

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

DENİZLİ KENT MERKEZİNDE ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNUN YAYGINLIĞI

UZMANLIK TEZİ
Dr. Deniz ŞİMŞEK

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Osman ÖZDEL

DENİZLİ-2011

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

**DENİZLİ KENT MERKEZİNDE ERİŞKİN DİKKAT
EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNUN
YAYGINLIĞI**

UZMANLIK TEZİ
Dr. Deniz ŞİMŞEK

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Osman ÖZDEL

DENİZLİ-2011

Doç.Dr.Osman ÖZDEL danışmanlığında Dr.Deniz ŞİMŞEK tarafından yapılan “Denizli Kent Merkezinde Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Yaygınlığı” konulu tezi jürimiz tarafından Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında TIPTA UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Prof. Dr. Hasan HERKEN

Üye : Prof.Dr. Nalan KALKAN OĞUZHANOĞLU

Üye : Doç. Dr. İ.Osman ÖZDEL

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

28/06/2011

Prof. Dr. Mustafa KILIÇ
Tıp Fakültesi Dekan V.

Prof. Dr. Mustafa KILIÇ
Dekan

TEŞEKKÜR

Tezimin planlama aşamasından sonuçlanmasına kadar olan tüm süreçlerinde bilimsel desteğini, özverisini, emeğini eksik etmeyen değerli hocam Sn. Doç Dr. Osman Özdel'e, tez çalışmam boyunca kıymetli fikirlerinden faydalandığım Sn. Prof. Dr. Nalan K. Oğuzhanoğlu, Prof. Dr. Hasan Herken, Doç. Dr. Figen Çulha Ateşçi, Doç. Dr. Filiz Karadağ, Yrd. Doç. Dr. Cem Şengül, Yrd. Doç. Dr. Gülfizar Varma ve Öğr. Gör. Dr. Selim Tümkiye 'ya, sabır ve ilgiyle desteğini esirgemeyen Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Mehmet Zencir'e, tezim süresince rahatsız etmekten çekinmediğim samimi, sabırlı ve ilgili arkadaşım Sn. Dr. Tuğçe Toker Uğurlu'ya, asistanlığım boyunca birlikte çalışmaktan keyif aldığım, asistan doktor, hemşire, psikolog arkadaşlarım ve bölümümüz personeline, "birey" olma sürecimde en büyük paya sahip olan canım annem, babam ve kardeşlerime, varlıklarıyla eşsiz güzellikte paylaşımlar yaşadığım hayat yoldaşım Burcu'ya ve gözümün nuru Umut'uma en içten teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
GİRİŞ	1
GENEL BİLGİLER	3
TARİHÇE	3
EPİDEMİYOLOJİ	4
ETİYOLOJİ	5
GENETİK ETKENLER	5
Serotonin Reseptör (5-HT) Geni	6
Dopamin Reseptör Genleri	6
NÖROFİZYOLOJİ	7
NÖROBİYOLOJİ	7
ÇEVRESEL VE PSİKOSOSYAL ETKENLER	8
DEHB TANISI	9
DEHB KLİNİK ÖZELLİKLERİ	11
DEHB'YE EŞLİK EDEN BOZUKLUKLAR	14
DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI	14
Major Depresif Bozukluk	14
Bipolar Bozukluk	15
Distimik Bozukluk	15
Anksiyete Bozuklukları	15
Alkol ve Madde Kötüye Kullanımı / Bağımlılığı	16
Kişilik Bozuklukları	16
AYIRICI TANI	17
ERİŞKİNLERDE DEHB TEDAVİSİ	17
GEREÇ VE YÖNTEM	18
ALANIN TANITILMASI	18
EVRENİN SAPTANMASI VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ	18
VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	19
Sosyodemografik Veri Formu	19
Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Değerlendirme Ölçeği	19
Wender- Utah Derecelendirme Ölçeği	19
DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme	20
DSM-III-R Kişilik Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme	20
UYGULAMA	21
ÖRNEKLEM	21
GÖRÜŞMELER	22
İSTATİKSEL DEĞERLENDİRME	22
BULGULAR	23
TARTIŞMA	34
SONUÇLAR	43
ÖZET	45

İNGİLİZCE ÖZET (ABSTRACT)	46
KAYNAKLAR	47
EKLER	66

TABLolar ÇİZELGESİ

Tablo -1	Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri	23
Tablo -2	Örneklemin Alkol ve Uyuşturucu Madde Kullanımı	24
Tablo -3	Örneklemin Olumsuz Yaşam Olayları	24
Tablo -4	Örnekleimde Psikiyatrik Başvuru ve Ailede Psikiyatrik Yardım Arama	24
Tablo -5	Erişkin DEHB ve Cinsiyet İlişkisi	25
Tablo -6	Erişkin DEHB ve Eğitim Durumu İlişkisi	26
Tablo -7	Erişkin DEHB ve Medeni Durum İlişkisi	26
Tablo -8	Erişkin DEHB ve Gelir Durumu İlişkisi	27
Tablo- 9	Erişkin DEHB ve Çalışma Durumu İlişkisi	27
Tablo-10	Erişkin DEHB ve İş Değişirme Durumu İlişkisi	28
Tablo-11	Erişkin DEHB ve Polisle Başın Derde Girme İlişkisi	28
Tablo-12	Erişkin DEHB ve Psikiyatrik Yardım Arama İlişkisi	29
Tablo-13	Erişkin DEHB ve Ailede Psikiyatrik Yardım Arama İlişkisi	29
Tablo -14	DEHB ile İlişkili Sosyodemografik Özellikler, Çoklu Lojistik Regresyon Analizi	31
Tablo -15	Erişkin DEHB Tanısı Konulanların Alt Tipleri ve Cinsiyete Göre Dağılımları	32
Tablo -16	Erişkin DEHB Tanısı Konulanların SCID–I Tanıları	32
Tablo -17	Erişkin DEHB Tanısı Konulanların SCID–II Tanıları	33

KISALTMALAR

- DEHB:** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
- APA:** American Psychiatric Association
- DSM:** Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders
- DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü
- ICD:** International Classification of Diseases
- 5-HT:** 5 Hidroksi-Triptamin (Serotonin)
- 5-HTT:** 5 Hidroksi-Triptamin Transporter
- DRD:** Dopamin Reseptör Geni
- DAT:** Dopamin Transporter Gen
- SNAP:** Synaptosomal-Associated Protein
- EEG:** Elektroensefalografi
- DA:** Dopamin
- NA:** Noradrenalin
- PET:** Positron Emission Tomography
- SPECT:** Single Photon Emission Computed Tomography
- BOS:** Beyin Omurilik Sıvısı
- BAB:** Bipolar Affektif Bozukluk
- YAB:** Yaygın Anksiyete Bozukluğu
- SKB:** Sınır Kişilik Bozukluğu
- OKB:** Obsesif Kompulsif Bozukluk
- MSS:** Merkezi Sinir Sistemi
- MAO:** Monoamin Oksidaz
- SSGİ:** Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü
- FDA:** Food and Drug Administration
- TSM:** Toplum Sağlığı Merkezi

WUDÖ: Wender Utah Derecelendirme Ölçeği

SCID: Structured Clinical Interview Personaly Disorders

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

MMPI: Minnesota Multiphastic Personality Inventory

GİRİŞ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) erken çocukluk döneminde başlayan ve temel belirtileri erişkin dönemde de devam eden kronik, gelişimsel bir nöropsikiyatrik bozukluktur. Temel belirtileri dikkatsizlik, dürtüsellik ve hiperaktivite olan bu bozukluk, hastaların erişkin dönemde de psikolojik ve sosyal alanlar ile eğitim/meslek alanlarında sorunlar yaşamalarına neden olur (1). DEHB gelişimsel bir özellik gösteren (2-5), yaygın görülen (6,7), heterojen doğası (8), karmaşık etiyojisi ve genetik arka planı (9) nedeniyle ilgi uyandıran bir bozukluktur. Bu bozukluk erişkinlikte antisosyal kişilik bozukluğu için yüksek risk taşıması, saldırgan ve suça yönelik davranışlarla birlikte görülmesi, kişiler arası ilişkilerini, okul başarısını ve iş hayatını olumsuz etkilemesi, prevalansının sanıldığından yüksek olması ve çeşitli alanlarda işlevsellik kaybına yol açmasından dolayı önemlidir (10-13).

DEHB, çocukluk çağı psikopatolojileri arasında en çok çalışılan bozukluklardan biri olmasına rağmen, erişkin dönemdeki DEHB hakkında daha az bilgi vardır. DEHB olan çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmalarda, çocukluk döneminde yaşanan nöropsikolojik sorunların zamanla kaybolmadığı gösterilmiştir (14-16). Çocukluk döneminde DEHB tanısı konulanların, çocukluk çağındaki belirtilerinin erişkin dönemde %10 (17) ile %79 (18) arasında devam ettiği ve çalışmalar arasında farklılıklar olduğu gösterilmiştir. Daha sonraki çalışmalarda, çocukluk çağında tanı konan bireylerin %30-70'in de ergenlik ve erişkinlik dönemlerinde belirgin güçlükler yaşadığı gösterilmiştir (19, 20).

Bu kadar geniş bir aralığın olması tanıda kullanılan ölçütlerin çeşitliliğinden kaynaklanmaktadır. Araştırmalarda kullanılan farklı ölçütler tanının geçerliliğini ve yaşam boyu DEHB'yi anlamamızı güçleştirmektedir (21).

DEHB'nin dünya çapında yaygınlığı çocuklarda %5-10 olarak bildirilmiştir (22). Erişkin dönemdeki DEHB için, epidemiyolojik çalışmaların yeterli sayıda olmaması nedeniyle, çocukluk dönemindeki yaygınlık oranları gözetilerek ve erişkinlik döneminde devam etme oranları hesaplanarak, yaygınlığının %1-6 olduğu

tahmin edilmiştir (23). Erişkin dönemdeki yaygınlığını bildiren iki epidemiyolojik çalışma yayınlanmıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan erişkin DEHB yaygınlığı çalışmasında, 18–44 yaşları arasındaki 3199 kişilik ev halkı arasında DEHB yaygınlığı %4,4 olarak hesaplanmıştır (24). Bir diğer çalışma, Dünya Zihin Hastalıkları Araştırma biriminde (World Mental Health Survey Institute) yer alan 10 ülkeyi kapsayan, 18–44 yaş aralığındaki 11422 kişinin dahil olduğu uluslararası bir epidemiyolojik çalışmadır. Ülkeler arasında yaygınlık oranları farklılık göstermekle beraber ortalama yaygınlık % 3,4 oranında bulunmuştur (25).

Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu'nun yaşam boyu psikiyatrik eştanı için önemli bir risk faktörü olduğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı almış erişkinlerin daha yüksek oranda eştanı gösterdiği, daha fazla tedavi maliyeti olduğu görülmüştür (26,27).

DEHB'nin çocukluk döneminde başlayarak erişkin dönemde belirtilerinin büyük oranda devam etmesi ve çeşitli alanlarda işlevsellik kaybına yol açması nedeniyle, erişkin dönemde bu bozukluğun tanısının konması ve tedavisi önem kazanmaktadır.

Bu çalışmanın amacı;

1. Denizli kent merkezindeki erişkin DEHB yaygınlığını
2. Bozukluğa eşlik eden sosyodemografik özellikleri
3. DEHB'ye eşlik eden eksen-I ve eksen-II tanı sıklığını saptamaktır.

Bu çalışmanın bölgemiz ve ülkemiz açısından önemli özelliği; erişkin yaş grubunda DEHB yaygınlığını araştıran ilk epidemiyolojik saha çalışmalarından biri olmasıdır.

GENEL BİLGİLER

TARİHÇE

DEHB'nin tanınması uzun bir geçmişe dayanmaktadır. DEHB'nin tipik bulguları ilk olarak 1846 yılında Frankfurt'taki ilk akıl hastanesini kuran Heinrich Hoffmann tarafından basılmış olan bir çocuk kitabında tanımlanmıştır (28). DEHB'nin klinik bir sendrom olarak ilk tanımı 1902 yılında George Still tarafından yapılmıştır. Saldırganlık, karşı gelme, dizinhibisyon, dikkati sürdürmede kısıtlılık ve kurallara uymama belirtileri olan 45 çocukta tanımlanmış ve temel sorun "Moral Kontrol Defekti" terimi ile belirtilmiştir (29). Birinci Dünya Savaşı sonrasında ortaya çıkan letarjik ensefalit salgını sonrası, ensefalit geçiren çocuklarda hastalıktan sonra gelişen ve Still'in tanımladığına benzeyen, aşırı hareketlilik, dürtüsellik, antisosyal davranışlar ve duygusal değişiklikleri Khan ve Cohen (1934) organik olarak tanımlamışlar ve bu durumun beyin sapındaki bir hasar sonucu oluşabileceğini ileri sürmüşlerdir. 1937 yılında Bradley, amfetamin tedavisiyle çocuklarda hiperaktivite belirtilerinin düzeldiğini görüp bu durumu "Minimal Beyin Disfonksiyonu" olarak isimlendirmiştir (30).

*American Psychiatric Association (APA) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-II (DSM-II) (1968) sınıflandırmasında "Çocukluk Çağının Hiperkinetik Reaksiyonu" olarak isimlendirilmiştir. DSM-III (1980), DEHB'yi hiperaktivitenin eşlik ettiği ve hiperaktivitenin eşlik etmediği tip olarak iki alt gruba ayırarak tanımlamıştır. DSM-III-R (1987), DEHB'yi "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu" olarak tanımlamıştır. DSM-IV'te (1994) yapılan son adlandırma "Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu"dur. Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu-Dikkatsizliğin ön planda olduğu tip ve Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu-Hiperaktivite ve Dürtüsellik ön planda olduğu tip diye temel alt gruplara ayrılmaktadır. Bunun dışında, her iki gruptan da belirti taşıyanları işaret eden bir üçüncü alt tip olarak "Bileşik tip" bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) *International Classification of Diseases-9 (ICD-9)* sınıflama sisteminde bu bozukluk "Hiperkinetik Sendrom" ismi ile yer alırken, ICD-10'da "Hiperkinetik Bozukluk" olarak yer almıştır. ICD-9 ve ICD-10'da dürtüsellik temel belirtiler arasında yer verilmemiştir.*

Çocukluktaki DEHB çok incelenmiş olmasına karşın erişkin DEHB ilk kez Wood ve arkadaşlarının 1976'da çocuklardaki DEHB benzeri belirtileri olan bir grup erişkinde psikositimulanların etkisini göstermeleriyle literatürde yer bulmuştur ve ileriye ve geriye dönük çalışmalar DEHB'nin %50–80 oranında ergenlikte ve erişkinlikte devam ettiğini göstermiştir (31-33).

EPİDEMİYOLOJİ

DEHB, çocuklarda en sık tanı konulan davranışsal bozukluktur. Değişik çalışmalarda verilen farklı yaygınlık oranları, çalışmalarda kullanılan ölçütler ve çalışma yöntemi ile yakından ilgilidir. Çocuk yaş grubu örnekleminde %2 (34) ve %11,2 (35), geniş ölçekli alan çalışmalarında ise %6 (36) ve %9 (37) olarak bildirilmiştir. DSM-IV'de yaygınlığın %3–5 arasında öngörüldüğü belirtilirken (38), güncel görüş DEHB'nin Amerika Birleşik Devletleri'nde okul çağı çocukları arasındaki yaygınlığın %3–7 oranında olduğudur (39). DSM-IV ölçütlerine göre yapılan son yaygınlık çalışmalarında ABD'de 5–19 yaşları arasında, %7,4 (40); Avustralya'da 6–17 yaşları arasında, %7,5 (41); Hollanda'da 6–8 yaşlar arası çocuklarda, %3,8 (42); Brezilya'da 12–14 yaş ergenler arasında, %5,8 (43) olarak bulunmuştur. Ayrıca DSM-IV ölçütleri ile DEHB yaygınlığının arttığı gözlenmiş ve bu durumun DSM-III-R'de yer almayan alt tiplerden kaynaklandığı belirtilmiştir (44). Ülkemizde kentsel kesimdeki ilkokul çocuklarında yapılan epidemiyolojik bir çalışmada DEHB'nin yaygınlık oranı %5 olarak saptanmıştır (45).

Erişkin DEHB yaygınlığı ile ilgili çalışmalar yetersizdir. Erişkin DEHB yaygınlığını araştıran çalışmalar, çocukluktaki DEHB oranlarının erişkin dönemde devam etme oranları gözetilerek yapıldığı (46) veya küçük örneklem grubu ile yaygınlık araştırıldığı (47) için sınırlılık içermektedir. ABD'de yapılan bir epidemiyolojik (24) çalışmada yaygınlık oranı %4,4 olarak bulunmuştur. Uluslar arası bir epidemiyolojik çalışmada ülkeler arasında yaygınlık oranları açısından farklılıklar olmakla beraber, erişkin DEHB'nin ortalama yaygınlık oranı %3,4 olarak bulunmuştur (25).

DEHB'nin çocuklar arasındaki erkek/kız oranı: 3/1 olduğu, dikkatsizliğin önde geldiği tipin kızlarda, hareketliliğin önde geldiği tipin ise erkeklerde daha sık görüldüğü belirtilmektedir (48,49).

Brezilya'nın kuzeydoğusunda Fleitlich-Bilyk (50) özel, kırsal ve kentsel okullardan toplanan çocuk gruplarında DEHB'nin yaygınlık oranları arasında anlamlı bir farklılık saptamamışlardır.

Ulusal eş tanı çalışmasında erişkin DEHB tanısı; erkek olmakla, işsiz olmakla, daha önce evli olmakla ve beyaz olmakla ilişkili bulunmuştur (24).

ETİYOLOJİ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun etiolojisinde tek bir hipotez kabul görmese de, hipotezlerin çoğunu destekleyen kanıtlar vardır. Konu ile ilgili araştırmalar genetik, beyin görüntüleme, nörokimyasal değişiklikler ve psikososyal nedenleri belirlemeye yönelik olarak sürdürülmektedir. DEHB'nin nörokimyası, beyin görüntülemesi, yaygınlığı, risk etmenleri ve genetiği üzerine yapılan çalışmalar bozukluğun monoamin düzeneklerindeki ve frontal-striatal nöron yollarındaki sorunları kapsayan ailesel bir bozukluk olduğunu desteklemektedir (51). Frajil X sendromu, fetal alkol sendromu, kurşun zehirlenmesi, tiroid hormonuna direnç ve düşük doğum ağırlıklı çocuklar gibi DEHB belirtilerinin görüldüğü klinik durumlar da vardır. Yine de bu olgular DEHB tanısı konulan kişilerin çok az bir kısmını oluşturmaktadır (20).

Sonuçta bu bozukluğun çok etkenli olma olasılığı yüksektir. Yani her vakada diğerinden farklı bir neden etkili olabileceği gibi, aynı vakada farklı etkenler bir arada olabilmektedir. Genel olarak kabul edilen görüş ise DEHB'nin farklı patolojilerin ortak semptomatolojisi olduğudur (52).

GENETİK ETKENLER

Genetik araştırmalar, ikiz, evlat edinme ve aile araştırmalarını içermektedir. Tek yumurta ikizlerinde %80, çift yumurta ikizlerinde %30–40 eşhastalanım oranı bulunmuştur. DEHB olan çocukların anne ve babalarında DEHB olma riskinin 2–8

kat fazla oluğu ileri sürülmüştür (53). Tek yumurta ikizlerinde %80 eşhastalanım oranının olması, %20'lik oranı çevresel etkenlerin belirlediği ve bunun da etiyolojide rol oynadığı ifade edilmektedir (53). DEHB'li vakaların anne babaları DEHB görölme riski bakımından kontrollerin anne babaları ile karşılaştırıldığında DEHB'li vakaların babalarında görece riskin 1.9--8 kat, annelerinde 2.1--7.6 kat artmış olduğu bildirilmiştir (54). Yapılan başka bir çalışmada DEHB'li yetişkinlerin %41'inin kardeşlerinde DEHB saptanırken, normal kontrol grubunun kardeşlerinde hiç DEHB'ye rastlanmamıştır (55)

DEHB, olasılıkla diğer psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi birden fazla genin katkılarıyla oluşmaktadır. Bunlar arasında androjen reseptör geni, serotonin (5-HT) reseptör geni, tiroid reseptör geni, dopamin reseptör genleri araştırılmıştır (56-69).

Serotonin (5-HT) Reseptör Geni:

Biyokimyasal çalışmalar sonucunda DEHB'de trombosit 5-HT düzeyi görece düşük bulunmuştur (57). 5-HT metabolitinin (5- Hidroksi indol asetik asit) konsantrasyon düzeyinin azalması ile dürtüsel aktivitede artışın olması arasında ilişki gösterilmiştir (58). Bu bilgidен yola çıkarak serotonin sistemi ile DEHB arasında bir ilişkinin olabileceği düşünülerek 5-HT transporter geni incelenmiştir. Zoroğlu ve arkadaşlarının 71 Türk çocuğunda yaptığı genetik çalışmada Serotonin transporter (5-HTT) geni ile DEHB arasında ilişki saptanmıştır (59)

Dopamin Reseptör Genleri:

Yapılan bir bağlantı çalışmasında Dopamin D2 Reseptör Geni (DRD2) A1 alelinin DEHB'de önemli olabileceği gösterilmiştir (56).

On birinci kromozom üzerinde yerleşen bu genin 7 tekrar aleli DEHB etiyolojisini belirlemeye yönelik çalışmalar için ümit vermektedir. Aşırı hareketlilik ve dopamin D4 reseptör geni (DRD4) arasında bir ilişki olabileceği fare çalışmalarında da gösterilmiştir (64). Farelerde DRD4 bloke edildiğinde dorsal striatumda dopamin sentezinin arttığı bulunmuştur. Bu farelerde, yenilik arama davranışında azalma saptanmıştır. Bu şekilde DRD4 ile insanda yenilik arama

davranışı arasındaki ilişki desteklenmiştir. DRD4 7 tekrar alelinin insanlarda DEHB'ye yatkınlık oluşturduğunu şu ana kadar elde edilen verilerle söylememiz güçtür.

Beşinci kromozomda yer alan dopamin taşıyıcı (transporter) geninin (DAT-1) 480bp'lık 10 tekrar aleli incelenmektedir. Türkiye ve İngiltere'de DEHB tanısı almış çocukların incelendiği bir çalışmada, İngiliz çocuklarda DAT-1 geninin 480bp aleli ve DEHB arasında ilişki saptanmış ancak bu ilişki Türk çocuklarda bulunmamıştır. DAT-1 geniyle ilgili veriler henüz yetersizdir (66).

Diğer ilgi uyandıran genlerden biri de Synaptosomal-Associated Protein-25 (SNAP-25)'dir. Eldeki veriler henüz yetersiz olsa da SNAP-25, sinaptik plazma membranının sitozolik tarafında yerleştiği ve sinaptik vesiküllerin nörotransmisyon sırasında ekzositozu için gerekli veziküllerle ilişkili membran proteini sinaptobrevin ve sintaksin ile komşu olduğundan, dopamin ve diğer nörotransmitterlerin salınımını etkileyerek DEHB gelişiminde rol oynayabileceği düşünülmektedir (67).

NÖROFİZYOLOJİ

DEHB ve normal kontroller arasında elektroensefalografi (EEG) bulguları açısından farklar bulunmuştur. Stres verilerek çekilen EEG incelemesinde prefrontal yavaş dalga aktivitesinde artış ve aşırı beta aktivitesi tespit edilmiştir.

DEHB ile ilgili EEG çalışmalarında bildirilen sonuçların özgül bir EEG bozukluğunu değil; santral sinir sisteminin olgunlaşmasındaki gecikmeyi gösterebileceği düşünülmektedir (70).

NÖROBİYOLOJİ

Dopaminin (DA) ve dopaminden sentezlenen noradrenalinin (NA) dikkat, odaklanma ve uyanıklık gibi bilişsel işlevlerde önemli rol oynadığı bilinmektedir (71). Psikostimülanların dikkat dağınıklığı, aşırı hareketlilik üzerine olan olumlu etkileri DEHB olan çocukların nörokimyasal farklılıklarını araştırmaya yönlendirmiştir. Özellikle DA ve NA üzerinde en çok durulan monoaminlerdir. DEHB'de dopamin eksikliği ortaya atılan hipotezlerden biridir. Mezolimbik ve

kortikal dopaminerjik yollardaki aksaklıklar dikkati sürdürme, uyarıları yok sayma, güdülenme sorunlarına yol açabilmektedir. Mezokortikal dopamin eksikliği bilgi işlemede, bellek işlevlerinde ve dikkatte problemlere yol açabilir. Katekolamin nötransmisyonunu etkileyen ajanlar DEHB'de etkili görünmektedir. Süreçten sorumlu tek bir nörotransmitter belirlenememiştir (72).

Hayvan modelleri üzerinde yapılan çalışmalarda, dopaminerjik yollar üzerinde DAT-1, SNAP-25 ve DRD4'ün DEHB etiyojisinde monoaminerjik sistem yoluyla etkili olduğu söylenmektedir. Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik olanlarda, DAT proteinleri artmış miktarda bulunmuştur (73).

DAT proteininin dopamin gerialımını ve dolayısı ile kokain metabolizmasını etkileyen bir presinaptik yapı olarak DEHB ile ilişkisinin olduğu ileri sürülmüştür (74). D2 reseptörlerinin DEHB'de normal olgulardan farklılık gösterdiğini, metilfenidat tedavisi sonrasında D2 reseptörlerinin normal sınırlarda olduğunun gözleendiği, bu tanı grubunda daha ayrıntılı *Positron Emission Tomography* (PET) ve *Single Photon Emission Computed Tomography* (SPECT) araştırmalarının gerektiği ve hem presinaptik, hem de postsinaptik dopaminerjik görüntüleme ajanlarıyla yeni araştırmaların yapılması gerektiği belirtilmiştir (75).

ÇEVRESEL VE PSİKOSOSYAL ETKENLER

DEHB için yüksek kalıtsallık oranı olmasına rağmen, genin ifadesini çevresel etkenlerin etkileyebileceği de açıktır. Monozigot ikizler arasında bile, DEHB kalıtılabilirliği %100 değildir. Çevresel etkenler arasında fetüsün anne karnında alkol ve benzodiazepin etkisinde kalması, annenin sigara içmesi (76-78), hamilelikte stres (79), doğum anındaki travmalar (80), düşük doğum ağırlığı (81,82) sayılabilmektedir.

Kurşun, alkol, sigara dumanını içeren zehirlerin DEHB üzerinde etkili olduğuna dair çalışmalar vardır. Çevresel toksinler, vücuttaki yüksek kurşun oranı ile DEHB belirtileri arasında düşük ama istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir (83).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu etiyolojisinde üzerinde durulan bir diğer konu ise serum serbest yağ asitleri ve eser elementlerdir. Serum serbest yağ asitleri seviyesinin DEHB'li çocuklarda kontrollere göre anlamlı düşük olduğuna dair araştırmalar mevcuttur (84).

DEHB'nin perinatal etkenlerle ilgisinin olabileceği ileri sürülmüştür. Bir metaanalizde (1976–2001), DEHB'li çocukların pre-peri veya postnatal strese, DEHB tanısı olmayan çocuklara göre daha fazla maruz kaldıkları saptanmıştır (85). Doğum komplikasyonlarının, çocukluktaki aşırı hareketlilik için risk oluşturduğu bildirilmiştir (86); ancak düşük doğum ağırlıklı olanlarda, nörogelişimsel sorunlar kontrol edildikten sonra düşük doğum ağırlığı ile DEHB arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır.

Birçok çevre etkeni DEHB'nin gelişme riskini artırmaktadır, ancak hangi etkenlerin DEHB'yi erişkin döneme taşıdığı bilinmemektedir. Babanın hapse atılması, babanın ruhsal bozukluğu, maddi nedenlerden dolayı meydana gelen stres, evlat edinilme, çocuk istismarı DEHB'yi erişkin döneme taşıyan risk etkenleri arasında düşünülmüştür (87). DEHB etiyolojisinde biyolojik etkenlerin temel bir rol oynadığı bilindiğinden, psikososyal etkenlerin, daha çok altta yatan biyolojik yatkınlığı artırıcı rolünden söz edilebilir. Çevresel etkenler bozukluğun kalıcılığını, komorbid bozuklukların gelişimini, hastalık seyrini etkileyebilir (88).

DEHB TANISI

DEHB'nin temel özelliği kalıcı ve sürekli dikkatsizlik örüntüsü ve/veya benzer gelişim düzeylerindeki bireylere göre daha sık ve şiddetli hareketlilik– dürtüselliğin olmasıdır. Bozukluğu oluşturan hareketlilik–dürtüsellik ya da dikkatsizlik belirtileri yedi yaşından önce bulunmalıdır. Buna karşın birçok bireyde, belirtiler uzun yıllar sürdükten sonra tanıya varılabilir. Belirtiler ve yol açtıkları aksaklıklar en az iki ortamda (örn; evde ve okulda ya da işte) ortaya çıkmalıdır.

DSM-IV tanı ölçütlerine göre (Ek 1), erişkin dönemde DEHB tanısının konulması konusunda bazı güçlükler bulunmaktadır. Mevcut ölçütlerin bazılarının çocukluk dönemine ait özellikleri içermesi ve erişkin döneme uygulanamaması, bu

güçlüklerden biridir. Bu ölçütlerin erişkin dönemde DEHB belirtilerini karşılamakta yetersiz olmasının yanında, diğer psikiyatrik bozuklukların belirtileriyle de örtüşüyor olması araştırmacıları farklı tanı modelleri arayışına yöneltmiştir.

Wender ve arkadaşlarının geliştirdiği Utah ölçütleri de bunlardan biridir (89). Utah ölçütlerine göre erişkin DEHB tanısı için;

- Çocukluk çağında DEHB öyküsünün olması,
- Erişkin dönemde aşağıdakilerden 1 ve 2 numaralı belirtilerin olması ve buna diğer belirtilerden en az ikisinin eşlik etmesi gerekir:
 1. Motor hiperaktivite
 2. Dikkat eksikliği
 3. Dürtüsellik
 4. Dağınıklık, planlama/organizasyon problemleri
 5. Strese tahammülsüzlük, aşırı tepkisellik (emotional over reactivity)
 6. Duygudurumda değişkenlik (afektif labilite)
 7. Çabuk parlam/kolay öfkelenme (hot temper)
 8. İlişkili özellikler: Evlilik problemleri, zekâsı ve eğitiminden beklenenden daha düşük mesleksi ve akademik başarı.

Utah ölçütleri klinik pratikte çokça kullanılmaktadır. Utah ölçütlerinin pek çok kısıtlılığı vardır. Utah ölçütleri DSM'nin çocukluk çağı DEHB semptomatolojisinden doğmuştur. Hem dikkat eksikliği, hem de hiperaktivite belirtileri birlikte olan hastalara DEHB tanısı konulmasını sağlamaktadır. Böylelikle yalnız dikkat eksikliği belirtisi olan ya da yalnız hiperaktivite belirtileri olan hastalar; DEHB tanısı konan hastalara dâhil edilmemektedir. Başka bir komorbid patolojinin varlığında tanı konmasına olanak vermemektedir. Utah ölçütleri homojen hasta gruplarının tespit edilmesinde son derece faydalıdır. Bu ölçütler fazlasıyla kısıtlayıcıdır ve DEHB tedavisinden fayda görebilecek erişkinleri tanı dışında bırakmaktadır (90).

Erişkin DEHB tanısı, çocukluk döneminde ve erişkin dönemde DSM'nin DEHB ölçütleri karşılanıyorsa konulur. Destekleyici bilgi mümkünse ana-babadan, kardeşlerden, okul raporlarından, iş değerlendirme raporlarından alınabilir. Tıpkı Utah ölçütlerinde olduğu gibi, DSM ölçütlerinin de kısıtlayıcı tarafları vardır. DSM'de belirtilen DEHB ölçütleri yalnız çocuklarda çalışılmıştır ve erişkinlerin

gelişimi göz önünde bulundurulduğunda uygun olmayabilir. Altı belirtinin tanı için eşik kabul edilmesini açıklayabilecek bilimsel bir temel yoktur. Benzer şekilde başlangıç yaşı ölçütünün neden böyle seçildiğine dair bilimsel bir temel yoktur. DSM-IV alan çalışmalarında sayılı miktarda DEHB tanısı konulan çocuğun yedi yaşından önce hiçbir bozukluğunun olmadığı belirlenmiştir. Geçmişe ait tanı koymak da çok güçtür. Erişkinlerin işlevselliklerini gösterdikleri alanlardan bahsedilmemiştir.

ICD-10'a göre tanı koymak için dikkat eksikliği ve aşırı hareketliliğin ikisinin de olması ve birden fazla durumda (evde, sınıfta, klinikte) görülmesi gereklidir. İlişkili özellikler tanı koymak için yeterli ya da gerekli değildir, fakat tanının konmasına yardımcı olur. Öğrenme bozuklukları ve motor beceriksizlikler de tanının bir parçası değildir. Davranım bozukluğu belirtileri esas tanıda kapsanan veya dışta bırakılan özellikler değildir, fakat bunların bulunması bozukluğun alt başlıkları için temel oluşturur. Tipik olarak davranış sorunlarının erken başlangıçlı (altı yaşından önce) ve uzun süreli olması gereklidir. Okul çağından önce, normal sayılabilecek değişkenlikler nedeniyle hiperaktivitenin fark edilmesi zordur. Okul öncesi çocuklarda sadece aşırı düzeydeki belirtiler tanı koydurucu olmalıdır. Bazı araştırmacılar DEHB başlangıcının ergenlik dönemine kadar uzayabileceğini bildirmektedir (91).

DEHB'İN KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Erişkin dönemi DEHB tanısı hala tartışmalı bir alandır (92). Gelişim ile birlikte bozukluğun ortaya çıkış şekli değişebilmektedir (93). Bu nedenle de çocuklar için hazırlanmış ölçütlerin erişkinlerde yetersiz olduğu belirtilmiştir (94). Bu alanda çalışan birçok uzman, erişkin DEHB tanısı koyarken çocukluk çağının DEHB özelliklerine bakılıyor olmasını doğru bulmamaktadır (23, 95, 96, 97, 98). 1996'da Hill ve Schoener, kronolojik yaş ile DEHB belirtileri arasında doğrusal olmayan bir gerileme saptamışlardır. Her beş yılda belirtilerde %50'lik azalma olduğunu ileri sürmüşlerdir. Buna göre çocuklukta %4 olan yaygınlık, erişkinlik dönemi için 20 yaşında %0,8'e, 40 yaşında %0'a gerilemelidir (99).

DEHB genellikle çocuklukta başlar ve bireylerin %60'ında devam eder (100). Çocukluk çağındaki amaçsız kıpır kıpırlık erişkinlikte amaçlı bir hale dönüşür. Aşırı

koşan, tırmanan çocuk erişkinlikte hareketli işlerle ilgilenebilir. DEHB'li erişkin, bozukluğun neden olduğu problemleri kısmen kompanse edebilir.

DSM-IV'e göre erişkinde DEHB tanısı koyarken 3 kritik nokta vardır:

- Çocukluk başlangıcı,
- Belirgin belirtilerin varlığı,
- Bu belirtilerin işlevselliği bozuyor olması (38).

Weiss ve Hechtman çocukluktan erişkinliğe uzanan DEHB ile ilgili açıklamalarında, erişkinlikte bazı belirtilerin sürebileceği ama kişinin yaşam tarzını ve beklentilerini bu duruma göre ayarlayıp, telafi edici stratejiler geliştirip bu hastalığın olumsuz etkilerini en aza indirgeyebileceğini belirtmişlerdir. Bu da DEHB'nin erişkinlikte fark edilir olmasını azaltabilir (32). DEHB tanısı konan erişkinlerin seçici dikkat, dikkatin sürdürülmesi ve yanıtın baskılanmasını ölçen testlerde normal kontrollere göre düşük performans gösterdikleri saptanmıştır (101).

Erişkin dönemi DEHB ile ilgili bir başka tartışma, bozukluğun erişkin yaşa kadar sürüp sürmediği yönündedir. Her ne kadar yapılan çalışmalar DEHB'nin erişkin yaşa kadar sürdüğünü göstermiş olsa da çalışmalar arasında bir çelişki vardır. Birçok yazarın gösterdiği gibi, DEHB eşik ölçütlerini karşılayan ve DEHB tanısı alan kişilerin yarısı yaş artışı ile azalmaktadır (89). Barbaresi ve arkadaşlarının (2004) toplum temelli çalışmasında, 19 yaşındaki DEHB yaygınlığı %7,5 olarak bulunmuştur (102).

DEHB'nin erişkinlikteki yaygınlığının araştırıldığı, 966 rastgele seçilmiş erişkinle yapılan bir çalışmada; DSM-IV'e göre hem çocukluk döneminde hem de erişkinlikte DEHB ölçütlerini karşılayanlar dar DEHB, eşik altı ölçütleri karşılayanlar da geniş DEHB olarak tanımlanmıştır. Dar DEHB ile ilgili yaygınlık tahmini %2,9, geniş DEHB ile ilgili yaygınlık tahmini %16,4 olarak bulunmuştur. DEHB'nin varlığı daha düşük eğitim ve iş statüsü ile ilişkili bulunmuştur. Erişkin DEHB ile ilgili bu bulgular DEHB'nin sıklıkla fonksiyonelliği düşüren bir tanı olduğunu göstermektedir (47).

Erişkin 172 DEHB grubu ile 30 kontrol grubunun karşılaştırıldığı bir çalışmada DEHB olan grupta karşıt gelme, iletişim problemleri, madde kullanımı ve yasal

olmayan madde bağımlılığı kontrol grubuna göre belirgin düzeyde yüksek bulunmuştur. DEHB tanılı grupta kendileri tarafından ifade edilen uyumsuzluk, riskli araba kullanma ve sık iş değiştirme saptanmıştır. DEHB tanısı olan grupta çoğul evlilikler de daha siktir (94).

DEHB tanısı için alan çalışmaları daha çok çocuklar ile yapılmıştır ve ölçütlerin geçerlilik ve güvenilirliği genel toplumdaki çocukların davranışları temel alınarak oluşturulmuştur. Çocuklarda, tanı için gerekli olan ortalama minimum belirti sayısı dikkat eksikliği için 5,3, hiperaktivite/impulsivite için 6 olarak belirlenmiştir (103). Fakat erişkinler için bu tip bir tarama bulunmamaktadır.

Bazı çalışmalar DSM-IV'ün DEHB belirtilerinin erişkinlerde sıklığını ve duyarlılığını araştırmışlardır. Murphy ve arkadaşları, bozukluktan etkilenmemiş bireylerin %10'dan fazlasının 18 belirtiden 12'sini "sık" veya "çok sık" olarak doldurduğunu; %10'dan fazlasının DEHB ölçütlerini karşıladığını bulmuşlardır. "Sık" ve "çok sık" diye dolduranların %10'undan azının ayrıntılara dikkatini verebilmek (%5,5) ve dikkatsizce hatalar yapmak (%6,83), dinleyebilmek (%6,46), boş zaman aktivitelerine katılmakta güçlük (%9,74), söz kesme (%9,44), oturması beklendiğinde oturamama (%6,47) belirtileri gösterdiği bulunmuştur (104, 105).

Smith ve Johnson (1998), erişkin DEHB için en duyarlı dört belirtinin; boş zamanını sakin şekilde geçirmede zorlanma, sabırsızca cevap verme, kuyrukta beklemede zorlanma, diğerlerine müdahale etme olduğunu vurgulamıştır (106). Buna karşılık çocuklarda dikkatini sürdürmede zorlanma, etrafta sürekli gezinme, oturma sırasında zorlanma, otururken rahatsız olma, boş zamanını sakin şekilde geçirmede zorlanma ve gitmeye hazır olma belirtilerinin tanı koymada en fazla etkiye sahip oldukları gösterilmiştir (104).

Bu nedenle, çocukluk çağı DEHB için karakteristik olan belirtiler, erişkin dönemi için aynı duyarlılıkta değildir. Erişkinlikte DEHB'nin ortaya çıkış şeklindeki farklılıklarla ilgili olarak, DEHB nedeniyle tedavi arayan erişkinlerin en önemli belirtilerinin iş yerinde zorluklar ve sık iş değiştirme, organizasyon eksikliği, düşük benlik saygısı, becerilerini göstermede yetersizlik ve bunun yanında daha tipik olan unutkanlık ve odaklanma eksikliği olduğu belirtilmiştir (5). Bu belirtilerin ancak bir

kısmı DSM-IV ölçütlerinde bulunmaktadır. Tüm bunları göz önüne aldığımızda erişkin dönemi DEHB için DSM ölçütlerinin yetersiz olduğu söylenebilir (107).

Tahminlere göre, DEHB tanısı konan erişkinlerin 1/3'ü ilerleyen zamanla anlamlı düzelme, 1/3'ü bazı problemlerin sürmesi, 1/3'ü ise ciddi problemlerin sürmesi şeklinde seyir göstermektedir (22, 108).

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNA EŞLİK EDEN BOZUKLUKLAR

Erişkin DEHB olan hastalarla yapılan çalışmalarda, ek tanı oranlarının yüksek olduğu görülmüştür (109-111) Erişkin DEHB olanlarda en sık görülen ek tanımlar duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, alkol ve madde kullanımı ile ilgili bozukluklar ve antisosyal kişilik bozukluklarıdır. DEHB'de ek tanı oranlarının yüksek olması, DEHB tanı ölçütleri ile diğer psikiyatrik bozukluklar arasında tanı örtüşmesi olup olmadığı sorusunu akla getirmektedir. Erişkin DEHB ile sık görülen psikiyatrik bozukluklar bu bölümde ayrıntılı incelenecektir.

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI

Majör Depresif Bozukluk:

Erişkin DEHB'de majör depresyon oranları %18–38 oranında görülmektedir. Biederman çalışmalarında %31 (1993) ve %36 (1994) oranında majör depresyon ek tanısı bulmuş, kontrol grubunda ise sırasıyla %17 ve %6 bulmuştur (112,113). Kesler ve arkadaşlarının 2006 yılında ABD'de yaptığı ulusal ek tanı çalışmasında, majör depresyon ek tanısı %18 oranında bulunmuştur (24). Kliniğe başvuran DEHB tanılı erişkinlerle, kliniğe başvuran DEHB tanısı olmayan erişkinleri karşılaştıran çalışmalarda, depresyon oranları açısından fark bulunmamıştır (94). DEHB'de saptanan yüksek depresyon oranlarının yıllardır süregelen başarısızlık ve ilişki sorunlarına ikincil mi yoksa ortak bir biyolojik yatkınlık sonucu mu geliştiği halen tartışılmaktadır (114).

Bipolar Bozukluk:

Erişkin DEHB olanlarda, bipolar affektif bozukluk (BAB) tanısı %10–30 oranında görülmektedir. Nierenberg ve arkadaşlarının 2005'de yaptıkları, STEP-BD

çalışmasında erişkin DEHB olanlarda BAB ek tanısı %9,5 oranında bulunmuştur (110). Doyle'nin 2006 yılındaki çalışmasında DEHB olan yetişkinlerin %5-10'unda bipolar bozukluk olduğu tahmin edilmektedir (115). DEHB ek tanısı olan bipolar hastaların DEHB ek tanısı olmayan bipolar hastalara göre daha fazla psikiyatrik ek tanı konulduğu, bipolar başlangıç yaşının 5 yaş daha erken başladığı, DEHB'nin bipolar bozukluğun kötüye gidişine neden olduğu ve diğer psikiyatrik bozuklukların oluşmasında risk etkeni olduğu gösterilmiştir (110).

Ayırıcı tanıda belirtilerin sürekli olup olmadığı önemlidir. Manik hastanın öyküsünde ötimik ya da depresif dönemler bulunurken, DEHB olan kişiler hızlı konuşup konudan konuya atlarlar, fakat söz ettikleri konular genellikle bağlantılıdır ve durumlarının da farkındadırlar, manik hastalarda bu farkındalık çoğu zaman yoktur. DEHB olan kişilere psikostimülan ilaçlar verildiğinde belirtiler azalırken, manik hastalarda belirtilerin artmasına neden olurlar (114).

Distimik Bozukluk:

Eş tanı çalışmalarının çoğu erişkin DEHB ve depresyona odaklanmıştır ancak distimik bozukluk da erişkin DEHB ile birlikte sık görülmektedir. Erken çalışmalar erişkin DEHB'de distimi yaygınlığını %67-81 olarak vermiştir (116). Erişkin DEHB'de eş tanının bu kadar sık olması farklı alt grupların olabileceğini akla getirmektedir (115).

Anksiyete Bozuklukları:

Anksiyete bozuklukları da duygudurum bozuklukları gibi hem DEHB ile ortak belirtileri paylaşır, hem de DEHB ile birlikte sık görülür. DEHB olan erişkinlerde, anksiyete bozukluğu görülme oranı çalışmalarda farklılık göstermektedir.

Bazı çalışmalarda kontrol grubu ile DEHB grubu arasında anksiyete bozukluğu açısından fark bulunmamış (117), bazı çalışmalarda ise yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) ve panik bozukluğu yaygınlığı daha fazla bulunmuştur (118-120). Anksiyete bozukluğu görülme oranı %27,2 bulunurken (120), panik bozukluğu %11, YAB %12, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) %7 sıklıkta bulunmuştur (119).

Alkol ve Madde Kötüye Kullanımı / Bağımlılığı:

DEHB değerlendirmesi için gelen yetişkin bir hastada halen madde kötüye kullanımının olma olasılığı %10, yaşam boyu madde kullanma olasılığı ise %50'dir. DEHB'de yaşam boyu madde kullanma oranları DEHB olmayanların iki katıdır (115). Daha önce belirtilen eş tanılarda olduğu gibi alkol ve madde bağımlılığı olan kişilerde de DEHB oranları yüksektir (121).

Shekim (1990) DEHB tanısı olan 56 erişkinde yaptığı çalışmada %34 oranında alkol bağımlılığı, %30 oranında madde kötüye kullanımı belirlemiştir (122). Schubiner (2000) 114 DEHB tanılı erişkinde yaptığı çalışmada, %36 oranında alkol bağımlılığı ya da kötüye kullanımı, %21 oranında kannabis kullanımı, %11 oranında kokain ve diğer psikostimülanlar ve %5 oranında da çoklu ilaç bağımlılığı tespit etmiştir (123). DEHB olan yetişkinlerde madde kullanımı diğer kullanıcılara göre daha küçük yaşta başlamaktadır (115). DEHB olan yetişkinlerin sigara içme oranları akranlarına göre üç kat fazladır; daha uzun süredir sigara içmektedirler ve sigarayı bırakmaları da daha zor olur (124).

Kişilik Bozuklukları:

Barkley ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada DEHB olanlarda antisosyal kişilik bozukluğu (%12–27) başta olmak üzere, pasif agresif kişilik bozukluğu (%18), sınır kişilik bozukluğu (SKB) (%14), histriyonik kişilik bozukluğu (%11) ve çekingen kişilik bozukluğu (%11) eş tanısı bildirilmiştir (125).

DEHB olan kişilerde sosyal normlara uyum sorunu görülse de, antisosyal kişilik bozukluğunda olduğu gibi normlara karşı gelmek istemezler. DEHB'de aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtileri antisosyal davranışların öncesinde görülmekte, buna karşılık dikkatsizlik belirtileriyle bu davranışlar arasında bir ilişki bulunmamaktadır (114).

DEHB ve SKB tanı ölçütleri üst üste binmektedir. İki durumda da okul, iş ve ilişkilerde uzun süreli sorunlar vardır. İkisinde de hastalar dürtüseldir, duygudurumda oynamalar olur ve madde kullanımı sık görülür. DEHB belirtileri çocuklukta başlar ve öfke nöbetleri SKB hastalarındaki kadar şiddetli değildir. SKB hastalarının

aksine, DEHB olan yetişkinler kendi yaşamlarında değişiklik yapmak konusunda isteklidirler ve ağır kimlik sorunları gözlenmesi beklenen bir durum değildir (114).

AYIRICI TANI

DEHB birçok belirti grubunu içerdęi ve bazı psikiyatrik bozukluklarla sık olarak birlikte görüldüğü için bazı psikiyatrik ve fiziksel bozukluklarla karışabilmektedir. Bunlar arasında zekâ geriliği, öğrenme bozuklukları, duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, metabolik bozukluklar, nörolojik bozukluklar, uyum bozukluğu, karşıt olma-karşı gelme bozukluğu, davranım bozukluğu, madde kullanım bozukluğu en sık görülenleridir. Hiper/hipotiroidizm ve diyabet de dışlanmalıdır (23, 70, 126).

ERİŞKİNLERDE DEHB TEDAVİŐİ

DEHB olan erişkinlerin tedavisi yeni bir araştırma alanıdır ve bu konuda yapılan az sayıda araştırma vardır. Bu konudaki yayınlar daha çok metilfenidat, dekstroamfetamin, amfetamin tuz karışımı, pemolin, desipramin, nikotin, nikotin agonistleri, monoamin oksidaz inhibitörleri ve atomoksetin ile ilgilidir. Kontrollü çalışmaların sonuçları karşılaştırıldığında, erişkinlerle elde edilen sonuçlar çocuk ve gençlerinkine benzerdir (87). Tedavinin temeli ilaç tedavisidir. İlacın yanı sıra çeşitli psikososyal müdahale yöntemleri de yararlı olmaktadır (114).

GEREÇ ve YÖNTEM

ALANIN TANITILMASI

Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu adrese dayalı nüfus kayıt sistemi veri tabanından edinilen bilgilere göre Denizli il merkezinin 2008 yılı nüfusu 479.381'dir. Bu nüfusun 240.650'sini erkekler (%50,20), 238.731'ini (%49,80) kadınlar oluşturmaktadır. Denizli sosyoekonomik gelişme bakımından Türkiye ortalamasında olup, tekstil sanayi alanındaki iş olanakları nedeniyle ilçelerden ve çevre illerden göç almaktadır. Geleneksel tutum ve anlayışlar günümüzde de etkisini sürmektedir. Denizli ilinin sosyodemografik ve kültürel özellikleri ülke genelini temsil etmemektedir.

Bu çalışmanın örnekleme yalnız Denizli il merkezinde yaşayan kişilerden oluşturulmuştur. Türkiye'de bugüne kadar erişkin DEHB'nin yaygınlığı ile ilgili yapılan alan taraması şeklinde bir çalışma bulunmamaktadır.

Denizli ekonomisinde önemli yer tutan sanayi kolları arasında dokumacılık ön planda gelmektedir. Bu sanayinin bir bölümü küçük atölyeler ve ev ekonomisi şeklinde ilçe ve köylere dağılmış durumdadır.

EVRENİN SAPTANMASI VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırmanın evreni Denizli il merkezinde yaşayan 18–45 yaş aralığındaki kişilerden oluşmuştur. Bu çalışmada 18 yaş ve üzerindeki bireyler erişkin kabul edildi. Yaşla birlikte artabilecek tıbbi durumların araştırmayı önemli ölçüde etkilememesi için üst yaş sınırı olarak 45 yaş seçildi. Çalışmaya alınacak örneklem grubu, Denizli kent merkezindeki 4 Toplum Sağlığı Merkezi'ne (TSM) bağlı 143 aile hekimliği bölgesinden, randomize 14 aile hekimliğinden seçildi. Sağlık Müdürlüğü'nden temin edilen Aralık 2008 tarihli Nüfusun Yaş Grupları ve Cinsiyete Göre Dağılımı tablosundan 18-45 yaş arası nüfus 253.995 kişi olarak hesaplandı. Tahmini prevalans değeri %4 alınarak hata payı %1 kabul edildi ve tahmini örneklem grubu 1465 erişkin olarak hesaplandı. Mevcut 14 aile hekimliği bölgesi dahilindeki kişi listelerinden, her aile hekimliği bölgesinden random sayılar tablosu yardımıyla 52 kişi seçilerek, hane başı 18-45 yaş aralığında 2 kişi olması

öngörüsüyle, her bir aile hekimliği bölgesinde 52 hane ziyareti yapılmıştır. Seçilen örneklem yaş, cinsiyet, eğitim ve ekonomik düzey yönünden evreni temsil etmektedir.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Sosyodemografik Veri Formu:

Olguların sosyodemografik verilerini belirlemek için tarafımızdan geliştirilmiş soru formudur (Ek 2). Çalışmaya gönüllü olarak katılan 1132 kişiye uygulanmıştır.

Erişkin DEHB Tanı ve Değerlendirme Envanteri (Turgay 1995)

1995 yılında Atilla Turgay tarafından geliştirilmiştir (127). Ölçek beşli likert tipi derecelendirme ölçeği olup, üç alt bölümden oluşmaktadır (Ek 3) :

1.Bölüm: Dikkat Eksikliği Bölümü (DE): DSM-IV'deki Dikkat Eksikliği (DE) belirtileri alınarak oluşturulmuş, toplam 9 madde vardır.

2.Bölüm: Aşırı Hareketlilik/ Dürtüsellik Bölümü (AH): Bu bölümde de yine DSM IV'deki aşırı hareketlilik belirtileri alınmış toplam 9 maddeden oluşmaktadır.

3.Bölüm: DEHB ile ilgili özellikler ve sorunlar bölümü: Klinik deneyim ve gözlemlere göre oluşturulan bölüm toplam 30 maddeyi içermektedir.

Ölçek değerlendirilirken 0 ve 1 puanlar negatif; 2 ve 3 puanlar ise pozitif kabul edilmiştir. 3. bölümde ise 2 ve 3 olarak işaretlenen maddeler pozitif kabul edilmiş ve puanların toplamı "ham puan" olarak hesaplanmıştır. Yüksek puanlar daha büyük psikopatolojiyi göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğine ilişkin araştırma, Günay ve arkadaşları tarafından 2006 yılında yayınlanmıştır (128)

Wender- Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ)

Bu ölçek çocukluktaki DEHB belirtilerini geriye yönelik sorgulamak ve erişkinlerde DEHB tanısının konulmasına yardımcı olmak amacıyla geliştirilmiştir. 61 maddeden oluşan kendini değerlendirme ölçeğidir (Ek 4). Daha sonra DEHB hastalarını kontrol grubundan ayırabildiği belirlenen 25 maddelik kısa formu oluşturulmuştur (129). Herbir maddesinin '0' ile '4' arasında derecelendirildiği (0=hiç,

4=aşırı) beşli likert tipinde cevaplanan bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği yapılmış olup, kesme puanı 36 olarak belirlenmiştir. Kesme noktası olarak 36 ve üzeri alındığında; duyarlılık %82,5, özgüllük %90,8 saptanmıştır (130).

DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I/CV)

DSM-IV'e göre eksen-I ruhsal bozuklukların tanısını araştırmak için görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış bir görüşme aracıdır. Altı modülden oluşmaktadır. DSM-IV eksen-I'de yer alan 38 bozukluğu tanı ölçütleriyle, 10 'unu ise tanı ölçütleri olmadan araştırmakta ve uygulama ortalama 25-60 dakika sürmektedir. First ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilen ve dünyada yaygın kullanım alanı bulan bu görüşme aracının Türkçeye uyarlaması ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (131, 132).

DSM-III-R Kişilik Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (*Structured Clinical Interview For DSM-III-R Personality Disorders*) (SCID-II)

DSM-III-R sınıflandırmasına göre II. eksen de kişilik bozukluğu tanılarını koymak amacıyla Spitzer ve ark. (1990) tarafından geliştirilen, bireysel olarak uygulanan bir klinik görüşme yöntemidir. Bireyleri 12 kişilik bozukluğu açısından değerlendirir. Bunlar çekingen kişilik bozukluğu, bağımlı kişilik bozukluğu, obsesif kişilik bozukluğu, pasif agresif kişilik bozukluğu, kendini zarara uğratan (self defeating) kişilik bozukluğu, paranoid kişilik bozukluğu, şizoid kişilik bozukluğu, şizotipal kişilik bozukluğu, histriyonik kişilik bozukluğu, narsistik kişilik bozukluğu, sınır kişilik bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğudur. Türkiye için uyarlama ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (133).

UYGULAMA

ÇALIŞMAYA DÂHİL EDİLME ÖLÇÜTLERİ:

Çalışmaya katılmaya gönüllü olanlar

Wender Utah'dan 36 ve üzerinde puan alanlar veya Turgay Erişkin Dikkat Eksikliği

Hiperaktivite Ölçeği 1. veya 2. bölümden 6 pozitif ve üzeri puan alanlar

18–45 yaş aralığında olanlar

Zekâ geriliği olmayanlar

Okuma yazma bilenler

ÇALIŞMADAN DIŞLANMA ÖLÇÜTLERİ:

Çalışmaya katılmaya gönüllü olmayanlar

Tanı ölçütlerini karşılamayanlar

18–45 yaş aralığında olmayanlar

Zekâ geriliği olanlar

Psikoz, organik mental bozukluğu olanlar

ÖRNEKLEM

Rastgele örneklem yöntemi uygulanarak, Denizli il merkezine bağlı 4 TSM'ye bağlı 143 Aile Hekimliği bölgesinden 14'ü seçildi. Seçilen aile hekimliği bölgelerinde rastgele 52 kişi seçilerek 52 hane ziyareti yapıldı. Ziyaretler öncesinde gidilecek olan adresler tespit edildi. Ziyaret edilen hanelerde görüşmeyi reddeden, anketleri tamamlanamayan ve farklı zamanlarda iki kez ulaşılamayan hane fertleri çıkarıldığında ulaşılmaması hedeflenen 1465 kişiden 1132 kişiye ulaşılmış oldu.

Çalışmaya 18–45 yaş aralığında olan, zekâ geriliği, psikozu ve organik mental bozukluğu olmayan kişiler alınmıştır.

Çalışma öncesinde Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurul Başkanlığı'ndan (26.05.2009 tarih ve 06 sayılı karar) gereken yasal izin alındı. Kişi ziyaretleri önceden haber verilmeden gündüz evde olan bireylerle yapıldı. Ziyarete izin belgesi ve kurum kimlikleri gösterilerek kişilerin izni alındı, araştırmaya katılım süreci açısından Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Belgesi (Ek 5) okutularak imza alındı.

Her hanede 18–45 yaş aralığındaki (18 ve 45 yaş dahil) kişilerden gönüllü olan ve evde olanlarla görüşüldü.

GÖRÜŞMELER

Çalışma 2010 yılı Ocak ve Nisan ayları arasında her sınıfın kordinatör öğretim görevlisi tarafından seçilmiş 2 kişiden toplamda 10 kişiden oluşan tıp fakültesi öğrencileri ve bir psikiyatri asistanı tarafından yapıldı. Çalışma öncesinde öğrenciler kullanılan tanı araçları hakkında bilgilendirildi ve çalışmaya başlamadan bir hafta önce uygulamalı eğitim verildi. Ziyaretler gündüz saatlerinde evlere gidilerek yüz yüze yapıldı. Görüşülen kişiyle olanaklı olduğu ölçüde yalnız görüşüldü. Öğrenci görüşmeleri psikiyatri asistanı tarafından denetlendi ve süpervizyon verildi. İlk aşamada örneklem için seçilen 18–45 yaş aralığındaki 1132 kişiye sosyodemografik bilgi formu, Turgay Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Ölçeği ve Wender Utah Ölçeği verildi. Alan taraması tamamlandıktan sonra Wender Utah 36 puan üzerinde veya Turgay Ölçeği 1. kısım veya 2. kısımdan 6 pozitif ve üstünde puan alanlara, ilgili araştırma görevlisi tarafından yapılan, DSM IV-TR- DEHB tanı ölçütlerine göre yapılandırılmış klinik görüşme ile erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı konuldu. Tanı konulan bireylere eşlik eden eksen-I ve eksen-II tanılarını saptamak için SCID-I ve SCID-II uygulandı.

İSTATİKSEL DEĞERLENDİRME

Çalışmada elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler için *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 16,0* programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde 2x2 düzenlerde ki-kare testi, fisher exact testi ve çok gözlü düzenlerde ki-kare testi uygulanmıştır. Ayrıca tekli analizlerde anlamlı çıkan değişkenlerden oluşturulan model çoklu lojistik regresyon analiziyle test edildi. Verilerimiz tablolarda birey sayısı ve yüzde şeklinde belirtilip anlamlılık düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

BULGULAR

Örneklemin Tanıtılması

Çalışmaya alınan 1132 bireyin incelendiğinde yaş ortalaması $31,64 \pm 7,53$ (en küçük 18, en büyük 45 yaş) olarak bulunmuştur. Bu bireylerin 588'i (%51,9) kadın, 544'ü, (%48,1) erkektir. Deneklerden 860'ı (%76,0) evliydi, 476'sı (%42,0) ilkokul mezunuydu. Mesleğe göre dağılımda 331 kişi (%29,2) ev kadınıydı. 400 kişinin (%35,3) geliri yoktu. Örneklemin cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek ve gelir düzeyleri gibi sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo - 1: Örneklemin sosyodemografik özellikleri.

		Sayı	%
Cinsiyet	Erkek	544	48,1
	Kadın	588	51,9
Medeni Durum	Bekâr	243	21,5
	Evli	860	76,0
	Boşanmış	22	1,9
	Dul	7	0,6
Eğitim Durumu	İlkokul	476	42,0
	Ortaokul	145	12,8
	Lise	374	33,0
	Üniversite/Y.O.	137	12,1
Meslek	Ev kadını	331	29,2
	Memur	116	10,2
	İşçi	275	24,3
	Serbest	264	23,3
	Öğrenci	111	9,8
	Emekli	35	3,1
Gelir Durumu	Gelir yok	400	35,3
	1–500 TL arası	194	17,1
	551–1000 TL arası	311	27,5
	1001 TL ve üzeri	227	20,1
Çalışma Durumu	Çalışıyor	682	60,2
	Çalışmıyor	450	39,8

Alkol kullanan 357 kişi (% 31,5) vardı, 6 kişi (%0,5) uyuşturucu madde kullandığını belirtmişti. Örneklemin alışkanlık durumu Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo - 2: Örneklemin alkol ve uyuşturucu madde kullanımı.

		Sayı	%
Alkol	Hiç	775	68,5
	Ayda bir iki kez	289	25,5
	Haftada bir iki kez	58	5,1
	Her gün	10	0,9
Uyuşturucu Madde Kullanımı	Var	6	0,5
	Yok	1126	99,5

Literatür çalışmaları gözden geçirilerek, olumsuz yaşam olayı olarak değerlendirilen durumlara bakıldığında; deneklerin 270'i (%23,9) en az bir kez iş değiştirmişti. Deneklerden 22 kişi (%1,9) polisle başının derde girdiğini, 284 kişi (%25,1) en az bir kez trafik cezası aldığını belirtmişti. Örneklemin iş değiştirmesi, polisle başının derde girmesi, trafik cezası alması gibi olumsuz yaşam olayları Tablo 3'de verilmiştir.

Tablo - 3: Örneklemin olumsuz yaşam olayları.

		Sayı	%
İş Değiştirme	Hiç	862	76,1
	Nadiren	234	20,7
	Sık	36	3,2
Polisle başının derde girmesi	Var	22	1,9
	Yok	837	98,1
Trafik cezası	Var	284	25,1
	Yok	848	74,9

Deneklerden psikiyatrik yardım arayan 133 kişi (%11,7), ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olan 44 kişi (%3,9) vardı. Örneklemin psikiyatrik yardım arama ve ailede psikiyatrik başvuru öyküsü ile ilgili bilgileri Tablo 4'de verilmiştir.

Tablo - 4: Örnekleimde psikiyatrik başvuru ve ailede psikiyatrik yardım arama

		Sayı	%
Psikiyatrik Başvuru	Hayır	997	88,1
	Evet	133	11,7
Ailede Psikiyatrik Yardım Arama	Hayır	1088	96,1
	Evet	44	3,9

EPİDEMİYOLOJİK BULGULAR

Sosyodemografik Özellikler:

Araştırmaya katılanlara Wender Utah ve Turgay ölçekleri uygulandı. Wender Utah kesme puanı 36 olarak kabul edildi. Turgay ölçeği 1. ve 2. kısımda 2, 3 puan olarak işaretlenen değerler pozitif olarak değerlendirilerek iki bölümden herhangi birinde 6 pozitif ve üzeri puan alanlar veya Wender Utah 36 puan üzerinde alanlar olası DEHB olarak değerlendirildiğinde, örneklem grubunda DEHB yaygınlığı %6,0 (69/1132) oranında bulunmuştur. Örneklemdeki 588 kadının 34'ünde (%5,8), 544 erkeğin 35'inde (%6,4) olası erişkin DEHB saptanmıştır. Atmışdokuz kişiden 11'inin ikinci kez görüşmeyi reddetmesi ve 7'sine ulaşamadığından 51 kişi ile ikince kez klinik görüşme yapılabildiği görülmüştür. Görüşmeleri tamamlanabilen bireyler DSM-IV tanı ölçütlerine göre değerlendirildiğinde, erişkin DEHB oranı %3,4 (38/1132) olarak bulundu. Bunların 22'si (%3,7) kadın, 16'sı (%2,9) erkekti. Erişkin DEHB sıklığı açısından cinsiyetler arasındaki farklılık anlamlı bulunmamıştır. Erişkin DEHB ve cinsiyet ilişkisi Tablo 5'de gösterilmiştir.

Tablo - 5: Erişkin DEHB ve cinsiyet ilişkisi.

		ERİŞKİN DEHB		
		Var	Yok	Toplam
CİNSİYET	Kadın	Sayı 22 %	566 96,3	588 100,0
	Erkek	Sayı 16 %	528 97,1	544 100,0
Toplam		Sayı 38 %	1094 96,6	1132 100,0

Pearson Ki Kare analizi $\chi^2 = 0,558$ p= 0,455

Eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde lise mezunu olanlardan 21 kişide (%5,6) erişkin DEHB tanısı saptanmıştır. DEHB olan ve olmayan gruplar arasındaki eğitim açısından farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(p<0.05). Ancak bu değişken çoklu lojistik regresyon analizine sokulduğunda bağımsız değişken olarak saptanmamıştır. Erişkin DEHB ve eğitim durumu ilişkisi Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo - 6: Erişkin DEHB ve eğitim durumu ilişkisi.

		ERİŞKİN DEHB			
		Var	Yok	Toplam	
EĞİTİM DURUMU	İlkokul	Sayı	9	467	476
		%	1,9	98,1	100,0
	Ortaokul	Sayı	4	141	145
		%	2,8	97,2	100,0
	Lise	Sayı	21	353	374
%		5,6	94,4	100,0	
Üniversite	Sayı	4	133	137	
	%	2,9	97,1	100,0	
Toplam		Sayı	38	1094	1132
		%	3,4	96,6	100

Pearson Ki Kare analizi $\chi^2 = 9,273$ p= 0,026

Medeni durumlarına göre bakıldığında, bekâr olanlardan 20 (%8,2) kişiye erişkin DEHB tanısı konmuştur. Bekâr olan ve erişkin DEHB tanısı konulmayan 223 (%91,8) kişi vardı. Bekârlarda DEHB sıklığı evlilere göre daha sık olarak saptandı. Medeni duruma göre gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu. (p<0,05). Erişkin DEHB ve medeni durum ilişkisi Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo - 7: Erişkin DEHB ve medeni durum ilişkisi.

		ERİŞKİN DEHB			
		Var	Yok	Toplam	
MEDENİ DURUM	Bekâr	Sayı	20	223	243
		%	8,2	91,8	100,0
	Evli	Sayı	16	844	860
		%	1,9	98,1	100,0
	Boşanmış	Sayı	1	21	22
%		4,5	95,5	100,0	
Dul	Sayı	1	6	7	
	%	14,3	85,7	100,0	
Toplam		Sayı	38	1094	1132
		%	3,4	96,6	100,0

Pearson Ki Kare analizi $\chi^2 = 24,847$ p< 0,000

Çalışmada yer alan geliri olmayanlardan 19 (%4,8) kişide DEHB saptandı. Geliri bulunmayan ve hastalığı olmayan 381 (%34,8) kişi bulunmaktaydı. Erişkin DEHB tanısı konularına bakıldığında çoğunluğu geliri olmayan grup oluşturuyordu.

Gelir dağılımları yönünden gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,05$). Erişkin DEHB ve gelir durumu ilişkisi Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo - 8: Erişkin DEHB ve gelir durumu ilişkisi.

		ERİŞKİN DEHB			
		Var	Yok	Toplam	
GELİR DURUMU	Gelir Yok	Sayı %	19 4,8	381 95,2	400 100,0
	1-500 TL	Sayı %	10 5,2	184 94,8	194 100,0
	501-1000 TL	Sayı %	7 2,3	304 97,7	311 100,0
	1001 TL ve üzeri	Sayı %	2 0,9	225 99,1	227 100,0
	Toplam	Sayı %	38 3,4	1094 96,6	1132 100,0

Pearson Ki Kare analizi $\chi^2 = 9,787$ $p = 0,020$

Çalışan gruptan 20 (%2,9) kişide, çalışmayanlardan 18 (%4,0) kişide erişkin DEHB saptandı. Çalışma durumlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. ($p > 0,05$). Erişkin DEHB ve çalışma durumu ilişkisi Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo - 9: Erişkin DEHB ve çalışma durumu ilişkisi.

		ERİŞKİN DEHB			
		Var	Yok	Toplam	
ÇALIŞMA DURUMU	Çalışıyor	Sayı %	20 2,9	662 97,1	682 100,0
	Çalışmıyor	Sayı %	18 4,0	432 96,0	450 100,0
	Toplam	Sayı %	38 3,4	1094 96,6	1132 100,0

Pearson Ki Kare analizi $p = 0,329$

Çalışmada sık iş değiştirenlerden 4 (%11,1) kişiye, hiç iş değiştirmeyenlerden 21 (%2,4) kişiye DEHB tanısı konmuştur. Erişkin DEHB tanısı konulan ve konulmayan gruplar iş değiştirme bakımından karşılaştırıldığında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p:0,02$) Erişkin DEHB ve iş değiştirme durumu ilişkisi Tablo 10’da gösterilmiştir.

Tablo - 10: Erişkin DEHB ve iş değiştirme durumu ilişkisi.

		ERİŞKİN DEHB		
		Var	Yok	Toplam
İŞ DEĞİŞTİRME	Hiç	Sayı 21 % 2,4	841 97,6	862 100,0
	Nadiren	Sayı 13 % 5,6	221 94,4	234 100,0
	Sık	Sayı 4 % 11,1	32 88,9	36 100,0
	Toplam	Sayı 38 % 3,4	1094 96,6	1132 100,0

Pearson Ki Kare analizi $\chi^2 = 12,411$ p= 0,002

Polisle başı derde girmeyenlerden 31'inde (%2,8), girenlerin ise 7'sinde (%31,8) erişkin DEHB saptanmıştır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (p: 0,000) Erişkin DEHB ve polisle başın derde girmesi ilişkisi Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo - 11: Erişkin DEHB ve polisle başın derde girmesi ilişkisi.

		ERİŞKİN DEHB		
		Var	Yok	Toplam
POLİSLE BAŞIN DERDE GİRMESİ	Var	Sayı 7 % 31,8	15 68,2	22 100,0
	Yok	Sayı 31 % 2,8	1079 97,2	1110 100,0
	Toplam	Sayı 38 % 3,4	1094 96,6	1132 100,0

Pearson Ki Kare analizi $\chi^2 = 56,021$ p< 0,000

Trafik cezası almayanlardan 30 (%3,5) kişide, trafik cezası alanlardan 8 (%2,8) kişide erişkin DEHB saptandı. Erişkin DEHB tanısı almayanlardan 276 (%25,2) kişi trafik cezası almıştı. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0,05).

Çalışmadaki hastalar arasında uyuşturucu madde kullanan yoktu. Uyuşturucu madde kullandığını belirten 6 (%0,5) kişide DEHB saptanmadı. Farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0,05).

Hiç alkol içmeyen 24 (%3,1) kişide, haftada bir iki kez alkol içen 3 (%5,2) kişide erişkin DEHB saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Daha önce psikiyatrik yardım aradığını bildirenlerden 16 (%12,0) kişide, psikiyatrik yardım arama öyküsü verenlerden 22 (%2,2) kişide erişkin DEHB tanısı saptanmıştır. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu. ($p<0,05$) Erişkin DEHB ve psikiyatrik yardım arama ilişkisi Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo - 12: Erişkin DEHB ve psikiyatrik yardım arama ilişkisi.

			ERİŞKİN DEHB		
			Var	Yok	Toplam
PSİKİYATRİK YARDIM ARAMA	Var	Sayı %	16 12,0	117 88,0	133 100,0
	Yok	Sayı %	22 2,2	975 97,8	997 100,0
Toplam		Sayı %	38 3,4	1092 96,6	1130 100,0

Fisher’s Exact Ki Kare analizi $\chi^2 = 34,846$ $p < 0,000$

Ailesinde, psikiyatrik yardım arama öyküsü olanlardan 13 (%35,9) kişiye, psikiyatrik yardım öyküsü bulunmayanlardan 25 (%2,8) kişiye erişkin DEHB tanısı konmuştur. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$) Erişkin DEHB ve ailede psikiyatrik yardım arama ilişkisi Tablo 13’de gösterilmiştir.

Tablo - 13: Erişkin DEHB ve ailede psikiyatrik yardım arama ilişkisi.

			ERİŞKİN DEHB		
			Var	Yok	Toplam
AİLEDE PSİKİYATRİK YARDIM ARAMA	Var	Sayı %	13 29,5	31 70,5	44 100,0
	Yok	Sayı %	25 2,3	1063 97,7	1088 100,0
Toplam		Sayı %	38 3,4	1094 96,6	1132 100,0

Fisher’s Exact Ki Kare analizi $\chi^2 = 96,780$ $p < 0,000$

Çoklu Lojistik Regresyon Analizi:

Cinsiyet, yaş, iş değiştirme, polisle başın derde girmesi durumu, eğitim, gelir durumu, medeni durum, psikiyatrik yardım arama öyküsü ve ailede psikiyatrik yardım arama öyküsünden oluşturulan model DEHB ile çoklu lojistik regresyon analizine sokuldu. İş değiştirme, polisle başın derde girmesi durumu, gelir durumu, medeni durum, kendisinde ve ailesinde psikiyatrik yardım arama öyküsü bağımsız risk faktörleri olarak saptandı. Sık iş değiştirenlerde; iş değiştirmeyenlere oranla 8,3 kat ($p= 0,002$), polisle başı derde girenlerde; girmeyenlerden 16,9 kat ($p= 0,000$), geliri olmayanlarda; 1000 TL ve üzeri olanlara göre 5,0 kat ($p= 0,042$), bekarlarda; en az bir kez evlenenlere oranla 5,0 kat ($p= 0,000$), psikiyatrik yardım arayanlarda aramayanlara göre 4,2 kat ($p= 0,000$), ailesinde psikiyatrik yardım arama öyküsü olanlarda; olmayanlara göre 10,6 kat ($p= 0,000$) daha sık olarak Erişkin DEHB saptanmıştır. DEHB ile ilişkili sosyodemografik özellikler, çoklu lojistik regresyon analizi Tablo 14’de gösterilmiştir.

Tablo - 14: DEHB ile ilişkili sosyodemografik özellikler, çoklu lojistik regresyon analizi

	ERİŞKİN DEHB				Odd's Oranı	(p) %95 Güven Aralığı (En Alt- En Üst)	Önemlilik (p)
	Var		Yok				
İş Değiştirme	Sayı	%	Sayı	%			
Yok	21	2,4	841	97,6		Referans	
Nadir	13	5,6	221	94,4	2,7	(1,1-7,0)	0,034
Sık	4	11,1	32	88,9	8,3	(2,1-32,4)	0,002
Polisle başın derde girmesi							
Yok	7	31,8	15	68,2		Referans	
Var	31	2,8	1079	97,2	16,9	(4,7-61,2)	0,000
Gelir Durumu							
Yok	19	4,8	381	95,2	5,0	(1,1-23,3)	0,042
1-500 TL	10	5,2	184	94,8	3,2	(0,6-16,3)	0,157
501-1000 TL	7	2,3	304	97,7	1,2	(0,2-6,6)	0,819
1001 ve üzeri	2	0,9	225	99,1		Referans	
Medeni durum							
Bekâr	20	8,2	223	91,8	5,0	(2,3-10,9)	0,000
En az bir evlilik	18	2,0	871	98,0		Referans	
Psikiyatrik yardım arama							
Yok	22	2,2	975	97,8		Referans	
Var	16	12	117	88,0	4,2	(1,8-9,8)	0,000
Ailede psikiyatrik yardım arama							
Yok	25	2,3	1063	97,7		Referans	
Var	13	29,5	31	70,5	10,6	(4,1-27,3)	0,000

Erişkin DEHB Alt Tipleri:

Erişkin DEHB tanısı koyduğumuz 38 hastanın 13'ünde (%34,2) dikkat eksikliği baskın tip, 10'unda (%26,3) hiperaktivite/impulsivite baskın tip, 15'inde (%39,5) bileşik tip DEHB saptanmıştır. DEHB alt tipleri ve cinsiyete göre dağılımları Tablo 15'de gösterilmiştir.

Tablo - 15: Erişkin DEHB tanısı konulanların alt tipleri ve cinsiyete göre dağılımları

		ERİŞKİN DEHB TİPİ				
			Dikkat Eksikliği	Hiperaktif/İmpulsif	Bileşik	Toplam
CİNSİYET	Kadın	Sayı %	9 40,9	4 18,2	9 40,9	22 100,0
	Erkek	Sayı %	4 25,0	6 37,5	6 37,5	16 100,0
	Toplam	Sayı %	13 34,2	10 26,3	15 39,5	38 100,0

EŞ TANI DURUMLARI

Otuz sekiz kişiye DSM-IV tanı ölçütlerine göre erişkin DEHB tanısı konuldu. Daha sonra bunlara eşlik eden Eksen-I ve Eksen-II tanılarını belirlemek amacıyla SCID-I ve SCID-II uygulandı.

SCID-I ile Tespit Edilen Eksen-I Tanılar:

Erişkin DEHB tanısı konulan 38 kişinin 30'unda (%78,9) eksen-I tanısı varken, 8 kişide (%21,1) ise herhangi bir eksen-I tanısı yoktu. 7 kişide (%18,4) depresif bozukluk, 6 kişide (%15,8) yaygın anksiyete bozukluğu, 4 kişide (% 10,5) post travmatik stres bozukluğu tanısı en sık saptanan tanılardı. Erişkin DEHB tanısı konulanların SCID-I tanıları Tablo 16'da gösterilmiştir.

Tablo - 16: Erişkin DEHB tanısı konulanların SCID-I tanıları

Eşlik Eden Eksen I Tanılar	Erişkin DEHB grubu	
	Sayı (n=38)	%
Depresif Bozukluk	7	18,4
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	6	15,8
Post Travmatik Stres Bozukluğu	4	10,5
Panik Bozukluğu	4	10,5
Alkol Kötüye Kullanımı	4	10,5
Obsesif Kompulsif Bozukluk	3	7,9
Sosyal Fobi	2	5,3
Tanı yok	8	21,1

SCID–II ile Tespit Edilen Eksen–II Tanıları:

Erişkin DEHB tanısı konulan 38 kişinin 22'sinde eksen–II tanısı vardı. 16 kişide (%42,1) herhangi bir eksen–II tanısı saptanmadı. 5 kişide (%13,2) çekingen kişilik bozukluğu, 4 kişide (%10,5) borderline kişilik bozukluğu, 4 kişide (%10,5) pasif agresif kişilik bozukluğu en sık saptanan eksen-II tanılarıydı. Erişkin DEHB tanısı konulanların SCID II tanıları Tablo 17'de gösterilmiştir.

Tablo - 17: Erişkin DEHB tanısı konulanların SCID–II tanıları.

Eşlik Eden Eksen–II Tanıları	Erişkin DEHB grubu	
	Sayı (n=38)	%
Çekingen K.B	5	13,2
Sınır K.B	4	10,5
Pasif Agresif K.B	4	10,5
Obsesif Kompulsif K.B	3	7,9
Bağımlı K.B	2	5,3
Histriyonik K.B	2	5,3
Antisosyal K.B	2	5,3
Tanı Yok	16	42,1

TARTIŞMA

Son yıllarda erişkin DEHB ile ilgili olarak yurt dışında birçok araştırma yapılmıştır. Ancak ülkemizde DEHB ile ilgili yapılan çalışmaların çoğunun çocuk yaş grubunda olduğu gözlenmektedir. Erişkin DEHB tanısı ile ilgili çalışmalar tanı koymada yaşanan güçlükler nedeniyle yetersizdir. Bu çalışmanın amacı; Denizli kent merkezinde erişkinlerde DEHB yaygınlığı, sosyodemografik özellikleri ve eşlik eden ek tanıların sıklığını saptamaktır.

Bu çalışmada toplam 1132 kişilik örnekleme erişkin DEHB yaygınlığı %3,4 (38/1132) olarak bulunmuştur. İkinci görüşmeye gelmeyen, reddeden ve görüşmeleri tamamlanamayan hastalarda olasılıkla DEHB tanısı mevcuttu, bu durumun tanı yaygınlığını kısmen de olsa düşürebileceğini düşündürmüştür. ABD’de yapılan bir epidemiyolojik (24) çalışmada yaygınlık %4,4 olarak bulunmuştur. Uluslararası bir epidemiyolojik çalışmada erişkin DEHB’nin yaygınlık oranı %3,4 bulunmuştur (25). Bizim çalışmamızdaki oran literatürde bildirilen oranlarla benzerdir.

Çalışmaya katılan kişiler Wender Utah ve Turgay ile değerlendirildiğinde erişkin DEHB oranı %4,5 bulunmuş, ikinci aşamada DSM IV’e göre değerlendirildiğinde bu oran %3,4’ye düşmüştür. Bu durum farklı tanı araçları kullanıldığında tanı oranının değişebileceği görüşünü desteklemektedir (21).

Çalışmada kadınların 22’sinde (%3,7) , erkeklerin 16’sında (%2,9) erişkin DEHB saptanmıştır. Erişkin DEHB yaygınlığı açısından cinsiyetler arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.

DEHB’nin erkeklerde daha sık görülmesiyle birlikte iki cinsiyeti de etkileyebileceği belirtilmektedir. Erkek/ kız oranı çocuklukta 2/1 ile 10/1 arasında değişebilirken, klinik ortamda 6/1 olabilmektedir. Orandaki bu farklılığın nedeni erkeklerin daha fazla agresyon göstermesi ve antisosyal davranışlarının daha fazla olması nedeni ile daha çok fark edilmesi ve daha çok kliniğe başvurulması ile açıklanmaktadır (88, 126, 134). Bir çalışmada erişkin dönemdeki DEHB’nin cinsiyetler arası dağılımında erkek/kadın oranının ilerleyen yaşla birlikte eşitlendiği

ileri sürülmektedir (135). Bizim çalışmamızda bu görüşü destekleyebilir. Ancak bu konuda daha net sonuçlara ulaşabilmek için olguların çocukluk döneminden itibaren erişkin döneme dek izlenmeleri ve daha çok sayıda çalışmayla desteklenmesi gerekmektedir.

Tanı konulan erişkin DEHB hastaları, hastalık alt gruplarına göre değerlendirildiğinde; 38 hastanın 13'ünde (%34,2) dikkat eksikliği baskın tip, 10'unda (%26,3) hiperaktivite/impulsivite baskın tip, 15'inde (%39,5) bileşik tip DEHB saptanmıştır. Olgu sayılarının az olması nedeniyle istatistiksel anlamlılık ortaya konulamaması ile birlikte çalışmamızda, dikkatsizliğin ön planda olduğu tip ve bileşik tip, literatür verilerine benzer şekilde, erişkinlikte sık saptanan alt tipler olarak bulunmuştur (13, 111).

Klinik temelli çalışmalarda, hiperaktivite ve dürtüselliğin ön planda olduğu tip, okul öncesi ve erken ilköğretim döneminde; bileşik tip orta öğretim döneminde; dikkatsizliğin ön planda olduğu tip geç ilköğretim ve lise döneminde görüldüğü saptanmıştır (13). Genel olarak DEHB olan bireylerin %50-75'i "kombine tip", %20-30'u "dikkat eksikliği alt tipi", %15'in altında da "hiperaktif/impulsif alt tipi" oluşturmaktadır (135). Hiperaktif alt tipin ileri yaşlarda giderek azaldığı daha çok impulsif forma dönüştüğü; bileşik ve dikkat eksikliği alt tipin belirtilerinin ise azalarak devam ettiği düşünülmektedir (136, 137).

Eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde lise mezunu olanlardan 21 kişide (%5,6) erişkin DEHB tanısı saptanmıştır. DEHB olan ve olmayan gruplar arasındaki eğitim açısından farklılık ki kare analiziyle değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur ancak, bu parametre çoklu lojistik regresyon istatistiksel analizine sokulduğunda, eğitim durumu bağımsız değişken olarak saptanmamıştır. Literatüre bakıldığında, DEHB'ye sahip bireylerin okula uyum sorunları yaşadığı ve akademik başarılarının düşük olduğu ifade edilmektedir (24). Bu bireyler akademik yaşantılarını erken sonlandırmak zorunda kalmaktadırlar. Bizim çalışmamıza katılan DEHB tanılı olguların çoğunluğunun ilk ve orta düzey eğitim aldıkları izlenmektedir. Ancak örneklemimizin çoğunluğunu da bu grup oluşturduğundan bağımsız değişken olabilme özelliği ortadan kalkmakta, gelir düzeyi gibi başka parametrelerden de etkilenebilmektedir.

Çalışmamızın sonuçları medeni duruma göre değerlendirildiğinde; bekâr olanlardan 20 (%8,2) kişiye erişkin DEHB tanısı konmuştur. Bekârlarda DEHB tanısı daha yüksek oranda saptanmıştır. Medeni duruma göre gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Medeni durum DEHB ile çoklu lojistik regresyon analizine sokulduğunda bağımsız risk faktörü olarak saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda erişkin DEHB'lilerin evlilik yaşamlarında sorun yaşadıkları bildirilmişse de (24), bu çalışmadaki hasta grubunun evlilik yaşamlarının ne kadar sorunlu olduğu belirlenmemiştir.

Çalışmada yer alan geliri olmayanlardan 19 (%4,8) kişide DEHB saptandı. Geliri bulunmayan ve hastalığı olmayan 381 (%34,8) kişi bulunmaktaydı. Erişkin DEHB tanısı konularına bakıldığında çoğunluğu geliri olmayan ve düşük geliri olanlar oluşturuyordu (%76,3). Gelir dağılımları yönünden gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Gelir durumu DEHB ile çoklu lojistik regresyon analizine sokulduğunda bağımsız risk faktörü olarak saptanmıştır. Çalışmada gelir düzeyi belirlenirken standart bir derecelendirme ölçeği kullanılmamıştır. Düşük gelir grubunu asgari ücret ve altında geliri olanlar, orta gelir grubunu asgari ücretin yaklaşık üç katına kadar geliri olanlar, yüksek gelir grubunu da daha yüksek düzeyde geliri olanlar oluşturmuştur. Kesler ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptığı Ulusal Eş Tanı Çalışmasında, erişkin DEHB olanların sosyodemografik özelliklerini incelemiştir. Hastaların gelir düzeyi belirlenirken açlık sınırı esas alınmış ve açlık sınırında ya da bir buçuk katı geliri olanları düşük, bir buçuk ile üç katı arasında olanları düşük orta, üç ile altı katı arasında olanları orta, altı katı ve üzerinde geliri olanları ise yüksek gelir grubu olarak sınıflandırmışlardır. Gelir durumu ile hastalık arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır (27). Erişkin DEHB olanların sebat etme eğilimlerindeki düşüklük, dikkat ve odaklanma sorunları, sık iş değiştirme özellikleri göz önünde bulundurulduğunda bu kişilerin gelir düzeylerinin beklenenden düşük olması doğaldır. DEHB yaygınlığı üzerine sosyal, kültürel ve ekonomik etkenlerin etkisini incelemek için tasarlanmış çalışmalarla daha ileri boyutta değerlendirilmesi gerekmektedir.

Hasta olan ve olmayan bireylerin çalışma durumuna bakıldığında, hasta olanlardan 18 (%47,4) kişi, hasta olmayanlardan 432 (%39,5) kişi çalışmıyordu. Çalışan gruptan 20 (%2,9) kişide, çalışmayanlardan 18 (%4,0) kişide erişkin DEHB

saptandı. Çalışma durumlarına göre DEHB grubu ile DEHB olmayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı. Halmoy ve ark'ı çocuklukta DEHB için stimulan tedavisi almanın erişkin dönemde çalışıyor olma olasılığını artıracığından bahsetmişlerdir (138). Bizim çalışmamızın en önemli sınırlılıklarından biri olguların geçmişte tedavi alıp almadıkları öyküsünün sorgulanmamasıdır.

Literatürle uyumlu olarak çalışmamızda sık iş değiştirenlerden 4 (%11,1) kişiye, hiç iş değiştirmeyenlerden 21 (%2,4) kişiye DEHB tanısı konmuştur. Erişkin DEHB tanısı konulan ve konulmayan gruplar iş değiştirme bakımından karşılaştırıldığında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Sık iş değiştirme, DEHB ile çoklu lojistik regresyon analizine sokulduğunda bağımsız risk faktörü olarak saptanmıştır. Bu durum erişkin DEHB'lilerin normal bireylere göre daha fazla sebat edemedikleri ve işle ilgili daha fazla sorun yaşadıkları görüşünü destekler görünmektedir (24,139).

Polisle başı derde girenlerin 7'sinde (%31,8), girmeyenlerin ise 31'inde (%2,8), erişkin DEHB saptanmıştır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Polisle başın derde girme durumu, DEHB ile çoklu lojistik regresyon analizine sokulduğunda bağımsız risk faktörü olarak saptanmıştır. DEHB tanılı hastalarda öfke denetim güçlüklerinin, impulsivitenin ve agresyon kontrolündeki güçlüklerin daha sık olabileceği göz önünde tutulduğunda bu beklenen bir durumdur, literatür verileri de bu bulguyu desteklemektedir. Eyestone ve Howell'in cezaevinde 102 suçluyla yaptıkları çalışmada erişkin DEHB (%25,5) ve major depresyon (%25,5) en sık psikopatolojiler olarak saptanmıştır (140)

Hasta olan ve olmayan bireylerin alkol kullanım durumu benzer olup, alkol kullanan sayısı daha fazlaydı ve uyuşturucu kullanan yoktu. Katılımcıların madde ile ilgili sorularda toplumsal olarak onaylanmadığı için kendilerini gizlemeleri de olasıdır.

Trafik cezası almayanlardan 30 (%3,5) kişide, trafik cezası alanlardan 8 (%2,8) kişide erişkin DEHB saptandı. Erişkin DEHB tanısı almayanlardan 276 kişi (%25,2) trafik cezası almıştı. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Literatür

gözden geçirildiğinde bu çalışmadaki olgularda da trafik cezası gibi yasal sorunların fazla olması beklenirdi. DEHB tanısı bulunanların gelirinin anlamlı düzeyde az olduğu gözlenmiş olup, özellikle araç sahibi olma, ehliyet sahibi olma ve araba kullanma durumu sorgulanmamıştır. Diğer taraftan çalışmanın gündüz saatlerinde yapılmış olması 18-45 yaş aralığındaki çalışan bireylerin o saatlerde evde olma olasılığını düşürmektedir. Bu durum evde bulunanların araba sahibi olması ihtimalini düşürmektedir. Araç kullanan kişi sayısı az ise trafik suçu da buna bağlı olarak az görülecektir. Olguların kendi bildirdikleri gibi yasal sorunları gerçekten yaşamamış olabilmelerinin yanında, bildirmemiş olabilecekleri de göz önünde bulundurulmalıdır.

Çalışmada psikiyatrik yardım arama öyküsü olan bireylerde, olmayan bireylere göre erişkin DEHB tanısı daha fazlaydı ve farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Psikiyatrik yardım arama durumu DEHB ile çoklu lojistik regresyon analizine sokulduğunda bağımsız risk faktörü olarak saptanmıştır. Biederman 2006'da DEHB'li çocukların takip çalışmasında, tüm psikopatoloji kategorilerinin yaşam boyu yaygınlığını DEHB'li genç erişkinlerde kontrollere kıyasla anlamlı olarak yüksek bulmuştur (109). Bazı çalışmalarda erişkin DEHB'nin yaşam boyu psikiyatrik eş tanı için önemli bir risk etkeni olduğu (26), DEHB tanısı konmuş erişkinlerin daha yüksek oranda eş tanı gösterdiği, daha fazla tedavi maliyeti olduğu görülmüştür (27). Bu çalışmadaki bulgular da literatür bilgileriyle uyumludur.

Çalışmada; ailesinde psikiyatrik yardım arama öyküsü olan bireylerde, olmayan bireylere göre erişkin DEHB tanısı daha fazlaydı ve farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Ailede psikiyatrik yardım arama durumu DEHB ile çoklu lojistik regresyon analizine sokulduğunda bağımsız risk faktörü olarak saptanmıştır. Başka çalışmalarda da DEHB tanısı konulanların akrabalarında psikiyatrik bozukluk, bu tanı konulmayanlardan daha sık bildirilmektedir. Örneğin, DEHB tanısı konulan çocukların aileleri ile DEHB tanısı konulmayanların ailelerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, DEHB'li çocukların ailelerinde DEHB, davranım bozukluğu, antisosyal kişilik özellikleri, madde kötüye kullanımı gibi diğer psikiyatrik bozuklukların daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (141). DEHB olan olguların birinci dereceden biyolojik akrabalarındaki DEHB bulunma olasılığı çeşitli çalışmalarda %13 ve %18 oranlarında bildirilmiştir (142, 143).

Erişkin DEHB tanısı konulan 38 kişinin 30'unda (%78,9) eksen-I tanısı varken, 8 kişide (%21,1) ise herhangi bir eksen-I tanısı yoktu. 7 kişide (%18,4) depresif bozukluk, 6 kişide (%15,8) yaygın anksiyete bozukluğu, 4 kişide (% 10,5) post travmatik stres bozukluğu tanısı en sık saptanan tanılardı.

Bipolar bozukluk ve DEHB birlikteliğini inceleyen çalışmalarda, bipolar bozukluğu olan erişkinlerde ve akrabalarında çocukluk dönemlerinde hiperaktivite özelliğinin yüksek olduğu, bipolar bozukluğu olan çocuklarda mani ile DEHB birlikteliğinin sık bulunduğu ve DEHB olan çocuklar izlendiğinde ileride bipolar bozukluk geliştirdiği, DEHB ve bipolar bozukluğun birlikteliğinin, bipolar bozukluğun daha ciddi ve genetik temelli bir şekli olabileceği belirtilmiştir (144, 145). Erişkin DEHB son yıllarda klinik olarak daha fazla fark edilmekte ve bipolar bozukluğa sıklıkla eşlik ettiği bildirilmektedir. Ne var ki, bu iki bozukluğun tanısal birlikteliği tartışmalıdır. 2007 yılında yayınlanan bir gözden geçirmenin sonuçlarına göre bu birliktelik oldukça sık görünmektedir (erişkin DEHB örneklerinde %49, bipolar bozukluk örneklerinde %21) ve bipolar bozukluğa DEHB eşlik ettiğinde gidişat, bipolar bozukluğa eşlik eden bir tanının olmadığı duruma göre daha ciddi olmaktadır (146). Bununla birlikte, çalışmalar daha ziyade eş tanı oranlarına odaklanmakta, seyir, nörobiyoloji, kalıtım ve tedavinin konu edildiği az sayıda çalışma bulunmaktadır. Erişkin DEHB ve bipolar bozukluk eş tanısının geçerliliği, literatürün bu alanda yetersizliği nedeniyle, henüz netlik kazanmamış görünmektedir (147). Bu çalışmada bipolar bozukluk eş tanısı saptanmamıştır. Bununla birlikte bipolar bozukluğunun yaklaşık sıklığı %1, DEHB'nin %4 ve eştanı bulunma olasılığı %20 olarak kabul edildiğinde, çalışma grubunda bipolar bozukluk saptanmamasının nedeninin örneklem boyutuyla ilgili bir durum olabileceği düşünülmüştür. Ancak kanımızca, majör depresyon yüksek eş tanısı göz önüne alınarak iki uçluluk gelişmesi açısından hastalar izlenmelidir.

Genel toplumda anksiyete bozukluklarının yaşam boyu yaygınlığı kadınlarda %30,5, erkeklerde %19,2'dir. DEHB'de anksiyete bozukluğu oranının %50, DEHB olan kadın erişkinlerde anksiyete bozukluğu oranının %62 olduğunu belirten çalışmalar vardır. Bazı kaynaklara göre, erişkin DEHB hastalarında %21 yaygın anksiyete bozukluğu, %12 özgül fobi, %11 panik bozukluğu, %7 obsesif kompulsif bozukluğun görüldüğü belirtilmiştir (73, 88). Erişkin DEHB tanısı olan kişiler iş

başarıları düşük, sosyal becerileri zayıf, arkadaş ilişkilerinde sebat edemeyen kişiler olarak tanımlanmış, bu tablonun devamı olarak bu kişilerde anksiyete ve depresyon belirtilerinin daha sık gözlemlendiği belirtilmiştir (148, 149). Bu çalışmada anksiyete bozuklukları eş tanısının genel toplum oranından yüksek olduğu ve DEHB eş tanı çalışmalarıyla uyumlu olduğu saptanmıştır. DEHB olan erişkinlerde eş tanı oranının yüksek olmasının nedenleri arasında; DEHB'nin erişkin döneme kadar sürme belirleyicilerinin; ailesellik, psikososyal problemler, duygudurum ve anksiyete bozuklukları eş tanılarının olabileceği belirtilmiştir (73, 88).

Lucy ve arkadaşları, DEHB ve eş tanılarını inceledikleri bir çalışmada, anksiyete bozuklukları arasında özellikle panik bozukluğunun (%11,6) ve özgül fobinin (%14,2) ön planda olduğunu, yaşam boyu eksen I tanılarını incelediklerinde özgül fobi (%16,1) ve sosyal fobinin (%17,8) DEHB olmayan erişkinlerden daha yüksek olduğunu, ayrıca kadınlarda bu tanıların şimdiki ve yaşam boyu görülme sıklığının erkeklerden önemli oranda yüksek olduğunu bildirmişlerdir (150). Çalışmada yüksek kadın oranı göz önünde bulundurulduğunda sonuçlar literatür bilgisiyle uyumlu olup, anksiyete bozuklukları spektrumundan en sık olarak yaygın anksiyete bozukluğu (%15,8) tanısı eşlik etmiştir.

DEHB olan erişkinlerde ek tanı sıklığını araştıran önceki çalışmalarda majör depresyon yaygınlığı %16–31, distimik bozukluk %12–37 oranında bulunmuştur (15, 24,110). Bu çalışmada bulunan oranlarda da bu çalışmadakilere benzerdi. Depresyon ve distimik bozukluğun, çocukluk çağından itibaren var olan başarısızlık beklentisi ve sosyal ilişki güçlükleriyle bağlantılı “düşük benlik değeri” ve genel mutsuzluğun bir sonucu olduğu belirtilmiştir. Ayrıca nörogelişimsel bir bozukluğun diğer psikiyatrik bozukluklara yatkınlığını artırıyor olması da eş tanı oranlarının yüksek olmasının diğer bir nedeni olabilir (122, 151). Çalışmamızda erişkin DEHB tanısı alan hastalarda, depresyon (%18,4) en sık saptanan ek tanı olmuştur.

Shekim (1990), erişkin DEHB'lilerde %34 oranında alkol bağımlılığı ve kötüye kullanımı, %30 oranında madde kötüye kullanımı bulmuştur (122). Schubiner'in 114 DEHB tanılı erişkinde yaptığı çalışmada, bireylerin %36'sında alkol bağımlılığı ya da kötüye kullanımı, %21'inde kannabis kullanımı, %11'inde kokain veya diğer psikostimülan kullanımı, %5'inde de çoklu ilaç bağımlılığı

saptanmıştır (146). Erişkin DEHB ile alkol ve madde kullanım bozukluklarını araştıran önceki çalışmalarla, bu çalışmada elde edilen bulgular karşılaştırıldığında, alkol ve madde kullanım bozuklukları oranı daha düşük bulunmuştur. Türkiye’de erişkin DEHB tanısı konulanlarda alkol ve madde kötüye kullanım oranları ile ilgili yapılan çalışmaların yetersiz olması ile beraber, DEHB olan erişkinlerde alkol ve madde kullanım bozukluklarının daha düşük olduğu ifade edilmektedir (152). Çalışmamızda erişkin DEHB tanısı konan hastalarda alkol bağımlılığı saptanmamakla birlikte alkol kötüye kullanım oranı %10,5 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızın bir epidemiyolojik çalışma olması, karşılaştırılan çalışmaların ise hastaneye başvuran vakalardan oluşması nedeniyle çalışma grubunun farklılığı bu sonuca yol açmış olabilir.

Erişkin DEHB tanısı konulan 38 kişinin 22’sinde eksen-II tanısı vardı. 16 kişide (%42,1) herhangi bir eksen-II tanısı saptanmadı. 5 kişide (%13,2) çekingen kişilik bozukluğu, 4 kişide (%10,5) borderline kişilik bozukluğu, 4 kişide (%10,5) pasif agresif kişilik bozukluğu en sık saptanan eksen-II tanılarıydı.

Barkley ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, DEHB olanlarda antisosyal kişilik bozukluğu (%12–27) başta olmak üzere, pasif-agresif kişilik bozukluğu (%18), SKB (%14), histriyonik kişilik bozukluğu (%11) ve çekingen kişilik bozukluğu (%11) ile eş tanı bildirilmiştir (125). Mizaç ve kişilik boyutlarının değerlendirildiği bir çalışmada, DEHB tanısı olan erişkinlerin yenilik arayışı ve zarardan kaçınma puanlarının yüksek olduğu, karakter boyutlarındaki skorlarının düşük olduğu, eksen-II bozukluklarına yönelik yapılan SCID-II değerlendirmesinde bunun doğrulandığı ve DEHB’de B kümesi kişilik bozukluklarının daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (137).

Rösler ve arkadaşları, kadın mahkûmlarla yaptıkları bir çalışmada DEHB ile kişilik bozukluklarının ilişkisini araştırmışlar; DEHB’li kadınlarda sadece SKB’nin DEHB olmayanlara göre anlamlı oranda yüksek olduğunu bulmuşlar, iki bozuklukta da duygudurum düzenlenmesinde, dürtü kontrolünde, madde kullanımında bozukluk, düşük benlik saygısı ve kişiler arası ilişkilerde sorunlar görüldüğü belirtilmiştir (153). ADHD ve SKB birlikteliğinin sık olması psikopatolojilerindeki ve temel tanısal parametrelerindeki ortak yönlerinden dolayı sık görülmektedir (154).

Ülkemizde Ceylan Özkan, Çulha ve Karakaş'ın çalışmasında DEHB'ye özgü olabilecek kişilik özellikleri taranmıştır. Çalışmaya 116 kadın üniversite öğrencisi katılmıştır. Çalışmaya katılan kişiler DSM-IV'e Dayalı Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanı ve Değerlendirme Envanteri'nden aldıkları puanlara göre iki uç gruba ayrılarak, bu kişilerde DEHB'ye benzer tepki örüntülerinin neler olduğu araştırılmıştır. Kişilik özellikleri Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) ile değerlendirilmiştir. DEHB ölçeğinden yüksek puan alan grup MMPI- 2'den hipokondriasis ve sosyal içe dönüklük alt testleri hariç diğer alt testlerden yani depresyon, histeri, psikopatik sapma, paranoya, psikastenî, anksiyete alt testlerinden daha yüksek puanlar almışlardır. DEHB puanları yüksek grubun benlik değerleri daha düşük; ailevi problemleri daha fazla ve öfke puanları daha yüksek bulunmuştur (155).

Klinikte yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında bizim çalışmamızdaki eksen-II tanı oranlarının daha düşük olması, olasılıkla çalışmanın deseni ve yapıldığı yerle ilişkilidir.

Sonuç olarak, DEHB erken dönemde kişiliği etkileyerek ileride kişilik bozukluğu gelişimi için risk etkeni olabilir ya da DEHB ve kişilik bozuklukları erişkinlikte klinik görünüm açısından birbirine benzeyebilir (156).

Çalışmanın sınırlılıkları;

1. Bizim çalışmamızın en önemli sınırlılıklarından biri olguların geçmişte tedavi alıp almadıkları öyküsünün sorgulanmamasıdır.
2. Örneklemimizin sadece kent merkezi alınarak elde edilmesi, kırsal bölgenin dışlanmasına yol açmıştır. Oysaki Denizli tarım toplumu ile sanayi toplumunun karışımından oluşmakta ve nüfus özellikle kırsal kesimde yoğunlaşmaktadır. Gelir dağılımı, eğitim gibi önemli değişkenlerin bu durumdan etkilenmiş olması muhtemeldir.
3. Verilerin elde edilmesinde ana-baba ya da öğretmen bilgisinin olmaması, tarama testinin sadece kişinin bildirimine dayalı olması da çalışmanın önemli sınırlılıkları arasındadır.

Diğer taraftan bu çalışma ülkemizde erişkin DEHB yaygınlığını araştıran ilk epidemiyolojik çalışmalardan olması nedeniyle kültürel özelliklerin sonuçları etkilemesi açısından tartışmamızı kısıtlamıştır.

SONUÇLAR

1-Çalışmada Denizli il merkezinde erişkin DEHB yaygınlığı; Turgay ve Wender Utah tarama ölçeğine göre %4,5 saptanan oran, DSM-IV ölçütlerine göre ve klinik izlemele değerlendirildiğinde %3,4 oranında bulundu. Bu durum DSM-IV'e göre yapılandırılmış klinik görüşmeler kullanıldığında oranın beklenenden daha düşük olabileceğini göstermektedir. Erişkin DEHB için çocukluk DEHB'den farklı erişkin döneme ait tanı ölçütleri ya da erişkin DEHB için standart tanı metotları geliştirilmelidir.

2-Erişkin DEHB'nin cinsiyete göre dağılımında, kadınlarda 22/588 (%3,7) erkeklerde 16/544 (%2,9) daha sık görüldüğü saptanmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da kadınlarda oran daha yüksek bulunmuştur. Bu konuda daha fazla sayıda çok merkezli epidemiyolojik alan çalışmalarına ihtiyaç vardır.

3-Bu çalışmada erişkin DEHB tanısı olanların daha sık iş değiştirdikleri, gelir düzeylerinin daha düşük olduğu, daha sık polisle başlarının derde girdiği, kendilerinin ve aile bireylerinin daha fazla psikiyatrik yardım aradıkları, saptanmıştır. Bu bulgular istatistiksel olarak anlamlıdır. Cinsiyet, yaş, iş değiştirme, polisle başın derde girmesi durumu, eğitim, gelir durumu, medeni durum, psikiyatrik yardım arama öyküsü ve ailede psikiyatrik yardım arama öyküsünden oluşturulan model DEHB ile çoklu lojistik regresyon analizine sokulduğunda; iş değiştirme, polisle başın derde girmesi durumu, gelir durumu, medeni durum, kendisinde ve ailesinde psikiyatrik yardım arama öyküsü, bağımsız risk faktörleri olarak saptanmıştır. Bu verilerin elde edilmesinde ana-baba ya da öğretmen bilgisinin olmaması, tarama testinin sadece kişinin bildirimine dayalı olması çalışmanın önemli kısıtlılıklarındandır.

4-Erişkin DEHB tanısı konanların 30'unda (%78,9) en az bir eksen I bozukluğu saptanmıştır. Tanı olarak en sık oranda 7 (%18,4) kişide depresif bozukluk, 6 (%15,8) kişide yaygın anksiyete bozukluğu, 4 (%10,5) kişide post travmatik stres bozukluğu, 4 (%10,5) kişide panik bozukluk, 4 (%10,5) kişide alkol kötüye kullanımı bozukluğu saptanmıştır. Erişkin DEHB tanısı konulan 38 kişinin

22'sinde (%57,9) eksen-II tanısı vardı. 5 kişide (%13,2) çekingen kişilik bozukluğu, 4 kişide (%10,5) borderline kişilik bozukluğu, 4 kişide (%10,5) pasif agresif kişilik bozukluğu en sık saptanan eksen-II tanılarıydı. Bulgular erişkin DEHB tanısı konanların daha fazla psikiyatrik tanı aldığı, tedavi maliyetlerinin daha fazla olduğu görüşünü desteklemektedir. Ayrıca erişkin DEHB tanısı olanlara farklı tanı konması bunların asıl tanılarının sıklıkla gözden kaçtığını da düşündürmektedir. Bu açıdan psikiyatri kliniğine başvuran hastaların DEHB belirtileri açısından da değerlendirilmesi gerekmektedir. Eş tanı oranlarının yüksekliği ve eşlik eden tanıların önlenmesi amacıyla bu kişilere daha erken tanı konulup tedavilerinin düzenlenmesi önemlidir.

Bu çalışma Türkiye'de alan taraması şeklinde genel nüfusta erişkin DEHB yaygınlığını araştıran ilk çalışmalardan biri olması nedeniyle önemlidir. Bu konuda daha fazla sayıda alan çalışmasına ihtiyaç vardır.

ÖZET

Klinik takip çalışmalarında dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan çocuklardaki semptomların sıklıkla erişkinlikte de devam ettiği bu semptomlardan özellikle dikkat eksikliğinin dürtüsellik ve hiperaktiviteye göre daha baskın olabileceği uzun süredir bilinmektedir. Bu çalışmada Denizli kent merkezindeki DEHB yaygınlığını araştırılmış olup, bölgemiz ve ülkemizde bu konuda yapılmış ilk çalışmalardan biri olma özelliğini de göstermektedir. Wender Utah ve Turgay ölçekleri kullanılarak %4,5 olarak tespit edilen prevalans, yapılandırılmış klinik görüşmeler sonrası %3,4'e düşmüştür. DEHB tanısı konan bireylerin, DEHB'li olmayan bireylere göre, daha fazla iş değişikliği yaptıkları, yasal sorunlarla daha çok uğraştıkları, daha çok psikiyatrik yardım arayışı içinde oldukları ve yardım aldıkları tespit edilmiştir. DEHB tanılı bireylerin %78,9'unda eksen I eş tanısının olduğu bulunmuştur. En sık gözlenen eştanılar, major depresif bozukluk (%18,4), yaygın anksiyete bozukluğu (%15,8), panik bozukluk (%10,5), post travmatik stress bozukluğu (%10,5), alkol kötüye kullanım bozukluğu (%10,5) olarak saptanmıştır. Hastaların %57,9'unda eksen II tanısı saptanmıştır. En sık görülen eksen II tanıları çekingen kişilik bozukluğu (%13,2), borderline kişilik bozukluğu (%10,5), pasif agresif kişilik bozukluğu (%10,5) olarak bulunmuştur.

Sonuç olarak, çalışmamızdaki erişkin DEHB prevalans değerleri, ulusal prevalans çalışması (%3,4) ve Amerika Birleşik Devletleri prevalans çalışması (%4,4) ile benzer olarak bulgulanmıştır. Erişkin DEHB'nin yaygınlığı ve çok sayıda başka psikiyatrik bozuklukla birlikteliği, klinikte görülen özellikle tedaviye cevap vermeyen psikiyatrik bozukluklar için eş tanı olarak düşünülmelidir.

Anahtar Sözcükler: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, yaygınlık, eş tanı

ABSTRACT

It has long been known from clinical follow-up studies that children with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) often continue to have symptoms in adulthood, that symptoms of inattention are more likely to persist into adulthood than symptoms of hyperactivity or impulsivity. We aim to determine prevalence of adult ADHD in Denizli city center and this survey has been one of the first researches for our country and our region. The prevalence search of adult ADHD is important for literature. Screening with Wender Utah and Turgay scale revealed a prevalence rate of 4,5% which dropped to 3,4% with the structured clinical interview. Subjects with ADHD had more frequent job changing, more legal problems, more psychiatric applications and psychiatric help searching in their families too when compared to subjects without ADHD. 78,9% of the subjects with ADHD (N=30) had comorbid axis I diagnoses. Most common comorbid diagnoses were major depression disorder (%18,4), generalized anxiety disorder (%15,8), panic disorder (%10,5), post traumatic stress disorder (%10,5), alcohol abuse disorder (%10,5). %57,9 of patients have axis II diagnoses. Most common axis II diagnoses were avoidant personality disorder (%13,2), borderline personality disorder (%10,5), passive aggressive personality disorder (%10,5).

Our result with ADHD prevalence is similar to cross national prevalence (%3,4) and United States prevalence (%4,4) study results (3,4). Childhood ADHD often persists into adulthood, either as a categorical diagnosis or as persistence of symptoms which contribute to personality problems and psychiatric comorbidity. ADHD should be considered as a possible comorbid diagnosis for many patients in adult psychiatry clinics, especially for those who show continued impairment despite appropriate treatment for the primary disorder.

Key words: attention deficit hyperactivity disorder, prevalence, comorbidity

KAYNAKLAR

1. Wender PH, Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults. Oxford University Pres, New York, 1995; 122-143.
2. Tannock R. Attention deficit hyperactivity disorder: advances in cognitive neurobiological and genetic research. J Child Psychol Psychiatry 1998; 34: 65–99.
3. Turgay A. Gençlerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 1997; 3: 413–453.
4. Biederman J, Faraone S, Millberger S, Guite J, Mick E, Chen L. Prospective 4-year follow-up study of attention deficit hyperactivity and related disorders. Arch Gen Psychiatry, 1996; 53: 437–446,
5. Barkley RA, DuPaul GJ, McMurray LA. Comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity. J Consult Clin Psychol, 1990; 58: 775–789.
6. Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: A Aselective overview. Biol Psychiatry, 2005; 57: 1215–1220.
7. Jensen PS, Hinshaw SP, Swanson JM, Greenhill LL, Conners CK, Arnold LE. Findings from the NIMH multimodal treatment study of ADHD (MTA): implications and applications for primary care providers. J Dev Behav Pediatr, 2001; 22: 60–73,
8. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1st edition (DSM-I). Washington; DC: American Psychiatric Association, 1952.

9. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*, 2005; 57: 1313–1323.
10. Weiss G. Attention deficit hyperactivity disorder. In: Lewis M editor. *Child and Adolescent Psychiatry a Comprehensive Textbook* chapter 52. lippincott Williams and Wilkins, 2002.
11. Plizka SR. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder and overanxious disorder. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1992; 31: 197-203.
12. Bagwell CL, Molina BSG, Pelham WE et al. Attention deficit hyperactivity disorder and problems in peer relations: predictions from childhood to adolescence. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2001; 40: 1285-1292.
13. Lahey BB, Applegate B, McBurnett K. DSM-IV field trials for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry* 1994; 151: 1673-1685.
14. Fisher M, Barkley RA, Edelbrock CS. The Adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: II. Academic, Attentional, Neuropsychological Status. *J Consult Clin Psychology*, 1990; 58: 580–588.
15. Barkley RA, Murphy K, Kwasnik D. Psychological adjustment and adaptive impairments in young adults with ADHD. *J Atten Disord*, 1996; 1: 41–54.
16. Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder. A Life-Span perspective. *J Clin Psychiatry*, 1998; 59: 4–15.
17. Shaffer D. Attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Am J Psychiatry*, 1994; 44: 260–268.

18. Weinstein CS. Cognitive remediation strategies: An adjunct to the psychotherapy of adults with attention deficit hyperactivity disorder. *J Psychother Pract Res*, 1994; 3: 44–57.
19. Mannuzza S, Klein G, Bonagura N, Malloy P, Gampino TL, Addalli KA. Hyperactive boys almost grown up, II: Status of subjects without a mental disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 1991; 48:77–83.
20. Cantwell DP. Attention deficit disorder: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1996; 35: 978- 986.
21. Wolf LE ve Wasserstein J. Adult ADHD: Concluding thoughts. *Ann N Y Acad Sci*, 2001; 931: 396–408.
22. Goldstein S. Understanding and managing children’s classroom behaviour, 511 pp., New York: Wiley, 1995.
23. Wender P, Wolf LE, Wassertein J. Adults with ADHD: An overview. Wasserstein J, Wolf L, Le Fever FF (Eds.). *Adult attention deficit disorder: Brain mechanism and life outcomes*. *Ann. N Y Acad Sci*, 2001; 931: 1–16.
24. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results From the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*, 2006; 163: 716-23.
25. Fayyad J, Graff RDE, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry*, 2007; 190, 402–409.
26. McGough JJ, Smalley SL, McCracken JT, Yang M, Del'Homme M, Lynn DE et al. Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder findings from multiplex families. *Americal Journal of Psychiatry* 2005; 162: 1621-1627.

27. Secnik K, Swensen A, Lage MJ. Comorbidities and costs of adult patients diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder. *Pharmacoeconomics* 2005; 23: 93-102.
28. Thome J, Jacobs KA. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a 19th century children's book. *Eur Psychiatry* 2004; 19: 303–306.
29. Mukkaddes NM. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tarihçesi ve epidemiyolojik incelemeler. *Ege Psikiyatri sürekli yayınları* 1998; 3: 393-398.
30. Weis M, Weis G. Attention Deficit Hyperactivity Disorder Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook, Levis M. Lippincott Williams & Wilkins, Third ed. Philadelphia 2002.
31. Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, LaPadula M. Adult outcome of hyperactive boys. Educational achievement, occupational rank and psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry*, 1993; 50: 565–576.
32. Weiss G ve Hechtman LT. Hyperactive Children Grow Up. ADHD Children, Adolescents and Adults. (2nd edition) . New York, Guilford Press. 1993.
33. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 2002; 111: 279–289.
34. Costello EJ, Costello AJ, Edelbrock C, Costello AJ, Dulcan MK, Burns BJ. Psychiatric disorders in pediatric primary care. *Arch Gen Psychiatry*, 1988; 45: 1107–1116.
35. Bhatia MS, Nigam VR, Bohra N, Malik SC. Attention deficit disorder with hyperactivity among pediatric outpatients. *J Child Psychol Psychiatry*, 1991; 32: 297–306.

36. Anderson JC, Williams S, McGee R, Silva PA. DSM-III disorders in preadolescent children: Prevalence in a large sample from the general population. *Arch Gen Psychiatry*, 1987; 44: 69–76
37. Bird HR, Gould M, Staghezza B. Patterns of diagnostic comorbidity in a community sample of children aged 9 through 16 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1993; 32: 361–368
38. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Revised DSM IV Tanı Ölçütleri. Çeviri Editörü Ertuğrul Köroğlu, Hekimler Yayın Birliği. Ankara, 1994
39. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4 th edition Washington, DC: American Psychiatric Association. 2000.
40. Barbaresi WJ, Katusic SK, Colligan RC, Pankratz VS, Weaver AL, Weber KJ. How common is attention-deficit/hyperactivity disorder? Incidence in a population-based birth cohort in Rochester. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2002; 156: 217–224.
41. Graetz BW, Sawyer MG, Hazell PL, Arney F, Baghurst P. Validity of DSM-IV ADHD subtypes in a nationally representative sample of Australian children and adolescents, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2001; 40: 1410–1417.
42. Kroes M, Kalff AC, Kessels AG, Steyaert J, Feron FJ, Van Someren AJ ve ark. Child psychiatric diagnoses in a population of Dutch school children aged 6 to 8 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2001; 40: 1401–1409.
43. Rohde LA, Biederman J, Busnello EA, Zimmermann H, Schmitz M, Martins S. ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: a study of prevalence, comorbid conditions and impairments. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1999; 38: 716–722.

44. Barkley RA. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. 3rd. Edition, New York: Guilford Press, 2006.
45. Motavallı N. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Tanı ölçütleri, yapısı, sınıflandırma sistemlerindeki yeri, Nöropsikiyatri Arşivi, 1993; 30: 226–231.
46. Barkley RA. Major life activity and health outcomes associated with Attention deficit/hyperactivity disorder. J Clin Psychiatry, 2002; 3: 10–15.
47. Faraone SV, Biederman J. What is the prevalence of adult ADHD? results of a population screen of 966 adults. J Atten Disord, 2005; 9: 384–391.
48. Zimmerman ML. Attention- deficit hyperactivity disorder. Review. Nurs Clin An 2003; 38: 55-66.
49. Tahiroğlu A, Avcı A, Fırat S, Seydaoğlu G. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Alt tipleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005; 6: 5-10.
50. Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2004; 43: 727–734.
51. McCraeken. Attention deficit disorder. In: Sadock Bj, Sadock VA, editors. Comprehensive Textbook of Psychiatry 7th. Edition Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia, USA: 2000: 2679- 692.
52. Arnold LE, Jensen PS. Attention-deficit disorders. In: HI Kaplan, BJ Sadock, Baltimore editors. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 6. Baskı, Williams and Wilkins, 1995: 2295-2310.
53. Faraone S, Biederman J. Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. Biol Psychiatry, 1998; 44: 951–958.

54. Faraone SV, Biederman J. Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 1994; 3: 285-299.
55. Faraone SV. Genetics of childhood disorders: XX. ADHD, Part:4 Is ADHD genetically heterogenous? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 1455-1457.
56. Winsberg BG, Comings DE. Association of the dopamine transporter gene (DAT-1) with poor methylphenidate response. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1999; 38: 1474-1477.
57. Rappaport J, Quinn P, Scribanu N, Murphy DL. Platelet serotonin of hyperactive school age boys. *Br J Psychiatry*, 1974; 125: 138-140.
58. Linnolia M, Virkkunen M, Scheinin M, Nuutila A, Rimon R, Goodwin FK. Low cerebrospinal fluid 5-hydroxyindolacetic acid concentration differentiates impulsive from nonimpulsive violent behavior. *Life Science*, 1983; 33: 2609-2614.
59. Zoroğlu SS, Erdal ME, Alasehirli B, Erdal N, Sivaslı E, Tutkun H. Significance of serotonin transporter gene 5-HTTLPR and variable number of tandem repeat polymorphism in attention deficit hyperactivity disorder. *Neuropsychobiology*, 2002; 45: 176-181.
60. LeMarquand DG, Pihl RO, Young SN, Tremblay RE, Seguin JR, Palmour RM, Benkelfat C. Tryptophan depletion, executive functions and disinhibition in aggressive, adolescent males. *Neuropsychopharmacology*, 1998; 19: 333-341.
61. Hauser P, Zametkin AJ, Martinez P, Vitiello B, Matochik JA, Mixson JA and Weintraub BD. Attention deficit-hyperactivity disorder in people with generalized resistance to thyroid hormone. *N Engl J Med*, 1993; 328: 997-1001.

62. Hauser P, Soler R, Brucker-Davis F, Weintraub BD. Thyroid hormones correlate with symptoms of hyperactivity but not inattention attention deficit hyperactivity disorder. *Psychoneuroendocrinology*, Vol. 22, No. 2 pp 1997; 107–114.
63. Weiss RE, Stein MA, Trommer B, Refetoff S. Attention deficit hyperactivity disorder and thyroid function. *Journal Pediatrics*, 1993; 123: 539–545.
64. Rubinstein M, Philips TJ, Bunzow JR, Falzone TL, Dziewczapolski G Zhang G. Mice lacking dopamine D4 receptors are supersensitive to ethanol, cocaine and metamphetamine. *Cell*, 1997; 90: 991–1001.
65. Faraone SV, Doyle AE, Mick E, Biederman J. Meta-Analysis of the association between the 7 repeat allele of the dopamin D4 receptor gene and ADHD. *Am J Psychiatry*, 2001; 158: 1052–1057;
66. Curran S, Mill J, Tahir E, Kent L, Richard S, Gould A Association study of a dopamine transporter polymorphism and attention deficit hyperactivity disorder in UK and Turkish samples. *Mol Psychiatry*, 2001; 6: 425–428.
67. Montecucco C, Schiavo G, Pantano S. SNARE complexes and neuroexocytosis: how many, how close? *Trends Biochem Sci* 2005; 30: 367-372.
68. Jones MD, Hess EJ. Norepinephrine regulates locomotor hyperactivity in the Mouse mutant coloboma, *Pharmacol Biochem Behav* 2003; 75: 209-216.
69. Oner O, Akin A, Herken H, Erdal ME, Ciftçi K, Ay ME et al. Association among SNAP-25 gene DdeI and MnlI polymorphisms and hemodynamic changes during methylphenidate use: a functional near-infrared spectroscopy study. *J Atten Disord*. 2010; doi: 10.1177/1087054710374597.
70. Ercan ES, Aydın C. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Özellikleri-Tedavisi, Çocuklarda ve Erişkinlerde Belirtileri. Üçüncü Baskı, Gendaş

Kültür, İstanbul, 2000.

71. Stahl SM. *Essential Psychopharmacology Neuroscientific Basis and Practical Applications*, 2th ed. Cambridge University Press 2000.
72. Weiss G. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. M Lewis (Ed). *Child and Adolescent Psychiatry A Comprehensive Textbook* (2nd edition). Baltimore: Williams & Wilkins, 1996; 544–563.
73. Pary R, Lewis S, Matuschka PR, Rudzinskiy SM, Lippmann S. Attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Ann Clin Psychiatry*, 2002; 14: 105–111.
74. Cook EJ, Stein MA, Krasowski MD, Cox NJ, Olkon DM, Kieffer JE. Association of attention deficit disorder and the dopamine transporter gene. *Am J Hum Genet*, 1995; 56: 993–998.
75. İlgin N, Gökçora N, Atavcı S. D2 receptor imaging with I-123 IBZM brain SPECT in attention deficit hyperactivity disorder. Joint Congress of EANM and World Federation of 38. *Nuc Med Biol*. Berlin, Germany 1998.
76. Mick E, Biederman J, Faraone SV, Sayer J, Kleinman S. Case-control study of attention-deficit hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use and drug use during pregnancy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2002; 41: 378–385.
77. Milberger S, Biederman J, Faraone SV, Chen L, Jones J. Is maternal smoking during pregnancy a risk factor for attention deficit hyperactivity disorder in children? *Am J Psychiatry*, 1996; 153: 1138–1142.
78. Linnet KM, Dalsgaard S, Obel C, Wisborg K, Henriksen TB, Rodriguez A ve ark. Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention deficit hyperactivity disorder and associated behaviors: review of the current evidence. *Am J Psychiatry*, 2003; 160: 1028–1040.

79. Van den Bergh BR, Mennes M, Oosterlaan J, Stevens V, Stiers P, Marcoen A ve ark. High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems and anxiety in 8 and 9 year olds. *Child Development*, Jul-Aug; 2004; 75: 1085–1097.
80. Hartsough CS ve Lambert NM. Medical factors in hyperactive and normal children: prenatal, developmental, and health history Findings. *Am J Orthopsychiatry*, 1985; 55: 190–201.
81. Sykes DH, Hoy EA, Bill JM, McClure BG, Halliday HL, Reid MM ve ark. Behavioural adjustment in school of very low birthweight children. *J Child Psychol Psychiatry*, 1997; 38: 315–325.
82. Breslau N, Chilcoat H, DelDotto J, Andreski P, Brown G. Low birth weight and neurocognitive status at six years of age. *Biol Psychiatry*, 1996; 40: 389–397.
83. Needleman HL, Schell A, Bellinger D, Leviton A, Allred EN. The longterm effects of exposure to low doses of lead in childhood. An 11-year followup report. *N Engl J Medicine*, 1990; 11, 322: 83–88.
84. Bekaroğlu M, Aslan Y, Gedik Y, Değer O, Mocan H. Relationships between serum free fatty acids and zinc and attention deficit hyperactivity disorder: A research note. *J. Child Psychol. Psychiatry* 1996; 37: 225-227.
85. Zapitelli U, Pinto M, Grizenko N. Pre-peri and postnatal trauma in subjects with attention deficit hyperactivity disorder. *Cann J Psychiatry*, 2001; 46: 542–548.
86. Firestone P, Prabhu AN. Minor physical anomalies and obstetrical complications: their relationship to hyperactive, psychoneurotic, and normal children and their families. *J Abnorm Child Psychol*, 1983; 11: 207–216.

87. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8 th ed. Philadelphia: Lipincott: Williams &Wilkins, 2005; 2: 3183–3204.
88. Goldstein S. Contunity of ADHD in Adulthood: Hypothesis and Theory Meet Realty. Ed: Goldstein S, Ellison AT. Clinican's to Adult ADHD Assesment and Intervention. Academic Pres, San Diego, CA, US: xxiii, 301 pp 2002; 261–277,.
89. Wender PH. Attention deficit hyperactivity disorder in adults. Oxford Universit Pres, New York, 1995; 122–143.
90. McGough JJ, Barkley RA. Diagnostic controversies in adult attention deficit hyperactivity disorder. Am. J. Psychiatry, 2004; 161: 1948–1956.
91. Barkley RA, Biederman J. Toward a broader definition of the age-of-onset criterion for attention deficite hyperactivity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1997; 36: 1204–1210.
92. Faraone SV, Biederman J, Feighner JA, Monuteaux, MC. Assesing symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: Which is more valid? J Consult Clin Psychology, 2000; 68: 830–842.
93. National Institues of Health Consensus Development Panel. NIH Consensus development conference statement: Diagnoses and treatment of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2000; 39: 182–193.
94. Murphy KR ve Barkley RA. Updated adult norms for the ADHD Behaviour Checklist for adults. The ADHD Repor,; 1996; 4: 12–16.
95. Barkley RA. Development course, adult outcome, and clinic-referred ADHD-adults. In Barkley RA. (Ed.), Attention deficit hyperactivity disorder: A

handbook for diagnosis and treatment (2nd ed, pp: 186–224). New York: Guilford. 1998.

96. Feinberg AG. Diagnosis and treatment of AD/HD in adults. *Attention*. 2000; 6; 20–22.
97. 101-Sachdev P. Attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Psychol Med*, 1999; 29: 507–514.
98. Stein MA, Fischer M, Szumowski E. Evaluation of adults for ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1999; 38: 940–941.
99. Hill JC ve Schoener EP. Age dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*, 1996; 153: 1143–1146.
100. Elliott H. Attention deficit hyperactivity disorder in adults: A guide for the primary care physician. *South Med J*, 2002; 95: 736–742.
101. Öncü B, Ölmez Ş. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan erişkinlerde nöropsikolojik bulgular. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2004; 15: 41–46.
102. Barbaresi W, Katusic S, Colligan R, Weaver A, Pankratz V, Mrazek D. How common is attention-deficit/hyperactivity disorder? Towards resolution of the controversy: results from a population-based study. *Acta Paediatr, Suppl*; 2004; 93: 55–59.
103. Busch B, Biederman J, Cohen LG, Sayer JM, Monuteaux MC, Mick E. Correlates of ADHD among children and psychiatry clinics. *psychiatric services*; 2002; 53: 1103–1111.
104. Cumba-Avil'es E ve Bauermeister JJ. Differential diagnosis of ADHD and other disorders using conditional probabilities. Paper presented at the 110 th annual convention of the American Psychological Association, Chicago, IL, August, 2002.

105. Murphy KR, Gordon M, Barkley R. To what extent are ADHD symptoms common? A reanalysis of standardization data from a DSM-IV checklist. *ADHD Report*, 2000; 8: 1–5.
106. Smith EV, Johnson BD. Factor structure of the DSM IV criteria for college students using the adult behavioral checklist. *Measurement and evaluation in counseling and development*, 1998; 31: 164–183.
107. Heiligenstein E, Conyers L, Bems AR, Smith MA. Preliminary normative data on DSM-IV attention deficit disorder in college students. *J Am Colleg Health*, 1998; 46: 185–188.
108. Hechtman L. Subgroups of adult outcome of attention deficit disorders and comorbidities in children, adolescents and adults. Washington DC: American Psychiatric Press, 437–454 pp. 2000.
109. Biederman J, Monuteaux MC, Mick E, Spencer T, Wilens TE, Silva JM. Young adult outcome of ADHD: A controlled tenyear follow-up study. *Psychol Med*, 2006; 36: 167–179.
110. Nierenberg AA, Miyahara S, Spencer T, Wisniewski SR. Clinical and diagnostic implications of lifetime attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity in adults with bipolar disorder: data from the first 1000 STEP-BD participants. *Biol Psychiatry*, 2005; 57: 1467–1473.
111. Wilens TE, Biederman J, Spencer T. Attention deficit hyperactivity disorder across life span. *Ann Rev Med*, 2002; 53: 113–131.
112. Biederman J, Faraone SV, Spencer TJ, Taylor A, Blier HK. Patterns of psychiatric comorbidity, cognition and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*, 1993; 150: 1792–1798.

113. Biederman J, Faraone SV, Spencer T, Mick E, Lapey KA. Gender differences in a sample of adult with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Res*, 1994; 53: 13–29.
114. Öncü B, Karakaş S (Editör). Yetişkinlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. *Kognitif Nörobilimler, MN Medikal ve Nobel Tıp Kitabevi*, 2008; 417–436.
115. Doyle BB. *Understanding and Treating Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (1st ed)* American Psychiatric Publishing, Arlington; 225, 2006.
116. Wender PH, Reimherr FW, Wood D, Ward MA. Controlled study of methylphenidate in the treatment of attention deficit disorder, residual type in adults. *Am J Psychiatry*, 1985; 142: 547–552.
117. Murphy KR ve Barkley RA. Attention deficit hyperactivity disorder in adults: comorbidities and adaptive impairments. *Compr Psychiatry*, 1996; 37: 393–401.
118. Mancini C, Van Ameringen M, Oakman JM, Figueiredo D. Childhood ADHD in adults with anxiety disorders. *Psychol Med*, 1999; 29: 515–525.
119. Millstein RB, Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ. Presenting ADHD symptoms and subtypes in clinically referred adults with ADHD. *J Atten disord*, 1997; 2: 159–166.
120. Jacob CP, Romanos J, Dempfle A, Heine M, Windemuth-Kieselbach C, Kruse A ve ark. Comorbidity of adult attention-deficit/hyperactivity disorder with focus on personality traits and related disorders in a tertiary referral center. *Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci*, Sep; 2007; 257: 309–317.

121. Biederman J, Wilens T, Mick E, Milberger S, Spencer TJ, Faraone SV. Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): Effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *Am J Psychiatry*, 1995; 152: 1652–1658.
122. Shekim WO, Asarnow RF, Hess E, Zaucha K, Wheeler NA. Clinical and demographic profile of a sample of adults with attention deficit hyperactivity disorder, residual state. *Compr Psychiatry*, Sep-Oct; 1990; 31: 416–425.
123. Schubiner H, Tzelepis A, Milberger S, Lockhart N, Kruger M, Kelley BJ. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder among substance abusers. *J Clin Psychiatry*, 2000; 61: 244–251.
124. Pomerleau OF, Downey KK, Stelson FW, Pomerleau CS. Cigarette smoking in adult patients diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *J Subst Abuse*, 1995; 7: 373–378.
125. Barkley RA. Long Term Course Adult Outcome and Comorbid Disorders. In: 110, *Diagnosis and Treatment of ADHD NIH Consensus Development Conference Statement Maryland. USA, Nov 16–18: 1998; 1–37*
126. Turgay A. Diagnosing and treating ADHD in adults. *Can J CME*, 182–190, 2001.
127. Turgay A. DSM-IV'e dayalı erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanı ve değerlendirme envanteri (yayınlanmamış ölçek) integratif terapi enstitüsü, Kanada, 1995.
128. Günay Ş, Savran C, Aksoy UM, Maner F, Turgay A, Yargıç İ. Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite ölçeğinin (adult ADD/ADHD DSM-IV based diagnostic screening and rating scale) dilsel eşdeğerlilik, geçerlik güvenilirlik ve norm çalışması. *Türkiye'de Psikiyatri*, 2006; 8: 98–107.

129. Ward MF, Wender PH, Reimherr FW. The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention-deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 885-890.
130. Öncü B, Ölmez Ş, Şentürk V. Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği Türkçe Formunun Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nda geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005; 16: 252-259.
131. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV). Washington DC, American Psychiatric Press, 1997.
132. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen DA, Köroğlu E. DSM-IV eksen-I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 1999; 12: 233-236.
133. Sorias S, Saygılı R, Elbi H, Vahip S, Mete L, Nifirnr Z ve ark. DSM-III-R kişilik bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme formu (SCID II). Ege Üniversitesi, 1990.
134. Chang KD, Steiner H, Ketter TA. Psychiatric phenomenology of child and adolescent bipolar offspring. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2000; 39: 453-460.
135. Smith BH, Pelham WE, Gnagy E, Molina B, Evans S. The reliability, validity and unique contributions of self-report by adolescents receiving treatment for attention deficit hyperactivity disorder. *J Consult Clin Psychology*, 2002; 68: 489-499.
136. Lalonde J, Turgay A, Hudson J. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Subtypes and Comorbid Distructive Behaviour Disorder in a Child and Adolescent Mental Health Clinic. *Can J psychiatry* 1998; 43: 623-628.

137. Wilens TE, Biederman J, Wozniak J, Gunawardene S, Wong J, Monuteaux M. Can adults with attention-deficit/hyperactivity disorder be distinguished from those with comorbid bipolar disorder? Findings from a sample of clinically referred adults. *Biol Psychiatry*. 2003; 54: 1-8.
138. Halmoy A, Fasmer OB, Gillberg C, Haavik J. Occupational outcome in adult ADHD: impact of symptom profile, comorbid psychiatric problems, and treatment: a cross-sectional study of 414 clinically diagnosed adult ADHD patients. *J Atten Disord*, 2009; 13: 175–187.
139. Anckarsater H, Stahlberg O, Larson T, Hakansson C, Jutblad S, Niklasson L. The impact of adhd and autism spectrum disorders on temperament, character and personality development. *Am J Psychiatry*, 2006; 163: 1239–1244.
140. Eyestone LL, Howel RJ. An epidemiological study of attention deficit hyperactivity disorder and major depression in a male prison population. *Bull Am Acad Psychiatry Law*, 1994; 22: 181–193.
141. AACAP. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescent and adult with attention-deficit/hyperactivity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36 (10) (supplement): 1997; 85–121
142. Pliszka SR. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with psychiatric disorder: an overview. *J Clin Psychiatry*, 1998; 59: 50–58.
143. Sprich S, Biederman J, Crawford MH, Mundy E, Faraone SV. Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. *Am J Child Adolesc Psychiatry*, 39 (Suppl 11): 2000; 1432–1437.
144. Winokur G, Coryell W, Endicott J, Akiskal H. Further distinctions between manic-depressive illness (bipolar disorder) and primary depressive disorder (unipolar depression). *Am J Psychiatry*, 1993; 150: 1176–1181.

145. Biederman J, Faraone SV, Mick E, Wozniak J, Chen L, Ouellette C ve ark. Attention deficit hyperactivity disorder and juvenile mania: An overlooked comorbidity? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 997–1008.
146. Faraone SV, Biederman J, Menin D, Wozniak J, Spencer T. Attention deficit hyperactivity disorder with bipolar disorder: A familial subtype? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36: 1378–1387; discussion: 1387–1390, 1997
147. Wingo AP, Ghaemi SN. A systematic review of rates and diagnostic validity of comorbid adult attention-deficit/hyperactivity disorder and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*, 2007; 68: 1776–1784.
148. Hoftstra MB, Van der Ende J, Verhulst FC. Continuity and change of psychopathology from childhood into adulthood: A 14 year follow up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2000; 39: 850–858.
149. Mannuzza S, Klein RG. Long term prognosis in attention deficit hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatry Clin North Am* 2000; 9: 711–726.
150. Cumyn L, French L, Hechtman L. Comorbidity in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Can J Psychiatry*, 2009; 54: 673–683.
151. Horing M. Adresing comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry*, 59 suppl 7: 6–75, 1998
152. Güçlü O, Erkıran M. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı alan çocukların ebeveynlerinde kişilik bozuklukları. *Klinik Psikiyatri*, 8: 18–23, 2005.
153. Rösler M, Retz W, Yağoobi K, Burg E, Retz JP. Attention deficit/hyperactivity disorder in female offenders: Prevalence, psychiatric comorbidity and psychosocial implications. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 2009; 259: 98–105.

154. Davids E, Gastpar M. Attention deficit hyperactivity disorder and borderline personality disorder. *Prog Neuropharmacol Biol Psychiatry*, 2005; 29: 865–877.
155. Ceylan Özkan A, Çulha M, Karakaş S. The effect of tendency for attention deficit hyperactivity disorder on personality traits. *Int J Psychophysiol*, 2008; 69: 207-241.
156. Miller TW, Nigg JT, Faraone SV. Axis-I and II comorbidity in adults with ADHD. *J Abnorm Psychol*, 2007; 116: 519–528.

EKLER

Ek 1

DSM- IV-TR DEHB tanı ölçütleri (APA, 2000).

A. Aşağıdakilerden (1) ya da (2) vardır:

(1) Aşağıdaki dikkatsizlik belirtilerinden altısı (ya da daha fazlası) en az altı ay süreyle uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyiyle uyumsuz bir derecede sürmüştür:

Dikkatsizlik

- Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerinde dikkatsizce hatalar yapar.
- Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı oyunlarda dikkati dağılır.
- Doğrudan kendisiyle konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür.
- Çoğu zaman yönergeleri izleyemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da iş yerindeki görevlerini tamamlayamaz (karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlayamamaya bağlı değildir).
- Çoğu zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemede zorluk çeker.
- Çoğu zaman sürekli zihinsel çaba gerektiren görevlerde kaçınır, bunları sevmez ya a bunlarda yer almada isteksizdir.
- Çoğu zaman üzerine aldığı görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örneğin; oyuncaklar, okul ödevleri, kalemler, kitaplar ya da gereçler).
- Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolayca dağılır.
- Günlük etkinliklerinde çoğu zaman untkandır.

(2) Aşağıdaki hiperaktivite-dürtüsellik belirtilerinden altısı (ya da daha fazlası) en az altı ay süreyle uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine aykırı bir derecede sürmüştür:

Hiperaktivite

- Çoğu zaman elleri, ayakları kıpır kıpır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.
- Çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.
- Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuşturup durur ya da tırmanır (ergenlerde ya da erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir).
- Çoğu zaman sakin bir biçimde boş zamanları geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.
- Çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi davranır.
- Çoğu zaman çok konuşur.

Dürtüsellik

- Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan önce cevabı yapıştırır.
- Çoğu zaman sırasını bekleme güçlüğü vardır.
- Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer (örneğin; başkalarının oyun ya da konuşmalarına burnunu sokar).

B. Bozulmaya yol açmış olan bazı Hiperaktif-dürtüsel belirtiler ya da dikkatsizlik belirtileri yedi yaşından önce de vardır.

C. İki ya da daha fazla ortamda belirtilerden kaynaklanan bir bozulma vardır [örneğin; okulda (ya da işte) ve evde].

D. Toplumsal, okul ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan belirgin bir bozulma olduğunun açık kanıtları bulunmalıdır.

E. Bu belirtiler sadece bir yaygın gelişimsel bozukluk, şizofreni ya da diğer bir psikotik bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örneğin; duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, dissosiyatif bozukluk ya da kişilik bozukluğu).

Alt tipler ise şöyle tanımlanmaktadır:

Dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu-bileşik tip: Son altı ay boyunca A1 tanı ölçütü karşılanmış ancak A2 tanı ölçütü karşılanmamıştır.

Dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu-dikkatsizliğin ön planda olduğu tip: Son altı ay boyunca A2 tanı ölçütü karşılanmış ancak A1 tanı ölçütü karşılanmamıştır.

Ek 2

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Adınız, Soyadınız:

Yaşınız:

Cinsiyet: Kadın (1) Erkek (2)

Medeni Durum: Bekar (1) Evli (2) Boşanmış (3) Dul (4)

Eğitim Düzeyi: İlkokul (1) Ortaokul (2) Lise (3) Üniversite (4)

Meslek :

Çalışma durumu : Çalışıyorum (1) Çalışmıyorum (2)

İş Değiştirme: Hiç (1) Nadiren (2) sık (3)

İş değiştirme nedeni:

Aylık Toplam Geliriniz: Gelir yok (1) 1-500 TL(2) 501 - 1000 TL arası (3) 1001 TL ve üzeri (4)

Trafik cezası aldınız mı: evet (1) hayır (2) kaç kez:

Alkol Kullanımı : Hiç (1) Ayda bir iki kez (2) Haftada bir iki kez (3) Her gün (4)

Polisle Başın Derde Girmesi: (1) var (2) yok

Uyuşturucu madde kullanımı : (1) var (2) yok

Varsa ismi ve miktarı:

Ailenizde psikiyatrik rahatsızlık durumu:

Bilinen herhangi bir bedensel hastalığınız var mı:

Psikiyatri bölümüne başvuru var mı: var (1) yok (2)

ERİŞKİN DEB/DEHB TANI VE DEĞERLENDİRME ENVANTERİ (TURGAY, 1995)

Aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyun ve **şu anki durumunuzu** en iyi ifade eden rakamı işaretleyin.

1.BÖLÜM Dikkat Eksikliği Bölümü Sorum	Sorunun şiddeti ve sıklığı			
	Hemen hiç	Biraz ya da bazen	Sıklıkla	Çok sık
1. Ayrıntılara dikkat etmekte zorluk ya da okul, iş ve diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapma	0	1	2	3
2. Dikkat gerektiren görevler ya da işlerde dikkati sürdürme güçlüğü	0	1	2	3
3. Birisiyle yüzyüze konuşurken dinlemede güçlük çekme	0	1	2	3
4. Okul ödevlerini ya da iş yerinde verilen görevleri bitirmekte zorlanma, verilen yönergeleri izlemekte zorluk çekme (yönergeleri anlama güçlüğüne ya da inatlaşmaya bağlı değildir)	0	1	2	3
5. Görevleri ve etkinlikleri düzenleme/ organize etme güçlüğü	0	1	2	3
6. Uzun zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınma, bu işlerden hoşlanmama ya da bu işlere karşı isteksizlik	0	1	2	3
7. Görev ve etkinlikler için gereken eşyaları kaybetme (örneğin: oyuncak, okul ödevleri, kalem, kitap ya da araç gereç)	0	1	2	3
8. Dikkatin kolayca dağılması	0	1	2	3
9. Günlük etkinliklerde unutkanlık	0	1	2	3
Klinisyenin yanıtlayacağı bölüm				
1.bölümde karşılanan kriter sayısı:				
1. bölümden elde edilen DEHB puanı:				
2. BÖLÜM				
Aşırı hareketlilik /Dürtüsellik Bölümü				
a) Aşırı hareketlilik				
Sorum				
Sorunun şiddeti ve sıklığı				
1. El ve ayakların kıpır kıpır olması, oturduğu yerde duramama	0	1	2	3
2. Oturulması gereken durumlarda yerinden kalkma	0	1	2	3
3. Koşuşturur durma ya da huzursuzluk hissi	0	1	2	3
4. Boş zaman faaliyetlerini sessizce yapmakta güçlük	0	1	2	3
5. Sürekli hareket halinde olma ya da sanki motor takılıymış gibi hareket etme	0	1	2	3
6. Çok konuşma	0	1	2	3
b) Dürtüsellik				
7. Sorulan soru tamamlanmadan yanıt verme	0	1	2	3
8. Sıra beklemekte zorluk çekme	0	1	2	3
9. Başkalarının işine karışma ya da konuşmalarını bölme	0	1	2	3

Klinisyenin yanıtlayacağı bölüm

2.bölümde karşılanan kriter sayısı:

2. bölümden elde edilen DEHB puanı (Aşırı hareketlilik/dürtüsellik):

1. ve 2.bölümlerde karşılanan kriter sayısı:

1.ve 2.bölümlerde elde edilen toplam DEHB puanı:

3. BÖLÜM					
DEB/DEHB ile ilişkili özellikler					
Sorun	Sorunun şiddeti ve sıklığı				
	0	1	2	3	
1. Hedeflerine ulaşamama ve başarısızlık hissi	0	1	2	3	
2. Başlanan bir işi bitirememe ya da işe başlama güçlüğü	0	1	2	3	
3. Aynı anda pek çok işle/projeyle uğraşma; bu işleri takipte ve tamamlamakta güçlük	0	1	2	3	
4. Zamanı ve yeri uygun olmasa da aklına geleni o anda söyleme eğilimi	0	1	2	3	
5. Sık sık büyük heyecanlar peşinde koşma	0	1	2	3	
6. Sıkılmaya tahammül edememe	0	1	2	3	
7. Önceden belirlenmiş yolları izlemekte zorluk, "uygun" prosedürü izleyememe	0	1	2	3	
8. Sabırsızlık: engellenme eşğinin düşük olması	0	1	2	3	
9. Dürtüsellik: düşünmeden hareket etme	0	1	2	3	
10. Güvensizlik hissi	0	1	2	3	
11. Duygu durumunda sık görülen oynamalar	0	1	2	3	
12. Sinirlilik	0	1	2	3	
13. Düşük benlik değeri	0	1	2	3	
14. Parmaklarla tempo tutma, ayak sallama ya da ayak vurma	0	1	2	3	
15. Sık sık iş değıştirme	0	1	2	3	
16. Strese karşı aşırı duyarlılık, intolerans	0	1	2	3	
17. Zamanı ayarlamakta güçlük	0	1	2	3	
18. Unutkanlık	0	1	2	3	
19. Sözel saldırganlık	0	1	2	3	
Sorun	Sorunun şiddeti ve sıklığı				
20. Fiziksel saldırganlık	0	1	2	3	
21. Alkol kullanımı	0	1	2	3	
22. Madde kullanımı	0	1	2	3	
23. Yasal güçlük ve sorunlar	0	1	2	3	
24. Çökkünlük (depresyon)	0	1	2	3	
25. Kendine zarar verecek davranışlarda bulunma	0	1	2	3	
26. Sebepsiz yere sinirli ve gergin olma (kaygı)	0	1	2	3	
27. İşinden zevk alamama	0	1	2	3	
28. Hayal kırıklığı ve cesaretsizlik hissi	0	1	2	3	
29. Uzun süren mutsuzluk hali	0	1	2	3	
30. Potansiyelinize ulaşamama	0	1	2	3	

Klinisyenin yanıtlayacağı bölüm:

3.bölümde karşılanan kriter sayısı:

3. bölümden elde edilen DEHB puanı (Aşırı hareketlilik/dürtüsellik):

1. ve 2.bölümlerde karşılanan kriter sayısı+ 3. bölümdeki pozitif semptom sayısı:

1., 2.ve 3. bölümlerden elde edilen toplam DEHB puanı:

WENDER UTAH DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

EK 1. Wender Utah Derecelendirme Ölçeği.

ÇOCUKKEN	Hayır ya da çok hafif	Hafif	Orta derecede	Fazla	Çok fazla
1. Dikkatimi toplama sorunum vardı, dikkatim kolayca dağılırdı.					
2. Kaygılı, tasalı, sıkıntılıydim.					
3. Asabi ve kıpır kıpırdım.					
4. Dikkatsizdim, hayallere dalardım.					
5. Kolayca kızar, öfkelenirdim.					
6. Hemen tepem atardı, öfke nöbetlerim olurdu.					
7. Başladığım bir işi sürdürmekte, takip etmekte ya da bitirmekte zorlanırdım.					
8. Kararlı, sebatkar ve inatçıydım, iradem güçlüydü.					
9. Mutsuz, çökkün, karamsardım.					
10. Anne babamın sözünü dinlemez, onlara karşı gelir, isyankar davranırdım.					
11. Kendimi küçük görürdüm.					
12. Alıngandım, buluttan nem kapardım.					
13. Huysuzdum, duygusal dalgalanmalar yaşırdım.					
14. Kızgındım, çabuk gücenirdim.					
15. Düşünmeden hareket ederdim.					
16. Çocuksu davranırdım.					
17. Suçluluk duyardım, yaptıklarına pişman olurdu.					
18. Kontrolümü kaybederdim.					
19. Akılsızca ya da mantıksızca davranırdım.					
20. Popüler değildim, arkadaşlıklarım uzun sürmezdi, diğer çocuklarla anlaşamazdım.					
21. Olayları diğerlerinin bakış açısından görmekte zorlanırdım.					
22. Otoriteyle, okulla sorunlarım olurdu, müdür beni odasına çağırırdı.					
BEN ÇOCUKKEN OKULDA;					
23. Genel olarak başarısızdım, yavaş öğrenirdim.					
24. Matematikle ve sayılarla aram iyi değildi.					
25. Potansiyelime ulaşamadım.					

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR BELGESİ

“Denizli kent merkezinde erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun yaygınlığı” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neler içerdiğini, olası yararlarını, risklerini bilmeniz önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun ve sorularınıza açık yanıtlar isteyin. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

Çalışmanın amaçları ve dayanağı nelerdir, benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

Bu çalışmada Denizli kent merkezinde Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun yaygınlığını araştırmayı amaçladık. Ülkemizde bu konuyla ilgili benzer başka çalışma bulunmamaktadır. Araştırmanın yaklaşık 1 yıl sürmesi planlanmaktadır.

Bu çalışmaya katılmalı mıyım?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Eğer katılmaya karar verirseniz bu yazılı bilgilendirilmiş olur formu imzalanmak için size verilecektir. Şu anda bu formu imzalaranız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz.

Bana önerilen araştırma yöntemi dışında başka alternatif yöntemler var mı?

Bu çalışmada size mevcut tedaviniz dışında alternatif bir yöntem sunulmamaktadır.

Bu çalışmaya katılırsam beni neler bekliyor?

Bu çalışmada sizin hastalık belirtileriniz sorgulanacak ve ruhsal/nörolojik muayeneniz yapılacaktır. Ayrıca size, kişilik yapınızı, bilişsel özelliklerinizi ve yaşam kalitenizi anlamak için bazı testler verilecektir.

Testler; Turgay ve Wender Utah dikkat eksikliği hiperaktivite testleri ile TCI kişilik testi

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları nelerdir, göreceğim olası bir zarar durumunda ne yapılacak?

Bu çalışmanın herhangi bir riski ve size zararı yoktur.

Çalışmada yer almamanın yararları nelerdir?

Çalışmamız daha çok araştırma amaçlıdır. Ancak bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar, hastalığın sıklığı ve önemini daha iyi anlamamıza yarayacak dolayısıyla başka hastaların yararına kullanılabilir.

Bu çalışmaya katılmamanın maliyeti nedir?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz çalışma boyunca hekiminiz tarafından gizli tutulacaktır. Çalışmanın sonunda, bu bilgiler hakkında bilgi istemeye hakkınız vardır. Yazılı izniniz olmadan, sizinle ilgili tıbbi bilgiler başka kimse tarafından görülemez ve açıklanamaz. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde bilimsel yayınlarda kullanılabilir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili bir sorunuz olduğunda ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Deniz Şimşek
GÖREVİ : Araştırma Görevlisi
TELEFON : 05063462830

(Gönüllünün/Hastanın Beyanı)

PAÜTF Psikiyatri Anabilim dalında, Dr. Deniz Şimşek tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili **yukarıdaki bilgiler** bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

- a. **Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi. Bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.**
- b. **Sorumlu araştırmacı/hekime haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim).**
- c. **Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı/hekim, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmalim nedeniyle tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla ya da almakta olduğum tıbbi bakımın kalitesini yükseltmek amacıyla, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.**

Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr.Deniz ŞİMŞEK'i, 05063462830 nolu telefondan ve doktorlar cad. pamukkale üniversitesi 6. kattan arayabileceğimi biliyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

**Görüşme tanığı
hekim**

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Katılımcı ile görüşen

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih: