlar elde edilmiştir.Bu çalışmaları tanı kriteri olarak DSM-III ve DSM-IV kullanılmasına göre ikiye ayırabiliriz.

Szatmari ve arkadaşları yaptıkları toplum çalışmasında 12-16 yaş grubunda aile ve ergenin DSM-III kriterlerine göre doldurdukları ölçeklerde sıklığı erkeklerde %7.3, kızlarda %3.4 olarak saptamışlardır (4). Bizim çalışmamızda .bulduğumuz %5.9 oranı bu çalışmaya benzerdir.Ancak DSM-III kriterlerine göre tanı konduğundan bizim çalışmamıza göre sıklığın daha düşük olması beklenebilirdi ancak ikinci bir kaynak olarak öğretmenlere başvurulmamıştır bu yüzden sıklık beklenenden yüksek olarak bulunmuş olabilir.

Pelham ve arkadaşları Kuzey Amerikada yaşları 11 ila 14 arasında değişen 931 erkek öğrenci arasında DSM-III R kriterlerine göre hazırlanmış öğretmenlerin doldurduğu ölçeklere göre, çok sık seçeneğinin pozitif kabul edilmesiyle prevelansı %8.5 sık olarak seçeneğinin de pozitif kabul edilmesiyle sıklığı %27,1 olarak saptamışlardır

(5). Bu çalışmadaki sıklık bizim çalışmamızdaki öğretmenlerin bildirimine benzerdir.Ancak sadece erkek öğrencileri kapsamaktadır. Literatürdeki diğer çalışmalarda da çalışmalarda da bilgi kaynağından bağımsız olarak erkeklerde daha fazla DEHB görülmektedir (4,12,13,14,35,36,37,41,68). Ancak DSM-III-R semptomlarına göre de sıklığın az olarak saptanabileceği düşünüldüğünde sonuç olarak bizim çalışmamızdaki öğretmen bildirimlerine benzer sonuç elde edilmiştir.

Dünya'da DSM-IV'e göre sıklık çalışmaları incelendiğinde özellikle tek bir kaynaktan veya daha fazla kaynaktan bilgi alınılmasına ve klinik değerlendirmenin yapılıp yapılmamasına göre belirtilen sıklıklarda farklılıklar mevcuttur. Tek kaynaktan bilgi alındığında DEHB sıklığının arttığı bilinmektedir. Ancak klinik görüşme ve ebeveyn ve öğretmen ölçek değerlendirmeleri birleştirildiğinde DEHB sıklığı tek kaynaktan bilgi alınmasına oranla azalmaktadır (10,12,64). Toplum çalışmalarına klinik değerlendirme de eklendiğinde sıklık düşmektedir (10,14,37).Bu konuda klinik olarak tanının desteklenmediği üç çalışma aşağıda belirtilmektedir.

Nolan ve arkadaşları 12 – 18 yaş arasındaki 1073 öğrencide sadece öğretmenlerin DSM-IV'e dayalı ölçek bildirimleriyle DEHB sıklığını %15.8 olarak bulmuşlardır (36). Bu bizim çalışmamızdaki her iki kaynak birleştirildiğinde elde edilen orandan yüksektir ancak sadece öğretmen bildirimlerini içermektedir. Öğretmen bildirimleri karşılaştırıldığında ise bizim çalışmamızda, öğretmenlere göre DEHB sıklığı daha yüksektir.

Costello ve arkadaşları, DSM-IV kriterlerine göre, 9-16 yaş grubunda inceledikleri 6674 çocuk ve ergende, aile ve çocuktan aldıkları bilgilere göre 16 yaşa ulaşıldığında DEHB kümülatif sıklığını %4.1 olarak saptamışlardır (41). Bu oran bizim çalışmamızdaki %5.9 oranına benzerdir.

Tamsin Ford ve arkadaşları İngilterede 10438 çocuk ve ergenle yaptıkları çalışmada DSM-IV kriterlerine göre klinik görüşmeyi taklit eden ölçekle ergen ve ebeveynden ve %80'ninde öğretmenden alınan bilgilere göre DEHB sıklığını 11-12 yaşta %2.57, 13 -15 yaşta %2.10 şeklinde saptamışlardır (40). Kullandıkları ölçekte DSM-IV'ün sosyal alanda bozulma kriterini de kullanmışlardır. Bu çalışmadaki oran bu kriterin de kullanılmasından ötürü bizim çalışmamıza göre düşüktür.

William J. Barbarasi ve arkadaşları 19 yaşına kadar 5718 ergende kümülatif DEHB sıklığını araştırdıkları çalışmalarında DSM-IV'e dayalı aile veya öğretmen veya çocuk tarafından doldurulan bir ölçek ve klinik oarak tanının saptandığı olguları kesin DEHB olarak nitelemişlerdir. Buna göre DEHB sıklığını % 7.5 olarak saptamışlardır. DSM-IV'e dayalı bir ölçek kullanıldığında yada iki adet ölçek veya sadece klinik değerlendirmenin yapıldığı vakalarda DEHB tanısını olası tanı olarak değerlendirmişler ve bu durumda sıklık %16'ya çıkmıştır (64). Bu çalışmadaki bulgular bizim çalışmamıza benzerdir.

Luis A. Rohde ve arkadaşları yaşları 12 ila 14 arası değişen 1013 ergende ailenin yada ergenin DSM-IV'e göre hazırlanan ölçeğe göre saptanan olgularda klinik değerlendirmeyle DEHB sıklığını %5.8 olarak saptamışlardır. Bu yaşlar arasında DEHB görülme sıklığında anlamlı bir farklılık saptamamışlardır (34). Bu çalışmadaki sıklık bizim çalışmamızdaki %5.9 sıklığına benzerdir.Ancak klinik olarak tanı konduğundan sıklığın düşmesi beklenebilirdi. Ancak bizim örneklemimizin yaş grubu biraz daha fazladır.Yaşla birlikte DEHB semptomları azalmaktadır (18).

Gadow ve arkadaşları 10-12 yaşları arasındaki 600 çocuğu değerlendirdikleri çalışmada öğretmenler tarafından DSM-IV'e dayalı ölçeklerin doldurulması ve klinik değerlendirme ile DEHB sıklığını %19.8 olarak saptamışlardır. Bu çalışma klinik olarak yapılmasına rağmen literatürde belirtilenin çok üstünde sıklık saptadıklarını belirtmişlerdir (35).

Bu çalışmada üç farklı sosyoekonomik düzeyde yer alan okullara yer verilmiştir. DEHB ve sosyoekonomik düzeyin ilişkisi araştırıldığında, orta sosyoekonomik düzeyde daha fazla olarak görülmüştür ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Literatürde de bu konuda fikir birliği yoktur. Szatmari incelemesinde bazı araştırmalarda düşük sosyoekonomik düzeyde DEHB sıklığının arttığını, bir çalışmada ise sosyoekonomik düzeyin etkisi olmadığını bildirmiştir(4). Nolan ve arkadaşları DEHB ile sosyoekonomik düzey arasında anlamlı bir fark bulmamışlardır (36). Rohde ve arkadaşları da sosyoekonomik düzey ile DEHB sıklığı arasında anlamlı bir fark saptamamışlardır (34). Andres ve arkadaşları yaptıkları çalışmada

düşük-orta sosyoekonomik düzey ile DEHB sıklığı arasında, istatiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte bu grupta DEHB sıklığını daha yüksek bulmuşlardır(47). Biederman ve arkadaşları, düşük sosyoekonomik düzeyde DEHB sıklığının arttığını saptamışlardır (48).

Bu çalışmada anne ve baba eğitim düzeyi ile DEHB sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatürde bu konuda çok fazla yayın olmamakla birlikte Özcan ve arkadaşları tarafından DEHB olan çocukların annelerinin %80'ninin ev kadını ve %66.4'ünün 8 yıl ve daha az eğitim görmüş olması çocukların tümünün düşük veya orta gelir düzeyindeki toplum kesiminden gelmesi DEHB'nin ortaya çıkışının sosyoekonomik düzeyle ilişkili olabileceği yorumunu getirmiştir (13). Albayrak yaptığı çalışmada annenin ve babanın eğitim durumu düştükçe dikkat eksikliği oranlarının anlamlı oranda arttığını göstermiştir. Bu durumu düşük sosyo ekonomik durumun göstergesi olarak kabul etmişler ve buna bağlı olarak yeterli eğitim olanaklarından yararlanmama ile ilişkilendirmişlerdir (12).

Yalnızca ergenlerin incelendiği bu çalışmada ailelerin ve öğretmenlerin bildirimine göre yaş ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite semptomlarının sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Literatürde ergen çalışmaları incelendiğinde ergenlik öncesi yaş grubuna göre daha düşük sıklıklar bildirilmektedir (4,32,41). Costello ve arkadaşları, 9-16 yaş grubunda inceledikleri çocuk ve ergenlerde, DEHB sıklığının yaş artıkça azaldığını saptamışlardır (41). Bu çalışmalarda ergenlik öncesi yaş grubu ve ergenler ele alınmıştır. Nolan ve arkadaşları ise 3-18 yaşlar ele alındığında DEHB sıklığının göreceli olarak sabit kaldığını bildirmiştir. Bu DEHB davranışlarının yaşla birlikte azalması gerçeğine rağmen öğretmenlerin yaşa uygun davranışlar açısından değerlendirme yapmalarına bağlanmıştır (36). Rohde ve arkadaşları 12-14 yaş grubunda DEHB prevalansı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptamamışlardır (34). Rohde ve arkadaşlarının çalışması gibi bizim çalışmamızda da sadece ergenler ele alınmıştır ve bu çalışmadakine benzer olarak DEHB sıklığı ve yaş arasında bir ilişki saptanmamıştır. Bu yüzden ergenlik öncesi yaşlardaki çocuklarla DEHB prevalansı açısından bir karşılaştırma yapılamamıştır.

DEHB alt tiplerine baktığımızda literatürde farklı yayınlar bulunmaktadır. Genel olarak tanı alanların arasında %50 ile %75 arasında bileşik tip görülmektedir. %20 ie %30 arasında dikkatsizliğin baskın olduğu tip ve%15 den az olarak hiperaktif – impulsif tip görülmektedir (29). Dikkat eksikliğinin baskın olduğu tip kızlarda daha sık olarak görülse de kızlarda bileşik tip de daha sık görülmektedir (32). Yaşla birlikte hiperaktivite azalmaktadır (2,55). Ancak literatürde dikkatsizliğin baskın olduğu tipin daha fazla olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur.

Bu çalışmada öğretmen ve aileler alt tiplerde uyum göstermediğinden sadece aile ve sadece öğretmen bildirimlerine göre alt tiplere baktığımızda, ailelere göre hiperaktif tip en fazla, bileşik tip en düşük olmakla beraber oranlar birbirine çok yakındır. Öğretmenlere göre ise bileşik tip en yüksek, dikkatsiz tip en düşük olarak bulunmuştur. Tüm alt tiplerde erkeklerin oranı kızlara göre daha fazla bulunmuştur.

Wolraich ve arkadaşları ilkokul çocuklarında dikkatsiz tipi en yüksek, hiperaktif tipi en düşük olarak saptamışlardır (8). Rohde ve arkadaşları 12-14 yaş grubunda bileşik tipi en yüksek hiperaktivite alt tipini en düşük bulmuşlardır (34). Nolan ve arkadaşları 12 – 18 yaş arasındaki ergenlerde dikkatsiz tipi en yüksek hiperaktif tipi en düşük olarak saptamışlardır (36). Gadow ve arkadaşları 10-12 yaşları arasındaki çocuklarda hiperaktif tipi en fazla bileşik tipi en düşük olarak saptamışlardır (69). Bu bizim çalışmamızdaki ailelerin bildirimine uymaktadır. Özcan ve arkadaşları ilkokul öğrencileri arasında yaptıkları çalışmada bileşik tipi en yüksek dikkatsiz tipi en düşük olarak saptamışlardır (13). Erşan ve arkadaşları 6-15 yaşları arasında öğretmenlere göre alt tiplere bakıldığında bileşik tipi en yüksek hiperaktif tipi en düşük, ailelere göre hiperaktif tipi en yüksek bileşik tipi en düşük olarak saptamışlardır (14). Albayrak 1998 yılındaki uzmanlık tezinde Bursa ilinde 7-12 yaş arasında öğrencileri değerlendirdiğinde ebeveyn bildirimlerine göre hiperaktif tipi en yüksek, bileşik tipi en düşük, öğretmen bildirimlerine göre dikkatsiz tipi en yüksek, bileşik tipi en düşük olarak saptamışlardır (12). Bu ailelerin bildirimine uymaktadır. Ancak öğretmen bildirimlerinde fark vardır. Ford ve arkadaşları 11-15 yaş grubu arasında bileşik tipi en yüksek hiperaktif tipi en düşük olarak saptamışlardır (40). Bu da öğretmenlerimizin bildirimine uymaktadır.

Bizim çalışmamızda tüm alt tiplerde erkeklerde daha fazla DEHB semptomuna rastlanmıştır. Literatürde de Gadow, Wolraich, Carlson, Erşan, Nolan, Albayrak da yaptıkları çalışmalarda alt tiplerin hepsinin erkeklerde daha fazla görüldüğünü saptamışlardır (8,12,14,35,36,68).

Literatürde, bilgi alınan kaynaktan bağımsız olarak erkeklerde kızlardan daha fazla DEHB bildirilmiştir. Bu DEHB'nin literatürün uzlaşmaya vardığı az sayıdaki epidemiyolojik özelliğinden biridir. DEHB'nda çocuklarda ve ergenlerde erkek/kız oranı 2.5:1 şeklindedir. Klinikte bu oran 10:1 lere çıkabilmektedir bu kızların hastalıklarının fark edilememesinden kaynaklanmaktadır (32).

Bizim çalışmamızda da bilgi alınan kaynaktan bağımsız olarak erkeklerde DEHB semptomları istatistiksel olarak anlamlı olarak daha fazla görülmektedir. Ailelerin bildirimine göre DEHB semptomu saptama durumu kızlara göre erkeklerde 5.76 kat, öğretmenlerin bildirimine göre 4.71 kat daha fazla olarak saptandı. Bu istatistiksel olarak anlamlı bir bulguydu. Literatür de bu konuda fikir birliği içerisindedir. Literatürdeki diğer çalışmalarda da bilgi kaynağından bağımsız olarak erkeklerde daha fazla DEHB görülmektedir (4,12,13,14,35,36, 37,41,68).

Ailelerin bildirimlerine göre DEHB semptomlarına sahip olan ergenlerin %46.4'ünde KOKGB semptomları, %10.7'sinde DB semptomları olmak üzere toplam %57.1 Yıkıcı Davranış Bozukluğu komorbiditesi saptanmıştır. Öğretmenlerin bildirimine göre DEHB semptomlarına sahip olan ergenlerin %52.5'inde KOKGB semptomları, %30.5'inde DB semptomları olmak üzere toplam %83 yıkıcı davranım bozukluğu komorbiditesi saptanmıştır. Bu sonuçlar literatürde DEHB ve diğer Yıkıcı Davranış Bozukluklarının birlikteliğinin sık olarak görüldüğü şeklindeki yayınlara uymaktadır. Öğretmenler bu konuda da daha fazla semptom bildirmişlerdir.

DEHB olan çocukların yarısından çoğu diğer bir Yıkıcı Davranış Bozukuğu için de tanı kriterlerini karşılamaktadır (25). DEHB'nin diğer Yıkıcı Davranış Bozuklukları ile birlikteliği %40-70 arasında değişmektedir (67). Sadece DEHB ile KOKGB birlikteliğinin en az %25-95'ten %40-%65'e kadar değiştiğini gösteren yayınlar mevcuttur (14). Literatürde de DEHB ile diğer Yıkıcı DavranıŞ Bozuklukları

komorbiditesinin çok sık olduğuna dair ortak karar mevcut olmasına rağmen komorbidite yüzdeleri değişkenlik göstermektedir.

Bu konuda ülkemizde Erşan ve arkadaşları 6-15 yaşları arasında sekiz okulda 1425 çocuğu değerlendirmiştir. Bu çalışmada DSM-IV'e dayalı bir değerlendirme ölçeği öğretmen yada ebeveyn tarafından doldurulmuştur. Bu çalışmada DEHB ve KOKGB komorbititesini %52.2 olarak saptamışlardır (14). Bu sonuç bizim çalışmamızdaki KOKGB komorbiditesine benzerlik göstermektedir.

Pelham ve arkadaşları DSM-III R kriterlerine göre 11- 14 yaşları arasındaki ergenlerde öğretmenlerin doldurduğu ölçeklere göre, DEHB saptananlarda %78 oranında eşlik eden DB ve KOKGB saptamışlardır (5).

Baumgaertel ve arkadaşları DSM-IV kriterlerine göre 5-12 yaşları arasındaki öğrencilerde okul öğretmenleri tarafından doldurulan ölçeklerde DEHB saptanan olgularda, KOKGB komorbiditesini %23.9 olarak saptamışlardır (7).

Szatmari ve arkadaşları yaptıkları toplum çalışmasında 12-16 yaş grubunda aile ve ergenin DSM-III kriterlerine göre doldurdukları ölçeklerde, DEHB saptadıkları erkek olguların %43.9'unda kız olguların %50'sinde eşlik eden DB saptamışlardır (4).

Wolraich ve arkadaşları DSM-IV kriterlerine göre, ilkokul çocuklarında öğretmenleri tarafından doldurulan ölçeklere göre DEHB saptadıkları olgularda %30.2 KOKGB, %15.6 DB saptamışlardır (8).

Rohde ve arkadaşları yaşları 12 ila 14 arasında değişen ergenlerde ailenin yada ergenin DSM-IV'e göre hazırlanan ölçeği doldurmasıyla saptanan olgularda klinik değerlendirmeyle DEHB saptanan olgularda eşlik eden %26.1 DB, %21.7 KOKGB saptamışlardır (34).

Takahashi ve arkadaşları, DSM-IV kriterlerine göre 6-15 yaşları arasındaki kliniğe başvuran çocuk ve ergenlerde, aile ve öğretmen ölçekleri ve klinik görüşmeyle DEHB tanısı koydukları vakalarda %37 eşlik eden KOKGB, %22 eşlik eden DB saptamışlardır (67).

Zeiner ve arkadaşları, kliniğe başvuran 7-12 yaş grubunda 48 erkek DEHB vakasında, %59 oranında KOKGB saptamışlardır (71).

Carlson ve arkadaşları DSM-IV kriterlerine göre öğretmenlerin doldurdukları ölçeklere göre, DEHB-B tipinde %64, DEHB-H tipinde %41, DEHB-D tipinde %16 KOKGB komorbititesi bildirmişlerdir (68).

Biederman ve arkadaşları, DEHB tanısı olan vakalarda 4 yıl takip süresi sonunda ortalama yaşları 14.4 olan ergenlerde %73 oranında KOKGB, %28 oranında DB komorbiditesi saptamışlardır (48).

Bizim çalışmamızda hem aile hem öğretmenlerin bildirimine göre DEHB-B tipi semptomları diğer alt tiplere göre Yıkıcı Davranış Bozuklukları ile daha fazla komorbidite göstermektedir. Literatürde de yapılan çalışmalarda DEHB-B tipi ile Yıkıcı Davranış Bozuklukları diğer alt tiplere göre daha fazla görülmektedir (7,8,14, 67, 68). Literatürde dikkatsiz tip incelendiğinde, hiperaktif ve bileşik tipe göre daha az bireyde Yıkıcı Davranış Bozukluğu eşlik ettiği görülmektedir (7,8,14,65,67,68). Takahashi ve arkadaşları DEHB olgularını hiperaktif ve hiperaktif olmayan diye ayırdıklarında hiperaktif olanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla kommorbidite saptamışlardır (67). Bizim çalışmamızda da bileşik tip ve hiperaktif tip bir grup olarak ele alındığında dikkatsiz tipe göre daha fazla komorbiditeye rastlanmaktadır. Bu sonuç DEHB hiperaktivite boyutunun davranış bozuklukları ile daha fazla ilişkilendirildiği görüşüne uymaktadır (65).

Bu çalışmada, ailelerin bildirimine göre ergenlerin %1.4'ünde KOKGB, %12.2'sinde DB ve %1.4'ünde hem KOKGB hem DB semptomları saptanmıştır. Öğretmenlerin bildirimine göre ergenlerin %1.9'unda KOKGB, %12.1'inde DB %7'sinde hem KOKGB hem DB semptomları saptanmıştır. Öğretmenler daha fazla semptom bildirmişlerdir. Bu oranlar KOKGB için literatürle uyumlu olmakla birlikte DB için literatürde belirtilenden daha fazladır.

Literatürde KOKGB oranı %2-16 arasında bildirilmiştir. Bu oran çalışmalardaki metadolojik farklılıklar sebebi ile farklılık göstermektedir (2). DB prevalansını inceleyen epidemiyolojik çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir.Bu metadolojik

farklılıklardan kaynaklanmaktadır. DSM-IV'te DB olgularının 18 yaşın altında kızlarda %2.9, erkeklerde %6-16 arasında olduğu vurgulanmaktadır (2). Çalışmalar gözden geçirildiğinde , yaş büyüdükçe prevalansın arttığı belirtilmektedir (2,48).

Erşan ve arkadaşları 6-15 yaşları arasında sekiz okulda 1425 çocuğu değerlendirmiştir. Bu çalışmada DSM-IV'e dayalı bir değerlendirme ölçeği öğretmen ya da ebeveyn tarafından doldurulmuştur. KOKGB sıklığını %11.5 olarak saptamışlardır. Ailelerin bildirimine göre, %14.8, öğretmenlerin bildirimine göre, %4.6 oranında KOKGB saptamışlardır. KOKGB prevelansı incelendiğinde, erkekler kızlara oranla daha yüksek, yüzdeye sahip olarak bulunmuştur (14). Bu çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak aileler daha fazla septom bildirmişlerdir. Bunu öğretmenlerin çocuklara karşı disiplin uygulamalarına bağlamışlardır. Bizim çalışmamızda ise ailelere göre KOKGB sıklığı daha az, öğretmenlere göre ise daha fazladır. Bu çalışma metodolojik açısından bizim çalışmamıza benzemektedir. Ancak sıklıkların farklı olması öğretmen ve ailelerin sorunun derecesini algılama farklılığından kaynaklanıyor olabilir.

Nolan ve arkadaşları 12 – 18 yaş arasındaki 1073 öğrencide sadece öğretmenlerin DSM-IV'e dayalı ölçek değerlendirmeleriyle KOKGB sıklığını %3.8, DB sıklığını %3.0 olarak saptamışlardır (36). Bu çalışma da metadolojik olarak bizim çalışmamıza benzemektedir ancak bizim öğretmenlerimize göre KOKGB ve DB gösteren ergenler daha fazladır. Ancak bu bizim örneklemimizin sayısının düşüklüğünden kaynaklanıyor olabilir.

Ford ve arkadaşları İngiltere'de 10438 çocuk ve ergende DSM-IV kriterlerine göre klinik görüşmeyi taklit eden ölçekte ergen ve ebeveynden ve %80'inde öğretmenden alınan bilgilere göre, 11-12 yaş grubunda, %2.31 KOKGB, %1.25 DB, 13-15 yaş grubunda %1.43 KOKGB ve %3.31 DB saptamışlardır (40). Bu çalışmada birden fazla kaynağın birleşiminden ve daha geniş kaynaklı bir ölçekten faydalanıldığı için daha düşük yüzdeler elde edilmiş olabilir.

Wolraich ve arkadaşları DSM-IV kriterlerine göre, 8258 ilkokul çocuğunda öğretmenleri tarafından doldurulan ölçeklere göre, KOKGB sıklığını %4.9, DB sıklığını %2.1 olarak saptamışlardır. Her iki durumda da erkeklerde kızlara oranla

daha yüksek yüzde saptamışlardır (8). Bizim çalışmamızda öğretmenlere göre DB için daha yüksek yüzdelerin elde edilmesi kısmen yaşla DB sıklığının artışı ile açıklanabilir ancak bizim örneklemimizin sayısı bu çalışmaya göre oldukça azdır.

Offord ve arkadaşları, 12-16 yaş grubunda DSM-III kriterine göre aileden aldıkları bilgilerde DB sıklığını erkeklerde %4, kızlarda %1.9 öğretmen yada ergenden aldıkları bilgilere göre erkeklerde %7.2 , kızlarda %2.9 saptamışlardır (66).

Carlson ve arkadaşları DSM-IV kriterlerine göre öğretmenlerin doldurdukları ölçeklere göre, KOKGB sıklığını %9 olarak saptamışlardır. KOKGB sıklığı incelendiğinde, erkekler kızlara oranla daha yüksek, yüzdeye sahip olarak bulunmuştur (68). Bu çalışma metodolojik olarak bizim çalışmamıza benzerdir ve KOKGB semptomlarına sahip ergenlerin sıklığınına benzemektedir.

Maughan ve arkadaşları, DSM-IV fonksiyonel bozulma kriterini de kattıkları çalışmada, sosyal bozulma ve hastalık süresinin yeterliliği kriterini de kattıkları çalışmada aileden, öğretmenden ve 11 yaşından büyük olan ergenlerden elde ettikleri bilgiye göre, 5-15 yaş grubunda DB'yi erkeklerde %2.1, kızlarda %0.8 , KOKGB'yi kızlarda %1.4, erkeklerde %3.2 olarak saptamışlardır. DB'nin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yaş arttıkça arttığını göstermişlerdir (72). Bu çalışmada tanı için DSM-IV'e göre fonksiyonel bozulma ve semptomların süresinin yeterliliği kriterini kattıkları için bizim çalışmamızda daha yüksek yüzdeler bulunmuş olabilir.

Costello ve arkadaşları, DSM-IV kriterlerine göre, 6674 çocuk ve ergende 9-16 yaş grubunda, aile ve çocuktan aldıkları bilgilere göre 16 yaşa ulaşıldığında KOKGB sıklığını %11.3, DB sıklığını %9 olarak saptamışlardır (41). Bu çalışmada bilgi edinilen kaynaklar bizim çalışmamızdan farklıdır. KOKGB için bizim çalışmamızda ailelere göre daha düşük sıklık, DB için ise daha yüksek sıklık saptanmıştır. Ancak bizim örneklemizin yaş grubu daha yüksektir ve DB'nin yaş ile arttığı bilinmektedir (2,72). KOKGB ise öğretmenlerimize göre belirlenen yüzdeye benzemektedir.

Bizim çalışmamızda KOKGB ve DB semptomları erkeklerde daha sık olarak saptanmıştır. Literatürde de KOKGB ve DB erkeklerde daha sık olarak görülmektedir. Nolan, Tamsin, Wolraich, Offord, Maughan, Costello da

çalışmalarında bu bozuklukları erkeklerde daha sık olarak saptamışlardır (8,36,40,41,66,72).

Bu çalışmanın kısıtlıklarından biri tespit edilen okulların hepsinden geri bildirim alınamaması, çalışmaya katılan okullarda ise hedeflenen sayıya ulaşılamamasıdır. Bunda öğretmenlerin ve ailelerin bu konuda yeterli bilgiye sahip olmamaları etkili olmuş olabilir. DSM-IV DEHB tanı kriteri olan semptomların en az iki ortamda bulunması gereği iki ölçek verisinin birleştirilmesini gerektirmektedir. Ancak bu yöntemle sadece ailenin ya da sadece öğretmenin bildirdiği vakaların atlanması söz konusu olacağından sadece aile ve sadece öğretmenin bildirdiği vakaların da klinik olarak değerlendirilmesi sağlanmalıdır. Ancak bu durum ölçeklerle yapılan bir tarama çalışmasının ötesine geçerek, geniş bir populasyonun klinik olarak değerlendirilmesini gerektirecekti. DEHB tanısı konulurken ölçekler yardımcı olsa da klinik olarak da tanının desteklenmesi gerekmektedir (18). Ancak klinik olarak tarama mümkün olmadığından ölçeklerle olası vakaların belirlenmesi sonucunda klinik görüşme ile tanı konabilir.

Bu çalışmanın kısıtlılıklarından bir diğeri ise DEHB tanısı için gerekli olan DSM-IV'e göre sosyal, akademik ve mesleki alanda bozulma kriteri ve bazı semptomların 7 yaşından önce de bulunması koşulu ve semptomların en az 6 aydır bulunması kriterlerinin kullanılmamasıdır. KOKGB için de tanı için gerekli olan toplumsal alanda bozulma kriteri ve semptomların en az 6 aydır bulunması ve bu davranışların sadece bir psikotik bozukluk ya da duygudurum bozukluğunun gidişi sırasında ortaya çıkmaması kriterlerleri kullanılmamıştır. DB için de en azından tanı ölçütlerinden en az üçünün son 12 aydır olması gerekliliği de kullanılan ölçekte yer almamıştır.

Ancak bu bir tarama çalışmasıdır. DEHB ve diğer Yıkıcı Davranış Bozuklukları için ergenlerde okul örnekleminde semptom sıklığını araştırmıştır. Tüm populasyon klinik olarak taranamayacağından tarama ile saptanan vakalar klinik olarak değerlendirilmelidir.

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

11-18 yaş grubu ortaokul ve lisede okuyan 251 ergenin bulunduğu örneklemde DSM-IV'e dayalı Dr.Atilla Turgay ölçeği ile her iki kaynak birleştirildiğinde aile ve öğretmenin ortak olarak bildirimlerine göre alt tiplerde bazı farklılıklar olmasına rağmen 11 ergende DEHB kriterleri ortak olarak karşılanmıştır. Bu da aile ve öğretmenin ikisinin de ölçek doldurduğu 186 öğrencinin %5.9 'unu oluşturmaktadır.

Aile ve öğretmenlerin bildirimleri ayrı ayrı incelendiğinde, ailelerin DSM-IV'e dayalı ölçek bildirimlerine göre DEHB semptom sıklığı, DEHB-D %4.1, DEHB-H %5.0 ve DEHB-B %3.6 olmak üzere ergenlerde %12.7, öğretmenlerin DSM-IV'e dayalı ölçek bildirimlerine göre DEHB-D %7.9, DEHB-H %9.3 ve DEHB-B %10.2 olmak üzere ergenlerde %27.4 şeklinde bulunmuştur.

Bu çalışmada öğretmenler ailelere göre hem dikkat eksikliği hem hiperaktivite için anlamlı olarak daha fazla septom bildirmişlerdir. Öğretmen ve aile arasında semptom bildirmede uyumsuzluk mevcuttur.

Üç farklı sosyoekonomik düzeyde yer alan okullara yer verilen çalışmada, DEHB ve sosyoekonomik düzeyin ilişkisi araştırıldığında orta sosyoekonomik düzeyde daha fazla olarak görülmüştür ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Bu çalışmada anne ve baba eğitim düzeyi ile DEHB sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Öğretmen ve aileler alt tiplerde uyum göstermediğinden sadece aile ve sadece öğretmen bildirimlerine göre alt tiplerin semptomlarına bakıldığında ailelere göre hiperaktif tip en fazla, bileşik tip en düşük olmakla beraber oranlar birbirine çok yakındır. Öğretmenlere göre ise bileşik tip en yüksek dikkatsiz tip en düşük olarak bulunmuştur.

Bilgi alınan kaynaktan bağımsız olarak erkeklerde DEHB semptomları istatistiksel olarak anlamlı olarak daha fazla görülmektedir. Ailelerin bildirimine göre DEHB semptomu saptama durumu kızlara göre erkeklerde 5.76 kat, öğretmenlerin bildirimine göre 4.71 kat daha fazla olarak saptanmıştır..

Ailelerin bildirimlerine göre DEHB semptomlarına sahip olan ergenlerin %46.4'ünde KOKGB semptomları %10.7'sinde DB semptomları olmak üzere toplam %57.1 Yıkıcı Davranış Bozukluğu komorbiditesi saptanmıştır. Öğretmenlerin bildirimine göre DEHB semptomlarına sahip olan ergenlerin %52.5'inde KOKGB semptomları %30.5'inde DB semptomları olmak üzere toplam %83 Yıkıcı Davranış Bozukluğu komorbiditesi saptanmıştır.

Bu çalışmada hem aile hem öğretmenlerin bildirimine göre DEHB-B tipi septomları diğer alt tiplere göre Yıkıcı Davranış Bozuklukları semptomları ile daha fazla komorbidite göstermektedir. Bileşik tip ve hiperaktif tip bir grup olarak ele alındığında dikkatsiz tipe göre daha fazla komorbiditeye rastlanmıştır..

Ailelerin bildirimine göre ergenlerin %1.4'ünde KOKGB, %12.2'sinde DB ve %1.4'ünde hem KOKGB hem DB semptomları saptanmıştır. Öğretmenlerin bildirimine göre ergenlerin %1.9'unda KOKGB, %12.1'inde DB, %7'sinde hem KOKGB hem DB semptomları saptanmıştır. Öğretmenler daha fazla semptom bildirmişlerdir.

KOKGB ve DB semptomları ortak olarak incelendiğinde erkeklerde daha sık olarak saptanmıştır. Bu fark öğretmenlere göre istatistiksel olarak anlamlı olmakla birlikte ailelere göre anlamlı olarak bulunmamıştır.

Bu çalışma bundan sonra bu alanda yapılacak çalışmalara ışık tutmaktadır. Bu çalışmada DEHB'nin ergenlerde sık olarak bulunduğu ve DEHB'ye sık olarak diğer Yıkıcı Davranış Bozukluklarının eşlik ettiği saptanmıştır. Ancak ülkemizdeki sıklık tespiti için bu alanda daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve diğer Yıkıcı Davranış Bozuklukları toplumuzda çok iyi bilinmemektedir. Ancak bu bozuklukların ve yol açabileceği sorunların ailelere ve öğretmenlere anlatılması gerekmektedir. Bu sayede öğretmenler ve aileler sorunu erken olarak farkedebilir ve bu sorunun tedavisi için ergene destek olup tıbbi yardım alabilir.

ÖZET

Ergenlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Sıklığının Araştırılması

Bu çalışmada yaşları 11-18 arasında değişen ergenlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun sıklığı, ilişkili olduğu durumlar ve eşlik eden KOKGB ve DB semptomlarnın sıklığı araştırılmıştır. Çalışma Ankara ilinde, 9 ayrı okulda 107 kız ve 144 erkek öğrenci olmak üzere toplam 251 ergenle yürütülmüştür.

Çalışmada Çocuk ve Ergenlerde Davranış Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (Atilla Turgay) ve sosyodemografik özellikler için anket formu kullanılmıştır. Çalışmada her öğrenci için hem sınıf öğretmenlerinden hem de kendi ailesinden ayrı ayrı birer adet ölçek formu doldurmaları istenmiştir.

Her iki kaynak birleştirildiğinde aile ve öğretmenin ortak olarak bildirimlerine göre 186 öğrencinin %5.9 'unda DEHB semptomları saptanmıştır.

Bu çalışmada öğretmenler ailelere göre hem dikkat eksikliği hem hiperaktivite için anlamlı olarak daha fazla septom bildirmişlerdir. Öğretmen ve aile arasında semptom bildirmede uyumsuzluk mevcuttur. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu semptomları ve sosyoekonomik düzey arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Anne ve baba eğitim düzeyi ile DEHB semptomları sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bilgi alınan kaynaktan bağımsız olarak erkeklerde DEHB semptomları istatistiksel olarak anlamlı olarak daha fazla olarak saptanmıştır. KOKGB ve DB semptomlarının hem ailelere hem öğretmenlere göre sık olarak DEHB semptomlarına eşlik ettiği saptanmıştır. Bu çalışmada hem aile hem öğretmenlerin bildirimine göre DEHB-B tipi septomları diğer alt tiplere göre Yıkıcı Davranış Bozuklukları semptomları ile daha fazla komorbidite göstermektedir. Bileşik tip ve hiperaktif tip bir grup olarak ele alındığında dikkatsiz tipe göre daha fazla komorbiditeye rastlanmıştır.

Anahtar sözcükler: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, Karşıt olma karşı gelme bozukluğu, Davranım Bozukluğu, Diagnostic and Statistical Manual dördüncü baskı,sıklık**.**

SUMMARY

The Investigation of Prevalance of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Between Adolescents

In this study, the prevalance of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adolescents aged between eleven to eighteen years old, the situations that are related to this disorder and comorbidities with conduct disorder (CD) and oppositional defiant disorder (ODD) are investigated.

A questionaire that is based on DSM-IV criteria for behavioural disorders in children an adolescents was used. For each student both parents and teachers filled the questionaire.

When the two questionaire from teachers and parents are combined %5.9 of 186 students have ADHD symptoms. Teachers informed more symptoms than the parents for both attention and hyperactivity .There is discordance between information gathered from parents and teachers for the symptoms prevalance.

Among the symptoms of ADHD and socioeconomic status there is no statistically significant relation determined. Also there is no statistically significant relation between ADHD symptoms and parents educational status.

Independent of information gathered either from parents or teachers, male students have more ADHD symptoms than female students. İt is determined that ODD and CD symptoms frequently accompany ADHD symptoms. According to information gathered both from parents and teachers ADHD combined subtype symptoms have more comorbidities than the other subtypes of ADHD.

Key Words: Attention Deficit Hyperactivity Disorder,Oppositional Defiant Disorder,Conduct Disorder, Diagnostic and Statistical Manual fourth edition, prevalance

KAYNAKLAR

[1] Rushton Jerry L.MD, Fantve Kathryn E, Clark Sarah J. Use of practice guidelines in the primary care of children with attention deficit hyperactivity disorder.*Pediatrics* 2004 vol.114 No.1 July 2004:e23-28

[2] Polvan Ö. *Çocuk ve ergen psikiyatrisi*. İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Ders Kitapları, 2000:82-100

[3] Offord MD, Mihael H Boyle:Ontario Child Health Study:Corroletas of disorder. *Am. Acad. Child.and Adolesc.Psychiatry.*1989;28:856-860

[4] Szatmari P, Offord DR, Boyle MH:Ontario Child Health Study: Prevalance of attention deficit disorder with hyperactivity.J Child Psychol *Psychiat.*1989;30:219-230

[5] Pelham WE, Gnagy EM, Greenslade KE. Teacher ratings of DSM-III-R symptoms for the disruptive behavior disorder.J. *Am. Acad. Child.and Adolesc.Psychiatry.*1992;31:210-218

[6] Gallucci F, Bird HR, Berardi C. Symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder in an Italian school sample:Findings of a pilot study. *J Am. Acad. Child and Adolesc.Psychiatry.*1993; 32:1051-1058

[7] Baumgartel A, Wolraixh ML, Dietrich M: Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a German elementery school sample.*J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry.*1995;34:629-638

[8] Wolraich ML, Hannah JN, Pinnock TY. Comparison of diagnostic criteria for attention-defcit hyperactivity disorder in a country-wide sample.*J. Am. Acad. Child. And Adolesc. Psychiatry*.1996;353:19-324

[9] Wolraich ML., Hannah JN, Baumgartel A. Examination of DSM-IV criteria for attention deficit hyperactivity disorder in a country wide sample. *J Dev BEHAV Pediatr* 1998 Jun; 19(3):162-8

[10] Motavallı N. Kentsel kesimde Türk ilkokul çocuklarında dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun nozolojik bağlamda prevalansının araştırılması. *Uzmanlık Tezi*: İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bilim Dalı. İstanbul 1994

[11] Şenol S. Dikkat eksikliğ yıkıcı davranış bozukluklarının klinik özellikleri, aynı grup ve diğer DSM-IV tanıları ile birliktelikleri,risklerin ve tedavi eğiliminin belirlenmesi.*Uzmanlık Tezi*.Gazi Üniv.Tıp Fakültesi,Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı Ankara.

[12] Albayrak E.: Bursa ilinde bir ilkokul örnekleminde dikkat eksikliğ hiperaktivite bozukluğu sıklığı ve ilgili sosyodemografik özellikler.*Uzmanlık tezi.*Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı

[13] Özcan M.Erkan, Eğri Mücahit, Kutlu N Onur, Yakıncı Cengiz, Karabiber Hamza, Genç Metin. Okul çağı çocuklarında DEHB yaygınlığı:İnönü Üniversitesi *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*,1998,5(2-3):138-142

[14] Ersan E Erdal, Doğan Orhan, Doğan Selma, Sümer Haldun. The distribution of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. *Eur. Child Adolesc Psychiatry* 2004; 354-360

[15] Acad J. Am. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents,and adults with attention deficit hyperactivity disorder: Child.and Adolesc.*Psychiatry.*1997; 36(10 suppl):85-121

[16] Weiss G. Attention deficit hyperactivity disorder, Child and Adolescent Psychiatry. Editor Lewis M, Williams and Wilkins *A. Comprehensive Textbook 2nd edition*, 1996:544-563.

[17] Faraone Stephen V., Biederman Joseph, Mick Eric. The age dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder:a meta analysis of follow up studies. *Psychological Medicine.*2006 36(2):159-165

[18] Spencer Thomas J. MD, Biederman Joseph MD, Mick Eric, ScD: Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis, Lifespan, Comorbidities and Neurobiology. *Ambulatory Pediatrics* 2007 volume 7 number 1s January-february 73-81

[19] Cantwell. DP: Hyperactive children have grown up.What have we learned about what happens to them?*Arc Gen Psychiatry*. 1985; 42:1026-1028

[20] Liu Y.H, Stein T., Attention deficit hyperactivity disorder:evidence based diagnosis and management for primary care clinicians. *Minerva Pediatrica* 2004;56:567-83

[21] Amerikan Psikiyatri Birliği. *Mental bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı,* dördüncü baskı(DSM-IV), Amerikan Psikiyatri Birliği,Washington DC,1994'ten çeviren Köroğlu E,HekimlerYayın Birliği,Ankara,1994

[22] Arnold LE, Jensen PS: Attention deficit disorders. ed,Kaplan H, Sadock B, eds.Baltimore:Williams and Wilkins *Comprehensive textbook of of psychiatry*,6th 1995:295-2310

[23] Thorley G. Hyperkinetic syndrome of childhood:Clinical characteristics.*Br J Psichiatry* 1984;144:16-24

[24] Swanson JM, Sergeant JA, Taylor E. Attention-deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. *Lancet.* 1998; 351:429-433

[25] Weiss Margaret, Weiss Gabrielle. Child and adolescent psychiatry. In: New Haven. Connecticut, Lewis Melvin, eds. *A comprenensive textbook* third edition edited by Lippincott Williams and Wilkins 2002 :645-678

[26] Greenhill LL Attention Deficit Hyperactivity Disorder in children ,Psychiatric Disorders in Children and adolescents edited by Garfinkel BD, Carlson GA,Weller EB;W B Saunders Company 1990 149-183

[27] Söhmen Teoman, Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda komorbiditenin genel olarak gözden geçirilmesi ve DEHB'nun madde kullanım bozukluğu ile komorbiditesi., Editör Aysev Soykan Ayla, AÜTF Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, *Dikkat eksikliğ hiperaktivite bozukluğu ve özgül öğrenme güçlüğü*.2005 ;71-72

[28] Amerikan Psikiyatri Birliği, *Psikiyatride Hastalıkların Tanımlandırılması ve Sınıflandırılması Elkitabı,Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı* (DSM-IV-TR) , Washington,D.C. Çeviren:Köroğlu E. Ankara 2001 Hekimler Yayın Birliği.

[29 Wilens,Timothy E., Biederman Joseph, and Spencer Thomas J. Attention Deficit Hyperactivity Disorder across the lifespan. *Annual Review Medicine* 2002; 53:113-131

[30] Simms Mark D. Attention deficit /Hyperactivity disorder. Edited by Behrman Richard E MD, Kliegman Robert M MD, Hal B.Jenson Nelson, *Nelson textbook of pediatrics 17th edition MD* 2004; s:107-111

[31] Biederman J.Attention Deficit Hyperactivity Disorder:A selective Overview.*Biol Psychiatry* 2005:57:1215-1220

[32] Biederman J. Impact of comorbidity in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *The journal of clinical psychiatry* 2004;65 suppl 3:3-7

[33] Leung PW, Luk SL, Taylor E. The diagnosis and prevalance of hyperactivity in Chinese schoolboys. *Br J Psychiatry*.1996;168:486-496

[34] Rohde Luis A., ADHD in a School Sample of Brazilian Adolescents: A study op prevelance, Comorbid Conditions, and Impairments. *J.Am. Acad. Child. Adol. Psych* June 1999; 38:6, 716-722

[35] Gadow KD, Nolan EE, Litcher L,Carlson GA. Comparison of attention deficit hyperactivity disorder symptom subtypes in Ukranian school children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000 Dec;39(12):1520-7

[36] Nolan EE, Gadow KD,Sprafkin J. Teacher reports of DSM-IV ADHD,ODD, and CD symptoms in school children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.2001Feb;40(2):241-9

[37] Barbaresi William J, MD; Slavica K. Katusic, MD How comman is attention deficit hyperactivity disorder? *Arch Pediatr Adolesc Med*:Vol 156, March 2002:217-224

[38] Abstract Pineda DA, Lopera F, Palacio JD, Ramirez D, Henao GC:Prevalance estimations of attention deficit hyperactivity disorder:differential diagnosis and comorbidities in a Colombian Sample. *Int J Neurosci*.2003 Jan;113(1):49-71

[39] Abstract Montiel-Nava C,Pena JA, Montiel-Barbero I.:Epidemiological data about attention deficit hyperactivity disorder in a sample of Marabino children.*Rev Neurol* 2003 Nov 1-15;37(9):815-9

[40] Ford Tamsin, Goodman Robert, Meltzer Howard. The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999:The Prevalance of DSM-IV Disorders. *J.Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*42:10,October 2003:1203-1211

[41]Costello Jane E., Mustillo Sarah. Prevalance and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry* Aug 2003 vol 60:837-844

[42] Abstract Poeta LS, Rosa Neto F. Epidemiological study on symptoms of attention deficit hyperactivity disorder and behavior disorders in public schools of Florianopolis/SC using the EDAH. *Rev. Bras Psiquatr* 2004Sep;26(3):150-5

[43] Abstract Cardo E., Servea M,Llobera J.:Estimation of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among the standard population on the island of Majorca:Rev Nerol 2007 Jan1-15;44(1):10-4

[44] Biggs PD, Mikulich SK, Whitmore EA, Crowley TJ. Relationship of ADHD, depression,and non-tobacco substance use disorders to nicotine dependence in substance dependent delinquents. *Drug Alcohol Depend*.1999 May 3;54(3):195-205

[45] Biederman J, Faraone SV. Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet* 2005 jul 16-22;366(9481):237-48

[46] Stephen V. Faraone, Roy H.Perlis. Molecular genetics of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Biol. Psychiatry* 2005;57:1313-1323

[47] Andres M.A. Prevelance, Comorbidity, Risk Factors and Service Utilisation of Disruptive Behaviour Disorders in A Community Sample of Children in Valncia (Spain), *Soc Pyschiatry Pyschiatr Epidemiol* 1999; 34: 175-179

[48] Biederman Joseph. A Prospective 4 Year Follow-up Study of Attention-Deficit Hyperactivity and Related Disorders, *Arc. Gen. Psychiatry*/1996; Vol 53, May, 437-446

[49] Valera Eve M., Faraone Stephen V., Murray Kate E., Seidman Larry J. Meta-Analysis of structural imaging findings in attention deficit hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry* 2007:61:1361-1369

[50] Castellanos FX, Lee PP, Sharp W. Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *JAMA*. 2002:288:1740-1748

[51] Bush George, Valera Eve M., Seidman Larry J. Functional neuroimaging of attention deficit hyperactivity disorder:A review and suggested future directions. *Biological Psychiatry* 2005;57:1273-1284

[52] Öktem Ferhunde. Dikkat eksikliği bozukluğu. *Katkı Pediatri Dergisi.*1996(5):827-828)

[53] Aysev Soykan Ayla, Dikkat eksikliğ hiperaktivite bozukluğunun değerlendirilmesi ve tanı koyma. Editör Aysev Soykan Ayla, AÜTF Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve özgül öğrenme güçlüğü* :2005:1-6

[54] Korkmazlar Ümran, Dikkat eksikliği hiperaktivite ve özel öğrenme bozukluğuna psiko-pedagojik yaklaşım , Editör Aysev Soykan Ayla, AÜTF Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, *Dikkat eksikliğ hiperaktivite bozukluğu ve özgül öğrenme güçlüğü*.2005 ;133-152

[55] Eric Schachar Russel, Tannock Rosemary. Syndromes of Hyperactivity and Attention Deficit. Edited by Rutter Michael and Taylor Eric. *Child and adolescent psychiatry,* Blackwell Science 2002:399-436

[56] Greene Ross W, Biederman Joseph, Faraone Stephan V., Monuteaux Michael C. *J.Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 40:6, June 2001:704-710

[57] Biederman Joseph M.D, Faraone Stephaen V. Ph.D., Spencer Thomas J. M.D. *Journal of Clinical Psychiatry* April 2006: 67:4:524-540

[58] Wilens Timothy E., Biederman Joseph, Spencer Thomas J. Attention Deficit Hyperactivity Disorder across the lifespan. *Annual. Rev. Med* 2002:53;113-131

[59] Barkley Russell A. Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: An overview of emprically based treatments. *Journal of Psychiatric Practice* Vol 10, No 1:2004:39-56

[60] Wilens Timothy E. Attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorders. *Am J Psychiatry* 163:12, December 2006:2059-2063

[61] Biederman Joseph, Arnsten Amy F.T., Faraone Stephen V., Doyle Alysa E., Spencer Thomas J. Academic Highlights:New Developments in the treatment of ADHD. *J Clin. Psychiatry* 67:1, January 2006:154-156

[62] Banaschewski Tobias, Rossner Veit, Dittmann Ralf W. Non stimulant medications in the treatment of ADHD. *Europ. Child Adol. Psych.* 2004 13 suppl-1 102-116

[63] Christman Alisa K, Pharm D, Fermo Joli D, Pharm D, Markowitz John S, Pharm D. Atomoxetine, a novel treatment for attention deficit hyperactivity disorder. *Pharmacotherapy* 2004; 24(8):1020-1036

[64] Barbaresi William J., Katusic Slavica K., Colligan Robert C. How comman is Attention Deficit Hyperactivity Disorder? Incidence in a population based birth cohort in Rochester, *Minn: Arch Pediatr Adolesc Med* vol 156 Mar 2002 217-224

[65] Brown Ronald T., Freeman Wendy S. Prevelance And Assesment Of Attention Defficit Hyperactivity Disorder In Primary Care Settings. *Pediatrics* March 2006 Vol.107 p:1-11

[66] Offord David R., Ontorio Child Health study: Correlates of Disorder, *J.Am. Acad. Child. Adol. Psych.* 1989; 28, 856-860

[67] Takahashi Kazuhiro, Hyperactivity and comorbity in japanese children with attention deficit/hyperactivity disorder, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2007; 61,255-262

[68] Carlson Caryn L, Tamm Leanne. Gender differences in children with ADHD, ODD,and co occurring ADHD/ODD identified in a school population. *J Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry* 36:12 December 1997:1706-1714

[69] Gadow Kenneth G. Comparison of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptom Subtypes in Ukranian Schoolchildren. J.*Am. Acad. Child. Adol. Psych.* December 2000; 39:12, 520-1527

[70] Gadow KD, Nolan EE, Litcher L, Carlson GA. Comparison of attention deficit hyperactivity disorder symptom subtypes in Ukranian school children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000 Dec;39(12):1520-7

[71] Zeiner P. Parent-reported syptoms of hyperactivity and attention deficits predict teacher-reported syptoms, *Acta Paediatr* 86: 178-82, 1997

[72] Maughan Barbara, Conduct Disorder and Oppositional Defiant Disorder in a National Sample: Devolopment Epidemiology, *Journal of Child Pyschology and Psychiatry* 2004; 45:3 pp 609-621

EKLER

EK 1

YAZILI ONAM FORMU

'Ergenlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Sıklığının Araştırılması' başlıklı çalışma bana sözlü olarak da açıklandı.

Çalışma ile ilgili tüm sorularıma tatmin edici cevaplar aldım.

Benim katılımımın sorulduğu çalışmanın amaç ve işlemleri bana açıklandı.

Bu çalışma ile ilgili olası yararlar bana bildirildi.

Bu çalışmaya katılımın gönüllü olduğunu ve bu çalışmadan istediğim zaman çekilebileceğimi anladım.

Benim bu çalışmaya katılmam gizli tutulacaktır.Bu çalışmadan toplanacak verilerin gizli olduğunu anladım. Fakat çalışma sonunda klinik çalışma raporlanması ve analizi için katılımcı isimleri kullanmadan bu verileri kullanma ve işleme hakkına sahiptirler, ben böyle bir kullanıma ve işleme kesinlikle izin veriyorum.

Çocuğum (Öğrencim) ile ilgili verilere ulaşmaya ve düzeltilmesini istemeye hakkım olduğu bana bildirilmiştir.

Ben burada özgür ve yazılı olarak bu klinik araştırmada yer almayı onaylıyorum. Çalışmaya kendi rızamla gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı ismi: ----------

ADRES ----------

TELEFON NUMARASI: ----------

TARİH: İMZA:

Onay almayı gerçekleştiren kişi:

İSİM:Dr. Zuhal Uyan----------

TARİH: İMZA:

Sorumlu araştırmacı:

İSİM: Prof. Dr Betül Ulukol

TARİH: İMZA:

Telefon: 0312 595 72 93

EK 2

Ergenlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Sıklığının Belirlenmesi Çalışması Sosyodemografik Özellikler Anket Formu

Baba Yaşı:
Anne Yaşı:

Baba Eğitim Durumu: Okur yazar değil ( ) Okur yazar ( ) İlkokul mezunu ( ) Ortaokul mezunu ( ) Lise mezunu ( ) Yüksekokul mezunu ( )

Anne Eğitim Durumu: Okur yazar değil ( ) Okur yazar ( ) İlkokul mezunu ( ) Ortaokul mezunu ( ) Lise mezunu ( ) Yüksekokul mezunu ( )

Babanın Çalışma Durumu:
Annenin Çalışma Durumu:

Çocuk sayısı:
Çocukların yaşları:

Anket doldurulan çocuğun;

Doğum tarihi:
Cinsiyeti:
Varsa kronik hastalığı ve alıyorsa tedavisi:

Daha önce hiç psikiyatrik muayene oldu mu ve tedavi aldı mı?:

Ailenizin;

Aylık geliri: 500YTL altı ( ) 500-1000YTL ( ) 1000-2000YTL ( ) 2000YTL üzeri ( )

Ev kendi eviniz mi?:

Nasıl bir evde oturuyorsunuz:

Arabanız var mı:

EK 3

ÇOCUK VE ERGENLERDE DAVRANIM BOZUKLUKLARI İÇİN DSM - 4'E DAYALI TARAMA VE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

(Dr. Atilla Tugay)

Davranış sorunları ya da bozukluklarına çocukluk ve ergenlik döneminde oldukça sık rastlanmaktadır. Bu tarama ve değerlendirme ölçeği, Amerika Psikiyatri Derneği'nce ruhsal bozuklukların değerlendirilmesinde kullanılan en son tanı ölçütlerine ve Dr. Turgay'ın konuya ilişkin araştırma bulgularına dayanmaktadır.

Aşağıdaki sorular şu an değerlendirmesini yaptığınız çocuğun / gencin sık rastlanan davranış sorunlarının bazılarını gözden geçirecek ve değerlendirecektir. Lütfen her bir soruda size en uygun gelen seçeneği işaretleyin.

SOYADI :

ADI :

YAŞ :

CİNSİYET :

BU GÜNÜN TARİHİ :

FORMU DOLDURAN KİŞİNİN ÇOCUK / GENCE OLAN YAKINLIĞI :

Öğretmen ☐

Anne ☐

Baba ☐

Anne ve Baba birlikte ☐

Diğer .....

Telif hakkı Integrative Therapy Institude'a aittir. Dr. Atilla Turgay'ın izni ile kullanılmaktadır. Atilla Turgay M.D. Clinical Director. Scarborough General Hospital. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health Division

1. BÖLÜM

A. DİKKATSİZLİK

Sorun	Sorun Derecesi			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
1. Dikkatini ayrıntılarına vermez ya da okul ödevlerinde, işinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.	0	1	2	3
2. Üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı oyunlarda dikkatini sürdürmede zorluk çeker.	0	1	2	3
3. Kendisine doğrudan hitap edildiğinde dinlemiyormuş gibi görünür.	0	1	2	3
4. yönergeleri gerektiği gibi izlemez ve okul ödevlerini ufak tefek işleri ya da iş yerlerindeki görevlerini tamamlayamaz.	0	1	2	3
5. Görev etkinliklerini düzenlemekte güçlük çeker.	0	1	2	3
6. Uzun süreli dikkat gerektiren işlerden (okul ödevi, ev ödevi gibi) kaçar bunlardan hoşlanmaz ve bunlara karşı isteksizdir.	0	1	2	3
7. Üzerine aldığı görev ya da etkinlikler için gerekli olan eşyaları (kalem, kitap oyuncak araç – gereç gibi) kaybeder.	0	1	2	3
8. Dikkati kolayca dağılır.	0	1	2	3
9. Günlük etkinliklerde unutkandır.	0	1	2	3

I A bölümünde karşılanan ölçüm sayısı ...../

I A bölümünde alınan toplam puan ...../

B. AŞIRI HAREKETLİLİK – DÜRTÜSELLİK

AŞIRI HAREKETLİLİK

Sorun	Sorun Derecesi			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
10. Elleri ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanır.	0	1	2	3
11. Sınıf ya da oturması gereken diğer durumlarda yerinde oturamaz.	0	1	2	3
12. Uygun olmayan durumlarda sağa sola koşturur ya da tırmanır (gençlerde ya da erişkinlerde huzursuzluk ile sınırlı olabilir)	0	1	2	3
13. Sakince oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker.	0	1	2	3
14. hep hareket halindedir ya da sanki motor takılmış gibi davranır.	0	1	2	3
15. Çok konuşur.	0	1	2	3

DÜRTÜSELLİK

Sorun	Sorun Derecesi			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
16. Sorulan soru tamamlanmadan yanıt verir.	0	1	2	3
17. Sırasını beklemekte güçlük çeker.	0	1	2	3
18. Başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer (başkalarının konuşmaları ya da oyunlarına burnunu sokar)	0	1	2	3

I B bölümünde karşılanan ölçüt sayısı	...../ 9
I B bölümünde alınan toplam puan	...../ 27
I A ve I B bölümünde karşılanan ölçüt sayısı	...../ 18
Bölüm I A ve I B'nin toplam puanı	...../ 54

II. BÖLÜM

Sorun	Sorun Derecesi			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
19. Kontrolünü kaybetme.	0	1	2	3
20. Erişkinlerle tartışma.	0	1	2	3
21. Kurallara ve isteklere karşı çıkar ya da reddeder.	0	1	2	3
22. Başkalarını isteyerek rahatsız eder.	0	1	2	3
23. Hataları ya da yanlış davranışları başkalarını suçlar.	0	1	2	3
24. Alıngandır ve başkaları tarafından kolayca kızdırılır.	0	1	2	3
25. Kızgın ve güceniktir.	0	1	2	3
26. Çoğu zaman kincidir ve intikam almak ister.	0	1	2	3

II bölümünde karşılanan ölçüt sayısı ...../ 8

II bölümünde alınan toplam puan ...../ 24

III. BÖLÜM

Sorun	Sorun Derecesi			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
A. İnsanlara ve hayvanlara karşı saldırganlık				
27. Kabadayılık eder, tehdit eder gözdağı verir.	0	1	2	3
28. Kavga döğüş başlatır.	0	1	2	3
29. Eşyalarına ciddi biçimde fiziksel zarar verecek silah (sopa, taş,kırık şişe bıçak tabanca v.b.) kullanır.	0	1	2	3
30. İnsanlara fiziksel olarak acımasız davranır.	0	1	2	3
31. Hayvanlara fiziksel olarak acımasız davranır.	0	1	2	3
32. Başkalarının gözü önünde hırsızlık (saldırarak soygun, çanta kapıp kaçma tehditle soyma, silahlı soygun) yapar.	0	1	2	3
33. Başka birisini cinsel etkinlikte bulunmak için zorlar.	0	1	2	3
B. Mala zarar verme				
34. Ciddi hasar vermek amacıyla yangın çıkarır.	0	1	2	3
35. Başkalarının malına mülküne isteyerek zarar verir. (yangın çıkarma dışında)	0	1	2	3
C. Dolandırıcılık ya da hırsızlık				
36. Başkalarının evine binasına ya da aracına zorla girer.	0	1	2	3
37. Bir şey elde etmek, bir çıkar sağlamak ya da sorumluluklarından kaçmak için yalan söyler (başkalarını aldatır)	0	1	2	3
38. Hiç kimse görmeden değerli şeyler çalar (mağazalardan mal çalma, sahtekarlık)	0	1	2	3

D. Kuralları ciddi biçimde bozma

39. 13 yaşından öncesinden başlayarak ailesinin yasaklarına karşın geceyi dışarıda geçirir.	0	1	2	3
40. Anne babasının ya da onların yerini tutan kişilerin evinde yaşarken en az iki kez geceleyin evden kaçtı (ya da uzun süreli dönmemişse bir kez)	0	1	2	3
41. 13 yaş öncesinden başlayarak okuldan kaçar.	0	1	2	3

III. bölümde karşılanan toplam ölçüt sayısı ...../ 15

III. bölümden alınan toplam puan ...../ 45

I. II. III. Bölümlerde karşılanan toplam ölçüt sayısı ...../ 41

Her üç bölümden alınan toplam puan ...../ 123