

T.C.  
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI



İZMİR İLİ KONAK MERKEZ İLÇEDE  
İLKÖĞRETİM 1. SINIF, 2. SINIF, 3. SINIF, 4. SINIF ve 5. SINIF  
ÖĞRENCİLERİNDE DİKKAT EKSİKLİĞİ ve HİPERAKTİVİTE  
BOZUKLUĞU, KARŞIT OLMA KARŞI GELME BOZUKLUĞU  
ve DAVRANIM BOZUKLUĞU PREVALANSI

UZMANLIK TEZİ  
Dr. Taciser UYSAL

TEZ DANIŞMANLARI  
Prof. Dr. Eyüp Sabri ERCAN  
Prof. Dr. Cahide AYDIN

İZMİR 2012

## ÖNSÖZ

*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'ndaki uzmanlık eğitimim süresince ve tezimin her aşamasında ilgi, sevgi, sabır ve anlayış ile hiçbir zaman yardımını, desteğini ve bilgisini esirgemeyen, birlikte çalışmaktan keyif duyduğum sevgili tez hocam Prof. Dr. Eyüp Sabri ERCAN'a,*

*Uzmanlık eğitimim için gerekli tüm olanakları sağladığı, tez çalışmam süresince verdiği değerli önerileri ve desteği için sevgili Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Cahide AYDIN'a,*

*Kliniğimizde, mesleki yönden gelişimimde emeği olan; sevgili hocalarım Prof. Dr. Müge TAMAR'a, Prof. Dr. Serpil ERERMİŞ'e, Doç. Dr. Tezan BİLDİK'e, Doç. Dr. Zeki YÜNCÜ'ye, Doç. Dr. Burcu ÖZBARAN'a, Doç. Dr. Saniye KORKMAZ ÇETİN ve Yard. Doç. Dr. Sezen KÖSE'ye,*

*Tez çalışmamın istatistiksel analizine katkıda bulunan Doç. Dr. Mehmet ORMAN'a,*

*Araştırma süresince birlikte çalıştığımız sevgili asistan arkadaşım Dr. Öznur BİLAÇ AKYOL'a,*

*Tez çalışmama zaman ayırarak katılan bütün çocuklar, aileleri ve öğretmenlerine,*

*Asistanlık dönemim boyunca birlikte çalışmaktan keyif aldığım tüm asistan arkadaşlarıma ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı çalışanlarına,*

*Yaşamım boyunca hiçbir zaman desteklerini, ilgilerini ve sevgilerini esirgemeyen, hep yanımda olan aileme,*

**TEŞEKKÜR EDERİM...**

**Dr. Taciser UYSAL**

**İzmir 2012**

## İÇİNDEKİLER

<b>TABLolar</b> .....	<b>vi</b>
<b>KISALTMALAR</b> .....	<b>viii</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>2</b>
2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu .....	2
2.1.1. Tanım ve Tarihçe .....	2
2.1.2. Epidemiyolojik Veriler .....	7
2.1.3. Etiyoloji.....	12
2.1.4. Komorbidite .....	14
2.1.5. Ayırıcı Tanı .....	14
2.1.6. Tedavi .....	15
2.1.7. Gidiş ve Sonlanım .....	15
2.2. Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu .....	16
2.2.1. Tanım ve Tarihçe .....	16
2.2.2. Epidemiyolojik Veriler .....	19
2.2.3. Etiyoloji.....	22
2.2.4. Komorbidite .....	23
2.2.5. Ayırıcı Tanı .....	24
2.2.6. Tedavi .....	24
2.2.7. Gidiş ve Sonlanım .....	25
2.3. Davranım Bozukluğu .....	25
2.3.1. Tanım ve Tarihçe .....	25
2.3.2. Epidemiyolojik Veriler .....	28
2.3.3. Etiyoloji.....	31
2.3.4. Komorbidite .....	32
2.3.5. Ayırıcı Tanı .....	32
2.3.6. Tedavi .....	33
2.3.7. Gidiş ve Sonlanım .....	33

<b>3. AMAÇ VE VARSAYIMLAR</b> .....	<b>34</b>
3.1. Çalışmanın amacı .....	34
3.2. Varsayımlar .....	35
<b>4. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ</b> .....	<b>36</b>
4.1. Araştırmanın Tipi .....	36
4.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	36
4.3. Çalışmaya Alınan İlköğretim Okulları .....	37
4.4. Araştırma Örneklemi .....	38
4.4.1. Çalışma İçin İçleme Kriterleri.....	39
4.4.2. Çalışma İçin Dışlama Kriterleri .....	39
4.5. Yöntem .....	40
4.5.1. Araştırmanın Uygulanması .....	40
4.6. Araçlar .....	42
4.6.1. Sosyodemografik Bilgi Formu .....	42
4.6.2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi -- Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli - Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) [Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children- Present and Lifetime Version, K-SADS-PL] .....	42
4.6.3. Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV' e dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (DEYDB DSM-IV Değerlendirme Ölçeği) Okul .....	44
4.6.4. 4-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği: Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) (Child Behavior Check-List=CBCL)..	45
4.6.5. Öğretmen Bilgi Formu (ÖBF) (Teacher's Report FormTRF) .....	47
4.7. İstatistiksel Yöntem .....	48
4.7.1. İstatistiksel Değerlendirmelerde Kullanılan Program .....	48
4.7.2. İstatistiklerde Kullanılan Değerlendirme Yöntemleri .....	48
<b>5. BULGULAR</b> .....	<b>49</b>
5.1. Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri .....	49
5.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, Davranım Bozukluğu Toplam ve Cinsiyete Göre Prevalans Oranları .....	50
5.3. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, Davranım Bozukluğu Tanısı Konan Olguların Cinsiyete Göre Dağılımları .....	55

5.4. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, Davranım Bozukluğu Sınıflara Göre Prevalans Oranları .....	58
5.5. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, Davranım Bozukluğu Tanısı Konan Olguların Sınıflara Göre Dağılımı .....	61
5.6. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, Davranım Bozukluğu Tanısı Konan Olguların Ailesel Özellikleri ....	66
5.7. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Alt Tiplerinin Dağılımı.....	73
5.8. DEHB, KOKGB ve DB Tanısı Alan Ve Almayan Olgularda Eşlik Eden Psikiyatrik Hastalıkların Karşılaştırılması .....	75
5.9. DEHB, KOKGB ve DB Tanısı Alan ve Almayan Olguların Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (DEYDB DSM-IV Değerlendirme Ölçeği) Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması .....	80
5.10. DEHB, KOKGB ve DB Tanısı Alan Ve Almayan Olguların Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması .....	85
5.11. DEHB, KOKGB ve DB Tanısı Alan Ve Almayan Olguların Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması .....	90
<b>6. TARTIŞMA .....</b>	<b>95</b>
6.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu.....	95
6.2. Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu .....	105
6.3. Davranım Bozukluğu .....	112
<b>7. SONUÇLAR .....</b>	<b>126</b>
<b>8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI .....</b>	<b>119</b>
<b>9. ÖZET .....</b>	<b>120</b>
<b>10. ABSTRACT .....</b>	<b>122</b>
<b>11. KAYNAKLAR .....</b>	<b>124</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>142</b>
<b>EK-1 Olgu Rapor Formu .....</b>	<b>142</b>
<b>EK-2 Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği.....</b>	<b>143</b>
<b>EK-3 Öğretmen Bilgi Formu.....</b>	<b>148</b>
<b>EK-4 Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği.....</b>	<b>152</b>
<b>EK-5 Önerilen DEHB DSM-5 Tanı Ölçütleri.....</b>	<b>156</b>
<b>EK-6 Önerilen KOKGB DSM-5 Tanı Ölçütleri.....</b>	<b>159</b>

## TABLolar

<b>Tablo-1:</b> DEHB İçin DSM-IV Tanı Ölçütleri .....	4
<b>Tablo-2:</b> KOKGB İçin DSM-IV Tanı Ölçütleri .....	18
<b>Tablo-3:</b> DB İçin DSM-IV Tanı Ölçütleri .....	27
<b>Tablo-4:</b> Örneklem Grubunun Cinsiyet, Sınıf ve Yaşlara Göre Dağılımı .....	50
<b>Tablo 5:</b> Olguların DEHB, KOKGB ve DB Prevalans Oranları.....	54
<b>Tablo 6:</b> DEHB, KOKGB ve DB Saptanan Olguların Cinsiyete Göre Dağılımları .....	57
<b>Tablo 7:</b> Olguların Sınıflara Göre DEHB, KOKGB ve DB Prevalans Oranları.....	60
<b>Tablo 8:</b> DEHB, KOKGB ve DB Saptanan Olguların Sınıflara Göre Dağılımı .....	65
<b>Tablo 9:</b> DEHB, KOKGB ve DB Tanısı Alan ve Almayan Olgularda Ebeveynlerin Medeni Durumlarının Dağılımı.....	67
<b>Tablo 10:</b> DEHB, KOKGB ve DB Tanısı Alan ve Almayan Olguların Sosyoekonomik Düzey Açısından Karşılaştırılması.....	69
<b>Tablo 11:</b> DEHB, KO-KGB, DB Tanısı Alan ve Almayan Olguların Annelerinin Eğitim Düzeylerinin Dağılımı.....	71
<b>Tablo 12:</b> DEHB, KO-KGB, DB Tanısı Alan ve Almayan Olguların Babalarının Eğitim Düzeylerinin Dağılımı.....	73
<b>Tablo 13:</b> DEHB Alt Tiplerinin Dağılımı .....	74
<b>Tablo 14:</b> Önerilen DSM-5 Tanı Ölçütlerine Göre DEHB Alt Tiplerinin Dağılımı.....	74
<b>Tablo 15:</b> DEHB Tanısı Alan Ve Almayan Olgularda Eşlik Eden Psikiyatrik Hastalıkların Karşılaştırılması.....	77
<b>Tablo 16:</b> KOKGB Tanısı Alan Ve Almayan Olgularda Eşlik Eden Psikiyatrik Hastalıkların Karşılaştırılması.....	78
<b>Tablo 17:</b> DB Tanısı Alan Ve Almayan Olgularda Eşlik Eden Psikiyatrik Hastalıkların Karşılaştırılması.....	79
<b>Tablo 18:</b> DEHB Tanısı Alan Ve Almayan Olgularda DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği- Anne/Baba Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması.....	81
<b>Tablo 19:</b> DEHB Tanısı Alan Ve Almayan Olgularda DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği- Öğretmen Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması.....	81
<b>Tablo 20:</b> KOKGB Tanısı Alan Ve Almayan Olgularda DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği- Anne/Baba Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması .....	82
<b>Tablo 21:</b> KOKGB Tanısı Alan Ve Almayan Olgularda DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği- Öğretmen Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması .....	83

<b>Tablo 22:</b> DB Tanısı Alan Ve Almayan Olgularda DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği- Anne/Baba Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması.....	84
<b>Tablo 23:</b> DB Tanısı Alan Ve Almayan Olgularda DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği- Öğretmen Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması.....	84
<b>Tablo 24:</b> DEHB Tanısı Alan ve Almayan Olguların ÇDDÖ Alt Test Skorlarının Karşılaştırılması .....	87
<b>Tablo 25:</b> KOKGB Tanısı Alan ve Almayan Olguların ÇDDÖ Alt Test Skorlarının Karşılaştırılması .....	88
<b>Tablo 26:</b> DB Tanısı Alan ve Almayan Olguların ÇDDÖ Alt Test Skorlarının Karşılaştırılması .....	89
<b>Tablo 27:</b> DEHB Tanısı Alan ve Almayan Olguların ÖBF Alt Test Skorlarının Karşılaştırılması .....	92
<b>Tablo 28:</b> KOKGB Tanısı Alan ve Almayan Olguların ÖBF Alt Test Skorlarının Karşılaştırılması .....	93
<b>Tablo 29:</b> DB Tanısı Alan ve Almayan Olguların ÖBF Alt Test Skorlarının Karşılaştırılması .....	94

## KISALTMALAR

<b>DEHB</b>	:	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
<b>KOKGB</b>	:	Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
<b>DB</b>	:	Davranım Bozukluğu
<b>YAB</b>	:	Yaygın Anksiyete Bozukluğu
<b>OKB</b>	:	Obsesif Kompulsif Bozukluk
<b>PTSB</b>	:	Posttravmatik Stres Bozukluğu
<b>K-SADS-PL</b>	:	Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version
<b>ÇDŞG-ŞY-T</b>	:	Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlaması
<b>ÇDDÖ</b>	:	Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği
<b>ÖBF</b>	:	Öğretmen Bilgi Formu
<b>SPSS</b>	:	Statistical Package for Social Sciences
<b>DISC-IV</b>	:	Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV
<b>CGAS</b>	:	Children's Global Assessment Scale
<b>CBCL</b>	:	Child Behavior Checklist
<b>C.I.</b>	:	Confidence Interval
<b>TRF</b>	:	Teacher Report's Form



## 1. GİRİŞ

Epidemiyolojik çalışmalar belirli bir hastalığın toplumda dağılımını ve bu hastalıkla ilişkili faktörleri inceler. Hastalıkların erken tanı ve tedavisine yönelik sağlık stratejileri geliştirmede toplum sağlığına önemli yararlar sağlayan epidemiyolojik verilere ihtiyaç duyulmaktadır. Epidemiyolojik çalışmalar hastalıkların etiolojisini, risk faktörlerini anlamamıza da yardımcı olmaktadır (1).

Çocuklarda görülen ruhsal bozuklukların tespit edilmesi, tedavi edilmesi ve önlenmesi bu yaş grubundaki mevcut sıkıntıların ortadan kaldırılması kadar erişkin yaşamdaki işlevselliğin artırılması ve sorunların tekrarlanmaması açısından da önemlidir (2).

Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları genel başlığı altında; Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB), Davranım Bozukluğu (DB) ve Başka Türü Adlandırılmayan Yıkıcı Davranış Bozukluğu bulunmaktadır. Bu üç temel bozukluk Dışa Vurum Bozuklukları olarak da tanımlanmaktadır (3).

Çalışmamızda gerek epidemiyolojik çalışmalarda gerekse çocuk psikiyatrisi kliniklerine başvurularda en sık görülen çocuk psikiyatrisi bozukluklarından olan DEHB, KO-KGB ve DB prevalansı çalışılmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

#### 2.1.1. Tanım ve Tarihçe

DEHB çocukluk çağında başlayan, kişinin yaşına uygun olmayan dikkatsizlik, hiperaktivite ve impulsivite semptomları ile karakterize bir nöropsikiyatrik bozukluktur. Çocukluk çağının en sık görülen bozukluklarından biri olan DEHB, son derece önemli akademik, sosyal ve psikiyatrik sorunlara yol açabilen ve olumsuz etkileri yaşam boyu sürebilen bir bozukluktur (3, 4).

DEHB klinik sendrom olarak ilk kez 1902 yılında George Still tarafından tanımlanmıştır. Still bu çocukları aşırı hareketli, bir konuya yoğunlaşamayan, öğrenme güçlükleri ve davranım sorunları olan bireyler olarak tanımlamış; erkek çocukların, kızlara göre daha fazla etkilendiğini belirterek, organik ve sosyal nedenlerin üzerinde durmuştur (5). Birinci Dünya savaşından sonra “letarjik ensefalit” ve “influenza pandemisi“ geçiren çocuk ve ergenlerde aşırı hareketlilik, koordinasyon bozukluğu, öğrenme güçlüğü, dürtü denetim sorunları ve agresyonla karakterize postensefalitik davranışsal bozukluklarının ortaya çıkması, organik nedenlere olan ilgiyi arttırmış ve 1922’de Hohman tarafından “Organik Dürtüsellik” tanımı getirilmiştir (5). 1947 yılında Strauss ve arkadaşları, hiperaktivite, dürtüsellik, dikkat problemleri ve bilişsel yetersizliği olan çocuklarda sonradan gösterilemeyen beyin hasarı olduğunu belirtmişler bu tabloyu “minimal beyin zedelenmesi sendromu” olarak tanımlamışlardır (5). 1960’ larda belirlenmiş nörolojik bozukluğu olmayan bu grup çocuk için “minimal beyin disfonksiyonu” terimi kullanılmaya

başlanmıştır (5).

Bozukluk ilk kez DSM-II' de 'Çocukluk Çağının Hiperkinetik Reaksiyonu' olarak tanımlanmıştır (6). DSM-III sınıflama sisteminde (7) "Dikkat Eksikliği Bozukluğu" tanımlaması yapılarak bozukluk hiperaktiviteli ve hiperaktivitesiz olmak üzere iki alt gruba ayrılmıştır. DSM-III-R' de 'Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu' olarak tanımlanarak 14 belirti sıralanmış; tanı koymak için 8 belirtinin olmasının yeterli olduğu belirtilmiştir (8).

DSM-IV' de DEHB "Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları" genel başlığı altında verilmektedir. DEHB 3 alt tipi ve 18 belirtisi ile tanımlanmış olup; tanı için her bir belirti kümesindeki dokuz maddeden altısının bulunması zorunluluğu getirilmiştir. Semptomların en az 6 aylık bir süre boyunca devam etmesi ve bu semptomların anlamlı olabilmesi için yaşa ve gelişim düzeyi ile uygun olmayan bir şekilde belirgin ve şiddetli olması gerekliliği vurgulanmıştır Tanı için belirtilerin en az iki ortamda (ev, okul ya da işyeri gibi) ortaya çıkması, bireyin günlük işlevselliğini bozması ve belirtilerden en azından bazılarının 7 yaşından önce başlamış olması gerekmektedir. (3). Tablo 1' de DSM-IV' e göre tanı ölçütleri gösterilmiştir.

**Tablo1: DEHB için DSM-IV Tanı Ölçütleri**

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

**(1) Aşağıdaki dikkatsizlik semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az altı ay süreyle, uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür:**

- (a) Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da diğer etkinliklerinde dikkatsizce hatalar yapar.
- (b) Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı oyunlarda dikkati dağınık.
- (c) Doğrudan kendisiyle konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür.
- (d) Çoğu zaman yönergeleri izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da işlerindeki görevleri tamamlayamaz. (karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlayamamaya bağlı değildir)
- (e) Çoğu zaman üzerine aldığı etkinlikleri ve görevleri düzenlemekte zorluk çeker.
- (f) Çoğu zaman sürekli mental çabayı gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir.
- (g) Çoğu zaman üzerine aldığı görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder. (örneğin oyuncaklar, okul ödevleri, kalemler, kitaplar ya da araç gereçler)
- (h) Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağınık.
- (i) Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkanlıktır.

**(2) Aşağıdaki hiperaktivite – impulsivite semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az altı ay süreyle, uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür:**

- (a) Çoğu zaman elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.
- (b) Çoğu zaman sınıfta ve oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.
- (c) Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuşturup durur ya da tırmanır. (ergenlerde ya da erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir)
- (d) Çoğu zaman sakin bir biçimde, boş zamanlarını geçirme ya da oyun oynama zorluğu vardır
- (e) Çoğu zaman hareket halindedir ya da motor tarafından sürükleniyormuş gibi davranır.
- (f) Çoğu zaman çok konuşur.
- (g) Çoğu zaman sorulan soruları tamamlamadan önce cevabını yapıştırır.
- (h) Çoğu zaman sırasını bekleme güçlüğü vardır.
- (i) Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer. (Örn: başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar)

**B. İşlevsel bozulmaya yol açmış olan bazı hiperaktif- impulsif semptomlar ya da dikkatsizlik semptomları 7 yaşından önce de vardır.**

**C. İki ya da daha fazla ortamda semptomlardan kaynaklanan bir işlevsel bozulma vardır. (örn. okulda [ya da işte] ve evde)**

**D. Toplumsal, okuldaki ya da meslekteki işlevsellikte klinik açıdan belirgin bir bozulma olduğunun açık kanıtları bulunmaktadır.**

**E. Bu semptomlar sadece bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Şizofreni ya da diğer bir Psikotik bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz. (Örn. Duygudurum Bozukluğu, Anksiyete Bozukluğu, Dissosiatif Bozukluk ya da bir Kişilik Bozukluğu)**

DEHB'nin 3 alt tipinden bahsedilmektedir (3, 9).

**1) Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, Bileşik Tip:** Son altı ay boyunca hem A1 hem de A2 Tanı Ölçütü karşılamışsa

**2) Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, Dikkatsizliğin Önde Geldiği Tip:** Son altı ay boyunca A1 Tanı Ölçütü karşılanmış, ancak A2 Tanı Ölçütü karşılanmamışsa

**3) Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, Hiperaktivite-İmpulsivitenin Önde Geldiği Tip:** Son altı ay boyunca A2 Tanı Ölçütü karşılanmış, A1 Tanı Ölçütü karşılanmamışsa

Önerilen DSM-5 Tanı Ölçütlerinde A Tanı Ölçütüne ‘sosyal, akademik ya da mesleki aktiviteleri doğrudan etkileyen’ belirteci eklenmiştir. A2 Tanı Ölçütü’ne 4 ek madde eklenmiştir. B Tanı Ölçütü’nde semptomların başlangıç yaşı 7 yaşından 12 yaşına çıkarılmıştır. C Tanı Ölçütü değiştirilmemiştir. D Tanı Ölçütü’nde semptomlar klinik olarak işlevsellikte belirgin bozulmaya yol açar ifadesi yerine işlevselliğe engel olmakta ya da hayat kalitesini düşürmektedir ifadesi koyulmuştur. E Tanı Ölçütü’nde dışlama kriterlerinden YGB çıkarılmıştır. 4 alt tip tanımlanmıştır (10).

## **A2 Tanı Ölçütü'ne eklenen maddeler:**

- (j) Düşünmeden hareket etme eğilimindedir. (yönergeleri dinlemeden ya da okumadan görevlerine başlamak gibi). Sonuçlarını düşünmeden konuşabilir ya da önemli kararlar alabilir (aniden işini bırakmak, arkadaşına küsmek ya da impulsif şekilde alışveriş yapmak gibi)
- (k) Çoğu zaman sabırsızdır. (diğer kişileri beklerken huzursuzluk hisseder, diğer kişilerden daha hızlı hareket etmeyi ister, araba kullanırken hız yapar)
- (l) Sistematik ve yavaş bir şekilde yaptığı şeylerden rahatsız olur ve çoğu zaman görev ve etkinliklerde acele eder.
- (m) Risk aldığını bile istek uyandıran şeylere ya da fırsatlara karşı direnmekte zorlanır. (mağazada oyuncakları kapmak ya da tehlikeli eşyalarla oynamak gibi)

## **DEHB Alt Tipleri:**

1) **Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, Bileşik Tip:** Son altı ay boyunca hem A1 hem de A2 Tanı Ölçütü karşılamışsa

2) **Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, Dikkatsizliğin Önde Geldiği Tip:** Son altı ay boyunca A1 Tanı Ölçütü karşılanmış, ancak A2 Tanı Ölçütü karşılanmamışsa ve 3 ya da daha fazla A2 Tanı mevcutsa

3) **Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, Hiperaktivite-İmpulsivitenin Önde Geldiği Tip:** Son altı ay boyunca A2 Tanı Ölçütü karşılanmış, A1 Tanı Ölçütü karşılanmamışsa

4) **Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, Dikkatsiz Tip:** Son altı ay boyunca A1 Tanı Ölçütü karşılanmış, ancak A2 Tanı Ölçütü karşılanmamışsa ve 2 ya da daha az A2 Tanı mevcutsa

### 2.1.2. Epidemiyolojik Veriler

DEHB'nin yaygınlığı çocuklarda 3-10% olarak verilmekte ve benzer değerlendirme şekilleri kullanıldığı zaman farklı ülke ve ırklarda bozukluğun benzer oranlarda görüldüğü bilinmektedir (3, 9, 11, 12).

Polancyzk ve ark. (11) tarafından yapılan sistematik gözden geçirme ve geniş kapsamlı meta analiz çalışmasında DEHB' nin dünyadaki ortalama (pooled) prevalansı 5.29% olarak saptanmıştır. Bu çalışmada Ocak 1978 ve Aralık 2005 arasında yayınlanan 9105 abstract gözden geçirilmiştir. Aralarından örnekleme 18 yaş ve altı ile sınırlı olan, genel popülasyon (ev, doğum kayıtları) veya okuldan seçilen, DSM (III, III-R veya IV) ya da ICD (9-10) tanı sistemleri kullanılarak DEHB prevalansının hesaplandığı 102 çalışma değerlendirmeye alınmıştır. DEHB sıklığındaki farklılığın coğrafik nedenlerden çok araştırmalarda kullanılan tanı sistemine, kullanılan yöntemine, bilgi kaynağına ve tanısal şartların (bozulma kriteri) aranıp aranmadığına bağlı olduğu gösterilmiştir. Bu meta analiz araştırmasında bozulma kriterinin alınmadığı çalışmalarda DEHB prevalansının daha yüksek bulunduğu saptanmıştır. Tanı sistemi olarak DSM-IV kriterleri kullanıldığında DSM-III-R ve ICD-10 tanı kriterleri kullanılanlara göre daha yüksek DEHB prevalansının saptandığı görülmüştür. Sadece tek bilgi kaynağının kullanıldığı ya da sadece ölçeklerle tanı konulan çalışmalara kıyasla daha fazla kaynaktan bilgi alınarak yapılan ve ölçeklerle değerlendirme sonrası klinik görüşme de yapılan çalışmalarda DEHB prevalansının daha düşük bulunduğu belirlenmiştir. DEHB prevalansındaki farklı sonuçların temelde metodolojik özelliklerden kaynaklandığı belirtilmekle birlikte Kuzey Amerika ve Avrupa arasında anlamlı farklılık olmadığı ancak bu iki

kıta ile Orta Doğu ve Afrika arasında anlamlı farklılıkların bulunduğu bildirilmiştir. Öte yandan bu meta analiz çalışmasında değerlendirmeye alınan 102 çalışmanın çoğunun Kuzey Amerika(32) ve Avrupa'dan(32) olması dikkati çekmiştir. Orta Doğu(4) ve Afrika'dan(4) toplam 8 adet çalışmanın değerlendirmeye alınmış olması yani son derece az sayıda çalışmanın bulunması coğrafik bölgelerden çok çalışma sayısının bu farklılıkta rol oynadığını düşündürmüştür (11).

DEHB prevalans çalışmalarının çoğunun Kuzey Amerika'da yapılmış olması ve yüksek prevalans oranlarının çoğunlukla bu bölgedeki araştırmalarda elde edilmiş olması nedeniyle kimi yazarlar DEHB görülme sıklığının gerçekte olduğuna göre abartıldığını belirtmektedir (13, 14). Amerikan toplumunda hastalığın diğer toplumlara göre daha yaygın olup olmadığını araştırmak amacıyla yapılan bir çalışmada 1982 ve 2001 yılları arasındaki DEHB prevalans çalışmaları incelenmiştir. Yirmisi Amerikan toplumundan, 30'u ise Amerika'nın dışında yapılmış olan toplam 50 araştırma aynı tanı sistemi kullanılarak yapılanlar kendi aralarında karşılaştırılarak (DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV) değerlendirildiğinde DEHB' nin Amerika dışı pek çok bölgede de en az Amerika kadar yaygın olduğunu bildirilmiştir (12).

Diğer bir yakın zamanlı epidemiyolojik gözden geçirmede, örnekleme 18 yaş ve altı ile sınırlı olan, genel popülasyon (ev, doğum kayıtları) veya okuldan seçilen, DSM (III, III-R veya IV) ya da ICD (9-10) tanı sistemleri kullanılarak DEHB prevalansının hesaplandığı Ocak 1997'den Haziran 2007'ye kadar olan 71 çalışma değerlendirilmiştir. Çalışmalardaki prevalans sonuçlarının 0.2%, 0.4%, 0.7%, 0.9% gibi düşük değerlerden 19.8%, 20.4%, 23.4% ve 27% gibi yüksek değerler arasında bulunduğu görülmüştür. Bu prevalans sonuçlarındaki farklılıkların metodolojik



farklılıklardan kaynaklandığı belirtilmiştir. Araştırmacılar tüm bu bulgularla birlikte DEHB epidemiyolojisinin daha da net olarak belirlenmesinde dünyanın tüm bölgelerinden iyi metodolojilerle yapılmış araştırmalara gereksinim olduğunu önermişlerdir (1).

Hem klinik örnekleme hem de epidemiyolojik örnekleme hastalığın kızlara oranla erkeklerde daha sık görüldüğü bilinmektedir. Epidemiyolojik örnekleme erkek-kız oranı 3/1 iken; klinik örnekleme 9/1 olarak bildirilmiştir Bu farklılığın kızlarda davranışsal semptomlara erkeklerden daha az rastlanmasından ve tedavi başvuru sıklığının erkeklerde daha fazla olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür (15, 16).

DEHB ile sosyoekonomik sınıf arasındaki ilişki her ne kadar tam olarak açıklanamamış olsa da yüksek eğitim düzeyi olan ailelerin hastalık hakkındaki bilgi düzeylerinin ve tedaviye başvuru oranları daha yüksek olduğu bilinmektedir (1). Aile işlevselliğinin bozuk olması, ailede psikiyatrik hastalık varlığı, zayıf arkadaş ilişkileri, kendine güven duygusunun zayıf olması, düşük akademik başarı gibi faktörler DEHB sıklığı ve uzun dönemde ortaya çıkabilecek sorunlarla ilişkili bulunmuştur (1).

Yaşla birlikte DEHB sıklığında azalma görüldüğü bilinmektedir. Faraone ve ark. tarafından yapılan boylamsal izlem çalışmalarının meta analizinde çocukluklarında tanı alan erişkin olguların 15% 'inin tanı almaya devam ettikleri, 40-60%' ının kısmi remisyonda oldukları saptanmıştır (17). Diğer bir izlem çalışmasında 128 erkek olgu ileriye dönük 4 yıl izlenmiş ve olguların 40%' ının tanı almaya devam ettikleri

saptanmıştır (18). Aynı olguların 10 yıllık izlemi sonunda 58%'inin tam ya da eşik altı semptomları karşıladığı saptanmıştır (19). Cohen ve ark. (1993) tarafından yapılan 8 yıllık izlem çalışmasında aynı örneklem 10-13, 14-16 ve 17-20 yaşlarında değerlendirilmiş ve DEHB prevalansı sırasıyla 12.8%, 9% ve 6% olarak bulunmuştur (20). İspanya'da 8, 11 ve 15 yaşlarındaki ayrı örneklemelerin genel psikiyatrik bozukluklarının sıklığının değerlendirildiği bir çalışmada DEHB sıklığı 8 yaş için 14.4%, 11 yaş için 5.3% ve 15 yaş için 3% olarak bulunmuştur (21). Kanada'da yapılan diğer bir çalışmada 6-8, 9-11 ve 12-14 yaşlarındaki olgularda DEHB sıklığı sırasıyla 5.5%, 4% ve 2.5% olarak saptanmıştır (22). ABD'nde yapılan bir çalışmada 3-5, 5-12 ve 12-18 yaşlarında DEHB sıklığı sırasıyla 18.2%, 15.9% ve 14.8% olarak bildirilmiştir (23).

Yapılan araştırmaların çoğunda DEHB dikkat eksikliği baskın tipin diğer alt tiplere oranla daha sık görüldüğü; dikkat eksikliği baskın tipi sırasıyla DEHB kombine tip ve hiperaktivite-impulsivite baskın tipin izlediği saptanmıştır. Erkeklerde her 3 alt tip kızlara oranla daha sık görüldüğü belirlenmiştir. Kızlarda DEHB dikkat eksikliği baskın tip diğer alt tiplere oranla daha sık görülmektedir (24). Nolan ve arkadaşları tarafından 2001 yılında yapılan bir araştırmada ise hiperaktivite impulsivite baskın tip semptomlarının okul öncesi dönem sonrasında azaldığı ancak dikkat eksikliği baskın tip semptomlarının arttığı bildirilmiştir (23).

Bozulma (impairment) kriterleri göz önünde bulundurularak DSM-IV kriterlerine göre tanı konan; en iyi tahmin yöntemi kullanılarak yapılan araştırmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. DEHB prevalansı Birleşik Arap Emirlikleri'nde 6-15 yaş grubunda 0,5% ve 6-18 yaş grubunda 0.9% bulunmuştur

(25, 26). Brezilya'da 7-14 yaş grubu olguların değerlendirmeye alındığı bir çalışmada DEHB prevalansı 1.8% bulunurken; 5-14 yaş grubunun değerlendirmeye alındığı diğer bir çalışmada sıklık 0.9% saptanmıştır (27, 28). Diğer ülkelere bakıldığında en iyi tahmin yöntemi kullanılarak DEHB prevalansı İngiltere ve İskoçya'da 5-15 yaş grubunda 2.4% (29); Büyük Britanya'da 5-15 yaş grubunda 2.2% (2); İrlanda'da 12-15 yaş grubunda 3.7% (30); Güney Tayvan'da 13-15 yaş grubunda 7.5% (31) bulunmuştur.

Ülkemizde İstanbul'da 7-9 yaş grubunda 620 ilkokul çocuğunu kapsayan iki aşamalı (tarama ve klinik görüşme), iki tanı yaklaşımı (kategorik ve boyutsal) temel alınarak ve iki bilgi kaynağından (ebeveyn ve öğretmen) yararlanılarak yapılan bir çalışmada DEHB sıklığı ebeveynin boyutsal yaklaşımı ile 6.2%, ebeveyn ile klinik görüşme ile 5%, öğretmenlerin DSM-III-R kriterlerini değerlendirmeleri ile 10.6% olarak bulunmuş ve duruma bağlı DEHB prevalansı ise %2.9 olarak saptanmıştır (32, 33). Sivas ilinde aile ya da öğretmen ölçeklerine göre tanı konularak gerçekleştirilen 1425 olgu ile yapılan bir çalışmada 6-15 yaş grubunda DEHB görülme sıklığı 8.1% olarak bildirilmiştir (34). Trabzon ilinde 6-12 yaş grubunda 1226 ilkokul öğrencisinde aile ya da öğretmen ölçeklerine göre tanı konan diğer bir çalışmada ise DEHB yaygınlığı 8.6% olarak bulunmuş ve erkek/kız oranı 3.5/1 olarak belirlenmiştir (35). Ülkemizde DEHB sıklığı konusunda yapılmış en kapsamlı çalışmada ilkokul öğrencilerinde 2. sınıftan başlayarak DEHB prevalansının boylamsal olarak belirlenmesi amaçlanmıştır. İyi belirlenmiş ve yeterli sayıdaki bir okul örneklemiyle, iki kademeli değerlendirme (tarama yapılması sonrası olguların seçilmesi) yöntemiyle, DSM-IV tanı ölçütleri kullanılarak, yarı yapılandırılmış tanı görüşmesi kullanılarak (K-SADS), çocuk, ebeveyn ve öğretmenden bilgi alınarak, kısa WISC-R ile mental

değerlendirme yapılarak ve bozulma kriteri göz önüne alınarak yapılan bu çalışmada DEHB prevalansı ilk yıl için 13.38%, ikinci yıl için 12.53%, üçüncü yıl için 12.22, dördüncü yıl için 12.55 olarak saptanmıştır. Çalışmanın ilk yılında DEHB tanısı konan olguların erkek/kız oranı 3.23/1 bulunurken; ikinci yılında tanı konan olgularda erkek/kız oranı 3.4/1 bulunmuştur (36, 37).

### **2.1.3. Etiyoloji**

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun etiyojisi ve patofizyolojisi henüz tam olarak anlaşılammış olsa da; etiyojide biyolojik ve psikososyal etkenlerin birlikte rol oynadığı düşünülmektedir. Yapılan aile, ikiz, evlat edinme ve genetik çalışmalar etiyojide genetik geçişi desteklemektedir. DEHB tanısı olan çocukların ebeveynlerinde DEHB için 2-8 kat risk artışı; kardeşlerinde 3-5 kat risk artışı gösterilmiştir. Yapılan 20 ikiz çalışmasının sonuçlarının değerlendirildiğinde DEHB' nin 75% oranda kalımsal olduğu saptanmıştır. DEHB tanılı çocukların biyolojik ebeveynlerinde, evlat edinen ebeveynlere göre hastalığın daha fazla görüldüğü bilinmektedir (38, 39).

Yapılan genetik çalışmalarda bozukluğun pek çok genin orta derecede etkisi ile gelişebileceği düşünülmektedir. Yapılan moleküler genetik çalışmalarda; dopamin D4 reseptör geni (DRD4), dopamin D5 reseptör geni (DRD5), dopamin taşıyıcı geni (SLC6A3; DAT), dopamin beta hidroksilaz geni (DBH), sinaptosomal ilişkili protein 25 (SNAP 25), serotonin taşıyıcı geni (SCL6A4; 5HTT), serotonin 1 B reseptörü (HTR1B), Katekol-O-Metiltransferaz (COMT), MonoaminoOksidaz A (MAO-A) gibi bazı aday genler üzerinde yoğunlaşmıştır. Bunlar arasında en fazla

DRD4 ve DAT1 genleri üzerinde durulmaktadır (40). Bozukluğun etiolojisinden sorumlu tek bir nörotransmitter belirlenmemekle birlikte; stimulanların dopamin ve norepinefrini presinaptik nörona geri alınımını engellediği ve ekstra nöronal aralığa salınımını arttırdığı gösterilmesi DEHB' de dopamin ve noradrenalin disregülasyonu olduğunu düşündürmüştür (5, 39).

Yapılan beyin görüntüleme çalışmaları sonucunda prefrontal korteks, kaudat nükleus, globus pallidus, korpus kallosum ve serebellum hacminin düşük olduğu belirlenmiştir (41). İşlevsel beyin görüntüleme çalışmalarında ise prefrontal korteks ve striatumda kan akımı ve metabolizma hızında azalma olduğu bulunmuştur (42).

DEHB etiolojisinde rol oynayan çevresel etkenler; ailesel işlev bozuklukları, düşük gelir seviyesi, annenin düşük eğitim düzeyinde olması, tek ebeveynlik, düşük sosyal sınıf, özellikle annede olmak üzere ebeveynlerdeki psikopatolojinin varlığı, prenatal toksik etkenler, prematüre doğum, prenatal dönemde gelişmekte olan sinir sistemine oluşan fiziksel hasarlar, annenin gebelik öncesi ya da gebelik sırasındaki tıbbi durumu, sigara-alkol kullanımı ve doğum komplikasyonları gibi faktörlerdir. Anne karnında sigaraya maruz kalma ve düşük doğum ağırlığı çevresel etkenler arasında bildirilen en tutarlı bulgulardır (38, 39, 43).

#### **2.1.4. Komorbidite**

DEHB' nin diğer psikiyatrik bozukluklarla (karşıt olma karşı gelme bozukluğu, davranım bozukluğu, duygu durum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, öğrenme bozuklukları, mental retardasyon, tik bozuklukları, madde kullanım bozuklukları ve borderline kişilik bozukluğu) birliktelik gösterdiği bildirilmektedir (44). DEHB, davranım bozukluğu ve karşıt olma karşı gelme bozukluğu arasında hem klinik (32.5%) hem de klinik dışı örnekleme (6,8%) yüksek oranda birliktelik bildirilmiştir (45). Yapılan çalışmalar çocuğun yaşı, cinsiyeti, sosyoekonomik düzeyi, ebeveynde saptanan psikiyatrik bozuklukların, örneklemin klinik ya da toplumdan alınmasının eşlik eden bozuklukların oranlarını etkilediğini saptamıştır (5).

#### **2.1.5. Ayırıcı Tanı**

Ayırıcı tanıda ilk olarak mizaç ile ilgili özellikleri dolayısıyla yüksek aktivite düzeyi ve kısa dikkat süresine sahip olan fakat yaşa göre normal sınırlar içerisinde kalan çocuklar göz önüne alınmalıdır (46). Ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken tıbbi durumlar arasında duyuşal bozukluklar (özellikle işitme ve görme sorunları), ilaç etkisi (özellikle antihistaminikler, beta agonistler, fenobarbital), epilepsi, tiroid işlev bozuklukları, frontal lob tümörleri, kurşun zehirlenmesi, madde intoksikasyonu bulunmaktadır. Psikiyatrik hastalıklar arasında ise Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, Davranım Bozukluğu, Duygu Durum Bozuklukları, Anksiyete Bozuklukları, Uyum Bozukluğu, Tik Bozuklukları ve Kişilik Bozuklukları ayırıcı tanıda yer almaktadır (47).

### **2.1.6. Tedavi**

Farmakolojik tedaviler DEHB' nin tedavisinde ilk sırada yer alan yöntemler olarak kabul edilmektedir. Önemli ölçüde etkin oldukları ve yan etkileri hafif ve tolere edilebilir düzeylerde kaldığı için merkezi sinir sistemi stimülanları ilk seçenek ilaçlardır. Kısa etkili ve yavaş salınımlı uzun etkili metilfenidat preparatları, dekstramfetamin, dekstroamfetamin ve amfetamin tuzlarının bileşimleri ile ilgili güvenli olduklarına dair olumlu veriler bildirilmiştir (46). DEHB olan bazı çocuk ve ergenlerde etkinliği gösterilmiş olan ikinci sıra ilaçlar bir norepinefrin geri alım inhibitörü olan ve DEHB olan çocukların tedavisinde etkinliği gösterilen atomoksetin, bupropion ve venlafaksin gibi antidepresanlar ve Alfa 2 adrenerjik reseptör agonistleri klonidin ve guanfasindir (46). İlaç tedavisi tek başına uygulandığında çoğunlukla DEHB olan çocukların kapsamlı terapötik gereksinimlerini karşılamak için yeterli olmaz ve çok yönlü tedavinin bir yüzünü oluşturur. Sosyal beceri grupları, ebeveynlerin eğitimi, ev ve okulda davranışçı yaklaşımlar sıklıkla DEHB olan çocukların tedavisinde etkindirler (46).

### **2.1.7. Gidiş ve Sonlanım**

Yaşla birlikte DEHB sıklığında azalma görüldüğü bilinmektedir. Faraone ve ark. tarafından 2006 yılında boylamsal izlem çalışmalarının meta analizinde çocukluklarında tanı alan erişkin olguların 15% 'inin tanı almaya devam ettikleri, 40-60%' ının kısmi remisyonda oldukları saptanmıştır (17). Diğer bir izlem çalışmasında 128 erkek olgu ileriye dönük 4 yıl izlenmiş ve olguların 40%' ının tanı almaya devam ettikleri saptanmıştır (18). Aynı olguların 10 yıllık izlemi sonunda

58%'inin tam ya da eşik altı semptomları karşıladığı saptanmıştır (19) DEHB'de üç ayrı gidişten söz edilmektedir. Semptomlar olguların bir kısmında (30%) genç erişkinliğin erken dönemlerinde kaybolurken, bazı olgularda (40%) sosyal ve duygusal alanlarda yaşanan güçlüklerle devam etmektedir. Diğer bir kısmında (30%) ise alkolizm, madde kullanımı ve antisosyal kişilik bozukluğu gibi tanılar tabloya eklenebilmektedir (48).

## **2.2. Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu**

### **2.2.1. Tanım ve Tarihçe**

KOKGB toplumsal normlara ve başkalarının temel haklarına saldırı olmaksızın olumsuz, düşmanca, başkaldırıcı, kışkırtıcı ve bozucu davranış örüntüleriyle karakterize bir yıkıcı davranış bozukluğudur. En sık karşılaşılan belirtiler arasında öfkelenme, tartışma, kural ya da isteklere uymayı reddetme, başkalarını rahatsız eden davranışları kasıtlı olarak yapma, hataları ya da bu olumsuz davranışları için başkalarını suçlama bulunmaktadır (3, 9).

Karşıt Olma Bozukluğu ilk olarak DSM-III' de, Davranım Bozukluğundan ayrı bir tanı olarak yer almıştır. Tanı konabilmesi için; kural ihlali, öfke nöbetleri, tartışmalar, kışkırtıcı davranış ve inatçılıktan oluşan beş belirtiden ikisinin görülmesi şartı konulmuştur (7). DSM'nin gözden geçirilmiş üçüncü baskısında (8) başlığa "karşı gelme" kelimesi eklenmiş, belirti sayısı dokuzaya çıkarılmış ve tanı için gereken belirti sayısı beşe çıkarılmıştır. DSM-IV' de ise 'küfürlü konuşma' maddesi çıkarılarak belirti sayısı sekize, tanı koymak için gerekli belirti sayısı da dörde düşürülmüştür (3).



DSM-IV’ de KOKGB “Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları” genel başlığı altında verilmektedir. Semptomların en az 6 aylık bir süre boyunca devam etmesi ve bu semptomların anlamlı olabilmesi için benzer yaş grubunda ve gelişim düzeyindeki kişilerde gözlenenden çok daha sık ortaya çıkması gerekliliğini vurgulanmıştır Tanı için belirtilerin bireyin günlük işlevselliğini bozması ve Davranım Bozukluğu için tanı ölçütlerini karşılamaması gerekmektedir. (3). Tablo 2’ de DSM-IV’ e göre tanı ölçütleri gösterilmiştir.

Önerilen DSM-5 KOKGB Tanı Ölçütlerinde A Tanı Ölçütü ‘Kardeşler dışında başka kişi ya da kişilere de gösterilen, karşı koyan ve kinci davranışın eşlik ettiği, sürekli olarak kızgın, iritabl duygudurum’ ifadesi ile değiştirilmiştir. 8. Maddede yer alan sıklıkla terimi ‘Son 6 ay içinde en az iki kez’ terimi ile değiştirilmiştir. ‘Davranışlar bir alanda sınırlı olabilir ya da daha ciddi vakalarda birçok alanda görülebilir’ maddesi eklenmiştir. Davranım Bozukluğu varlığında tanı konamaz maddesi kaldırılmıştır (10).

**Tablo 2: KOKGB için DSM-IV Tanı Ölçütleri**

**A) En az 6 ay süren, bu sırada aşağıdakilerden dördünün (ya da daha fazlasının) bulunduğu bir negativistlik, hostile ve karşı gelme davranışı örüntüsü:**

- (1) Sık sık hiddetlenir (huysuzlaşır)
- (2) Sık sık büyükleriyle tartışmaya girer.
- (3) Büyüklerinin isteklerine ya da kurallarına uymaya çoğu zaman etkin bir biçimde karşı gelir ya da bunları reddeder.
- (4) Çoğu zaman, isteyerek, başkalarını kızdıran şeyler yapar.
- (5) Kendi yaramazlıkları için çoğu zaman başkalarını suçlar.
- (6) Çoğu zaman alıngandır, çabuk darılır ya da başkalarınca kolay kızdırılır.
- (7) Çoğu zaman içerlemiş, kızgın ve güceniktir.
- (8) Çoğu zaman kincidir ve intikam almak ister.

Not: Söz konusu davranış ancak benzer yaş grubunda ya da gelişim düzeyindeki kişilerde gözlenenenden çok daha sık olarak ortaya çıkıyorsa tanı ölçütünü karşıladığını düşünürüz.

**B) Bu davranış bozukluğu toplumsal, okuldaki ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan önemli derecede bozulmaya neden olur.**

**C) Bu davranışlar sadece bir Psikotik Bozukluk ya da Duygudurum Bozukluğunun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.**

**D) Davranım Bozukluğu için tanı ölçütlerini karşılamamaktadır, kişi 18 yaşında ya da daha ileri bir yaşta ise Antisosyal Kişilik Bozukluğu için tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.**

### 2.2.2. Epidemiyoloji Veriler

KOKGB gerek epidemiyolojik çalışmalarda gerekse çocuk psikiyatrisi kliniklerine başvurularda en sık görülen çocuk psikiyatrisi bozukluklarından birisidir (49, 50, 51). KOKGB epidemiyolojisi çoğunlukla KOKGB/DB olarak araştırıldığından KOKGB' nun tek başına prevalansı da tam olarak bilinmemekte ve KOKGB prevalansı 2-15% gibi çok geniş bir aralıkta verilmektedir (9, 52, 53). KOKGB prevalansındaki bu önemli farklılığın küçük, yetersiz örneklerle ve birbiriyle tutarsız tanı sistemlerinin kullanıldığı araştırmalardan kaynaklandığı öne sürülmüştür (51, 53).

Çocuk psikiyatrisindeki en sık görülen bozukluklardan biri olmasına ve önemli mental bozukluklara yol açabilmesine karşın KOKGB hakkında şaşırtıcı düzeyde az bilgi bulunmaktadır (49). Bunun en önemli nedeni bugüne kadar yapılmış olan araştırmalarda KOKGB 'nun DEHB ve/veya DB ile birlikte ele alınmasıdır (54, 55). Literatürdeki araştırmaların çok büyük bir çoğunluğunda, agresif olan veya saldırgan davranış gösteren çocuklar KOKGB veya DB olarak ayrılmadan "davranım problemleri" başlığı altında veya KOKGB/DB olarak belirtilerek değerlendirilmiştir (54). KOKGB olan olguların DB olan çocuklarla birlikte ele alındığı araştırmalar her iki bozukluk için önemli bulgular elde edilmesini sağlamış olsa da DB olmadığı durumlardaki KOKGB hakkında çok az veri elde edilmesine neden olmuştur (55). Örneğin AACAP KO-KGB etiyojisi bölümünde sadece KOKGB etiyojisini araştıran çalışmalar bulunamadığı için; "en iyi ulaşılan data DB araştırmalarında bulunmaktadır, çünkü KOKGB'nu orjin alan ayrı sistematik çalışma bulunmamaktadır" diye belirtilmiştir (56). Benzer biçimde istisnalar dışında

KOKGB'nun epidemiyolojisi, komorbiditesi, gidişi sadece KOKGB/DB başlığı altında araştırılmıştır (53, 57).

KOKGB' nun yaşam boyu prevalansını, başlangıcını, gidişini ve diğer psikiyatrik bozukluklar ile ilişkisini gözden geçiren bir araştırmada yüz yüze hane halkı araştırmasına katılan Amerika'ya sınırdaş 18 yaş üstü 9,282 İngilizce konuşan yetişkin ile gerçekleştirilmiştir (katılım oranı 70.9%). Araştırma iki bölümden oluşmuştur. Bölüm I demografik ve tanısal değerleri bütün 9,282 katılan kişiye yönelmeyi, Bölüm II ise en azından Bölüm I' deki görüşme boyunca bir ruhsal bozukluk kriterini karşılayan bunlara ek olarak diğer katılanların muhtemel alt örnekleme olan kişilere yöneltilmiş ek soruları içermektedir. KOKGB sadece Bölüm II' ye katılan 18-44 yaş arası 3,199 kişi arasında değerlendirilmiştir. Çalışmada ruhsal bozukluklar Dünya Sağlık Örgütü Uluslar Arası Birleşik Tanı Görüşmesi (Composite International Diagnostic Interview-CIDI) kullanılarak değerlendirilmiştir. Bütün katılımcılar ilk olarak ergenlikleri ve çocuklukları boyunca her KOKGB semptomu varlığını ve ardından başlangıç yaşını, bu semptomların iyileşmesini, bunlara ek olarak bu semptomların geçmiş 12 ay içinde olup olmadığını kendileri rapor etmişlerdir. Çalışmanın sonucunda DSM-IV/CIDI KOKGB' nun yaşam boyu prevalansı 10.2% olarak hesaplanmış olup hesaplanan prevalans erkekler (11.2%) ve kadınlar (9.2%) arası farklılık için anlamlı bulunmamıştır. KOKGB' nun ortalama başlama yaşı 12.0 (inter-quartile range: 7.00-13.00) olarak saptanmıştır (51).

Oldukça yeni bir sistematik gözden geçirme ve meta-regresyon analiz çalışmasında; KOKGB prevalansındaki farklılıklara etki eden özellikler

araştırılmıştır. 1987-2008 yılları arasında KOKGB ve DB prevalansı konusunda yapılmış araştırmalardan 39 araştırma çalışmaya alınma ölçütlerini karşılamış, ancak 25 araştırmanın yeterli verilerine ulaşılmış ve 25 araştırma değerlendirmeye alınmıştır. KOKGB' nun nokta prevalansı 3.3% olarak bulunmuştur. Sadece yaş prevalans oranı ile ilişkili bulunmuştur. Coğrafik bölge KOKGB prevalans oranı ile ilişkili bulunmamıştır. Ancak araştırmaya alınan 25 araştırmadan 21'inin yani çok büyük bir çoğunluğunu Avrupa ve Amerika'dan çalışmalar olması bu sonuca neden olmuş olabileceği belirtilmiştir (58).

Bozukluk ergenlik öncesi dönemde erkeklerde kızlardan siktir. Cinsiyet oranı ergenlik sonrasında eşitlenir. Her iki cinsiyet için belirtiler benzerdir, ancak erkeklerde davranışlar daha açık ve siktir, belirtiler kızlara göre daha fazla olma eğilimindedir. Başlangıç genel olarak 6 yaş civarında, çoğu çocuğun normatif karşıt davranışlarından kurtulduğu zamanda olmaktadır. Bozukluğun sıklığının sosyal ve ekonomik faktörlerden etkilendiği; daha çok alt sosyoekonomik sınıfa ait ailelerdeki çocuklarda görüldüğü belirtilmiştir (58, 59).

DSM-IV kriterlerine göre tanı konan; en iyi tahmin yöntemi kullanılarak yapılan araştırmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. KOKGB prevalansı Birleşik Arap Emirlikleri'nde 6-15 yaş grubunda 1% bulunmuştur (25). Brezilya'da 7-14 yaş grubu olguların değerlendirmeye alındığı bir çalışmada KOKGB prevalansı 3.2% saptanmıştır (27). Diğer ülkelere bakıldığında en iyi tahmin yöntemi kullanılarak KOKGB prevalansı Büyük Britanya'da 5-15 yaş grubunda 2.31% (2); İrlanda'da 12-15 yaş grubunda 1.2% (30); Güney Tayvan'da 13-15 yaş grubunda 1.9% (31) bulunmuştur.

Ülkemizde Sivas ilinde aile ya da öğretmen ölçeklerine göre tanı konularak gerçekleştirilen 1425 olgu ile yapılan bir çalışmada 6-15 yaş grubunda KOKGB görülme sıklığı 11.5% olarak bildirilmiştir (34). Trabzon ilinde 6-12 yaş grubunda 1226 ilkokul öğrencisinde aile ya da öğretmen ölçeklerine göre tanı konan diğer bir çalışmada ise KOKGB yaygınlığı 14.1% olarak bulunmuştur (35). Ülkemizde KOKGB sıklığı konusunda yapılmış en kapsamlı çalışmada ilkokul öğrencilerinde 2. sınıftan başlayarak KOKGB prevalansının boylamsal olarak belirlenmesi amaçlanmıştır. İyi belirlenmiş ve yeterli sayıdaki bir okul örneklemiyle, iki kademeli değerlendirme (tarama yapılması sonrası olguların seçilmesi) yöntemiyle, DSM-IV tanı ölçütleri kullanılarak, yarı yapılandırılmış tanı görüşmesi kullanılarak (K-SADS), çocuk, ebeveyn ve öğretmenden bilgi alınarak, kısa WISC-R ile mental değerlendirme yapılarak ve bozulma kriteri göz önüne alınarak yapılan bu çalışmada KOKGB prevalansı ilk yıl için 3.78%, ikinci yıl için 0.96% saptanmıştır (37).

### **2.2.3. Etiyoloji**

KOKGB biyolojik, psikolojik, sosyal ve gelişimsel etkenlerin rol oynadığı karmaşık bir etiyojolojiye sahiptir. Etiyojolojide iyi belirlenmiş bir biyolojik faktör yoktur. Bazı çalışmalarda steroid düzeyleri ve serotonin metabolizmasına ilişkin bazı veriler elde edilmesine karşın bu bulguların replike edilmesine gereksinim bulunmaktadır. Psikolojik bağlamda etiyojolojik etkenlerden en fazla üzerinde durulan bağlanmadır. Çocukluktaki güvensiz bağlanmanın KOKGB' na yatkınlığı artırabilen bir etken olduğu öne sürülürken güvenli bağlanmanın koruyucu bir etken olduğu üzerinde durulmaktadır. KO-KGB için öne sürülen bir diğer etiyojolojik faktör olumsuz aile yaşantılarıdır. Zayıf aile ilgisi, aile içi anlaşmazlıklar, aile içi şiddet,

aile uyumsuzluğu, çocuk istismarı ve ailede psikiyatrik bozuklukları içeren pek çok ailesel etkenin karşı olma davranışları ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (50, 60).

Sonuç olarak KOKGB' na özgül bir etiyolojik faktör bulunmamakla birlikte, bugüne kadar yapılan araştırmalardan elde edilen veriler KOKGB' nun yapısal olarak zor bir mizaçla olumsuz ebeveyn tutumlarının bir araya gelmesinden ortaya çıktığını destekler niteliktedir (60).

#### **2.2.4. Komorbidite**

KOKGB çok sık olarak başka psikiyatrik bozukluklara eşlik eder, bireyin yaşamında önemli bozulmalarla ilişkilidir ve DB, Madde Kullanım Bozukluklarına öncülük edebilmesi nedeniyle çok önemli bir bozukluktur (52, 61). KOKGB ve DEHB arasında çok yüksek oranda bir üst üste binme olduğu farklı coğrafik bölge ve kültürlerden epidemiyolojik ve klinik örneklerde net olarak ortaya konmuştur (61). DEHB ile KOKGB birliktelik oranını August ve ark. (54) 40%, Biederman ve ark. (55) 65% olarak saptamışlardır. KOKGB ve DB birbiriyle karşılıklı olarak çok yüksek oranda komorbidite göstermekte ayrıca KOKGB olan çocukların bir kısmının ileride DB tanısı aldıkları bilinmekte ve KOKGB' nun DB' nun hafif formu olduğu yaygın kabul görmektedir (53, 62).

### **2.2.5. Ayırıcı Tanı**

Okul öncesi çocuklar ve ergenlerde geçici ve doğal sayılabilen karşı gelme ve olumsuz tutumlar oldukça sıktır. Bu gelişim dönemlerinde KOKGB tanısı koyarken özellikle dikkatli olunması gerekmektedir. Gelişimsel döneme özgü karşı gelme davranışları KOKGB' na göre daha kısa sürelidir ve benzer ruhsal gelişim düzeyine sahip çocuklara göre daha sık ya da şiddetli değildir. Stres veren yaşam olayları sonucu gelişen karşı gelme belirtilerinin bulunduğu çocuklarda tanı için stres verici yaşam olayı öncesinde semptomların bulunup bulunmadığı göz önünde bulundurulmalıdır. DB ve KOKGB belirtileri arasında benzerlikler bulunmakla birlikte DB' nun KOKGB' ndan çok daha şiddetli belirtilerle seyretmesi önemli bir ayırıcı faktördür. DEHB ile KOKGB çok sık olarak birlikte görüldüğünden her iki tanıyı alan olgularda da karşılıklı olarak diğer tanının mutlaka göz önüne alınması gerekir (60, 63).

### **2.2.6. Tedavi**

KOKGB temelde yanlış ebeveyn tutumlarından kaynaklandığı düşünülen bir hastalık olduğundan tedavide ebeveynlerin eğitimi son derece büyük bir öneme sahiptir. KOKGB' nun farmakolojik tedavisinde en önemli nokta eşlik eden tanıların iyi belirlenip bunlara yönelik tedavilerin uygulanmasıdır. KOKGB' nun tedavisinde özgül bir ilaç yoktur ancak agresyonun azaltılmasına yönelik olarak stimülanlar ve düşük doz antipsikotikler düşünülebilir (49, 60).



### **2.2.7. Gidiş ve Sonlanım**

KOKGB tanılı çocukların çok önemli bir kısmı ileride suç işleme ya da alkol madde bağımlılığı gibi büyük sorunlara yol açmadan yaşamlarını idame ettirdikleri belirlenmiştir (60). Yapılan bir çalışmada KOKGB' nun ortalama süresinin 6 yıl olup iyileşmesinin çok sıklıkla 18 yaşından evvel meydana geldiği katılımcıların %70'i tarafından belirtilmiştir. Ayrıca erken başlangıcın iyileşme hızı ile ters orantılı olduğu saptanmıştır (51). Tanı olan olguların küçük bir kısmında ise antisosyal davranışların görülmesi ve bunun sonucunda DB tanısı konması gibi oldukça kötü bir klinik gidiş söz konusudur (60).

## **2.3. Davranım Bozukluğu**

### **2.3.1. Tanım ve Tarihçe**

DB başkalarının temel haklarının ve yaşa uygun toplumsal norm ve kuralların sürekli ve tekrarlayıcı biçimde ihlal edildiği saldırgan davranışlarla karakterize çocukluk ve ergenlik çağının sık görülen bir psikiyatrik bozukluğudur. Fiziksel şiddet veya insanlara ve hayvanlara karşı saldırganlık, eşyalara zarar verme, dolandırıcılık ya da hırsızlık ve kuralları ciddi biçimde bozma hastalığın semptom kategorileridir. Agresyon, yalan söyleme, çalma, evden ve okuldan kaçma ve yangın çıkarma en yaygın DB semptomlarıdır (3, 9).

Bozukluk ilk kez DSM-II’ de ‘‘Çocukluk Çağı Sosyalize Olmayan Agresif Reaksiyonu’’ olarak tanımlanmıştır (6). DSM-III sınıflama sisteminde ‘‘Davranım Bozukluğu’’ tanımlaması yapılarak bozukluğun 4 tipi (sosyalize olmayan agresif, sosyalize olmayan nonagresif, sosyalize agresif ve sosyalize nonagresif) tanımlanmıştır (7). DSM-III-R’ de ‘‘Yıkıcı Davranış Bozuklukları’’ genel başlığı altında tanımlanarak 3 alt tipi (bireysel agresif, grup ve ayrışmamış) tanımlanmıştır (8).

DSM-IV’ de DB ‘‘Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları’’ genel başlığı altında verilmektedir. Tanı için en azından bir tanı ölçütünün son 6 aydır bulunması koşuluyla tanı ölçütlerinden üçünün (ya da daha fazlasının) son 12 aydır bulunuyor olması ve başkalarının temel haklarına saldırıldığı ya da yaşa uygun başlıca toplumsal değerlerin ya da kuralların hiçe sayıldığı, yineleyici bir biçimde ya da sürekli olarak görülen bir davranış örüntüsü gerekliliği vurgulanmıştır. Tanı için belirtilerin bireyin günlük işlevselliğini bozması gerekmektedir. DB belirtileri 10 yaşından önce başlarsa ‘‘Çocuklukta Başlayan Tip’’, 10 yaşından sonra başlarsa ‘‘Ergenlikte Başlayan Tip’’ olarak belirtilir. Ayrıca DB başkalarına verdiği zarara göre hafif, orta ve ağır olmak üzere de üçe ayrılmıştır (3,9) Tablo 3’de DSM-IV’ e göre tanı ölçütleri gösterilmiştir.

**Tablo 3: DB için DSM-IV Tanı Ölçütleri**

**A. En azından bir tanı ölçütünün son 6 aydır bulunması koşuluyla aşağıdaki tanı ölçütlerinden üçünün (ya da daha fazlasının) son 12 aydır bulunuyor olması ile kendini gösteren, başkalarının temel haklarına saldırıldığı ya da yaşa uygun başlıca toplumsal değerlerin ya da kuralların hiçe sayıldığı, yineleyici bir biçimde ya da sürekli olarak görülen bir davranış örüntüsü:**

**İnsanlara ve hayvanlara karşı gösterilen saldırganlık**

- (1) çoğu zaman başkalarına kabadayılık eder, gözdağı verir ya da gözünü korkutur
- (2) çoğu zaman kavga-dövüş başlatır
- (3) başkalarının ciddi bir biçimde fiziksel olarak yaralanmasına neden olacak bir silah kullanmıştır (örn. Bir değnek, taş, kırık şişe, bıçak, tabanca)
- (4) insanlara karşı fiziksel olarak acımasız davranmıştır
- (5) hayvanlara karşı fiziksel olarak acımasız davranmıştır
- (6) başkasının göz önünde çalmıştır (örn. Saldırıp soyma, çanta kapıp kaçma, göz korkutularak alma, silahlı soygun)
- (7) birisini cinsel etkinlikte bulunması için zorlamıştır

**Eşyalara zarar verme**

- (8) ciddi hasar vermek amacıyla isteyerek yangın çıkarmıştır.
- (9) İsteyerek başkalarının malına mülküne zarar vermiştir (yangın çıkarma dışında).

**Dolandırıcılık ya da hırsızlık**

- (10) bir başkasının evine, binasına ya da arabasına zorla girmiştir
- (11) bir şey elde etmek, bir çıkar sağlamak ya da yükümlülüklerinden kaçınmak için çoğu zaman yalan söyler (yani başkalarını "atlatır")
- (12) hiç kimse görmeden değerli şeyler çalmıştır (örn. Kırmadan ve içeri girmeden mağazalardan mal çalma, sahtekarlık)

**Kuralları ciddi bir biçimde bozma (ihlal etme)**

- (13) 13 yaşından önce başlayarak, ailenin yasaklarına karşın çoğu zaman geceyi dışarıda geçirmektir.
- (14) anababasının ya da onların yerini tutan kişilerin evinde yaşarken en az iki kez geceleyin evden kaçmıştır (ya da uzun bir süre geri dönmemişse bir kez)
- (15) 13 yaşından önce başlayarak çoğu zaman okuldan kaçmıştır. başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer. (Örn: başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar)

**B. Bu davranış bozukluğu toplumsal, okuldaki ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan önemli derecede bozulmaya neden olur.**

**C. Kişi, 18 yaşında ya da daha ileri bir yaşta ise Antisosyal Kişilik Bozukluğunun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.**

### 2.3.2. Epidemiyolojik Veriler

DB çocukluk ve ergenlik döneminde hem epidemiyolojik çalışmalarda hem de çocuk psikiyatrisi kliniklerine yapılan başvurularda en sık görülen bozukluklardandır. DB mental ve yasal sorunlara yol açması; ileriki zamanlarda antisosyal kişilik bozukluğu, alkol-madde kullanım bozukluğu ve hatta daha kısa yaşam süresi göstermesi bakımından önemli bir bozukluktur (50, 61, 62).

DB prevalansı yapılan çalışmalarda 1-16% olarak bildirilmiştir (9, 63). Loeber ve ark. (1995) tarafından 10 yıl boyunca yapılan çalışmaların gözden geçirildiği bir araştırmada DB sıklığı toplum örnekleminde erkekler için 1.8-16%, kızlar için 0.8-9.2% olarak belirlenmiştir (64). Yaygınlık oranlarının çok geniş aralıklarda olması; yapılan çalışmalarda birbiri ile tutarsız tanı sistemlerinin kullanılmasına ve küçük, yetersiz örneklem sayısına bağlanmıştır (53).

Son yıllarda yapılan sistematik gözden geçirme ve meta-regresyon analiz çalışmasında; DB prevalansındaki farklılıklara etki eden özellikler araştırılmıştır. 1987-2008 yılları arasında KOKGB ve DB prevalansı konusunda yapılmış araştırmalardan 39 araştırma çalışmaya alınma ölçütlerini karşılamış, ancak 25 araştırmanın yeterli verilerine ulaşılmış ve 25 araştırma değerlendirmeye alınmıştır. DB nokta prevalansı %3,2 olarak saptanmıştır. DB prevalansında bozulma kriterinin aranıp aranmaması ve kullanılan tanı sistemi (DSM-III-R veya DSM-IV) prevalans oranı ile ilişkili bulunmuştur. Coğrafik bölge DB prevalans oranı ile ilişkili bulunmamıştır. Ancak araştırmaya alınan 25 araştırmadan 21'inin yani çok büyük bir

çoğunluğunun Avrupa ve Amerika'dan çalışmalar olmasının bu sonuca neden olmuş olabileceği belirtilmiştir (58).

DB' nun yaşam boyu prevalansını, başlangıcını, gidişini ve diğer psikiyatrik bozukluklar ile ilişkisini gözden geçiren bir araştırmada yüz yüze hane halkı araştırmasına katılan Amerika'ya sınırdaş 18 yaş üstü 9,282 İngilizce konuşan yetişkin ile gerçekleştirilmiştir (katılım oranı 70.9%). Araştırma iki bölümden oluşmuştur. Bölüm I demografik ve tanısal değerleri bütün 9,282 katılan kişiye yöneltmeyi, Bölüm II ise en azından Bölüm I' deki görüşme boyunca bir ruhsal bozukluk kriterini karşılayan bunlara ek olarak diğer katılanların muhtemel alt örnekleme olan kişilere yöneltilmiş ek soruları içermektedir. DB sadece Bölüm II' ye katılan 18-44 yaş arası 3,199 kişi arasında değerlendirilmiştir. Çalışmada ruhsal bozukluklar Dünya Sağlık Örgütü Uluslar Arası Birleşik Tanı Görüşmesi (Composite International Diagnostic Interview-CIDI) kullanılarak değerlendirilmiştir. Bütün katılımcılar ilk olarak ergenlikleri ve çocuklukları boyunca her DB semptomu varlığını ve ardından başlangıç yaşını, bu semptomların iyileşmesini, bunlara ek olarak bu semptomların geçmiş 12 ay içinde olup olmadığını kendileri rapor etmişlerdir. Çalışmanın sonucunda DB'nun yaşam boyu prevalansı 9.5% olarak hesaplanmıştır. Erkeklerde (12%) hastalığın kadınlara (7.1%) oranla daha sık görüldüğü belirlenmiştir. DB'nun ortalama başlama yaşı 11.6 (0.2) olarak saptanmıştır (65).

Yapılan çalışmalarda bozukluğun hem çocukluk hem de ergenlik döneminde erkeklerde kızlara oranla daha sık görüldüğü bulunmuş, erkek kız oranı 4/1 olarak saptanmıştır. Çocuklukta başlayan alt tipin ergenlikte başlayan alt tipe kıyasla daha çok erkekte görüldüğü ve kızlarda davranım sorunlarının ergenlik öncesinde arttığı belirlenmiştir (52, 53). Bozukluğun sıklığının sosyal ve ekonomik faktörlerden

etkilendiğini; daha çok alt sosyoekonomik sınıfa ait ailelerdeki ya da parçalanmış, bozuk işleyişe sahip ailelerdeki çocuklarda görüldüğü belirtilmiştir (50, 52).

DSM-IV kriterlerine göre tanı konan; en iyi tahmin yöntemi kullanılarak yapılan araştırmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. DB prevalansı Birleşik Arap Emirlikleri'nde 6-15 yaş grubunda 1.5% bulunmuştur (25). Brezilya'da 7-14 yaş grubu olguların değerlendirmeye alındığı bir çalışmada DB prevalansı 2.2% saptanmıştır (27). Diğer ülkelere bakıldığında en iyi tahmin yöntemi kullanılarak DB prevalansı Büyük Britanya'da 5-15 yaş grubunda 1.47% (2); İrlanda'da 12-15 yaş grubunda 1.2% (30); Güney Tayvan'da 13-15 yaş grubunda 2.5% (31) bulunmuştur.

Ülkemizde Trabzon ilinde 6-12 yaş grubunda 1226 ilkokul öğrencisinde aile ya da öğretmen ölçeklerine göre tanı konan bir çalışmada DB yaygınlığı 4.4% olarak bulunmuştur (35).

### **2.3.3. Etiyoloji**

DB' nun ortaya çıkışında kalıtılmış biyolojik yatkınlığın çok çeşitli çevresel etkenlerle etkileşiminin önemli olduğu düşünülmektedir. DB erkeklerde kızlara oranla daha sık görüldüğünden ve ailesel yükünlük bulunduğundan etiyolojide genetik etkenlerin üzerinde durulmuştur. Ancak ikiz çalışmaları ve evlat edinme çalışmaları genetik etkenlerin çok önemli oranda çevresel faktörlerle etkileşerek bozukluğun oluşumuna yol açtığını desteklemektedir (66).

DB olan çocuklar çoğunlukla düşük sosyoekonomik düzeydeki ya da parçalanmış ya da bozuk işleyişe sahip ailelerden gelmektedir. Ayrıca bu ailelerde

alkol- madde bağımlılığı ve antisosyal kişilik bozukluğu olan bireylere de sıklıkla rastlanmaktadır. Çocuğun büyütülmesi sırasında aşırı cezalandırılması ya da hiçbir engelleme ile karşılaşmamasının da DB' nun ortaya çıkışı ile ilgili olabileceği bildirilmektedir (66). Çocukluktan başlayarak özellikle tekrarlayıcı fiziksel ya da cinsel istismar olmak üzere sürekli şiddete maruz kalan çocukların saldırgan davranışlar açısından yüksek riske sahip olduğu bilinmektedir (64). Aile içi olumsuzlukların yanı sıra DB' nun ortaya çıkmasında etkili olabilecek çevresel etkenlerden de söz edilmektedir. DB belirtilerinin onaylandığı bazı alt kültürler ve çetelerin yaygın olduğu ortamlar bu tür çevresel etkenlere örnek verilebilir (66).

Yapılan nörobiyolojik çalışmalarda DB olan çocuklarda dopamini noradrenaline çeviren enzim olan dopamin beta hidrosilazın plazma düzeyinin düşük olduğu bulunmuştur. Bu bulgu DB'nda azalmış noradrenerjik işlevi desteklemektedir (64). Davranış ve dürtü kontrol sorunu olan insanlarla yapılan çalışmalarda serotonin ve serotonin yıkım ürünleri düzeyi düşük bulunmuştur (66).

#### **2.3.4. Komorbidite**

DB tanılı çocuk ve ergenlerde normal kontrollere oranla psikiyatrik hastalık görülme riski fazladır (49). DB tanılı çocuklara en sık eşlik eden ek tanılar KOKGB, DEHB, Anksiyete Bozuklukları ve Duygu Durum Bozukluklarıdır (53). KOKGB ve DB birbiriyle karşılıklı olarak çok yüksek oranda komorbidite göstermekte ayrıca KOKGB olan çocukların bir kısmının ileride DB tanısı aldıkları bilinmekte ve KOKGB' nun DB' nun hafif formu olduğu yaygın kabul görmektedir (53, 62).

### **2.3.5. Ayırıcı Tanı**

DB ayırıcı tanısında göz önüne alınması gereken en önemli bozukluk KOKGB'dur. DB'nda gözlenen bazı davranışlar KO-KGB olan çocuklarda da görülmektedir. DB olan çocukların 90%'ının aynı zamanda DB ölçütlerini karşılamasına rağmen KOKGB olan çocuklarda DB olan çocuklardan farklı olarak diğerlerinin haklarına ya da yaşa uygun toplumsal değerlere ya da kurallara saldırı yoktur (66). DEHB olan çocuklar sıklıkla rahatsız edici hiperaktif ve impulsif davranışlar sergilesele bile bu davranışlar yaşa uygun toplumsal değerleri ya da kuralları çiğnemez. Manik Epizod geçiren çocuklarda da irritabilite ve davranım sorunları sıklıkla olur. Bu davranım sorunları DB'ndan bipolar bozukluğun epizodik gidişi ve eşlik eden manik epizoda özgü belirtilerin olması ile ayrılır (66).

### **2.3.6. Tedavi**

DB' nun tedavisinde çocuk ve ergenle birlikte sorunlu davranışlarda etkisi olan çevrenin (aile, okul, toplum) de hedef alındığı çok boyutlu tedavi programları ile daha etkin sonuç elde edilebilmektedir (66). Çok boyutlu tedaviler; sosyal ve saldırganlık içermeyen tutumların ödüllendirilmesini içeren davranışçı müdahaleler, sosyal beceri eğitimleri, aile eğitimi ve terapisi ve farmakolojik yöntemleri kapsamaktadır (63). DB' nun tedavisinde özgül bir ilaç yoktur ancak çocuktaki öfke patlamaları ve saldırgan davranışlara yönelik olarak atipik antipsikotikler başta olmak üzere antidepresanlar, stimülanlar, beta blokerler, benzodiazepinler, lityum ve antikonvulzanlar düşünülebilir (66).



### **2.3.7. Gidiş ve Sonlanım**

Davranım Bozukluğu çocuk ve ergenlerde sosyal ve akademik yaşamı olumsuz yönde belirgin olarak etkiler. Bu çocuklar yasal sorunlar, madde kullanımı ya da fiziksel yaralanmalar için risk altındadırlar. Davranım Bozukluğu tanısı alan çocukların takip çalışmalarında ileriki yaşamda antisosyal kişilik bozukluğunun gelişme riskinin yüksek olduğu gösterilmiştir Erişkin dönemde ayrıca madde kullanım ve diğer psikiyatrik rahatsızlıkların görülme riski artmıştır (61, 63, 65). Davranım sorunları erken yaşlarda başlayan çocuklarda prognozun özellikle kötü olduğu bildirilmektedir (55, 64).

### 3. AMAÇ VE VARSAYIMLAR

#### 3.1. Çalışmanın Amacı

Erişkinlerle kıyaslandığında çocukluk ve ergenlik ile ilgili epidemiyolojik veriler daha azdır. Çocukluk ve ergenlik çağındaki psikiyatrik hastalıkların etiyojisi ve doğal seyrini anlamak için prevalans ve insidans ile ilgili verilere gerek duyulmaktadır (67, 68).

Literatürde çocuk ve ergenlik dönemi psikiyatrik bozukluklarının sıklığına ilişkin bilgilerin pek çoğu sadece ölçeklere dayalı tanı konulan veya sadece tek kaynaktan bilgi alınarak tanı konulan çalışmalardan oluşmaktadır. Epidemiyolojik verilerin daha sağlıklı olması bakımından öğretmen ve ebeveynlerden alınan bilgi ile çocuğun klinik psikiyatrik değerlendirilmesinin kombine edilmesi ve bozulma (impairment) ölçütünün göz önüne alınması durumunda yüksek düzeyde özgül tanı konulduğu bildirilmektedir (2, 69).

Çalışmamızın amacı; son derece genç bir nüfusa sahip olan ülkemizde DEHB, KOKGB ve DB prevalansının epidemiyolojik çalışmalar için önerilen en iyi yöntemsel özellikler kullanılarak saptanmasıdır. Ayrıca tüm olgulara DEHB ve KOKGB tanıları için önerilen DSM-V tanı sistemi kriterleri kullanılarak DSM-IV ve DSM-V tanı sistemlerinin aynı örnekleme prevalans oranını nasıl etkileyeceğinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

### 3.2. Varsayımlar

- 1- DEHB, KOKGB ve DB' nun erkeklerde kızlardan daha sık olacağı öngörülmektedir.
- 2- DEHB sıklığının üst sınıflarda azalacağı düşünülmüştür.
- 3- DEHB ve KOKGB' nun sıklığının aynı örnekleme iki kademeli değerlendirme (two-stage evaluation) yöntemiyle elde edilen sonuçlar ile karşılaştırmanın değerli olacağı düşünülmüştür. Bu araştırmada tarama yöntemi olarak “ve” sistemi kullanıldığı yani hem aile hem de öğretmenin doldurduğu ölçeklerde tanı alanlar ikinci değerlendirmeye alındığı için katı bir prevalans değerlendirme sistemi kullanılmıştır. Yine İzmir Merkez İlçe örnekleminde aynı grubun tek kademeli değerlendirme (one-stage evaluation) yöntemiyle değerlendirilmesinin DEHB ve KOKGB sıklığını çok daha iyi belirleyeceği öngörülmektedir.
- 4- Tüm olgulara DEHB ve KOKGB tanıları için önerilen DSM-5 tanı sistemi kriterlerinin ayrıca kullanılması DSM-IV ve DSM-5 tanı sistemlerinin aynı örnekleme prevalans oranını nasıl etkileyeceğini karşılaştırma açısından değerli olacağı öngörülmektedir.

## **4. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ**

### **4.1. Araştırmanın Tipi**

Çalışmamız, ilköğretim öğrencileri arasında DEHB, KOKGB ve DB sıklığını araştıran kesitsel epidemiyolojik bir araŐtırmadır.

### **4.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma, İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğü tarafından sosyoekonomik sınıflandırma göz önünde bulundurularak basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiş olan 12 ilköğretim okulunda yasal izinler alındıktan sonra 2011 Mayıs - 2012 Mayıs tarihleri arasında yapılmıştır.

### **4.3. Çalışmaya Alınan İlköğretim Okulları**

- Güzelyalı İlköğretim Okulu
- Mudafa-i Hukuk İlköğretim Okulu
- Dokuz Eylül İlköğretim Okulu
- Şehit Fazıl Bey İlköğretim Okulu
- Mehmetçik İlköğretim Okulu
- Fatih Mehmet İlköğretim Okulu
- Zafer İlköğretim Okulu
- Murat Reis İlköğretim Okulu
- Vali Kazım Paşa İlköğretim Okulu
- Kahramanlar İlköğretim Okulu
- Kazım Karabekir İlköğretim Okulu
- Boğaziçi İlköğretim Okulu

#### 4.4. Araştırma Örnekleme

Bu araştırma Türkiye'nin üçüncü büyük şehri olan İzmir merkez ilçede gerçekleştirilmiştir. Toplam nüfusu 405.580 olan İzmir merkez ilçede 66 devlet ilköğretim okulu bulunmakta ve toplam öğrenci sayısı 45.292 ve 1., 2., 3., 4., ve 5. sınıfların toplam öğrenci sayısı 27.080'dir. 1. sınıfların öğrenci sayısı 5.581, 2. sınıfların öğrenci sayısı 5.018, 3. sınıfların öğrenci sayısı 5.226, 4. sınıfların öğrenci sayısı 5.751 ve 5. sınıfların öğrenci sayısı 5.504'dür. Örneklem belirlenirken toplam 27.080 öğrenci örneklemeden %5 hata payıyla, alfa (t) %1 olarak alınmış, çocuklarda psikiyatrik hastalık prevalansı %20 öngörülerek belirlenmiştir. Örneklem belirlenebilmesi için Rohde ve ark. (70) tarafından önerilen aşağıdaki formül kullanılmıştır:

$$n = N t^2 pq / d^2 (N-1) + t^2 pq$$

**n:** Örneklem alınacak birey sayısı

**N:** Hedef kitledeki birey sayısı

**t:** Belirli bir anlamlılık düzeyinde t tablosuna göre bulunan teorik değer

**p:** İncelenen olayın görülme sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

**q:** İncelenen olayın görülmemiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

**d:** Olayın görülme sıklığına göre kabul edilen örneklem hatası

Yapılan hesaplama sonucu 419 olgunun çalışmaya alınması planlanmıştır. Toplam 66 okul içerisindeki 12 okul, İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğü tarafından resmi sınıflamaya göre alt/orta/üst sosyoekonomik gruba göre belirlenmiştir. Bu 12 okuldan 1., 2., 3., 4. ve 5. sınıflardan rastgele örneklem alınması yöntemiyle 419 olgu seçilmiştir. Dönem başı listeye göre kura ile belirlenen 419 olgudan iki olguya şehir dışındaki okullara nakil oldukları için ulaşılammıştır. Ulaşılammayan iki öğrenciden biri 1. sınıf erkek, diğeri 2. sınıf kız olgudur. Böylece toplam 417 olgu değerlendirilmiştir. Yasal izinler alındıktan sonra çalışmaya katılan tüm çocukların ebeveynlerinden bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

#### **4.4.1. Çalışma İçin İşleme Kriterleri**

Çalışmada yer almak için verilecek onay formunu anne babanın ve çocuğun okuyup çalışmaya katılmak istemesi.

#### **4.4.2. Çalışma İçin Dışlama Kriterleri**

Çalışmada yer almak için gönüllü olmamak, gönüllülerin herhangi bir nedenle çalışmadan ayrılmak istemesi, gönüllülerin gerekli formları doldurmaması ya da verilen randevulara gelmemesi.

## 4.5. Yöntem

İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğü ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alındıktan sonra araştırmanın uygulamaları başlatılmıştır. Araştırma, Milli Eğitim İl Müdürlüğü tarafından sosyoekonomik sınıflandırma göz önünde bulundurularak basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiş olan 12 ilköğretim okulunda yapılmıştır.

Yasal izinler alındıktan sonra çalışmada yer alan tüm okulların yöneticileri ve rehber öğretmenleriyle toplantı yapılarak çalışma ekibi tarafından çalışma ve yöntem anlatılmıştır. Çalışmaya katılan tüm çocukların ebeveynlerinden bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır. Anne-baba ve öğretmen ölçekleri eksiksiz olan 417 olgunun tamamı çalışmaya alınmıştır.

### 4.5.1. Araştırmanın Uygulanması

İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğü tarafından resmi sınıflamaya göre alt/orta/üst sosyoekonomik gruba göre belirlenen 12 okuldaki rastgele örneklem alınması yöntemiyle 419 olgu kura çekilerek seçilmiştir. Dönem başı listeye göre kura ile belirlenen 419 olgudan iki olguya şehir dışındaki okullara nakil oldukları için ulaşılamamıştır. Ulaşılamayan iki öğrenciden biri 1. sınıf erkek, diğeri 2. sınıf kız olgudur. Böylece toplam 417 olgu değerlendirmeye alınarak yanıt oranı (response rate) 99.5% olarak saptanmıştır.



Seçilen 417 olguya DSM-IV esas alınarak bağımsız bir klinisyen tarafından Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (K-SADS-PL) uygulanmıştır. En iyi tahmin yöntemi (Best estimate procedure) (71) kullanılarak, yani öğretmen ve ebeveyn ölçekleri, ebeveynle yapılan yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme sonuçları (K-SADS-PL), olguya psikiyatrik görüşme, bozulma kriteri için ebeveyn ve öğretmenle görüşmenin sonuçları bir araya getirilip son değerlendirmenin yapılması sonucunda tanı konulmuştur. Bozulma (impairment) kriteri değerlendirmesi aile ve öğretmenle görüşülerek yapılmıştır. Bozulma kriteri değerlendirilirken ebeveynden kardeş ilişkileri, arkadaş ilişkileri, okul ödevlerini yapma ve genel olarak çocuğun evdeki uyumu sorgulanmıştır. Öğretmenden, olgunun genel olarak sorunlu olup olmadığı, okulda arkadaş ilişkileri, genel ders başarısı, benlik saygısı sorgulanmıştır.. Bütün alanlar ‘hiç sorun yok’, ‘biraz sorunlu’ ve ‘çok sorunlu’ olarak sınıflanmış olup bir alanda ‘çok sorunlu’ veya iki alanda ‘biraz sorunlu’ bozulma pozitif olarak değerlendirilmiştir. Bozulma (impairment) kriterinin değerlendirmesinde benzer yaklaşımlar daha önce yapılmış olan epidemiyolojik çalışmalarda da kullanılmıştır (72, 73).

Araştırmamızda iyi belirlenmiş ve yeterli sayıdaki bir okul örneklemeyle, DSM-IV tanı ölçütleri kullanılarak, yarı yapılandırılmış tanı görüşmesi kullanılarak (K-SADS-PL), çocuk, ebeveyn ve öğretmenden bilgi alınarak, bozulma kriteri göz önüne alınarak DEHB, KOKGB ve DB prevalansı belirlenmiştir. Ek olarak DEHB ve KOKGB için önerilen DSM-5 Tanı Ölçütleri kullanılarak ek bir değerlendirmenin yapılması tanı sistemlerini karşılaştırmamıza olanak vermiştir.

## **4.6. Araçlar**

Tanı ve ek tanıları koyabilmek için aşağıdaki araçlar kullanılmıştır.

### **4.6.1. Sosyodemografik Bilgi Formu:**

Çalışmaya alınacak çocuklara, ailelerine ilişkin özelliklerin sorgulandığı bir sosyodemografik veri formudur.

### **4.6.2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli - Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) [Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children- Present and Lifetime Version, K-SADS-PL]:**

CDŞG-ŞY, çocuk ve ergenlerin DSM-III-R ve DSM-IV (8, 9) tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve şu andaki psikopatolojilerini saptamak amacıyla Kaufman ve ark. (74) tarafından geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. Türkiye versiyonu ise Gökler ve ark. tarafından (75) 2004 yılında yapılmıştır. Uygulaması her bir görüşme için 50-80 dakika sürmektedir. Form üç bölümden oluşmaktadır. 'Yapılandırılmamış başlangıç görüşmesi' olarak adlandırılan ilk bölümde çocuğun demografik bilgileri, sağlık durumu, şu andaki yakınması, geçmişte aldığı psikiyatrik tedavilere ilişkin bilgilerle birlikte çocuğun okuldaki durumu, hobileri, arkadaş ve aile ilişkileri gibi bilgiler edinilir. İkinci bölüm olan 'tanı amaçlı tarama görüşmesi' 200 kadar özgül belirti ve davranışı değerlendirir. Her bir belirtiyi değerlendirmek için belli tarayıcı sorular ve değerlendirme ölçütleri verilmiştir. Tarama görüşmesi ile pozitif belirtiler varsa tanıyı doğrulamak amacıyla beş tanı alanında ek puanlama

yapılmaktadır: Duygulanım Bozuklukları, Psikotik Bozukluklar, Anksiyete Bozuklukları, Davranış Bozuklukları, Madde Kötüye Kullanımı ve diğer bozukluklar.

Her bir ek belirti listesi, tarama soruları ve bozukluğun şimdiki ve geçmişteki en ağır ataklarını değerlendirmek üzere ölçütler içermektedir. Her bir tanı için DSM-III-R ve DSM-IV (8,9) tanı ölçütleri verilmiştir. Çocuğun şu andaki işlev düzeyini belirlemek için düzenlenen üçüncü bölüm ise 'çocuklar için genel değerlendirme ölçeği' olarak adlandırılır (74).

CDŞG-ŞY belirti şiddetini "yok", "eşik altı" ve "eşik" şeklinde derecelendirir. CDŞG-ŞY tanı konulan bireylerde belirtilerin varlığına ilişkin bilgi verir, belirtilerin şiddetini değerlendirmez. Belirtilerin eşik altı düzeyde var olması bir bozukluk tanısı koymak için yeterli olmasa da, belirli durumlar için daha ileri araştırma yapmak için uyarıcı olabilir. Psikotik belirtiler ya da belli bir tanı ile ilişkili belirti kümelerinde eşik altı değerler dikkate alınır. CDŞG-ŞY, anne-baba ve çocuğun kendisiyle görüşme yoluyla uygulanır ve en sonunda tüm kaynaklardan (anne-baba, çocuk, okul v.b.) alınan bilgiler doğrultusunda değerlendirme yapılır. Ergenlik öncesi döneme uygulanırken önce anne-baba ile görüşme yapılır. Ergenlerle çalışılıyorsa, önce ergenin kendisi ile görüşülür. Eğer farklı kaynaklardan gelen bilgiler arasında uyumsuzluk varsa klinisyen kendi klinik yargısını kullanır (74). Ölçek bu çalışmada ilk olarak birincil bakım veren kişi, ardından çocuk olmak üzere 417 olguya başka bir klinisyen tarafından uygulanmıştır.

CDŞG-ŞY, Major Depresyon, Distimi, Mani, Hipomani, Siklotimi, Bipolar Bozukluk, Şizoaffektif Bozukluklar, Şizofreni, Şizofreniform Bozukluk, Kısa Tepkisel Psikoz, PB, Agorafobi, AAB, Kaçınma Bozukluğu, Basit Fobi, Sosyal Fobi, YAB, OKB, DEHB, Davranım Bozukluğu, Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, Enürezis, Enkoprezis, Anoreksiya Nervoza, Bulimiya, Gecici Tik Bozuklukları, Tourette Bozukluğu, Kronik Motor ya da Vokal Tik Bozukluğu, Alkol Kötüye Kullanımı, Madde Kötüye Kullanımı, TSSB ve Uyum Bozukluğu temel tanıları içerir (74).

#### **4.6.3. Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV' e dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (DEYDB DSM-IV Değerlendirme Ölçeği)**

DSM-IV ölçütlerine göre geliştirilen, dikkat eksikliğini sorgulayan 9, aşırı hareketliliği sorgulayan 6, dürtüsellik sorgulayan 3, Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu'nu sorgulayan 8 ve Davranım Bozukluğu'nu sorgulayan 15 maddeden oluşmaktadır (76). Ölçek, DSM-IV ölçütlerinin anlamını değiştirmeden soru şekline dönüştürülmesi şeklinde geliştirilmiştir. DEHB düşünülen çocukların anne, baba ve öğretmenleri tarafından doldurulmaktadır. Her madde için 0=yok, 1=biraz, 2=fazla, 3=çok fazla seçenekleri bulunmaktadır. Ercan ve ark. tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (77). Belirlenmiş olan 417 öğrencinin aile ve öğretmenleri tarafından klinik görüşme öncesinde doldurulmuştur.

#### **4.6.4. 4-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği: Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) (Child Behavior Check-List = CBCL):**

4-18 yaş arası çocuk ve gençlerin yeterlilik alanları ve sorun davranışlarını anne ve babadan alınan bilgiler doğrultusunda belirlemek amacıyla Achenbach ve Edelbrock (1983) tarafından geliştirilmiştir (78). Ölçeğin ilk Türkçe çevirisi Akçakın (1985) tarafından yapılmıştır (79). Daha sonra ölçeğin 1991 formu (80) Erol ve ark. (1995) tarafından ülkemize uyarlanarak geçerliliği ve güvenilirliği gösterilmiştir (81).

Ölçek, “Sosyal Yeterlilik” ve “Sorun Davranışlar” olmak üzere iki ana bölümden oluşmaktadır (81). Sosyal Yeterlilik Ölçeği; etkinlik, sosyallik ve okul alt ölçeklerinden oluşur. Etkinlik alt ölçeği; spor etkinlikleri, spor dışı ilgi alanları ve uğraşları, ev ya da ev dışında çocuğun üstlendiği işleri içerir. Sosyallik alt ölçeği; üye olunan kulüp ve kuruluşları, arkadaş ve kardeş ilişkilerini sorgular. Okul alt ölçeği; çocuğun okuldaki başarısı, sorunları, etkinliklere katılımını araştırır. Etkinlik, sosyallik ve okul alt ölçeklerinin toplamından “Toplam Yeterlilik” alt puanı elde edilir. Sorun Davranışlar Ölçeği; ölçeğin ikinci bölümünde; çocuk ve gençlerde görülen, duygusal ve davranışsal sorunları tanımlayan 118 maddeden oluşan sorular bulunmaktadır. Bu sorulara ait veriler kendi aralarında birleştirilerek çeşitli alt ölçek grupları oluşur. Son 6 aydaki görülme sıklığına göre ‘0, 1, 2’ şeklinde derecelendirilir. İçe yönelim ve dışa yönelim olarak iki ayrı davranış belirti puanı elde edilir. İçe yönelim grubu; sosyal içe çekilme, somatik yakınmalar, anksiyete-depresyon alt ölçeklerinden oluşur. Dışa yönelim grubu; suça yönelik davranışlar ve saldırgan davranışlar alt testlerinin toplamından oluşur. Ayrıca her iki gruba da girmeyen; sosyal sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları da alt testlerin

diğerlerini oluşturmaktadır. Toplam problem davranış puanı, bu ölçeklerin toplamından elde edilir.

Tanı koyucu bir özelliği olmayan ÇDDÖ (CBCL), davranışların standart biçimde tanımlanmasını sağlar. Günümüzde Amerika Birleşik Devletleri'nde yaygın olarak kullanılan ve farklı ülkelerde standardizasyon ve adaptasyonu yapılmış bir ölçektir.

Ölçek anne, baba veya yakınlardan biri tarafından doldurulabilir. Sorun davranışlardan oluşan ikinci bölümde, sekiz maddenin üstünde boş bırakılan testler geçersiz sayılır. Testi alanın en az ilkokulu bitirmiş olması yeğlenir. Eğitim düzeyi yetersiz olan veya okuma yazma bilmeyen anne, baba ya da yakınlar form bir görüşmeci tarafından uygulanabilir.

Veriler mevcut bilgisayar programına puanlanarak girilmektedir. Her hasta için etkinlik, okul yeterliliği ve toplam yeterlilik skorlarıyla, sosyal içe çekilme, somatik yakınmalar, anksiyete-depresyon, suça yönelik davranışlar, saldırgan davranışlar, içe yönelim, dışa yönelim ve toplam davranış sorunları skorları elde edilir. Bu skorlar cinsiyet ve yaşlarına göre Türk toplumu için bulunan standartlarla karşılaştırılabilir.

ÇDDÖ, belirlenmiş olan 417 öğrencinin aileleri tarafından klinik görüşme öncesinde doldurulmuştur.

#### 4.6.5. Öğretmen Bilgi Formu (ÖBF) (Teacher's Report Form / TRF):

ÖBF, 5-18 yaş grubu öğrencilerin okula uyumunu ve sorun davranışlarını öğretmenlerden elde edilen bilgiler doğrultusunda standart bir biçimde değerlendirebilmek amacıyla Achenbach tarafından geliştirilmiştir (80). Ölçeğin 1991 formunun ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirliği Erol tarafından yapılmıştır (82).

Ölçek, öğrenci ile bilgilerin yanı sıra okul ve uyum işlevlerine yönelik de bilgi sağlar. Ölçeğin uyum işlevlerine yönelik birinci bölümü okul başarısı, sıkı çalışma, uygun davranışlar ve mutluluğa yönelik alt testlerden oluşur. Bu alt testlerin toplamından toplam uyum puanı elde edilir.

Ölçeğin sorun davranışlarını sorgulayan ikinci bölümü 113 problem maddesinden oluşmaktadır. Sorun davranışlar son 6 ayda görülme sıklık derecesine göre 0, 1, 2 olarak derecelendirilir. İçe yönelim ve dışa yönelim olarak iki ayrı davranış belirti puanı elde edilir. İçe yönelim grubu; sosyal içe çekilme, somatik yakınmalar, anksiyete-depresyon alt ölçeklerinden oluşur. Dışa yönelim grubu; suça yönelik davranışlar ve saldırgan davranışlar alt testlerinin toplamından oluşur.

Ayrıca her iki gruba da girmeyen; sosyal sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları da ölçekte yer alan diğer alt testlerdir. Toplam problem davranış puanı, bu ölçeklerin toplamından elde edilir. Ölçek belirlenmiş olan 417 öğrencinin öğretmenleri tarafından klinik görüşme öncesinde doldurulmuştur.

## 4.7. İstatistiksel Yöntem

### 4.7.1. İstatistiksel Değerlendirmelerde Kullanılan Program

Verilerin değerlendirilmesi SPSS (The Statistical Package for Social Sciences) 15.0 programı kullanılarak yapılmıştır.

### 4.7.2. İstatistiklerde Kullanılan Değerlendirme Yöntemleri

İstatistiksel değerlendirmede kategorik veriler için çapraz tablolar oluşturulup, Ki-kare (Pearson Chi-Square) analizi yapılmıştır. Numerik değişkenler için gruplar arası farklılığın kontrolünü değerlendirmek amacıyla Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Veriler sayı, yüzde, median ve IR şeklinde özetlenmiştir. İstatistik önemlilik eşik düzeyi olarak 0.05 alınmıştır.

Güven aralığının alt ve üst değerleri için aşağıdaki Binomial Confidence Interval formülü kullanılmıştır:

$$p \pm Z_C \sqrt{\frac{p(1-p)}{n}}$$

**p** = Bulunan sıklık değeri x 0.01

**n** = Örneklem sayısı

**Z<sub>C</sub>** = 1.96 (%95 güven aralığı için verilen standart değer



## 5. BULGULAR

### 5.1. Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmamızda örneklemin 419 kişi ile yapılması planlanmıştır. Örneklem seçimi sonucu dönem başı listelere göre kura çekilerek belirlenen 419 olgudan 2 olguya şehir dışındaki okullara nakil oldukları için ulaşamamıştır. Ulaşamayan iki öğrenciden biri birinci sınıf erkek, diğeri ikinci sınıf kız olgudur. Böylece toplam 417 olgu değerlendirmeye alınarak yanıt oranı (response rate) 99.5% olarak saptanmıştır.

Olguların 54%'ü (225) erkek, 46%'sı (192) kız olgulardan oluşmuştur. Örneklem grubunun 18.7%'si (78) birinci sınıf öğrencilerinden, 19.7%'si (82) ikinci sınıf öğrencilerinden, 19.9%'u (83) üçüncü sınıf öğrencilerinden, 19.7%'si (82) dördüncü sınıf öğrencilerinden, 19.7%'si (82) beşinci sınıf öğrencilerinden ve 2.4%'ü (10) devamsız öğrencilerden oluşmuştur. Dönem başı listeye göre kura çekilerek belirlenen öğrencilerden okula devam etmeyen 10 olgunun 5 tanesi birinci sınıf, 1 tanesi ikinci sınıf, 1 tanesi üçüncü sınıf, 1 tanesi dördüncü sınıf, 2 tanesi beşinci sınıf öğrencilerindedir.

Örneklem grubunun yaş aralığı 6-14 arasında bulunmuştur. Örneklem grubunun yaş ortalaması 9.1 (SS=1.4) olarak saptanmıştır. Cinsiyetlere göre bakıldığında kızların yaş ortalaması 9.0 (SS=1.5), erkeklerin yaş ortalaması 9.2 (SS=1.4); sınıflara göre bakıldığında birinci sınıf öğrencilerinin yaş ortalaması 7.1 (SS=0.4), ikinci sınıf öğrencilerinin yaş ortalaması 8.1 (SS=0.4), üçüncü sınıf öğrencilerinin yaş ortalaması 9.2 (SS=0.4), dördüncü sınıf öğrencilerinin yaş

ortalaması 10.2 (SS=0.4), beşinci sınıf öğrencilerinin yaş ortalaması 11.1 (SS=0.4), devamsız öğrencilerin yaş ortalaması 9.2 (2.2) olarak hesaplanmıştır.

Örneklem grubunun cinsiyet, sınıflar ve yaşa göre dağılımı tablo-4’de gösterilmiştir.

**Tablo-4:** Örneklem Grubunun Cinsiyet, Sınıf ve Yaşlara Göre Dağılımı

	NO	%	YAŞ Ortalama (Standart Sapma)
<b>Cinsiyet</b>			
Kız	192	54	9.0 (1.5)
Erkek	225	46	9.2 (1.4)
<b>Toplam</b>	<b>417</b>	<b>100</b>	<b>9.1 (1.4)</b>
<b>Sınıf</b>			
1.sınıf	78	18.70	7.1 (0.4)
2.sınıf	82	19.7	8.1 (0.4)
3.sınıf	83	19.90	9.2 (0.4)
4.sınıf	82	19.7	10.2 (0.4)
5.sınıf	82	19.7	11.1 (0.4)
Devamsız	10	2.4	9.2 (2.2)
<b>Toplam</b>	<b>417</b>	<b>100</b>	<b>9.1 (1.4)</b>

## 5.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, Davranım Bozukluğu Toplam ve Cinsiyete Göre Prevalans Oranları

Çalışmamızda yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme (K-SADS-PL) sonucunda 91 olguya DEHB, 18 olguya KOKGB, 8 olguya DB tanıları konulmuştur. DSM-IV Davranım Bozukluğu’nun varlığında KOKGB tanısına izin vermediği için; hem KOKGB hem DB tanısı alan (“Kapsayıcı (inclusive) KOKGB tanısı”) 8 olgu toplam sayıdan çıkarılmış ve DSM-IV’e göre KOKGB tanısı alan 10 olgu kalmıştır.

Sadece yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme (K-SADS-PL) sonucunda DEHB prevalansı 21.8%, KOKGB prevalansı 2.4%, DB prevalansı 1.9% olarak bulunmuştur.

Yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme (K-SADS-PL) sonuçlarına ek olarak ebeveyn ve öğretmenle görüşmenin sonucunda tek ortamda semptomlardan kaynaklanan işlevsellikte bozulma saptanan olgular değerlendirildiğinde 82 olgu DEHB, 10 olgu KOKGB, 8 olgu DB tanıları almaya devam etmiştir. Tek ortamda semptomlardan kaynaklanan işlevsellikte bozulma alan olgular değerlendirildiğinde DEHB prevalansı 19.7%, KOKGB prevalansı 2.4%, DB prevalansı 1.9% olarak hesaplanmıştır.

En iyi tahmin yöntemi kullanılarak, yani yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme sonuçları (K-SADS-PL; Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam boyu Versiyonu-Türkçe Uyarlaması), olgu ve ebeveyn ile görüşme, öğretmen ve ebeveyn ölçekleri, bozulma kriterlerine yönelik ebeveyn ve öğretmenle görüşmenin sonuçları bir araya getirilip her iki alanda da işlevsellikte bozulma saptanan olgular değerlendirildiğinde 53 olgu DEHB, 13 olgu KOKGB, 8 olgu DB tanıları almaya devam etmiştir. En iyi tahmin yöntemi (best estimated procedure) kullanıldığında DEHB prevalansı 12.7%, KOKGB prevalansı 1.2%, DB prevalansı 1.9% olarak saptanmıştır.

Tüm olgulara DEHB ve KO- KGB için önerilen DSM-5 Tanı Ölçütleri kullanılarak yapılan değerlendirme sonucunda 93 olguya DEHB, 21 olguya KOKGB tanıları konulmuştur. Önerilen DSM-5 Tanı Ölçütlerine göre DEHB prevalansı 22.3%, KOKGB prevalansı 5% olarak hesaplanmıştır.

Önerilen DSM-5 Tanı Ölçütleri Davranım Bozukluğu'nun varlığında KOKGB tanısına izin verdiği için DB alan olgular da değerlendirmeye alınmıştır. Önerilen DSM-5 Tanı Ölçütlerine göre görüşme ve tek ortamda semptomlardan kaynaklanan işlevsellikte bozulma saptanan olgular değerlendirildiğinde 83 olgu DEHB, 21 olgu KOKGB tanıları almaya devam etmiştir. Tek ortamda semptomlardan kaynaklanan işlevsel bozulma saptanan olgular değerlendirildiğinde DEHB prevalansı 19.9%, KOKGB prevalansı 5% olarak saptanmıştır.

Her iki ortamda da semptomlardan kaynaklanan bozulma saptanan olgular değerlendirildiğinde DEHB tanısı alan 53 olgu, KOKGB tanısı alan 15 olgu kalmıştır ve DEHB prevalans oranı 12.7%, KOKGB prevalansı 3.6% olarak belirlenmiştir.

Erkekler ve kızlar kendi gruplarında değerlendirildiğinde sadece yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme (K-SADS-PL) sonucunda DEHB prevalansı erkeklerde 28.9%, kızlarda 13.5%, KOKGB prevalansı erkeklerde 2.7%, kızlarda 2.1%, DB prevalansı erkeklerde 3.1%, kızlarda 0.5% olarak hesaplanmıştır. Ek olarak tek ortamda semptomlardan kaynaklanan işlevsellikte bozulma alan olgular değerlendirildiğinde ise DEHB prevalansı erkeklerde 27.6%, kızlarda 10.5%, KOKGB prevalansı erkeklerde 2.7%, kızlarda 2.1%, DB prevalansı erkeklerde 3.1%, kızlarda 0.5% olarak bulunmuştur. En iyi tahmin yöntemi (best estimated procedure) kullanıldığında ise DEHB prevalansı erkeklerde 17.3%, kızlarda 7.3%, KOKGB prevalansı erkeklerde 1.8%, kızlarda 0.5%, DB prevalansı erkeklerde 3.1%, kızlarda 0.5% olarak saptanmıştır.

Önerilen DSM-5 Tanı Ölçütlerine göre DEHB prevalansı erkeklerde 29.3%, kızlarda 14.1%, KOKGB prevalansı erkeklerde 7.6%, kızlarda 4%, olarak

saptanmıştır. Önerilen DSM-5 Tanı Ölçütlerine ek olarak tek ortamda semptomlardan kaynaklanan işlevsellikte bozulma alan olgular değerlendirildiğinde ise DEHB prevalansı erkeklerde 27.6%, kızlarda 10.9%, KOKGB prevalansı erkeklerde 7.6%, kızlarda 4%, olarak bulunmuştur.

Önerilen DSM-5 Tanı Ölçütlerine ek olarak iki ortamda da semptomlardan kaynaklanan işlevsellikte bozulma alan olgular değerlendirildiğinde ise DEHB prevalansı erkeklerde 17.3%, kızlarda 7.3%, KOKGB prevalansı erkeklerde 5.8%, kızlarda 1%, olarak saptanmıştır.

Yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme sonuçları (K-SADS-PL), önerilen DSM-5 Tanı Ölçütleri kullanılarak yapılan görüşme sonuçları, tek ortamda semptomlardan kaynaklanan işlevsellikte bozulmayı içeren sonuçlar ve iki ortamda semptomlardan kaynaklan işlevsellikte bozulmayı da içeren en iyi tahmin yöntemi (best estimated procedure) kullanılarak hesaplanan sonuçlar ile belirlenen prevalans oranları ve cinsiyetlere göre belirlenen prevalans oranları tablo 5’de gösterilmiştir.

**Tablo 5:** Olguların DEHB, KOKGB ve DB Prevalans Oranları

	TOPLAM			ERKEK			KIZ		
	N	%	%95 C.I.	N	%	%95 C.I.	N	%	%95 C.I.
<b>DSM-IV</b>									
<b>DEHB</b>									
<b>Prevalans</b>	91	21.8	21.760-21.839	65	28.9	28.840-28.959	26	13.5	13.451-13.548
<b>Prevalans 1</b>	82	19.7	19.661-19.738	62	27.6	27.541-27.658	20	10.4	10.356-10.443
<b>Prevalans 2</b>	53	12.7	12.668-12.731	39	17.3	17.250-17.349	14	7.3	7.263-7.336
<b>KO- KGB</b>									
<b>Prevalans</b>	10	2.4	2.385-2.414	6	2.7	2.678-2.721	4	2.1	2.079-2.120
<b>Prevalans 1</b>	10	2.4	2.385-2.414	6	2.7	2.678-2.721	4	2.1	2.079-2.120
<b>Prevalans 2</b>	5	1.2	1.189-1.210	4	1.8	1.782-1.817	1	0.5	0.490-0.509
<b>DB</b>									
<b>Prevalans</b>	8	1.9	1.886-1.913	7	3.1	3.077-3.122	1	0.5	0.490-0.509
<b>Prevalans 1</b>	8	1.9	1.886-1.913	7	3.1	3.077-3.122	1	0.5	0.490-0.509
<b>Prevalans 2</b>	8	1.9	1.886-1.913	7	3.1	3.077-3.122	1	0.5	0.490-0.509
<b>DSM-V</b>									
<b>DEHB</b>									
<b>Prevalans*</b>	93	22.3	22.260-22.339	66	29.3	29.240-29.359	27	14.1	14.050-14.149
<b>Prevalans 1*</b>	83	19.9	19.861-19.938	62	27.6	27.541-27.658	21	10.9	10.855-10.944
<b>Prevalans 2*</b>	53	12.7	12.668-12.731	39	17.3	17.250-17.349	14	7.3	7.263-7.336
<b>KO- KGB</b>									
<b>Prevalans*</b>	21	5.0	4.979-5.020	17	7.6	7.565-7.634	4	2.1	2.079-2.120
<b>Prevalans 1*</b>	21	5.0	4.979-5.020	17	7.6	7.565-7.634	4	2.1	2.079-2.120
<b>Prevalans 2*</b>	15	3.6	3.582-3.617	13	5.8	5.769-5.830	2	1	0.985-1.014

**C.I.:** Confidence Interval

**Prevalans:** K-SADS-PL ile değerlendirme sonucu bulunan sıklık

**Prevalans 1:** K-SADS-PL+ Öğretmen veya ebeveyn ile yapılan bozulma (impairment) değerlendirmesi sonucu bulunan sıklık

**Prevalans 2:** K-SADS-PL+ Öğretmen ve ebeveynin her ikisi ile yapılan bozulma (impairment) değerlendirmesi sonucu bulunan sıklık

**Prevalans\*:** Önerilen DSM-5 Tanı Ölçütleri ile değerlendirme sonucu bulunan sıklık

**Prevalans1\*:** Önerilen DSM-5 Tanı Ölçütleri+ Öğretmen veya ebeveyn ile yapılan bozulma (impairment) değerlendirmesi sonucu bulunan sıklık

**Prevalans2\*:** Önerilen DSM-5 Tanı Ölçütleri+ Öğretmen ve ebeveynin her ikisi ile yapılan bozulma (impairment) değerlendirmesi sonucu bulunan sıklık

### **5.3. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, Davranım Bozukluğu Tanısı Konan Olguların Cinsiyete Göre Dağılımları**

Çalışmamızda yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme (K-SADS-PL) sonucunda; DEHB tanısı konan olguların 71.4%'ü erkek, 28.6%'sı kız, erkek/kız oranı=3.1 ( $x^2=0.000$ ,  $p<0.001$ ); KOKGB tanısı konan olguların 60%'i erkek, 40%'i kız, erkek/kız oranı=1.5 ( $x^2=0.759$ ,  $p=0.477$ ); DB tanısı konan olguların 87.5%'i erkek, 12.5%'i kız, erkek/kız oranı=7 ( $x^2=0.075$ ,  $p=0.055$ ) olarak hesaplanmıştır.

Yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme (K-SADS-PL) sonuçlarına ek olarak ebeveyn ve öğretmenle görüşmenin sonucunda tek ortamda semptomlardan kaynaklanan işlevsellikte bozulma saptanan olgular değerlendirildiğinde; DEHB tanısı konan olguların 75.6%'sı erkek, 24.4%'ü kız, erkek/kız oranı=3.1 ( $x^2=0.000$ ,  $p<0.001$ ) saptanırken. KOKGB ve DB için oranlar değişmemiştir.

Yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme (K-SADS-PL) sonuçlarına ek olarak her iki ortamda da semptomlardan kaynaklan işlevsellikte bozulma saptanan olgular değerlendirildiğinde ise DEHB tanısı konan olguların 73.6%'sı erkek, 26.4%'ü kız, erkek/kız oranı=2.8 ( $x^2=0.003$ ,  $p<0.05$ ); KOKGB tanısı konan olguların 80%'i erkek, 20%'si kız, erkek/kız oranı=4 ( $x^2=0.380$ ,  $p=0.239$ ) bulunurken; DB için oranlar değişmemiştir.

Önerilen DSM-5 Tanı Ölçütlerine göre klinik görüşme sonucunda DEHB tanısı alan olguların %71'i erkek, 29%'u kız, erkek/kız oranı=2.4 ( $x^2=0.000$ ,  $p<0.001$ ); KOKGB tanısı konan olguların 81%'i erkek, 19%'u kız, erkek/kız oranı=4.2

( $\chi^2=0.012$ ,  $p<0.05$ ) olarak bulunmuştur. Klinik görüşmeye ek olarak tek ortamda semptomlardan kaynaklanan işlevsellikte bozulma saptanan olgular değerlendirildiğinde DEHB tanısı alan olguların 74.7%'si erkek, 25.3%'ü kız, erkek/kız oranı=2.9 ( $\chi^2=0.000$ ,  $p<0.001$ ) saptanırken; KOKGB için oranlar değişmemiştir.

Önerilen DSM-5 Tanı Ölçütlerine göre yapılan klinik görüşme sonuçlarına ek olarak her iki ortamda da semptomlardan kaynaklan işlevsellikte bozulma saptanan olgular ele alındığında ise DEHB tanısı alan olguların %73.6'sı erkek, 26.4%'u kız, erkek/kız oranı=2.8 ( $\chi^2=0.003$ ,  $p<0.05$ ); KOKGB tanısı konan olguların 86.7%'si erkek, 13.3%'u kız, erkek/kız oranı=6.5 ( $\chi^2=0.015$ ,  $p<0.05$ ) olarak belirlenmiştir.

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, Davranım Bozukluğu saptanan olguların cinsiyete göre dağılımları tablo 6'da gösterilmiştir.



**Tablo 6:** DEHB, KOKGB ve DB Saptanan Olguların Cinsiyete Göre Dağılımları

	Erkek		Kız		e/k	$\chi^2$	p
	N	%	n	%			
<b>DSM-IV</b>							
<b>DEHB</b>							
Prevalans	65	71.4	21	28.6	3.1	0.000	<0.001
Prevalans1	62	75.6	20	24.4	3.1	0.000	<0.001
Prevalans2	39	73.6	14	26.4	2.8	0.003	<0.05
<b>KO-KGB</b>							
Prevalans	6	60	4	40	1.5	0.759	0.477
Prevalans1	6	60	4	40	1.5	0.759	0.477
Prevalans2	4	80	1	20	4	0.380	0.239
<b>DB</b>							
Prevalans	7	87.5	1	12.5	7	0.075	0.055
Prevalans1	7	87.5	1	12.5	7	0.075	0.055
Prevalans2	7	87.5	1	12.5	7	0.075	0.055
<b>DSM-V</b>							
<b>DEHB</b>							
Prevalans*	66	71	27	29	2.4	0.000	<0.001
Prevalans 1*	62	74.7	21	25.3	2.9	0.000	<0.001
Prevalans 2*	39	73.6	14	26.4	2.8	0.003	<0.05
<b>KO-KGB</b>							
Prevalans*	17	81	4	19	4.2	0.012	<0.05
Prevalans 1*	17	81	4	19	4.2	0.012	<0.05
Prevalans 2*	13	86.7	2	13.3	6.5	0.015	<0.05

**İstatistiksel analiz:** Ki-kare,  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur

**Prevalans:** K-SADS-PL ile değerlendirme sonucu bulunan sıklık

**Prevalans 1:** K-SADS-PL+ Öğretmen veya ebeveyn ile yapılan bozulma (impairment) değerlendirmesi sonucu bulunan sıklık

**Prevalans 2:** K-SADS-PL+ Öğretmen ve ebeveynin her ikisi ile yapılan bozulma (impairment) değerlendirmesi sonucu bulunan sıklık

**Prevalans\*:** Önerilen DSM-5 Tanı Ölçütleri ile değerlendirme sonucu bulunan sıklık

**Prevalans1\*:** Önerilen DSM-5 Tanı Ölçütleri+ Öğretmen veya ebeveyn ile yapılan bozulma (impairment) değerlendirmesi sonucu bulunan sıklık

**Prevalans2\*:** Önerilen DSM-5 Tanı Ölçütleri+ Öğretmen ve ebeveynin her ikisi ile yapılan bozulma (impairment) değerlendirmesi sonucu bulunan sıklık

**DEHB:** Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu **KOKGB:** Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

**DB:** Davranım Bozukluğu

#### **5.4. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, Davranım Bozukluğu Sınıflara Göre Prevalans Oranları**

Sınıflar kendi gruplarında değerlendirildiğinde sadece yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme (K-SADS-PL) sonucunda DEHB prevalansı birinci sınıflarda 21.8%, ikinci sınıflarda 13.5%, üçüncü sınıflarda 20.5%, dördüncü sınıflarda 26.8%, beşinci sınıflarda 22%, devamsız öğrencilerde 60%; KOKGB prevalansı birinci sınıflarda 1.3%, ikinci sınıflarda 0%, üçüncü sınıflarda 3.6%, dördüncü sınıflarda 4.9%, beşinci sınıflarda 0%, devamsız öğrencilerde 50%; DB prevalansı birinci sınıflarda 2.6%, ikinci sınıflarda 1.4%, üçüncü sınıflarda 1.2%, dördüncü sınıflarda 2.4%, beşinci sınıflarda 0%, devamsız öğrencilerde 10% olarak hesaplanmıştır.

Tek ortamda semptomlardan kaynaklanan işlevsellikte bozulma alan olgular alındığında ise DEHB prevalansı birinci sınıflarda 20.5%, ikinci sınıflarda 11%, üçüncü sınıflarda 20.5%, dördüncü sınıflarda 22%, beşinci sınıflarda 19.5%, devamsız öğrencilerde 60% olarak bulunmakla birlikte KOKGB ve DB için oranlar değişmemiştir.

En iyi tahmin yöntemi (best estimated procedure) kullanıldığında ise DEHB prevalansı birinci sınıflarda 14.2%, ikinci sınıflarda 7.3%, üçüncü sınıflarda 14.5%, dördüncü sınıflarda 11%, beşinci sınıflarda 11%, devamsız öğrencilerde 60%; KOKGB prevalansı birinci sınıflarda 1.3%, ikinci sınıflarda 0%, üçüncü sınıflarda 1.2%, dördüncü sınıflarda 1.2%, beşinci sınıflarda 0%, devamsız öğrencilerde 50% olarak saptanırken DB için sonuçlar değişmemiştir.

Önerilen DSM-5 Tanı Ölçütlerine göre sınıflar kendi gruplarında değerlendirildiğinde DEHB prevalansı birinci sınıflarda 23.1%, ikinci sınıflarda 14.6%, üçüncü sınıflarda 20.5%, dördüncü sınıflarda 26.8%, beşinci sınıflarda 22%, devamsız öğrencilerde 60%; KOKGB prevalansı birinci sınıflarda 5.1%, ikinci sınıflarda 2.4%, üçüncü sınıflarda 7.2%, dördüncü sınıflarda 6.1%, beşinci sınıflarda 1.2%, devamsız öğrencilerde 30% olarak bulunmuştur.

Önerilen DSM-5 Tanı Ölçütlerine ek olarak tek ortamda semptomlardan kaynaklanan işlevsellikte bozulma saptanan olgular değerlendirildiğinde; DEHB prevalansı birinci sınıflarda 21.8%, ikinci sınıflarda 11%, üçüncü sınıflarda 20.5%, dördüncü sınıflarda 22%, beşinci sınıflarda 19.5%, devamsız öğrencilerde 60% hesaplanırken, KOKGB için oranlar değişmemiştir.

Sınıflar kendi gruplarında değerlendirildiğinde, önerilen DSM-5 Tanı Ölçütlerine ek olarak iki ortamda da semptomlardan kaynaklanan işlevsellikte bozulma belirlenen olgularda DEHB prevalansı birinci sınıflarda 14.1%, ikinci sınıflarda 7.3%, üçüncü sınıflarda 14.5%, dördüncü sınıflarda 11%, beşinci sınıflarda 11%, devamsız öğrencilerde 60%; KOKGB prevalansı birinci sınıflarda 3.8%, ikinci sınıflarda 2.4%, üçüncü sınıflarda 3.6%, dördüncü sınıflarda 3.7%, beşinci sınıflarda 1.2%, devamsız öğrencilerde 30% olarak saptanmıştır.

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, Davranım Bozukluğu saptanan olguların sınıflara göre prevalans oranları Tablo 7’de gösterilmiştir.

**Tablo 7:** Olguların Sınıflara Göre DEHB, KOKGB ve DB Prevalans Oranları

	1.sınıf		2.sınıf		3.sınıf		4.sınıf		5.sınıf		Devamsız	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>DSM-IV</b>												
<b>DEHB</b>												
Prevalans	17	21.8	11	13.4	17	20.5	22	26.8	18	22	6	60
Prevalans1	16	20.5	9	11	17	20.5	18	22	16	19.5	6	60
Prevalans2	11	14.1	6	7.3	12	14.5	9	11	9	11	6	60
<b>KO-KGB</b>												
Prevalans	1	1.3	0	0	3	3.6	4	4.9	0	0	2	50
Prevalans1	1	1.3	0	0	3	3.6	4	4.9	0	0	2	50
Prevalans2	1	1.3	0	0	1	1.2	1	1.2	0	0	2	50
<b>DB</b>												
Prevalans	2	2.6	2	2.4	1	1.2	2	2.4	0	0	1	10
Prevalans1	2	2.6	2	2.4	1	1.2	2	2.4	0	0	1	10
Prevalans2	2	2.6	2	2.4	1	1.2	2	2.4	0	0	1	10
<b>DSM-V</b>												
<b>DEHB</b>												
Prevalans*	18	23.1	12	14.6	17	20.5	22	26.8	18	22	6	60
Prevalans1*	17	21.8	9	11	17	20.5	18	22	16	19.5	6	60
Prevalans2*	11	14.1	6	7.3	12	14.5	9	11	9	11	6	60
<b>KO-KGB</b>												
Prevalans*	4	5.1	2	2.4	6	7.2	5	6.1	1	1.2	3	30
Prevalans1*	4	5.1	2	2.4	6	7.2	5	6.1	1	1.2	3	30
Prevalans2*	3	3.8	2	2.4	3	3.6	3	3.7	1	1.2	3	30

**Prevalans:** K-SADS-PL ile değerlendirme sonucu bulunan sıklık

**Prevalans 1:** K-SADS-PL+ Öğretmen veya ebeveyn ile yapılan bozulma (impairment) değerlendirmesi sonucu bulunan sıklık

**Prevalans 2:** K-SADS-PL+ Öğretmen ve ebeveynin her ikisi ile yapılan bozulma (impairment) değerlendirme sonucu bulunan sıklık

**Prevalans\*:** Önerilen DSM-5 Tanı ölçütleri ile değerlendirme sonucu bulunan sıklık

**Prevalans1\*:** Önerilen DSM-5 Tanı Ölçütleri+ Öğretmen veya ebeveyn ile yapılan bozulma (impairment) değerlendirme sonucu bulunan sıklık

**Prevalans2\*:** Önerilen DSM-5 Tanı Ölçütleri+ Öğretmen ve ebeveynin her ikisi ile yapılan bozulma (impairment) değerlendirme sonucu bulunan sıklık

**DEHB:** Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

**KOKGB:** Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu **DB:** Davranım Bozukluğu

## **5.5. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, Davranım Bozukluğu Tanısı Konan Olguların Sınıflara Göre Dağılımı**

Çalışmamızda devamlı öğrenciler değerlendirildiğinde yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme (K-SADS-PL) sonucunda; DEHB tanısı konan olguların 20%’si (n=17) birinci sınıf, 12.9%’u (n=11) ikinci sınıf, 20%’si (n=17) üçüncü sınıf, 25.9%’u (n=22) dördüncü sınıf, 21.2%’si (n=18) beşinci sınıf öğrencilerden (p=0,328); KO-KGB tanısı konan olguların 12.5%’i (n=1) birinci sınıf, 37.5%’i (n=3) üçüncü sınıf, 50%’si (n=4) dördüncü sınıf öğrencilerden (p=0.083); DB tanısı konan olguların 28.6%’sı (n=2) birinci sınıf, 28.6%’sı (n=2) ikinci sınıf, 14.3%’ü (n=1) üçüncü sınıf, 28.6%’sı (n=2) dördüncü sınıf öğrencilerden (p=0.663) oluşmuştur. Yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme sonucunda DEHB, KOKGB ve DB tanısı konan olguların sınıflara göre dağılımı değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Devamlı öğrencilerde yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme (K-SADS-PL) sonuçlarına ek olarak ebeveyn ve öğretmenle görüşmenin sonucunda tek ortamda semptomlardan kaynaklanan işlevsellikte bozulma saptanan olgular değerlendirildiğinde; DEHB tanısı konan olguların 21.1%’i (n=16) birinci sınıf, 11.8%’i (n=9) ikinci sınıf, 22.4%’ü (n=17) üçüncü sınıf, 23.7%’si (n=18) dördüncü sınıf, 21.1%’i (n=16) beşinci sınıf öğrencilerden (p=0,383) oluşurken KO-KGB ve DB için oranlar değişmemiştir.

Yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme (K-SADS-PL) sonuçlarına ek olarak ebeveyn ve öğretmenle görüşmenin sonucunda tek ortamda semptomlardan kaynaklanan işlevsellikte bozulma olan DEHB, KO-KGB ve DB tanısı konan

olguların sınıflara göre dağılımı değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Her iki ortamda da semptomlardan kaynaklan işlevsellikte bozulma saptanan olgular değerlendirildiğinde ise DEHB tanısı konan olguların 23.4%'ü (n=11) birinci sınıf, 12.8%'i (n=6) ikinci sınıf, 25.5%'i (n=12) üçüncü sınıf, 19.1%'si (n=9) dördüncü sınıf, 19.1%'i (n=9) beşinci sınıf öğrencilerden (p=0,613); KO-KGB tanısı konan olguların 33.3%'ü (n=1) birinci sınıf, 33.3%'ü (n=1) üçüncü sınıf, 33.3%'ü (n=1) dördüncü sınıf öğrencilerden (p=0,728) oluşurken DB için oranlar değişmemiştir. Yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme (K-SADS-PL) sonuçlarına ek olarak her iki ortamda da semptomlardan kaynaklan işlevsellikte bozulma saptanan olguların değerlendirilmesi sonucunda DEHB, KO-KGB ve DB tanısı konan olguların sınıflara göre dağılımı değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Önerilen DSM-5 Tanı Ölçütlerine göre devamlı öğrencilerde klinik görüşme sonucunda DEHB tanısı alan olguların 20.7%'si (n=18) birinci sınıf, 13.8%'i (n=12) ikinci sınıf, 19.5%'i (n=17) üçüncü sınıf, 23.4%'ü (n=22) dördüncü sınıf, 20.7%'si (n=18) beşinci sınıf öğrencilerden (p=0.425); KOKGB tanısı konan olguların 22.2%'si (n=4) birinci sınıf, 11.1%'i (n=2) ikinci sınıf, 33.3%'ü (n=6) üçüncü sınıf, 27.8%'i (n=5) dördüncü sınıf, 5.6%'si (n=1) beşinci sınıf öğrencilerden (p=0.294) oluşmuştur.

Önerilen DSM-5 Tanı Ölçütlerine göre devamlı öğrencilerde klinik görüşme sonucunda DEHB ve KOKGB tanısı alan olguların sınıflara göre dağılımı

değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Klinik görüşmeye ek olarak tek ortamda semptomlardan kaynaklanan işlevsellikte bozulma saptanan olgular değerlendirildiğinde DEHB tanısı alan olguların 22.1%'i (n=17) birinci sınıf, 11.7%'si (n=9) ikinci sınıf, 22.1%'i (n=17) üçüncü sınıf, 21.7%'si (n=18) dördüncü sınıf, 20.8%'i (n=16) beşinci sınıf öğrencilerinden (p=0.350); saptanırken KOKGB için oranlar değişmemiştir. Önerilen DSM-5 Tanı Ölçütlerine göre devamlı öğrencilerde yapılan klinik görüşmeye ek olarak tek ortamda semptomlardan kaynaklanan işlevsellikte bozulma saptanması sonucunda DEHB ve KOKGB tanısı alan olguların sınıflara göre dağılımı değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Klinik görüşme sonuçlarına ek olarak her iki ortamda da semptomlardan kaynaklan işlevsellikte bozulma saptanan olgular ele alındığında ise DEHB tanısı alan olguların 23.4%'ü (n=11) birinci sınıf, 12.8%'i (n=6) ikinci sınıf, 25.5%'i (n=12) üçüncü sınıf, 19.1%'si (n=9) dördüncü sınıf, 19.1%'i (n=9) beşinci sınıf öğrencilerden (p=0,613); KOKGB tanısı konan olguların 25%'i (n=3) birinci sınıf, 16.7%'si (n=2) ikinci sınıf, 25%'i (n=3) üçüncü sınıf, 25%'i (n=3) dördüncü sınıf, 8.3%'ü (n=1) beşinci sınıf öğrencilerinden (p=0.840) oluşmuştur.

Önerilen DSM-5 Tanı Ölçütlerine göre devamlı öğrencilerde yapılan klinik görüşme sonuçlarına ek olarak her iki ortamda da semptomlardan kaynaklan işlevsellikte bozulma belirlenmesi sonucunda DEHB ve KO-KGB tanısı alan

olguların sınıflara göre dağılımı değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, Davranım Bozukluğu saptanan devamlı olguların sınıflara göre dağılımları tablo 8’de gösterilmiştir.



**Tablo 8:** DEHB, KOKGB ve DB Saptanan Olguların Sınıflara Göre Dağılımı

	1.SINIF		2.SINIF		3.SINIF		4.SINIF		5.SINIF		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	
<b>DSM-IV</b>													
<b>DEHB</b>													
Prevalans	17	20	11	12.9	17	20	22	25.9	18	21.2	85	100	0.328
Prevalans1	16	21.1	9	11.8	17	22.4	18	23.7	16	21.1	76	100	0.383
Prevalans2	11	23.4	6	12.8	12	25.5	9	19.1	9	19.1	47	100	0.613
<b>KO-KGB</b>													
Prevalans	1	12.5	0	0	3	37.5	4	50	0	0	8	100	0.083
Prevalans	1	12.5	0	0	3	37.5	4	50	0	0	8	100	0.083
Prevalans	1	33.3	0	0	1	33.3	1	33.3	0	0	3	100	0.728
<b>DB</b>													
Prevalans	2	28.6	2	28.6	1	14.3	2	28.6	0	0	7	100	0.663
Prevalans	2	28.6	2	28.6	1	14.3	2	28.6	0	0	7	100	0.663
Prevalans	2	28.6	2	28.6	1	14.3	2	28.6	0	0	7	100	0.663
<b>DSM-V</b>													
<b>DEHB</b>													
Prevalans*	18	20.7	12	13.8	17	19.5	22	23.4	18	20.7	87	100	0.425
Prevalans1*	17	22.1	9	11.7	17	22.1	18	21.7	16	20.8	77	100	0.350
Prevalans2*	11	23.4	6	12.8	12	25.5	9	19.1	9	19.1	47	100	0.613
<b>KO-KGB</b>													
Prevalans*	4	22.2	2	11.1	6	33.3	5	27.8	1	5.6	18	100	0.294
Prevalans1*	4	22.2	2	11.1	6	33.3	5	27.8	1	5.6	18	100	0.294
Prevalans2*	3	25	2	16.7	3	25	3	25	1	8.3	12	100	0.840

**İstatistiksel analiz:** Ki-kare,  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

**Prevalans:** K-SADS-PL ile değerlendirme sonucu tanı konan olgular

**Prevalans 1:** K-SADS-PL+ Öğretmen veya ebeveyn ile yapılan bozulma değerlendirmesi sonucu tanı konan olgular

**Prevalans 2:** K-SADS-PL+ Öğretmen ve ebeveynin her ikisi ile yapılan bozulma değerlendirmesi sonucu tanı konan olgular

**Prevalans\*:** Önerilen DSM-5 Tanı Ölçütleri ile değerlendirme sonucu tanı konan olgular

**Prevalans1\*:** Önerilen DSM-5 Tanı Ölçütleri+ Öğretmen veya ebeveyn ile yapılan bozulma değerlendirmesi sonucu tanı konan olgular

**Prevalans2\*:** Önerilen DSM-5 Tanı Ölçütleri+ Öğretmen ve ebeveynin her ikisi ile yapılan bozulma değerlendirmesi sonucu tanı konan olgular

**DEHB:** Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu **KOKGB:** Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

**DB:** Davranım Bozukluğu

## **5.6. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, Davranım Bozukluğu Tanısı Konan Olguların Ailesel Özellikleri**

Yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme sonuçları, olgu ve ebeveyn ile görüşme, bozulma kriterlerine yönelik ebeveyn ve öğretmenle görüşmenin sonuçları bir araya getirilip son değerlendirmenin yapılması sonucunda DEHB, KO-KGB, DB tanısı alan ve almayan olguların ebeveynlerinin medeni durumları karşılaştırılmıştır.

DEHB tanısı alan olguların ebeveynlerinin 81.1%'inin evli (n=43) ve 18.9%'unun boşanmış (n=10) olduğu görülürken; DEHB tanısı almayan olguların ebeveynlerinin ise 90.4%'ünün evli (n=329), 9.4%'ünün boşanmış (n=35) olduğu belirlendi. DEHB tanısı alan ve almayan grupların ebeveynlerinin medeni durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). DEHB (+) olguların DEHB (-) olgulara oranla daha çok boşanmış ebeveyne sahip oldukları bulunmuştur.

KOKGB tanısı alan olguların ebeveynlerinin 40%'inin evli (n=2) ve 60%'inin boşanmış (n=3) olduğu belirlenmiştir. KOKGB tanısı almayan olguların ebeveynlerinin ise 89.8%'inin evli (n=370) ve 10.2%'inin boşanmış olduğu saptanmıştır. KOKGB tanısı alan ve almayan grupların ebeveynlerinin medeni durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). KOKGB (+) olguların KOKGB (-) olgulara oranla ebeveynlerinin boşanma oranının daha fazla olduğu belirlenmiştir.

DB saptanan olguların ebeveynlerinin 100%'ünün evli (n=8) olduğu bulunurken; DB saptanmayan olguların ebeveynlerin ise 89%'unun evli (n=364) ve 11%'inin boşanmış (n=45) olduğu belirlenmiştir. DB tanısı alan ve almayan grupların ebeveynlerinin medeni durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p=0.398).

Tablo 9'da DEHB, KOKGB ve DB tanısı alan ve almayan gruplarda ebeveyn medeni durumu dağılımı gösterilmiştir.

**Tablo 9:** DEHB, KOKGB ve DB Tanısı Alan ve Almayan Olgularda Ebeveynlerin Medeni Durumlarının Dağılımı

MEDENİ DURUM							P
	Evli		Boşanmış		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
DEHB (+)	43	81.1	10	18.9	53	100	
DEHB (-)	329	90.4	35	9.6	364	100	<0.05
<b>Toplam</b>	<b>372</b>	<b>89.2</b>	<b>45</b>	<b>10.8</b>	<b>417</b>	<b>100</b>	
KOKGB (+)	2	40	3	60	5	100	
KOKGB (-)	370	89.8	42	10.2	412	100	<0.05
<b>Toplam</b>	<b>372</b>	<b>89.2</b>	<b>45</b>	<b>10.8</b>	<b>417</b>	<b>100</b>	
DB (+)	8	100	0	0	8	100	
DB (-)	364	89	45	11	409	100	0.398
<b>Toplam</b>	<b>372</b>	<b>89.2</b>	<b>45</b>	<b>10.8</b>	<b>417</b>	<b>100</b>	

**İstatistiksel analiz:** Ki-kare, p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

**DEHB:** : Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

**KOKGB:** Karşıt Olma- Karşı Gelme Bozukluğu

**DB.** Davranım Bozukluğu

Yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme sonuçları, olgu ve ebeveyn ile görüşme, bozulma kriterlerine yönelik ebeveyn ve öğretmenle görüşmenin sonuçları bir araya getirilip son değerlendirmenin yapılması sonucunda DEHB, KOKGB, DB tanısı alan ve almayan olguların sosyoekonomik düzeyleri karşılaştırılmıştır.

DEHB tanısı konulan gruptaki olguların 18.9%'unun üst sosyoekonomik düzeyde (n=10), 20.8%'inin orta sosyoekonomik düzeyde (n=11) ve 60.4%'ünün alt sosyoekonomik düzeyde (n=32) olduğu saptandı. DEHB tanısı konulmayan grupta ise olguların 35.7%'sinin üst sosyoekonomik düzeyde (n=130), 35.2%'sinin orta sosyoekonomik düzeyde (n=128) ve 29.1%'inin alt sosyoekonomik düzeyde (n=106) olduğu bulunmuştur. Buna göre DEHB tanısı alan ve almayan gruplar arasında sosyoekonomik düzey açısından değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p<0,001$ ). DEHB (+) grubun DEHB (-) gruba oranla daha alt sosyoekonomik kesimde yaşadıkları bulunmuştur.

KOKGB tanısı alan gruptaki olguların 40%'ının üst sosyoekonomik düzeyde (n=2), 20%'sinin orta sosyoekonomik düzeyde (n=1), 40%'ının alt sosyoekonomik düzeyde (n=2) olduğu belirlenirken; KOKGB tanısı almayan grupta ise olguların 33.5%'inin üst sosyoekonomik düzeyde (n=138), 33.5%'inin orta sosyoekonomik düzeyde (n=138) ve 33%'ünün alt sosyoekonomik düzeyde (n=130) olduğu saptanmıştır. Buna göre KOKGB tanısı alan ve almayan gruplar arasında sosyoekonomik düzey açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ( $p=0.817$ ).

DB tanısı alan gruptaki olguların 12.5%'inin orta sosyoekonomik düzeyde (n=1), 87.5%'inin alt sosyoekonomik düzeyde (n=7) olduğu saptanırken; DB tanısı

almayan grupta ise olguların 34.2%'sinin üst sosyoekonomik düzeyde (n=140), 33.7%'inin orta sosyoekonomik düzeyde (n=138) ve 32%'ünün alt sosyoekonomik düzeyde (n=131) olduğu bulunmuştur. Buna göre DB tanısı alan ve almayan gruplar arasında sosyoekonomik düzey açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. (p<0,05). DB (+) grubun DB (-) gruba oranla daha alt sosyoekonomik kesimde yaşadıkları bulunmuştur.

DEHB, KOKGB ve DB tanısı alan ve almayan olguların sosyoekonomik düzey açısından karşılaştırılması Tablo 10'da gösterilmiştir.

**Tablo 10:** DEHB, KOKGB ve DB Tanısı Alan ve Almayan Olguların Sosyoekonomik Düzey Açısından Karşılaştırılması

	SOSYOEKONOMİK DÜZEY								p
	ÜST		ORTA		ALT		Toplam		
	N	%	n	%	n	%	n	%	
DEHB (+)	10	18.9	11	20.8	32	60.4	53	100	
DEHB (-)	130	35.7	128	35.2	106	29.1	364	100	<0.001
<b>Toplam</b>	<b>140</b>	<b>33.6</b>	<b>139</b>	<b>33.3</b>	<b>138</b>	<b>33.1</b>	<b>417</b>	<b>100</b>	
KOKGB (+)	2	40	1	20	2	40	5	100	
KOKGB (-)	138	33.3	138	33.5	136	33	412	100	0.817
<b>Toplam</b>	<b>140</b>	<b>33.6</b>	<b>139</b>	<b>33.3</b>	<b>138</b>	<b>33.1</b>	<b>417</b>	<b>100</b>	
DB (+)	0	0	1	12.5	7	87.5	8	100	
DB (-)	140	34.2	138	33.7	131	32	409	100	<0.05
<b>Toplam</b>	<b>140</b>	<b>33.6</b>	<b>139</b>	<b>33.3</b>	<b>138</b>	<b>33.1</b>	<b>417</b>	<b>100</b>	

**İstatistiksel analiz:** Ki-kare, p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

**DEHB:** Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

**KOKGB:** Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

**DB:** Davranım Bozukluğu

Son değerlendirmenin yapılması sonucunda DEHB, KOKGB, DB tanısı alan ve almayan olguların ebeveynlerinin eğitim düzeyleri karşılaştırılmıştır. DEHB tanısı alan olguların annelerinin 28.3%'ünün eğitimsiz (n=15), 58.5%'inin ilkokul mezunu (n=31), 5.7%'sinin ortaokul mezunu (n=3), 3.8%'inin lise mezunu (n=2) ve

3.8%'inin üniversite mezunu (n=2) olduğu belirlenmiştir.. DEHB tanısı almayan gruptaki olguların annelerinin 12.9%'unun eğitimsiz (n=47), 49%'sinin ilkokul mezunu (n=178), 8.3%'ünün ortaokul mezunu (n=30), 19.3%'ünün lise mezunu (n=70) ve 10.5%'inin üniversite mezunu (n=38) olduğu bulunmuştur. DEHB tanısı alan ve almayan gruplar arasında annelerin eğitim düzeylerinin dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p <0.05). DEHB (+) grubun DEHB(-) gruba oranla anne eğitim düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur.

KOKGB tanısı konulan olguların annelerinin 20%'sinin eğitimsiz (n=1), 60%'ının ilkokul mezunu (n=3), 20%'sinin üniversite mezunu (n=1) olduğu bulunurken; KO- KGB tanısı konulmayan gruptaki olguların annelerinin 14.8%'inin eğitimsiz (n=61), 50.1%'inin ilkokul mezunu (n=206), 8%'inin ortaokul mezunu (n=33), 17.5%'inin lise mezunu (n=72) ve 9.5%'inin üniversite mezunu (n=39) olduğu belirlenmiştir. KOKGB tanısı alan ve almayan gruplar arasında annelerin eğitim düzeylerinin dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0.730).

DB tanılı olguları annelerinin 50%'sinin eğitimsiz (n=4), 50%'sinin ilkokul mezunu (n=4) olduğu saptanırken; DB tanısı konulmayan gruptaki olguların annelerinin 14.2%'sinin eğitimsiz (n=58), 50.2%'sinin ilkokul mezunu (n=205), 8.1%'inin ortaokul mezunu (n=33), 17.6%'sının lise mezunu (n=72) ve 9.8%'inin üniversite mezunu (n=40) olduğu belirlenmiştir. DB tanısı alan ve almayan gruplar arasında annelerin eğitim düzeylerinin dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p <0.05). DB (+) grubun DB(-) gruba oranla anne eğitim düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur.

Tablo 11’de DEHB, KOKGB, DB tanısı alan ve almayan olguların annelerinin eğitim düzeyleri özetlenmiştir.

**Tablo 11:** DEHB, KOKGB, DB Tanısı Alan ve Almayan Olguların Annelerinin Eğitim Düzeylerinin Dağılımı

	Yok		İlkokul		Ortaokul		Lise		Üniversite		Toplam		P
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
DEHB (+)	15	28.3	31	58.5	3	5.7	2	3.8	2	3.8	53	100	
DEHB (-)	47	12.9	178	49	30	8.3	70	19.3	38	10.5	363	100	<0.05
<b>Toplam</b>	<b>62</b>	<b>14.9</b>	<b>209</b>	<b>50.2</b>	<b>33</b>	<b>7.9</b>	<b>72</b>	<b>17.3</b>	<b>40</b>	<b>9.6</b>	<b>416</b>	<b>100</b>	
KOKGB (+)	1	20	3	60	0	0	0	0	1	20	5	100	
KOKGB (-)	61	14.8	206	50.1	33	8	72	17.5	39	9.5	411	100	0.730
<b>Toplam</b>	<b>62</b>	<b>14.9</b>	<b>209</b>	<b>50.2</b>	<b>33</b>	<b>7.9</b>	<b>72</b>	<b>17.3</b>	<b>40</b>	<b>9.6</b>	<b>416</b>	<b>100</b>	
DB (+)	4	50	4	50	0	0	0	0	0	0	8	100	
DB (-)	58	14.2	205	50.2	33	8.1	72	17.6	40	9.8	408	100	<0.05
<b>Toplam</b>	<b>62</b>	<b>14.9</b>	<b>209</b>	<b>50.2</b>	<b>33</b>	<b>7.9</b>	<b>72</b>	<b>17.3</b>	<b>40</b>	<b>9.6</b>	<b>416</b>	<b>100</b>	

**İstatistiksel analiz:** Ki-kare,  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

**DEHB:** Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

**KOKGB:** Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu

**DB:** Davranım Bozukluğu

DEHB tanısı alan olguların babalarının 11.3%’ünün eğitimsiz (n=6), 67.9%’unun ilkokul mezunu (n=36), 5.7%’sinin ortaokul mezunu (n=3), 11.3%’ünün lise mezunu (n=6) ve 3.8%’inin üniversite mezunu (n=2) olduğu belirlenirken; DEHB tanısı almayan gruptaki olguların babalarının 5.5%’inin eğitimsiz (n=20), 42.9%’unun ilkokul mezunu (n=156), 11.3%’ünün ortaokul mezunu (n=41), 26.1%’inin lise mezunu (n=95) ve 14.3%’ünün üniversite mezunu (n=52) olduğu bulunmuştur. DEHB tanısı alan ve almayan gruplar arasında babaların eğitim düzeylerinin dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). DEHB (+) grubun DEHB(-) gruba oranla baba eğitim düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur.

KOKGB tanısı konulan olguların babalarının 20%'sinin eğitimsiz (n=1), 60%'ının ilkokul mezunu (n=3), 20%'sinin üniversite mezunu (n=1) olduğu bulunurken; KO- KGB tanısı konulmayan gruptaki olguların babalarının 6.1%'inin eğitimsiz (n=25), 45.9%'unun ilkokul mezunu (n=189), 10.7%'sinin ortaokul mezunu (n=44), 24.5%'inin lise mezunu (n=101) ve 12.9%'inin üniversite mezunu (n=53) olduğu belirlenmiştir. KOKGB tanısı alan ve almayan gruplar arasında babaların eğitim düzeylerinin dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0.447).

DB tanılı olguların babalarının 12.5%'inin eğitimsiz (n=1), 75%'inin ilkokul mezunu (n=6) ve 12.5%'inin lise mezunu (n=1) olduğu saptanırken; DB tanısı konulmayan gruptaki olguların babalarının 6.1%'inin eğitimsiz (n=25), 45.5%'inin ilkokul mezunu (n=186), 10.8%'inin ortaokul mezunu (n=44), 24.4%'inin lise mezunu (n=100) ve 13.2%'sinin üniversite mezunu (n=54) olduğu bulundu.. DB tanısı alan ve almayan gruplar arasında babaların eğitim düzeylerinin dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0.357).



Tablo 12’de DEHB, KOKGB, DB tanısı alan ve almayan olguların babalarının eğitim düzeylerinin dağılımı özetlenmiştir.

**Tablo 12:** DEHB, KOKGB, DB Tanısı Alan ve Almayan Olguların Babalarının Eğitim Düzeylerinin Dağılımı

	Yok		İlkokul		Ortaokul		Lise		Üniversite		Toplam		P
	N	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	
DEHB (+)	6	11.3	36	67.9	3	5.7	6	11.3	2	3.8	53	100	
DEHB (-)	20	5.5	156	42.9	41	11.3	95	26.1	52	14.3	364	100	<0.05
<b>Toplam</b>	<b>26</b>	<b>6.2</b>	<b>192</b>	<b>46</b>	<b>44</b>	<b>10.6</b>	<b>101</b>	<b>24.2</b>	<b>54</b>	<b>12.9</b>	<b>417</b>	<b>100</b>	
KO- KGB (+)	1	20	3	60	0	0	0	0	1	20	5	100	
KO- KGB (-)	25	6.1	189	45.9	44	10.7	101	24.5	53	12.9	412	100	0.447
<b>Toplam</b>	<b>26</b>	<b>6.2</b>	<b>192</b>	<b>46</b>	<b>44</b>	<b>10.6</b>	<b>101</b>	<b>24.2</b>	<b>54</b>	<b>12.9</b>	<b>417</b>	<b>100</b>	
DB (+)	1	12.5	6	75	0	0	1	12.5	0	0	8	100	
DB (-)	25	6.1	186	45.5	44	10.8	100	24.4	54	13.2	409	100	0.357
<b>Toplam</b>	<b>26</b>	<b>6.2</b>	<b>192</b>	<b>46</b>	<b>44</b>	<b>10.6</b>	<b>101</b>	<b>24.2</b>	<b>54</b>	<b>12.9</b>	<b>417</b>	<b>100</b>	

**İstatistiksel analiz:** Ki-kare,  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

**DEHB:** Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

**KOKGB:** Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu

**DB:** Davranım Bozukluğu

### 5.7. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Alt Tiplerinin Dağılımı

Yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme sonuçları, olgu ve ebeveyn ile görüşme, bozulma kriterlerine yönelik ebeveyn ve öğretmenle görüşmenin sonuçları bir araya getirilip son değerlendirmenin yapılması sonucunda DEHB (+) gruptaki 15 hastada (28.3%) dikkat eksikliği baskın tip, 1 hastada (1.9%) hiperaktivite-impulsivite baskın tip ve 37 hastada da (69.8%) bileşik tip tanısı konulmuştur (Tablo 13).

**Tablo 13:** DEHB Alt Tiplerinin Dağılımı

<b>Alt Tiplerin Dağılımı</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Dikkat Eksikliği Baskın Tip</b>	15	28.3
<b>Hiperaktivite-İmpulsivite Baskın Tip</b>	1	1.9
<b>Bileşik Tip</b>	37	69.8
<b>Toplam</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

Önerilen DSM-5 tanı ölçütlerine göre aile, olgu ve öğretmenle yapılan görüşme sonuçları, bozulma kriterlerine yönelik ebeveyn ve öğretmenle görüşmenin sonuçları bir araya getirilip son değerlendirmenin yapılması sonucunda önerilen DSM-5 Tanı Ölçütlerine göre DEHB (+) gruptaki 9 hastada (17%) dikkatsiz tip, 3 hastada (5.7%) dikkat eksikliği baskın tip, 1 hastada (1.9%) hiperaktivite-impulsivite baskın tip ve 40 hastada da (75.5%) bileşik tip tanısı konulmuştur (Tablo 14).

**Tablo 14:** Önerilen DSM-5 Tanı Ölçütlerine Göre DEHB Alt Tiplerinin Dağılımı

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Dikkatsiz Tip</b>	9	17
<b>Dikkat Eksikliği Baskın Tip</b>	3	5.7
<b>Hiperaktivite-İmpulsivite Baskın Tip</b>	1	1.9
<b>Bileşik Tip</b>	40	75.5
<b>Toplam</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

## 5.8. DEHB, KOKGB ve DB Tanısı Alan Ve Almayan Olgularda Eşlik Eden Psikiyatrik Hastalıkların Karşılaştırılması

DEHB (+) ve DEHB (-) gruplar arasında Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, Davranım Bozukluğu, Depresif Bozukluk, Anksiyete Bozuklukları ve Enürezis komorbiditesi için istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0.05$ ). DEHB (+) olan olgularda DEHB (-) olan olgulara göre komorbid KOKGB, DB, Depresif Bozukluk, herhangi bir Anksiyete Bozukluğu ve EN tanısı görülme sıklığı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. DEHB (+) grupta Yıkıcı Davranım Bozukluğu, KOKGB ve DB tanıları sırasıyla 24.5%, 9.4%, ve 15.1% oranında eşlik ederken; DEHB (-) grupta ise 0%, 0% ve 0% oranları bulunmuştur ( $p <0.001$ ). Anksiyete ya da Duygudurum Bozukluğu komorbiditesi DEHB (+) grupta 20.8% oranında; DEHB (-) grupta ise 1.4% oranında belirlenmiştir ( $p<0.001$ ). DEHB (+) grupta sırasıyla Depresif Bozukluk, herhangi bir Anksiyete Bozukluğu ve Enürezis tanıları sırasıyla 5.7%, 17% ve 5.7% oranında eşlik ederken; DEHB (-) grupta ise 0.08%, 0.05% ve 0% oranları bulunmuştur ( $p=0.032$ ,  $p <0.001$ ,  $p=0.002$ ). Anksiyete Bozuklukları içinde sadece Basit Fobi ile komorbidite de gruplar arasında istatistiksel fark bulunmuştur ( $p <0.001$ ). DEHB (+) ve DEHB (-) olan olgularda diğer psikiyatrik bozuklukların (tik bozuklukları ve enkoprezis) komorbid tanı olarak görülme sıklıkları arasında ise anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 15).

KOKGB (+) ve KOKGB (-) gruplar arasında DEHB ve Anksiyete Bozuklukları komorbiditesi için istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0.05$ ). KOKGB (+) olan olguların 100%'üne, KOKGB (-) olan olguların 11.7%'sine DEHB tanısının eşlik ettiği saptanmıştır. KOKGB (+) olan olgularda

KOKGB (-) olan olgulara göre komorbid DEHB tanısı görülme sıklığı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Anksiyete ya da Duygudurum Bozukluğu komorbiditesi KOKGB (+) grupta 40% oranında; KOKGB (-) grupta ise 3.4% oranında belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). KOKGB (+) olan olguların 40%'ına, KOKGB (-) olan olguların 2.2%'sine herhangi bir Anksiyete Bozukluğu tanısının eşlik ettiği saptanmıştır ( $p=0.006$ ). Anksiyete Bozukları içinde sadece Basit Fobi ile komorbidite de gruplar arasında istatistiksel fark bulunmuştur ( $p=0.002$ ). KOKGB (+) ve KOKGB (-) olan olgularda diğer psikiyatrik bozuklukların (duygudurum bozuklukları, tik bozuklukları, enürezis ve enkoprezis) komorbid tanı olarak görülme sıklıkları arasında ise anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 16).

DB (+) ve DB (-) gruplar arasında DEHB ve Enkoprezis komorbiditesi için istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0.05$ ). DB (+) olan olguların 100%'üne, DB (-) olan olguların 11%'ine DEHB tanısının eşlik ettiği saptanmıştır. DB (+) olan olgularda DB (-) olan olgulara göre komorbid DEHB tanısı görülme sıklığı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Enkoprezis komorbiditesi DB (+) grupta 12.5% oranında; DB (-) grupta ise 0% oranında belirlenmiştir ( $p=0.019$ ). DB (+) olan olguların 25%'ine, KOKGB (-) olan olguların 3.4%'üne herhangi bir Anksiyete Bozukluğu ya da Duygudurum Bozukluğu tanısının eşlik ettiği saptanmıştır ( $p=0.034$ ). DB (+) ve DB (-) olan olgularda diğer psikiyatrik bozuklukların (duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, tik bozuklukları ve enürezis) komorbid tanı olarak görülme sıklıkları arasında ise anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 17).

**Tablo 15: DEHB Tanısı Alan Ve Almayan Olgularda Eşlik Eden Psikiyatrik Hastalıkların Karşılaştırılması**

EŞLİK EDEN PSİKIYATRİK HASTALIKLAR			
	DEHB (+)		DEHB (-)
	n	%	n %
<b>YIKICI DAVRANIM BOZUKLUĞU</b>	<b>13-</b>	<b>24.5%</b>	-- *
KOKGB	5-	9.4%*	-- *
DB	8-	15.1%	-- *
<b>ANKSİYETE YA DA DUYGUDURUM BOZUKLUĞU</b>	<b>11-</b>	<b>20.8%*</b>	<b>5- 1.4%*</b>
<b>ANKSİYETE BOZUKLUĞU</b>	<b>9-</b>	<b>17%*</b>	<b>2- 0.5%*</b>
BASİT FOBİ	7-	13.2%*	-- *
AYRILIK ANKSİYETESİ	1-	1.9%	1- 0.3%
OKB	--		1- 0.3%
SOSYAL FOBİ	--		--
PTSB	--		--
YAB	1-	1.9%	--
<b>DUYGUDURUM BOZUKLUĞU</b>	<b>3-</b>	<b>5.7%***</b>	<b>3- 0.8%***</b>
DEPRESİF BOZUKLUK	3-	5.7%***	3- 0.8%***
DİSTİMİK BOZUKLUK	--		--
<b>ENÜREZİS</b>	<b>3-</b>	<b>5.7%**</b>	<b>-- **</b>
<b>ENKOPREZİS</b>	<b>1-</b>	<b>1.9%</b>	<b>--</b>
<b>TİK BOZUKLUKLARI</b>	<b>1-</b>	<b>1.9%</b>	<b>--</b>

**DEHB:** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

**KOKGB:** Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

**DB:** Davranım Bozukluğu,

N=DEHB tanısı olan ve olmayan hasta sayıları, n=Kororbid tanısı olan hasta sayısı

%=Kororbid tanısı olan hasta yüzdeleri

\*p<0,001, \*\*p=0,002, \*\*\*p=0,029

**Tablo 16: KOKGB Tanısı Alan Ve Olmayan Olgularda Eşlik Eden Psikiyatrik Hastalıkların Karşılaştırılması**

<b>KOMORBİD TANILAR</b>			
		<b>KOKGB (+)</b>	<b>KOKGB (-)</b>
		<b>n %</b>	<b>n %</b>
<b>DEHB</b>		<b>5- 100%*</b>	<b>48- 11.7*</b>
<b>ANKSİYETE YA DA DUYGUDURUM BOZUKLUĞU</b>		<b>2- 40%****</b>	<b>14- 3.4%****</b>
<b>ANKSİYETE BOZUKLUĞU</b>		<b>2- 40%***</b>	<b>9- 2.2%***</b>
BASİT FOBİ		<b>2- 40%**</b>	<b>5- 1.2%**</b>
AYRILIK ANKSİYETESİ		--	2- 0.5%
OKB		--	1- 0.2%
SOSYAL FOBİ		--	--
PTSB		--	--
YAB		--	1- 0.2%
<b>DUYGUDURUM BOZUKLUĞU</b>		<b>1- 20%</b>	<b>5- 1.2%</b>
DEPRESİF BOZUKLUK		1- 20%	5- 1.2%
DİSTİMİK BOZUKLUK		--	--
<b>ENÜREZİS</b>		--	3- 0.7%
<b>ENKOPREZİS</b>		--	1- 0.2%
<b>TİK BOZUKLUKLARI</b>		--	1- 0.2%

**KOKGB:** Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

**DB:** Davranım Bozukluğu

**DEHB:** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

N=DEHB tanısı olan ve olmayan hasta sayıları, n=Komorbid tanısı olan hasta sayısı

%=Komorbid tanısı olan hasta yüzdeleri

\*p<0,001, \*\*p=0,002, \*\*\*p=0,006, \*\*\*\*p=0.013

**Tablo 17: DB Tanısı Alan Ve Almayan Olgularda Eşlik Eden Psikiyatrik Hastalıkların Karşılaştırılması**

<b>KOMORBİD TANILAR</b>			
		<b>DB (+)</b>	<b>DB (-)</b>
		<b>n %</b>	<b>n %</b>
<b>DEHB</b>		<b>8- 100%*</b>	<b>45- 11%*</b>
<b>ANKSİYETE YA DA DUYGUDURUM BOZUKLUĞU</b>		<b>2- 25%***</b>	<b>14- 3.4%***</b>
<b>ANKSİYETE BOZUKLUĞU</b>		1- 12.5%	10- 2.4%
BASİT FOBİ		1- 12.5%	6- 1.5%
AYRILIK ANKSİYETESİ		--	2- 0.5%
OKB		--	1- 0.2%
SOSYAL FOBİ		--	--
PTSB		--	--
YAB		--	1- 0.2%
<b>DUYGUDURUM BOZUKLUĞU</b>		1- 12.5%	5- 1.2%
DEPRESİF BOZUKLUK		1- 12.5%	5- 1.2%
DİSTİMİK BOZUKLUK		--	--
<b>ENÜREZİS</b>		1- 12.5%	2- 0.5%
<b>ENKOPREZİS</b>		<b>1- 12.5%**</b>	-- **
<b>TİK BOZUKLUKLARI</b>		--	1- 0.2%

**DB:** Davranım Bozukluğu

**DEHB:** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

**KOKGB:** Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

N=DEHB tanısı olan ve olmayan hasta sayıları, n=Komorbid tanısı olan hasta sayısı

%=Komorbid tanısı olan hasta yüzdeleri

\*p<0,001, \*\*p=0,019, \*\*\*p=0,034

### **5.9. DEHB, KOKGB ve DB Tanısı Alan ve Almayan Olguların Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (DEYDB DSM-IV Değerlendirme Ölçeği) Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması**

Son değerlendirmenin yapılması sonucunda DEHB, KO-KGB, DB tanısı alan ve almayan olguların anne/baba ve öğretmenler tarafından doldurulan Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (DEYDB DSM-IV Değerlendirme Ölçeği) alt test skorlarının karşılaştırılması skorlar normal dağılım göstermediği için Mann-Whitney U testiyle yapılmıştır.

Çalışmanın sonucunda anne/babalar ve öğretmenler tarafından doldurulan DEYDB DSM-IV Değerlendirme Ölçeği tüm alt test puanları arasında DEHB (+) ve DEHB (-) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0,05$ ). DEHB tanısı alan olguların almayanlara göre sırasıyla dikkat eksikliği, hiperkativite-impulsitivite, karşıt olma- karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu alt test toplam puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 18, 19).



**Tablo 18:** DEHB Tanısı Alan Ve Almayan Olgularda DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği- Anne/Baba Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması

DEYDB DSM-IV Değerlendirme Ölçeği	Median	I.R.	P
<b>Dikkat Eksikliği</b>			
DEHB (+)	13	8	<0.001
DEHB (-)	8	6	
<b>Hiperaktivite-İmpulsivite</b>			
DEHB (+)	12	10.50	<0.001
DEHB (-)	3	5	
<b>Karşıt Olma- Karşı Gelme Bozukluğu</b>			
DEHB (+)	6	6	<0.001
DEHB (-)	2	4	
<b>Davranım Bozukluğu</b>			
DEHB (+)	1	3	<0.001
DEHB (-)	0	0	

İstatistiksel analiz: Mann-Whitney U testi,  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 19:** DEHB Tanısı Alan Ve Almayan Olgularda DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği- Öğretmen Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması

DEYDB DSM-IV Değerlendirme Ölçeği	Median	I.R.	P
<b>Dikkat Eksikliği</b>			
DEHB (+)	17	9.75	<0.001
DEHB (-)	1	6	
<b>Hiperaktivite-İmpulsivite</b>			
DEHB (+)	9.5	15.50	<0.001
DEHB (-)	0	4	
<b>Karşıt Olma- Karşı Gelme Bozukluğu</b>			
DEHB (+)	7	10	<0.001
DEHB (-)	0	2	
<b>Davranım Bozukluğu</b>			
DEHB (+)	2	5	<0.001
DEHB (-)	0	0	

İstatistiksel analiz: Mann-Whitney U testi,  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Çalışmanın sonucunda anne/babalar ve öğretmenler tarafından doldurulan DEYDB DSM-IV Değerlendirme Ölçeği tüm alt test puanları arasında KOKGB (+) ve KO KGB (-) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0,05$ ). KOKGB tanısı alan olguların almayanlara göre sırasıyla dikkat eksikliği, hiperaktivite-impulsivite, karşıt olma- karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu alt test toplam puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 20, 21).

**Tablo 20:** KOKGB Tanısı Alan Ve Almayan Olgularda DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği- Anne/Baba Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması

DEYDB DSM-IV Değerlendirme Ölçeği		Median	I.R.	P
<b>Dikkat Eksikliği</b>				
	KO- KGB (+)	18	10.50	<0.05
	KO- KGB (-)	3	6.75	
<b>Hiperaktivite-İmpulsivite</b>				
	KO- KGB (+)	18	12.50	<0.05
	KO- KGB (-)	4	7	
<b>Karşıt Olma- Karşı Gelme Bozukluğu</b>				
	KO- KGB (+)	13	9.50	<0.05
	KO- KGB(-)	2	5	
<b>Davranım Bozukluğu</b>				
	KO- KGB (+)	1	10.50	<0.001
	KO- KGB (-)	0	0	

**İstatistiksel analiz:** Mann-Whitney U testi,  $p<0.05$  istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 21:** KOKGB Tanısı Alan Ve Almayan Olgularda DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği- Öğretmen Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması

DEYDB DSM-IV Değerlendirme Ölçeği	Median	I.R.	P
<b>Dikkat Eksikliği</b>			
KO- KGB (+)	17.50	4	<0.05
KO- KGB (-)	2	9	
<b>Hiperaktivite-İmpulsivite</b>			
KO- KGB (+)	17	12.75	<0.05
KO- KGB (-)	0.5	5	
<b>Karşıt Olma- Karşı Gelme Bozukluğu</b>			
KO- KGB (+)	12	9	<0.05
KO- KGB(-)	0	3	
<b>Davranım Bozukluğu</b>			
KO- KGB (+)	4	11	<0.05
KO- KGB (-)	0	0	

**İstatistiksel analiz:** Mann-Whitney U testi,  $p<0.05$  istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Son değerlendirmenin yapılması onucunda anne/babalar ve öğretmenler tarafından doldurulan DEYDB DSM-IV Değerlendirme Ölçeği tüm alt test puanları arasında DB (+) ve DB (-) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0,05$ ). DB tanısı alan olguların almayanlara göre sırasıyla dikkat eksikliği, hiperkativite-impulsitivite, karşıt olma- karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu alt test toplam puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 22, 23).

**Tablo 22:** DB Tanısı Alan Ve Almayan Olgularda DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği- Anne/Baba Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması

DEYDB DSM-IV Değerlendirme Ölçeği		Median	I.R.	P
<b>Dikkat Eksikliği</b>				
	DB (+)	11.50	1.75	<0.05
	DB (-)	3	6	
<b>Hiperaktivite-İmpulsivite</b>				
	DB (+)	11	6.25	<0.05
	DB (-)	4	7	
<b>Karşıt Olma- Karşı Gelme Bozukluğu</b>				
	DB (+)	8	7.75	<0.05
	DB(-)	2	5	
<b>Davranım Bozukluğu</b>				
	DB (+)	3.5	9	<0.001
	DB (-)	0	0	

İstatistiksel analiz: Mann-Whitney U testi,  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 23:** DB Tanısı Alan Ve Almayan Olgularda DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği- Öğretmen Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması

DEYDB DSM-IV Değerlendirme Ölçeği		Median	I.R.	P
<b>Dikkat Eksikliği</b>				
	DB (+)	21	5.50	<0.001
	DB (-)	2	9	
<b>Hiperaktivite-İmpulsivite</b>				
	DB (+)	14.50	16.75	<0.05
	DB (-)	0	5	
<b>Karşıt Olma- Karşı Gelme Bozukluğu</b>				
	DB (+)	16.50	13.25	<0.001
	DB(-)	0	3	
<b>Davranım Bozukluğu</b>				
	DB (+)	10.50	7.75	<0.001
	DB (-)	0	0	

İstatistiksel analiz: Mann-Whitney U testi,  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

## 5.10. DEHB, KOKGB ve DB Tanısı Alan Ve Almayan Olguların Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması

Yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme sonuçları, olgu ve ebeveyn ile görüşme, bozulma kriterlerine yönelik ebeveyn ve öğretmenle görüşmenin sonuçları bir araya getirilip son değerlendirmenin yapılması sonucunda DEHB, KO-KGB, DB tanısı alan ve almayan olguların Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği alt test skorlarının karşılaştırılması skorlar normal dağılım göstermediği için Mann-Whitney U testiyle yapılmıştır.

DEHB tanısı konulan olgularla tanı konulmayan olguların ÇDDÖ alt test puanları karşılaştırıldığında somatizasyon alt test puanı ( $p=0.110$ ) dışındaki tüm alt test puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). DEHB tanısı alan olguların almayanlara göre etkinlik ve sosyallik alt test puanlarının daha düşük olduğu; sosyal içe çekilme, anksiyete/depresyon, sosyal sorun, düşünce sorunları, dikkat sorunları, suça yönelim, saldırganlık, içe yönelim, dışa yönelim alt test puanlarının ise daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 24).

KOKGB tanısı alan ve almayan olguların ÇDDÖ alt test skorları karşılaştırıldığında sosyal içe çekilme, anksiyete-depresyon, sosyal sorun, dikkat sorunları, suça yönelim, saldırganlık, içe yönelim, dışa yönelim, toplam sorun puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Sırasıyla tanı alanların almayanlara göre; sosyal içe çekilme, anksiyete-depresyon, sosyal sorun, dikkat sorunları, suça yönelim, saldırganlık, içe yönelim, dışa yönelim ve toplam sorun puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Etkinlik ( $p=0.444$ ),

sosyallik ( $p=0.153$ ), somatizasyon ( $p=0.265$ ) ve düşünce sorunları ( $p=0.354$ ) puanları açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo-25).

DB tanısı alan ve almayan olguların ÇDDÖ alt test skorları karşılaştırıldığında etkinlik, sosyallik, dikkat sorunları, saldırganlık ve toplam sorun puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0.05$ ). DB tanısı alan olguların almayan olgulara göre etkinlik ve sosyallik alt test puanlarının daha düşük olduğu; dikkat sorunları, saldırganlık, toplam sorun alt test puanlarının ise daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sosyal içe çekilme ( $p=0.947$ ), somatizasyon ( $p=0.918$ ), anksiyete-depresyon ( $p=0.941$ ), sosyal sorun ( $p=0.420$ ), düşünce sorunları ( $p=0.713$ ), suça yönelim ( $p=0.157$ ), içe yönelim ( $p=0.326$ ) ve dışa yönelim ( $p=0.869$ ) puanları açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo-26).

**Tablo 24:** DEHB Tanısı Alan ve Almayan Olguların ÇDDÖ Alt Test Skorlarının Karşılaştırılması

ÇDDÖ	DEHB (+)	MEDIAN	I.R	p
	DEHB (-)			
<b>ETKİNLİK</b>	+	38	18.50	<0.05
	-	44	12	
<b>SOSYALLİK</b>	+	48	15	<0.05
	-	52	10	
<b>SOSYAL İÇE ÇEKİLME</b>	+	54	11	<0.05
	-	50	7	
<b>SOMATİZASYON</b>	+	56	11	0.110
	-	50	11	
<b>ANKSİYETE/DEPRESYON</b>	+	55	15	<0.05
	-	52	10.75	
<b>SOSYAL SORUN</b>	+	56	18	<0.001
	-	50	2	
<b>DÜŞÜNCE SORUNLARI</b>	+	57	17	<0.001
	-	50	8	
<b>DİKKAT SORUNLARI</b>	+	63	9	<0.001
	-	50	7	
<b>SUÇA YÖNELİM</b>	+	54	17	<0.001
	-	50	1	
<b>SALDIRGANLIK</b>	+	56	12.50	<0.05
	-	50	1	
<b>İÇE YÖNELİM</b>	+	60	23	<0.001
	-	47	16.75	
<b>DIŞA YÖNELİM</b>	+	59	20	<0.05
	-	52	16	
<b>TOPLAM SORUN</b>	+	55	19	<0.001
	-	42	15	

**İstatistiksel analiz:** Mann-Whitney U testi,  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 25:** KOKGB Tanısı Alan ve Almayan Olguların ÇDDÖ Alt Test Skorlarının Karşılaştırılması

ÇDDÖ	KO-KGB (+)	MEDIAN	I.R	p
	KO-KGB (-)			
<b>ETKİNLİK</b>	+	35	17	0.444
	-	44	12	
<b>SOSYALLİK</b>	+	41	17.50	0.153
	-	51	9	
<b>SOSYAL İÇE ÇEKİLME</b>	+	57	13	< 0.05
	-	50	7	
<b>SOMATİZASYON</b>	+	61	26	0.265
	-	52	11	
<b>ANKSİYETE/DEPRESYON</b>	+	66	10.50	<0.05
	-	52	11	
<b>SOSYAL SORUN</b>	+	68	6	<0.001
	-	50	2	
<b>DÜŞÜNCE SORUNLARI</b>	+	57	26.50	0.354
	-	50	8	
<b>DİKKAT SORUNLARI</b>	+	75	18	<0.001
	-	51	8	
<b>SUÇA YÖNELİM</b>	+	75	27	<0.001
	-	50	4	
<b>SALDIRGANLIK</b>	+	70	33	<0.001
	-	50	3	
<b>İÇE YÖNELİM</b>	+	71	20.50	<0.05
	-	48	17	
<b>DIŞA YÖNELİM</b>	+	64	16	<0.05
	-	52	17	
<b>TOPLAM SORUN</b>	+	73	27.50	<0.05
	-	43	17	

**İstatistiksel analiz:** Mann-Whitney U testi,  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.



**Tablo 26:** DB Tanısı Alan ve Almayan Olguların ÇDDÖ Alt Test Skorlarının Karşılaştırılması

ÇDDÖ	DB (+)	MEDIAN	I.R	p
	DB (-)			
<b>ETKİNLİK</b>	+	32	6	<0.05
	-	44	14	
<b>SOSYALLİK</b>	+	43	9	<0.05
	-	51	9	
<b>SOSYAL İÇE ÇEKİLME</b>	+	50	9.25	0.947
	-	50	7	
<b>SOMATİZASYON</b>	+	53	11	0.918
	-	54	11	
<b>ANKSİYETE/DEPRESYON</b>	+	51	17	0.941
	-	52	11	
<b>SOSYAL SORUN</b>	+	51	15.50	0.420
	-	50	2	
<b>DÜŞÜNCE SORUNLARI</b>	+	57	12.25	0.713
	-	50	8	
<b>DİKKAT SORUNLARI</b>	+	61.5	9.75	<0.05
	-	51	8	
<b>SUÇA YÖNELİM</b>	+	52	23	0.157
	-	50	4	
<b>SALDIRGANLIK</b>	+	54.50	13.50	< 0.05
	-	50	3	
<b>İÇE YÖNELİM</b>	+	49	27.50	0.326
	-	48	17.50	
<b>DIŞA YÖNELİM</b>	+	47	26.25	0.869
	-	52	17	
<b>TOPLAM SORUN</b>	+	53.50	24.75	<0.05
	-	43	17	

**İstatistiksel analiz:** Mann-Whitney U testi,  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

### **5.11. DEHB, KOKGB ve DB Tanısı Alan Ve Almayan Olguların Öğretmen Bilgi Formu Ölçeği (ÖBF) Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması**

Çalışmamızda tüm sonuçların bir araya getirilip son değerlendirmenin yapılması sonucunda DEHB, KO-KGB, DB tanısı alan ve almayan olguların Öğretmen Bilgi Formu (ÖBF) ölçeği alt test skorlarının karşılaştırılması skorlar normal dağılım göstermediği için Mann-Whitney U testiyle yapılmıştır.

DEHB tanısı alan olgularla tanı almayan olguların ÖBF alt test puanları karşılaştırıldığında tüm alt test puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0.05$ ). DEHB tanısı alan olguların almayanlara göre sırasıyla okul başarısı, sıkı çalışma, uygun davranma, öğrenme, mutlu olma ve toplam uyum alt test puanlarının daha düşük olduğu; sosyal içe çekilme, somatizasyon, anksiyete/depresyon, sosyal sorun, düşünce sorunları, dikkat sorunları, suça yönelim, saldırganlık, içe yönelim, dışa yönelim ve toplam sorun alt test puanlarının ise daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 27).

KOKGB tanısı alan olgularla tanı almayan olguların ÖBF alt test puanları karşılaştırıldığında okul başarısı, sıkı çalışma, uygun davranma, mutlu olma, toplam uyum, somatizasyon, sosyal sorun, düşünce sorunları, dikkat sorunları, suça yönelim, saldırganlık, içe yönelim ve toplam sorun puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0.05$ ). KOKGB tanısı alan olguların almayanlara göre sırasıyla okul başarısı, sıkı çalışma, uygun davranma, mutlu olma ve toplam uyum alt test puanlarının daha düşük olduğu; somatizasyon, sosyal sorun, düşünce sorunları, dikkat sorunları, suça yönelim, saldırganlık, içe yönelim ve toplam sorun alt test puanlarının ise daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Öğrenme ( $p=0.277$ ), sosyal içe

çekilme ( $p=0.156$ ), anksiyete-depresyon ( $p=0.408$ ) ve dışa yönelim ( $p=0.173$ ) puanları açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo-28).

DB tanısı alan olgularla tanı almayan olguların ÖBF alt test puanları karşılaştırıldığında okul başarısı, sıkı çalışma, uygun davranma, mutlu olma, toplam uyum, sosyal içe çekilme, sosyal sorun, dikkat sorunları, suça yönelim, saldırganlık, içe yönelim ve toplam sorun puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p<0.05$ ). DB tanısı alan olguların almayanlara göre sırasıyla okul başarısı, sıkı çalışma, uygun davranma, mutlu olma ve toplam uyum alt test puanlarının daha düşük olduğu; sosyal içe çekilme, sosyal sorun, dikkat sorunları, suça yönelim, saldırganlık, içe yönelim ve toplam sorun alt test puanlarının ise daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Öğrenme ( $p=0.051$ ), somatizasyon ( $p=0.633$ ), anksiyete-depresyon ( $p=0.209$ ), düşünce sorunları ( $p=0.081$ ) ve dışa yönelim ( $p=0.103$ ) puanları açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo-29).

**Tablo 27:** DEHB Tanısı Alan ve Almayan Olguların ÖBF Alt Test Skorlarının Karşılaştırılması

ÖBF	DEHB (+)	MEDIAN	I.R.	P
	DEHB (-)			
<b>OKUL BAŞARISI</b>	+	42	12	<0.001
	-	48	11.75	
<b>SIKI ÇALIŞMA</b>	+	43	6	<0.001
	-	49	9	
<b>UYGUN DAVRANMA</b>	+	42	12	<0.001
	-	49	10	
<b>ÖĞRENME</b>	+	40	10	<0.001
	-	47	9	
<b>MUTLU OLMA</b>	+	46	6.75	<0.001
	-	46	10	
<b>TOPLAM UYUM</b>	+	39	8	<0.001
	-	47	10	
<b>SOSYAL İÇE ÇEKİLME</b>	+	58	17.50	<0.001
	-	50	5	
<b>SOMATİZASYON</b>	+	50	7	<0.05
	-	50	0	
<b>ANKSİYETE/DEPRESYON</b>	+	57	14	<0.001
	-	51.50	8.75	
<b>SOSYAL SORUN</b>	+	64.50	10	<0.001
	-	50	6	
<b>DÜŞÜNCE SORUNLARI</b>	+	59	17.75	<0.001
	-	50	8	
<b>DİKKAT SORUNLARI</b>	+	63	9	<0.001
	-	50	3	
<b>SUÇA YÖNELİM</b>	+	61	15.75	<0.001
	-	50	3	
<b>SALDIRGANLIK</b>	+	61	14.50	<0.001
	-	50	5	
<b>İÇE YÖNELİM</b>	+	63.50	12.50	<0.001
	-	48	18	
<b>DIŞA YÖNELİM</b>	+	57.50	14	<0.001
	-	51	20	
<b>TOPLAM SORUN</b>	+	61.50	12.75	<0.001
	-	47	14.75	

**İstatistiksel analiz:** Mann-Whitney U testi,  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 28:** KOKGB Tanısı Alan ve Almayan Olguların ÖBF Alt Test Skorlarının Karşılaştırılması

ÖBF	KOKGB (+)	MEDIAN	I.R.	P
	KO KGB (-)			
<b>OKUL BAŞARISI</b>	+	38.50	10.75	<0.05
	-	48	9.50	
<b>SIKI ÇALIŞMA</b>	+	41	7	<0.05
	-	49	5	
<b>UYGUN DAVRANMA</b>	+	35	1.50	<0.05
	-	49	10	
<b>ÖĞRENME</b>	+	43.50	9.25	0.277
	-	47	6	
<b>MUTLU OLMA</b>	+	41	5.25	<0.05
	-	46	10	
<b>TOPLAM UYUM</b>	+	36.50	3.25	<0.05
	-	47	9	
<b>SOSYAL İÇE ÇEKİLME</b>	+	56.50	14.25	0.156
	-	50	5	
<b>SOMATİZASYON</b>	+	59.50	14	<0.05
	-	50	0	
<b>ANKSİYETE/DEPRESYON</b>	+	56	18.50	0.408
	-	53	9	
<b>SOSYAL SORUN</b>	+	67	3.50	<0.05
	-	51	8	
<b>DÜŞÜNCE SORUNLARI</b>	+	71.50	21.25	<0.05
	-	50	8	
<b>DİKKAT SORUNLARI</b>	+	63.50	16	<0.05
	-	50	6	
<b>SUÇA YÖNELİM</b>	+	70.50	14	<0.001
	-	50	4.50	
<b>SALDIRGANLIK</b>	+	70.50	15.50	<0.001
	-	50	6	
<b>İÇE YÖNELİM</b>	+	71	10.50	<0.05
	-	49	18	
<b>DIŞA YÖNELİM</b>	+	55	19	0.173
	-	51	21	
<b>TOPLAM SORUN</b>	+	72	10.50	<0.05
	-	49	14	

**İstatistiksel analiz:** Mann-Whitney U testi,  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 29:** DB Tanısı Alan ve Almayan Olguların ÖBF Alt Test Skorlarının Karşılaştırılması

ÖBF	DB (+)	MEDIAN	I.R.	P
	DB (-)			
<b>OKUL BAŞARISI</b>	+	38	10.75	<0.05
	-	48	10	
<b>SIKI ÇALIŞMA</b>	+	38	8	<0.001
	-	49	5	
<b>UYGUN DAVRANMA</b>	+	42	5	<0.001
	-	49	10	
<b>ÖĞRENME</b>	+	42	11.50	0.051
	-	47	6	
<b>MUTLU OLMA</b>	+	38	6	<0.001
	-	46	10	
<b>TOPLAM UYUM</b>	+	36	5.50	<0.001
	-	47	9	
<b>SOSYAL İÇE ÇEKİLME</b>	+	59	12.25	<0.05
	-	50	5	
<b>SOMATİZASYON</b>	+	50	0	0.633
	-	50	0	
<b>ANKSİYETE/DEPRESYON</b>	+	53.5	12.75	0.209
	-	53	9	
<b>SOSYAL SORUN</b>	+	68	9.50	<0.001
	-	50.50	8	
<b>DÜŞÜNCE SORUNLARI</b>	+	60	26	0.081
	-	50	8	
<b>DİKKAT SORUNLARI</b>	+	68.50	10.75	<0.001
	-	50	6	
<b>SUÇA YÖNELİM</b>	+	70	26.25	<0.001
	-	50	3	
<b>SALDIRGANLIK</b>	+	66	22.50	<0.001
	-	50	6	
<b>İÇE YÖNELİM</b>	+	70.50	10.75	<0.001
	-	49	18	
<b>DIŞA YÖNELİM</b>	+	53.50	15.50	0.103
	-	51	21	
<b>TOPLAM SORUN</b>	+	67.50	21	<0.001
	-	49	14	

İstatistiksel analiz: Mann-Whitney U testi,  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

## 6. TARTIŞMA

Araştırmamız epidemiyolojik çalışmalar için önerilen ölçütlerin çoğunu karşılayan; iyi belirlenmiş ve yeterli sayıdaki bir okul örneklemeyle, sene başı liste dikkate alınarak, tek aşamalı değerlendirme yöntemiyle, DSM-IV Tanı Ölçütleri kullanılarak, birebir yüz yüze çocuk ve ebeveynle yarı yapılandırılmış tanı görüşmesi yapılan (K-SADS-PL), DEYDB DSM-IV Değerlendirme Ölçeği, ÇDDÖ ve ÖBF ölçekleri, öğretmen ve ebeveyn ile görüşülerek bozulma (impairment) kriterleri kullanılarak DEHB, KOKGB ve DB prevalansını araştıran Türkiye’deki ilk kesitsel çalışmadır. Ayrıca bu çalışmada DSM-IV’ün yanı sıra önerilen DSM-5 Tanı Ölçütleri kullanılarak da DEHB ve KOKGB prevalansı araştırılmıştır. Bilebildiğimiz kadarıyla bu araştırma önerilen DSM-5 tanı kriterlerinin kullanılarak DEHB ve KOKGB prevalansının araştırılmasına özgül yazındaki ilk çalışmadır.

### 6.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

Çalışmada elde edilen DEHB prevalansı (12.7%), dünya genelindeki ortalama (pooled) prevalans değerleri olan çocuk ve ergenler için 5.29% ve çocuklar için 6.48% ile karşılaştırıldığında daha yüksek bulunmuştur (11). Araştırmamızda bozulma kriteri eklenmeden DEHB prevalansı 21.8%, bozulma kriteri olarak öğretmen veya ebeveyn değerlendirmesi göz önüne alınırsa DEHB prevalansı 19.7% ve her iki ortamda da semptomlardan kaynaklanan bozulma saptanan olgular değerlendirildiğinde DEHB prevalansı 12.7% olarak saptanmıştır.

Yapılan çalışmalarda psikiyatrik hastalık sıklık oranlarının önemli farklılıklar gösterdiği bu değişkenliklerin epidemiyolojik çalışmalarda kullanılan metodolojik

farklılıklardan kaynaklanabileceği bildirilmiştir (53). DEHB'nin sıklığının belirlenmesine yönelik araştırmalar tek tek göz önüne alındığında çalışmalardaki prevalans sonuçlarının 0.2%, 0.4%, 0.7%, 0.9% gibi düşük değerlerden 19.8%, 20.4%, 23.4% ve 27% gibi yüksek değerler arasında bulunduğu görülmüştür (1). Son yıllarda yapılan oldukça geniş kapsamlı bir meta analiz çalışması (11) ve bir gözden geçirme-güncelleme (1) yazısında DEHB sıklığındaki farklılığın coğrafik ve irksal nedenlerden çok araştırmalarda kullanılan tanı sistemine, kullanılan yöntem, bilgi kaynağına ve tanısal şartların (bozulma ve en az iki alanda görölme) aranıp aranmadığına bağlı olduğu gösterilmiştir. Coğrafik bölge olarak Kuzey Amerika ve Avrupa arasında anlamlı farklılık olmadığı ancak bu iki kıta ile Orta Doğu ve Afrika arasında anlamlı farklılıkların bulunduğu belirlenmiş ve bu farklılığın bu coğrafik bölgelerden son derece az sayıda araştırma yapılmış olmasına bağlı olabileceği düşünölmüştür. Çalışmamız, Türkiye'nin Asya, Avrupa ve Orta Doğu arasındaki ilginç coğrafik konumu; benzer coğrafik özellikteki ölkelerde yetersiz araştırmalar bulunması bakımından çok önemlidir (1, 11).

Önerilen DSM-5 Tanı Ölçütlerine göre değerlendirme yapıldığında; bozulma kriteri eklenmeden DEHB prevalansı 22.3%, bozulma kriteri olarak öğretmen veya ebeveyn değerlendirmesi göz önüne alınırsa DEHB prevalansı 19.9% ve her iki ortamda da semptomlardan kaynaklanan bozulma saptanan olgular değerlendirildiğinde DEHB prevalansı 12.7% saptanmıştır.

DEHB sıklığına ilişkin farklı sonuçların elde edilmesinde en önemli nedenlerden biri araştırmalarda farklı tanı sistemlerinin kullanılmış olmasıdır. DEHB sıklığı belirlenirken DSM-IV ölçütleri kullanıldığında en yüksek oranlar elde edilirken DSM-III-R ve ICD-10 kriterleri temel alındığında daha düşük değerler elde



edilmektedir (1, 11, 12). Epidemiyolojik çalışmalarda klinik görüşme ve ölçeklerin değerlendirilmesi yöntemleri kullanılmaktadır. Sadece ölçeklerin değerlendirilmesi ile tanı konan çalışmalarda klinik değerlendirme yapılanlardan çok daha yüksek DEHB oranları elde edilmektedir. DEHB sıklığını araştıran çalışmalarda farklı sonuçların elde edilmesinin en önemli nedenlerinden birisi bozulma (impairment) ve en az iki alanda görülme tanı ölçütlerinin uygulanmasıdır. DEHB ölçütlerinin bozulmaya neden olacak kadar şiddetli olup olmadığı ve en az iki alanda görülüp görülmediği ölçütleri ele alındığında bu ölçütlerin değerlendirilmediği çalışmalar göre daha düşük DEHB sıklığı rakamları elde edilmektedir (1, 11, 12).

Aynı örneklemin DSM-III-R ve DSM-IV'e göre değerlendirildiği iki çalışmada (83, 84), DSM-III-R'ye göre elde edilen oranlar (7.3% ve 10.9%) DSM-IV ölçütleri uygulandığında (11.4% ve 17.8%) son derece artış göstermiştir. Bu çalışmaların metodolojileri incelendiğinde sadece ölçeklere göre tanı konduğu, sadece öğretmenlerden bilgi alındığı ve bozulma kriteri aranmadığı görülmüştür. Bizim çalışmamızda iki tanı sistemi arasında bozulma kriteri uygulanmadan önerilen DSM-5 tanı sistemine göre DEHB prevalansı çok az yüksek saptansa da, her iki alanda bozulma olan olgular değerlendirildiğinde iki tanı sistemi arasında fark bulunmamıştır. Bu bulgu DEHB prevalansının değerlendirmesinde en önemli etkenlerden birisinin "bozulma kriteri" aranıp aranmaması olduğunu öne süren daha önceki araştırmalar (70, 84) ve gözden geçirme yazılarıyla (1, 11) uyumlu olarak bulunmuştur.

Bugüne kadar yapılmış olan araştırmalarda, DSM-IV ölçütlerine göre tanı konan, en iyi tahmin yöntemi (best estimate producere) kullanılan, bozulma

(impairment) kriterlerinin göz önüne alındığı 8 DEHB prevalans çalışmasına rastlanmıştır. DEHB prevalansı Birleşik Arap Emirlikleri'nde 6-15 yaş grubunda 0,5% ve 6-18 yaş grubunda 0.9% bulunmuştur (25, 26). Brezilya'da 7-14 yaş grubu olguların değerlendirmeye alındığı bir çalışmada DEHB prevalansı 1.8% bulunurken; 5-14 yaş grubunun değerlendirmeye alındığı diğer bir çalışmada sıklık 0.9% saptanmıştır (27, 28). Diğer ülkelere bakıldığında en iyi tahmin yöntemi kullanılarak DEHB prevalansı İngiltere ve İskoçya'da 5-15 yaş grubunda 2.4% (29); Büyük Britanya'da 5-15 yaş grubunda 2.2% (2); İrlanda'da 12-15 yaş grubunda 3.7% (30); Güney Tayvan'da 13-15 yaş grubunda 7.5% (31) bulunmuştur. Bizim araştırmamızda elde edilen prevalans oranı olan 12.7% bu 8 çalışma ile karşılaştırıldığında; sadece Güney Tayvan çalışmasının örnekleminin yaş aralığı göz önüne alındığında bizim bulgularımıza en yakın sonuç verdiği ancak bizi oranımızın diğer 7 çalışmadaki oranlardan çok daha yüksek olduğu görülmüştür.

Ülkemizde İstanbul'da 7-9 yaş grubunda 620 ilkokul çocuğunu kapsayan iki aşamalı (tarama ve klinik görüşme), iki tanı yaklaşımı (kategorik ve boyutsal) temel alınarak ve iki bilgi kaynağından (ebeveyn ve öğretmen) yararlanılarak yapılan bir çalışmada DEHB sıklığı ebeveynin boyutsal yaklaşımı ile 6.2%, ebeveyn ile klinik görüşme ile 5%, öğretmenlerin DSM-III-R kriterlerini değerlendirmeleri ile 10.6% olarak bulunmuş ve duruma bağlı DEHB prevalansı ise %2.9 olarak saptanmıştır (32, 33). Bu araştırmanın yapıldığı zaman itibariyle DSM-III-R tanı kriterlerini kullanması ve o dönemde ülkemizde geçerli ve güvenilir bir yapılandırılmış görüşme olmaması nedeniyle kısıtlılıkları bulunmaktadır. Türkiye'de DEHB yaygınlığı konusunda sadece öğretmen ve ebeveyn ölçekleri kullanılarak yapılan iki farklı araştırmada ise 6-12 ve 6-15 yaşları arasındaki çocuklarda DEHB yaygınlığı %8,1 ve

%8,4 saptanmıştır (34, 35). Bu çalışmalarda sadece ölçeklerden bilgi alındığı için net bir sonuca varılması güçtür.

Ülkemizde İzmir ilinde DEHB sıklığının ilkokul öğrencilerinde 2. sınıftan başlayarak boylamsal olarak araştırıldığı, iyi belirlenmiş ve yeterli sayıdaki bir okul örneklemeyle, iki kademeli değerlendirme (tarama yapılması sonrası olguların seçilmesi) yöntemiyle, DSM-IV tanı ölçütleri kullanılarak, yarı yapılandırılmış tanı görüşmesi kullanılarak (K-SADS-PL), çocuk, ebeveyn ve öğretmenden bilgi alınarak, kısa WISC-R ile mental değerlendirme yapılarak ve bozulma kriteri göz önüne alınarak yapılan bir çalışmada DEHB prevalansı ilk yıl için 13.38%, ikinci yıl için 12.53%, üçüncü yıl için 12.22% ve dördüncü yıl için % 12.55 olarak saptanmıştır (36, 37). Bu çalışmada bulunan sonuçlar bizim araştırmamız ile uyumlu olarak bulunmuştur. Bu çalışmada bulunan sıklık değerleri ile araştırmamızda bulunan değerlerin son derece uyumlu olması; farklı ülkelerde yapılan birçok araştırmayı içeren yakın zamanda yapılmış olan bir meta analiz çalışmasında elde edilen ortalama (pooled) DEHB prevalansı ile karşılaştırıldığında ülkemizde okul çağı çocuklarında DEHB prevalansının daha yüksek olduğunu düşündürmüştür. Her iki çalışmada da bozulma kriterlerini de içeren oldukça sıkı tanısal prosedürler uygulandığından dolayı bu farklılık daha önemli hale gelmektedir. Aynı zamanda çalışmamızın diğer ayaklarında, KOKGB, DB, Mizaç Bozuklukları ve Anksiyete Bozukluklarının prevalansı aynı yöntemle değerlendirilmiştir. DEHB dışında diğer tüm bozuklukların sıklığı literatürdeki çalışmalarla benzer veya olasılıkla çalışmamızda katı ölçütler kullanılmasına bağlı olarak daha düşük bulunmasına karşın DEHB sıklığının yüksek bulunması ayrıca ilgi çekicidir. Bu bulgular

araştırmamızda elde ettiğimiz yüksek DEHB prevalansının araştırma yöntemimizden kaynaklanmadığını ortaya koymaktadır.

Hem klinik örnekleme hem de epidemiyolojik örnekleme hastalığın kızlara oranla erkeklerde daha sık görüldüğü bilinmektedir. Epidemiyolojik örnekleme erkek-kız oranı 3/1 iken; klinik örnekleme 9/1 olarak bildirilmiştir (11, 15, 16). Yapılan oldukça geniş örneklemlerle bir araştırmada DEHB' nin erkeklerde kızlardan 2,5 kat fazla görüldüğü bildirilirken (86); 1978-2005 yılları arasındaki araştırmaların derlendiği bir meta analiz çalışmasında ise DEHB prevalansının erkeklerde kızlara göre 2,4 kat fazla olduğu gösterilmiştir (11). Bu bulgularla benzer biçimde araştırmamızda DEHB sıklığı erkeklerde daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda DEHB prevalansı erkeklerde kızlara göre 2.8 kat daha fazla görüldüğü ve cinsiyetler arasında istatistiksel olarak fark bulunduğu belirlenmiştir.

Yaşla birlikte DEHB sıklığında azalma görüldüğü bilinmektedir. Faraone ve ark.(2006) tarafından yapılan boylamsal izlem çalışmalarının meta analizinde çocukluklarında tanı alan erişkin olguların 15% 'inin tanı almaya devam ettikleri, 40-60%' inin kısmi remisyonda oldukları saptanmıştır (17). İspanya'da 8, 11 ve 15 yaşlarındaki ayrı örneklemlerin genel psikiyatrik bozukluklarının sıklığının değerlendirildiği bir çalışmada DEHB sıklığı 8 yaş için 14.4%, 11 yaş için 5.3% ve 15 yaş için 3% olarak bulunmuştur (21). Cohen ve ark. (1993) tarafından yapılan 8 yıllık izlem çalışmasında aynı örneklem 10-13, 14-16 ve 17-20 yaşlarında değerlendirilmiş ve DEHB prevalansı sırasıyla 12.8%, 9% ve 6% olarak bulunmuştur (20). İzmir ilinde yapılan 3 yıllık boylamsal izlem çalışmasından DEHB prevalansı sırasıyla 13.38%, 12.53%, 12.22% bulunmuştur (36). Bizim çalışmamızda

devamlı öğrencilerde sınıflar arasında DEHB sıklığı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir. DEHB prevalansında yaşa göre değişime ilişkin veriler daha çok DEHB tanılı klinik örneklemin takip edilmesinden oluşan verilere dayanmaktadır (17, 18, 19). Toplum örnekleminde DEHB' nin gelişimsel epidemiyolojisinin değerlendirildiği çok az sayıda araştırma bulunmaktadır (20, 21). Bunun yanı sıra daha önce aynı hedef kitle ile grubumuz tarafından yapılmış olan gelişimsel epidemiyoloji çalışmasında ilkökul 1. ve 2. sınıflar ve daha büyük sınıflar arasında herhangi bir farklılık bulunmamış olması yaşa göre prevalans değişiminin daha iyi araştırılması gerektiğini düşündürmüştür (36, 37).

Yapılan araştırmaların çoğunda DEHB dikkat eksikliği baskın tipin diğer alt tiplere oranla daha sık görüldüğü; dikkat eksikliği baskın tipi sırasıyla DEHB kombine tip ve hiperaktivite-impulsivite baskın tipin izlediği saptanmıştır (24). Bununla birlikte benzer yöntemle yapılan araştırmaların büyük bir kısmında DEHB bileşik tip sıklığı daha yüksek bulunmuştur (70). Yakın zamanda İzmir ilinde yapılan 3 yıllık boylamsal izlem çalışmasının birinci dalgasında DEHB bileşik tip oranı 60.7%, dikkat eksikliği baskın tip oranı 21.3%; hiperaktivite-impulsivite baskın tipin oranı ise 18% saptanmıştır (36, 37). Literatürle ve aynı coğrafik bölge ile uyumlu olarak araştırmamızda DEHB bileşik tipin sıklığı diğer alt tiplere oranla daha yüksek bulunmuştur. DEHB bileşik tip sıklığı 69.8%, dikkat eksikliği baskın tip sıklığı %28.3; hiperaktivite-impulsivite baskın tip sıklığı ise 1.9% saptanmıştır. Önerilen DSM-5 tanı ölçütlerine göre yapılan değerlendirme sonucunda da DEHB bileşik tipin sıklığı diğer alt tiplere oranla daha yüksek bulunmuştur. Önerilen DSM-5 Tanı Ölçütlerine göre araştırmamızda DEHB bileşik tip oranı 75.5%, dikkat eksikliği baskın tip oranı 5.7%, dikkatsiz tip oranı 17%, hiperaktivite-impulsivite baskın tipin

oranı ise 1.9% saptanmıştır. Önerilen DSM-5 Tanı Ölçütlerine göre DEHB bileşik tipin daha sık olarak görülmesinin hiperaktivite-impulsivite tanı ölçütlerine ek maddelerin eklenmesinden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Daha önceki çok sayıda çalışmada anne-baba eğitim düzeyi, sosyoekonomik düzey ile çocuktaki psikiyatrik hastalık arasında bir ilişki olduğu bildirilmiştir (87, 88, 89) Bununla birlikte yapılan bazı çalışmalarda sosyoekonomik düzey ve anne-baba eğitim düzeyi ile çocukta DEHB sıklığı arasında ilişki saptanmamıştır (90, 91). DEHB ile sosyoekonomik sınıf arasındaki ilişki her ne kadar tam olarak açıklanamamış olsa da, bozukluğun düşük sosyoekonomik düzeye sahip kişilerde daha sık görüldüğü, yüksek eğitim düzeyi olan ailelerin hastalık hakkındaki bilgi düzeylerinin ve tedaviye başvuru oranlarının daha yüksek olduğu bilinmektedir (1, 24). DEHB tanısı alan olgularda aile medeni durumunun araştırıldığı bir çalışmada Canino ve ark. (2004) medeni durum ile DEHB sıklığı arasında ilişki saptamazken, Vicente ve ark. (2012) anne-babası evli olanlarda daha az DEHB görüldüğünü bildirmişlerdir (90, 92). Araştırmamızda anne-baba eğitim düzeyi, medeni durum, sosyoekonomik düzey ile çocuktaki DEHB arasında ilişki saptanmıştır. DEHB tanısı alan olguların tanı almayan olgulara oranla; daha düşük sosyoekonomik kesimde yaşadıkları, anne-baba eğitim düzeylerinin daha düşük olduğu ve ebeveynlerinin boşanma oranlarının daha fazla olduğu belirlenmiştir.

DEHB prevalansı ile ilgili yapılan araştırmalarda DEHB'ye yüksek oranda diğer psikiyatrik hastalıkların eşlik ettiği gösterilmiştir. En sık eşlik eden psikiyatrik hastalıklar arasında KOKGB, DB, Duygudurum Bozuklukları ve Anksiyete Bozuklukları bulunmaktadır (44, 93). Çalışmamızda DEHB (+) olan olgularda DEHB (-) olan olgulara oranla; komorbid KOKGB, DB, Depresif Bozukluk,

herhangi bir Anksiyete Bozukluğu ve Enürezis tanıları görülme sıklığı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

DEHB, Davranım Bozukluğu ve Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu arasında hem klinik (32.5%) hem de klinik dışı örnekleme (6,8%) yüksek oranda birliktelik bildirilmiştir (45). Toplum örneklemleri çalışmaları bakıldığında DEHB tanılı çocuklarda Yıkıcı Davranım Bozuklukları (KOKGB veya DB) için komorbidite oranları farklı çalışmalarda 19.2% (94), 16.6% (93), 35.1% (95), 43.1% (96) olarak bulunmuştur. Çalışmamızda DEHB tanılı çocuklarda saptanan Yıkıcı Davranım Bozuklukları (KOKGB veya DB) komorbidite oranı (24.5%) toplum örneklemleri çalışmalarıyla uyumlu bulunmuştur. Yapılan araştırmalarda DEHB ve Anksiyete Bozukluklarının sıklıkla birliktelik gösterdiği belirtilmektedir. Wilens ve arkadaşlarının (2002) yaptıkları araştırmada okul öncesi dönemdeki çocuklarda DEHB'ye %28; okul çağı çocuklarında %33 oranında anksiyete bozuklukları eşlik ettiği gösterilmiştir (97) Bir diğer epidemiyolojik araştırmada ise 4-11 yaşları arasındaki çocuklarda %17-21 arasında; ergenlik döneminde ise %24-50 arasında Anksiyete Bozukluklarının eşlik ettiği bildirilmiştir (44). Yapılan toplum örneklemleri diğer bir çalışmada DEHB tanılı ergenlerde Anksiyete Bozuklukları ya da Depresif Bozukluk komorbiditesi 20.8% oranında belirlenmiştir (95). DEHB tanısı olan olgularda eşlik eden Duygudurum Bozukluğu oranı 0-33% arasında değişmektedir (4). Araştırmamızda Duygudurum ya da Anksiyete Bozukluğu komorbiditesi (20.8%), Anksiyete Bozukluğu komorbiditesi (17%) ve Duygudurum Bozuklukları (5.7%) komorbiditesi için bulunan oranlar literatürle uyumludur. Klinik örnekleme DEHB ve Enürezis komorbiditesi için %11-20 arasında değişen oranlar saptanmıştır (98).

Çalışmamızda elde edilen Enürezis komorbidite oranı (5.7%) klinik örneklemlili çalışmalardan daha düşük bulunmakla birlikte gruplar arasında ilişki bulunmuştur.

Aileden alınan bilgi ile çocuğun klinik psikiyatrik değerlendirilmesinin kombine edilmesi durumunda yüksek düzeyde tanısal spesifite ve sensitivite elde edildiği bildirilmektedir (69). Çalışmamızda hem çocuk, hem aile, hem de öğretmenle görüşülmüş; ayrıca DEYDB DSM-IV Değerlendirme Ölçeği, ÇDDÖ ve ÖBF kullanılmıştır. Bu iki değerlendirmeye ek olarak öğretmenlerden hem form doldurularak, hem de çocukla ilgili bilgi alarak klinik değerlendirme yapılmıştır. DEHB tanısı alan olgularla almayan olgularda hem öğretmen hem de aile tarafından doldurulan DEYDB DSM-IV Değerlendirme Ölçeği alt test puanları karşılaştırıldığında; dikkat eksikliği, hiperkativite-impulsitivite, karşıt olma- karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu alt test toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. DEHB tanısı alan olguların almayanlara göre tüm alt test toplam puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamız tek aşamalı yöntemle yapılmasına karşın DEHB tanısı konulan olgularda tanı konulmayan olgulara oranla; hem öğretmen hem de aile tarafından doldurulan DEYDB DSM-IV Değerlendirme Ölçeği tüm alt test puanlarının yüksek saptanması tanısal geçerlilik açısından önemli bulunmuştur.

DEHB tanısı konulurken yapılandırılmış görüşme ile CBCL sonuçlarının uyumluluk gösterdiği belirlenmiş; dikkat sorunları alt test puanı klinik olarak DEHB tanısı konulmasında güçlü bir ayırt edici bulunmuştur (99, 100). Graetz ve ark. (2001) tarafından 6-17 yaş arası 3597 çocuk ve aile ile yapılan değerlendirme (Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV [DISC-IV] ve CBCL



kullanarak) sonucunda DEHB tanısı alan olgularla almayan olguların CBCL alt test puanları karşılaştırıldığında somatizasyon alt test puanı dışındaki tüm alt test puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (101). Rohde ve ark. (1999) tarafından 12-14 yaş arası olgularla yapılan bir diğer çalışmada DEHB tanısı alan olgularla almayan olguların CBCL alt test puanları karşılaştırılmış; somatizasyon ve sosyal içe çekilme alt test puanları dışında tüm alt test puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (70). Çalışmamızda bu çalışmalara benzer şekilde DEHB tanısı konulan olgularla tanı konulmayan olguların aile tarafından doldurulan ÇDDÖ alt test puanları karşılaştırıldığında somatizasyon alt test puanı dışındaki tüm alt test puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır.

DEHB tanısı konulurken aile ve öğretmen tarafından doldurulan ölçeklerin katkısının değerlendirildiği bir çalışmada DEHB' nin değerlendirmesinde hem aile ve hem de öğretmen ölçeklerinin birlikte değerlendirilmesi önerilmiştir (102). Çalışmamızda öğretmen tarafından doldurulan ÖBF tüm alt test puanlarında DEHB tanısı alan olgularda almayanlara oranla istatistiksel olarak farklılık saptanmıştır. Böylece epidemiyolojik çalışmalar için önerildiği gibi öğretmenin, yani ebeveyn dışında bir görüşmecinin de tanı koyma aşamasında yer alması sağlanmış ayrıca öğretmenin değerlendirmelerinin de klinik tanıyla uyumlu olduğu gösterilmiştir.

## **6.2. Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu**

Araştırmamızda bozulma kriteri eklenmeden KOKGB prevalansı 2.4%, bozulma kriteri olarak öğretmen veya ebeveyn değerlendirmesi göz önüne alınırsa KOKGB prevalansı 2.4% ve her iki ortamda da semptomlardan kaynaklanan

bozulma saptanan olgular değerlendirildiğinde KOKGB prevalansı 1.2% saptanmıştır.

Bulgularımız son yıllarda yapılan sistematik gözden geçirme ve meta-regresyon analiz çalışmasında bulunan ortalama değerden (3.3%) düşük bulunmuştur. Literatürde KOKGB prevalansı 2-15% gibi çok geniş bir aralıkta verilmektedir (9, 53, 54). KOKGB prevalansındaki bu önemli farklılığın küçük, yetersiz örneklerle yapılan ve birbiriyle tutarsız tanı sistemlerinin kullanıldığı araştırmalardan kaynaklandığı öne sürülmüştür (52, 54). Çalışmamızda kullanılan katı metodolojik özelliklerin (her iki alanda bozulma değerlendirmesi, aile, çocuk ve öğretmenden bilgi alınması) prevalans oranının daha düşük bulunmasında rol oynayabileceği düşünülmüştür.

Araştırmamızda bozulma kriteri eklenmeden KOKGB prevalansı 2.4% bulunmuştur. DSM-IV kriterlerine göre tanı konan; en iyi tahmin yöntemi kullanılarak yapılan ancak bozulma kriterleri eklenmeden değerlendirme yapılan araştırmalarla karşılaştırdığımızda sonuçlarımız genel olarak benzer bulunmuştur. KOKGB prevalansı Birleşik Arap Emirlikleri'nde 6-15 yaş grubunda 1% (25), Büyük Britanya'da 5-15 yaş grubunda 2.31% (2) bulunmuştur. Brezilya'da 7-14 yaş grubu olguların değerlendirmeye alındığı bir çalışmada KO-KGB prevalansı 3.2% saptanmıştır (27). Diğer ülkelere bakıldığında KO-KGB prevalansı İrlanda'da 12-15 yaş grubunda 1.2% (30); Güney Tayvan'da 13-15 yaş grubunda 1.9% (31) bulunmuştur.

Canino ve ark.nın (2004), 4-17 yaş arası 1886 çocuk ve aile ile yaptıkları değerlendirme (Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV [DISC-IV])

ve Children's Global Assessment Scale [CGAS] kullanarak) sonucunda KO-KGB sıklığı bozulma (impairment) olmadan 5.5%, bozulma (impairment) olduğunda 3.4% olarak bulunmuştur (90). Çalışmamızda bozulma kriteri eklenmeden KOKGB prevalansı 2.4%, bozulma olduğunda KOKGB prevalansı 1.2% olarak bulunmuştur. Bu çalışmada öğretmenden bilgi alınmamış olmasının ve en iyi tahmin yöntemi kullanılmamasının prevalans oranlarının bizden daha yüksek bulunmasına neden olmuş olabileceği düşünülmüştür. Zwirs ve ark. (2007) tarafından, iki kademeli değerlendirme (two stage evaluation) yapılarak, en iyi tahmin yöntemi uygulanarak ve öğretmenden de bilgi alınarak yapılan bir çalışmada 6-10 yaş arası çocuklarda KOKGB prevalansı bozulma (impairment) olmadan 11%, bozulma (impairment) olduğunda 4% olarak bulunmuştur (104). Çalışmada iki kademeli değerlendirme kullanılmasının ve yaş aralığının bizden daha küçük olması oranın bize göre yüksek bulunabileceğini düşündürmüştür. Çalışmada tartışılan araştırmalara benzer olarak impairment (bozulma) kriterleri dikkate alındığında KOKGB sıklığında azalma saptanmıştır. Literatürde de impairment kriterleri dikkate alındığında psikiyatrik hastalık sıklık oranlarının değişkenlik gösterdiği bildirilmektedir (104, 105, 106).

Ebeveyne ek olarak öğretmenden de bilgi alınmasının KOKGB tanısının konulmasında oldukça önemli olduğu belirlenmiştir (51, 107). Oldukça yeni yapılan sistematik gözden geçirme ve meta-regresyon analiz çalışmasında; değerlendirmeye alınan 25 çalışmadan 5'inde ebeveyn ve öğretmenden, sadece 3'ünde çocuk, ebeveyn ve öğretmenden bilgi alınarak tanı konmuştur (58). Çalışmamızın en önemli özelliklerinden birisi de KOKGB tanısı konulurken ebeveyn, öğretmen ve çocuktan bilgi alınarak KOKGB tanısı konan az sayıdaki prevalans çalışmalarından olmasıdır. Buna ek olarak çalışmamızda bozulma (impairment) ölçütünün hem okulda hem

evde değerlendirilmesi için öğretmen ve ebeveyn ile görüşme yapılmıştır. Epidemiyolojik datanın daha sağlıklı olması bakımından bozulma (impairment) ölçütünün göz önüne alınmasının, öğretmen ve ebeveyn den bilgi alınarak değerlendirmesinin en sağlıklı sonuçları vereceği belirtilmiştir (2, 108). Çalışmamızda KOKGB tanısı alan olgularla almayan olgularda hem öğretmen hem de aile tarafından doldurulan DEYDB DSM-IV Değerlendirme Ölçeği alt test puanları karşılaştırıldığında; tüm alt test toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Çalışmamız tek aşamalı yöntemle yapılmasına karşın KOKGB tanısı konulan olgularda tanı konulmayan olgulara oranla; hem öğretmen hem de aile tarafından doldurulan DEYDB DSM-IV Değerlendirme Ölçeği tüm alt test puanlarının yüksek saptanması tanısız geçerlilik açısından önemli bulunmuştur.

Yapılan sistematik gözden geçirme ve meta-regresyon analiz çalışmasında coğrafik bölge KOKGB prevalans oranı ile ilişkili bulunmamıştır. Bununla birlikte araştırmaya alınan 25 araştırmadan 21'i, yani çok büyük bir çoğunluğunu Avrupa ve Amerika'dan çalışmalar olması bu sonuca neden olmuş olabileceği belirtilmiştir (58).

Ülkemizde Sivas ilinde aile ya da öğretmen ölçeklerine göre tanı konularak gerçekleştirilen 1425 olgu ile yapılan bir çalışmada 6-15 yaş grubunda KOKGB görülme sıklığı 11.5% olarak bildirilmiştir (34). Trabzon ilinde 6-12 yaş aralığındaki 1226 ilkokul öğrencisinde aile ya da öğretmen ölçeklerine göre tanı konan diğer bir çalışmada ise KOKGB yaygınlığı 14.1% olarak bulunmuştur (35). Çalışmamızda bulunan oranların bu çalışmalara oranla daha düşük saptanması bu çalışmalarda sadece ölçeklerle değerlendirme yapılmış olmasından kaynaklandığını düşündürmüştür.

Ülkemizde KOKGB sıklığı konusunda yapılmış en kapsamlı çalışmada ilkokul öğrencilerinde 2. sınıftan başlayarak KOKGB prevalansının boylamsal olarak belirlenmesi amaçlanmıştır. İyi belirlenmiş ve yeterli sayıdaki bir okul örneklemeyle, iki kademeli değerlendirme (tarama yapılması sonrası olguların seçilmesi) yöntemiyle, DSM-IV tanı ölçütleri kullanılarak, yarı yapılandırılmış tanı görüşmesi kullanılarak (K-SADS), çocuk, ebeveyn ve öğretmenden bilgi alınarak, kısa WISC-R ile mental değerlendirme yapılarak ve bozulma kriteri göz önüne alınarak yapılan bu çalışmada KOKGB prevalansı ilk yıl için 3.78%, ikinci yıl için 0.96%, üçüncü yıl için 5.42% olmak üzere KOKGB'nun boylamsal olarak prevalansı %3.38 olarak saptanmıştır (37). Bu çalışmadan biraz daha düşük oranlar saptamamız iki kademeli ve tek kademeli değerlendirme yöntemlerinden kaynaklanmış olabileceğini düşündürmüştür.

Önerilen DSM 5 Tanı Ölçütlerine göre yapılan değerlendirmede KOKGB prevalansı bozulma kriteri olmadan 5%, bozulma kriteri olduğunda 3.6% olarak saptanmıştır. Önerilen DSM-5 Tanı Ölçütleri DB varlığına KOKGB tanısına izin vermektedir. KOKGB prevalansı konusundaki en önemli noktalardan birisi DB varlığında KOKGB tanısı konulup konulmamasıdır. Her ne kadar DSM-IV DB tanısı varlığında KOKGB tanısı konmasına resmi olarak izin vermese de literatür KOKGB ile DB" nun komorbiditesi konusunda açık değildir (53). Maughan ve ark. (2004), DSM-IV"deki bu sınırlamanın toplumda klinik olarak önemli olan KOKGB olguların azımsanmasına neden olabileceğini belirtmişlerdir. Bu nedenle DB varlığında KOKGB tanısı alan olguları kapsayıcı (inclusive) KOKGB olarak tanımlamışlardır. Çalışmanın sonucunda KOKGB prevalansı kızlarda 1.8 erkeklerde 4.6 olarak belirlenirken; hem KOKGB hem de DB tanısı alan olguların dışlandığı "Resmi

(formal)” KOKGB tanısı alan olgulara göre ise prevalans 1.4 ve 3.2 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da DB varlığında KOKGB olan olgular alınarak değerlendirildiğinde KOKGB prevalansı resmi KOB oranlarından çok daha yüksek olarak bulunmuştur.

Bozukluk ergenlik öncesi dönemde erkeklerde kızlardan siktir. Cinsiyet oranı ergenlik sonrasında eşitlenir (58, 59). Çalışmamızda KOKGB prevalansı istatistiksel olarak anlamlı olmasa da erkeklerde kızlardan daha sık bulunmuştur. Bozulma kriteri olmadan erkek/kız oranı: 1.5 olarak bulunurken, bozulma kriteri olduğunda oran 4/1 olarak belirlenmiştir. KOKGB prevalansındaki farklılıklara etki eden özelliklerin gözden geçirildiği oldukça yeni çalışmada sadece yaş prevalans oranı ile ilişkili bulunmuştur (58). Bizim çalışmamızda devamlı öğrencilerde sınıflar arasında KOKGB sıklığı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Bozukluğun sıklığının sosyal ve ekonomik faktörlerden etkilendiğini; daha çok alt sosyoekonomik sınıfa ait ailelerdeki çocuklarda görüldüğü belirtilmiştir (58, 59). Bununla birlikte yapılan bazı çalışmalarda sosyoekonomik düzey ve aile eğitim düzeyi ile çocukta KOKGB görülmesi arasında bir ilişki bulunmamıştır (90, 91). Çalışmamızda benzer olarak anne-baba eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzey ile çocuktaki KOKGB sıklığı arasında bir ilişki saptanmamıştır. KOKGB tanısı alan olgularda aile medeni durumunun araştırıldığı bir çalışmada (90) medeni durum ile KOKGB sıklığı arasında ilişki saptamazken, diğer bir çalışmada (92) anne-babası evli olanlarda daha az KOKGB görüldüğünü bildirmişlerdir. Çalışmamızda anne-baba medeni durum ile çocukta KOKGB görülmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı

fark saptanmıştır. KOKGB tanısı boşanmış ailelerde evli olanlara oranla daha sık bulunmuştur.

KOKGB çok sık olarak başka psikiyatrik bozukluklara eşlik eder, bireyin yaşamında önemli bozulmalarla ilişkilidir ve DB, Madde Kullanım Bozukluklarına öncülük edebilmesi nedeniyle çok önemli bir bozukluktur (52, 62). KOKGB ve DEHB arasında çok yüksek oranda bir üst üste binme olduğu farklı coğrafik bölge ve kültürlerden epidemiyolojik ve klinik örneklerde net olarak ortaya konmuştur (62). Greene ve ark. (2002) tarafından yapılan bir çalışmada, DB'nin eşlik ettiği ya da etmediği KOKGB olan gençlerin DEHB, Major Depresyon, Bipolar Bozukluk ve Çoğul Anksiyete Bozukluğu oranlarının kontrol grubuna oranla önemli derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur (49).

Çalışmamızda KOKGB (+) olan olguların 100%'üne DEHB tanısının eşlik ettiği saptanmıştır. Litaretürle uyumlu olarak çalışmamızda KOKGB (+) olan olgularda KOKGB (-) olan olgulara göre komorbid DEHB tanısı görülme sıklığı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. KOKGB tanılı çocuklarda içe vurum bozukluklarının komorbiditesinin araştırıldığı bir gözden geçirmede Depresif Bozukluk için 15-46%, Anksiyete Bozuklukları için 7-14% eşlik etme oranları bulunmuştur. Bununla birlikte gözden geçirilen bazı çalışmalarda KOKGB ve DB olgularının birlikte değerlendirildiği için genelleştirilmesinin güç olduğundan bahsedilmiştir (109). KOKGB epidemiyolojisinin araştırıldığı bazı çalışmalarda sadece Anksiyete Bozuklukları komorbiditesi için artmış risk saptanırken, bazı çalışmalarda sadece Depresif Bozukluk için artmış riskten söz edilmektedir (2, 110, 111). Çalışmamızda KOKGB (+) olan olguların 40%'ına, her hangi bir Anksiyete Bozukluğu tanısının eşlik

ettiği saptanmıştır. Depresif Bozukluk için anlamlı farklılık saptanmazken, Anksiyete Bozukluğu görülme sıklığı KOKGB (+) grupta KOKGB (-) gruba oranla anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

### **6.3. Davranım Bozukluğu**

Çalışmamızda DB prevalansı 1.9% olarak saptanmıştır. Bozulma kriterleri eklendiğinde DB bozukluğu prevalansı değişmemiştir. Bulgularımız son yıllarda yapılan sistematik gözden geçirme ve meta-regresyon analiz çalışmasında bulunan ortalama değerden (3.2%) düşük bulunmuştur. Literatürde DB prevalansı yapılan çalışmalarda 1-16% olarak bildirilmiştir (9, 5). Yaygınlık oranlarının çok geniş aralıklarda olması; yapılan çalışmalarda birbiri ile tutarsız tanı sistemlerinin kullanılmasına ve küçük, yetersiz örneklem sayısına bağlanmıştır (53).

DB prevalansındaki farklılıklara etki eden özellikler araştırıldığı gözden geçirmede; 1987-2008 yılları arasında KOKGB ve DB prevalansı konusunda yapılmış araştırmalardan 39 araştırma çalışmaya alınma ölçütlerini karşılamış, ancak 25 araştırmanın yeterli verilerine ulaşılmış ve 25 araştırma değerlendirmeye alınmıştır. Yapılan sistematik gözden geçirme ve meta-regresyon analiz çalışmasında coğrafik bölge DB prevalans oranı ile ilişkili bulunmamıştır. Ancak araştırmaya alınan 25 araştırmadan sadece 3'ünün Asya'dan ve 1'inin Orta Doğu'dan geri kalan 21'inin Avrupa ve Amerika'dan çalışmalar olmasının bu sonuca neden olmuş olabileceği belirtilmiştir (58). Canino ve ark. (2010), DB epidemiyolojisinin, etiolojisinin ve gidişinin daha iyi anlaşılabilmesi için, bozukluğun epidemiyolojisinin az araştırıldığı bölgelerde önerilen metadojilerle yapılan



araştırmalara gereksinim bulunduğunu belirtmişlerdir. Bilebildiğimiz kadarı ile çalışmamız ülkemizde önerilen metodolojilerle yapılan DB prevalansını araştıran ilk çalışma olması bakımından önemlidir.

Diğer lkelerde yapılan DSM-IV kriterlerine göre tanı konan; en iyi tahmin yöntemi kullanılarak yapılan araştırmalar incelendiğinde bulgularımız literatür ile uyumlu bulunmuştur. DB prevalansı Birleşik Arap Emirlikleri'nde 6-15 yaş grubunda 1.5% bulunmuştur (25). Brezilya'da 7-14 yaş grubu olguların değerlendirmeye alındığı bir çalışmada DB prevalansı 2.2% saptanmıştır (27). Diğer ülkelere bakıldığında en iyi tahmin yöntemi kullanılarak DB prevalansı Büyük Britanya'da 5-15 yaş grubunda 1.47% (2); İrlanda'da 12-15 yaş grubunda 1.2% (30); Güney Tayvan'da 13-15 yaş grubunda 2.5% (31) bulunmuştur.

Oldukça yeni toplum örneklemleri bir çalışmada; Latin Amerika'da iyi belirlenmiş ve yeterli sayıdaki rneklemleriyle, tek kademe değerlendirme (one stage evaluation) yöntemiyle, DSM-IV tanı ltleri kullanılarak, yarı yapılandırılmış tanı görüşmesi kullanılarak (Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV [DISC-IV] ) ve bozulma kriteri göz önüne alınarak 4-18 yaş arası 1558 ocuk ve aile ile yapılan değerlendirme sonucunda DB sıklığı 1.9% olarak bulunmuştur (92). Bizim alışmamızda benzer metodolojik özellikler kullanılması sonucu aynı oranın bulunması DB bozukluğu prevalansında metodolojik özelliklerin önemli olduğunu dşndrmştir.

DB prevalansındaki farklılıklara etki eden özelliklerin gözden geçirildiği bir çalışmada; bozulma kriterinin aranıp aranmaması ve kullanılan tanı sistemi (DSM-III-R veya DSM-IV) DB prevalans oranı ile ilişkili bulunmuştur. Çalışmamızda bozulma kriteri kullanıldığında DEHB ve KOKGB sıklığının aksine DB prevalans

oranının değişmemesi toplumumuzda erken başlangıçlı olgularda hastalığın daha şiddetli olduğunu düşündürmüştür.

Ülkemizde DB prevalansı ile ilgili sadece bir çalışmaya rastlanmıştır. Trabzon ilinde 6-12 yaş aralığında 1226 ilkokul öğrencisinde aile ya da öğretmen ölçeklerine göre tanı konan bir çalışmada DB yaygınlığı 4.4% olarak bulunmuştur (35). Çalışmamızda bulunan oranın bu çalışmaya oranla daha düşük saptanması bu çalışmalarda sadece ölçeklerle değerlendirme yapılmış olmasından kaynaklandığını düşündürmüştür.

Yapılan çalışmalarda bozukluğun hem çocukluk hem de ergenlik döneminde erkeklerde kızlara oranla daha sık görüldüğü bulunmuş, erkek kız oranı 4/1 olarak saptanmıştır. Çocuklukta başlayan alt tipin ergenlikte başlayan alt tipe kıyasla daha çok erkekte görüldüğü ve kızlarda davranım sorunlarının ergenlik öncesinde arttığı belirlenmiştir (53, 54). Çalışmamızda bozukluğun erkeklerde kızlara oranla daha sık görüldüğü saptanmış, erkek/kız oranı:7/1 bulunmuştur.

Literatürde bozukluğun sıklığının sosyal ve ekonomik faktörlerden etkilendiği; daha çok alt sosyoekonomik sınıfa ait ailelerdeki ya da parçalanmış, bozuk işleyişe sahip ailelerdeki çocuklarda görüldüğü belirtilmiştir (51, 53). Bununla birlikte yapılan bazı çalışmalarda sosyoekonomik düzey ve aile eğitim düzeyi ile çocukta DB görülmesi arasında bir ilişki bulunmamıştır (90, 91). Çalışmamızda sosyoekonomik düzey ve anne eğitim düzeyi ile çocukta DB görülmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken, baba eğitim düzeyi ile çocukta DB görülmesi arasında ilişki bulunmamıştır. DB tanısı alan çocukların daha düşük sosyoekonomik kesimde yaşadıkları ve annelerinin eğitim düzeyinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. DB tanısı alan olgularda aile medeni durumunun araştırıldığı bir çalışmada Canino ve

ark. (90) medeni durum ile DB sıklığı arasında ilişki saptamazken, Vicente ve ark. (92) anne-babası evli olanlarda daha az DB görüldüğünü bildirmişlerdir. Çalışmamızda anne-baba medeni durum ile çocukta DB görülmesi arasında ilişki bulunmamıştır.

DB tanılı çocuk ve ergenlerde normal kontrollere oranla psikiyatrik hastalık görülme riski fazladır (50). DB tanılı çocuklara en sık eşlik eden ek tanılar DEHB, Anksiyete Bozuklukları ve Duygudurum Bozukluklarıdır (53). Çalışmamızda DB tanılı olguların 100%'üne DEHB tanısının eşlik ettiği saptanmıştır. DB olan çocukların önemli bir kısmında DEHB bulunmaktadır. Bununla birlikte DEHB tanısı alan çocukların yaklaşık 25%'ünde DB bulunmaktadır (52). Literatürle uyumlu olarak çalışmamızda DB (+) olan olgularda DB (-) olan olgulara göre komorbid DEHB tanısı görülme sıklığı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Araştırmamızda DB tanısı alan olgularda tanı almayan olgulara oranla; diğer psikiyatrik bozuklukların (duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, tik bozuklukları ve enürezis) komorbid tanı olarak görülme sıklıkları arasında ise anlamlı bir fark saptanmamıştır

## 7. SONUÇLAR

Araştırmamız epidemiyolojik çalışmalar için önerilen ölçütlerin çoğunu karşılayan; iyi belirlenmiş ve yeterli sayıdaki bir okul örneklemiyle, sene başı liste dikkate alınarak, tek aşamalı değerlendirme yöntemiyle, DSM-IV Tanı Ölçütleri kullanılarak, birebir yüz yüze çocuk ve ebeveynle yarı yapılandırılmış tanı görüşmesi yapılan (K-SADS-PL), DEYDB DSM-IV Değerlendirme Ölçeği, ÇDDÖ ve ÖBF ölçekleri, öğretmen ve ebeveyn ile görüşülerek bozulma (impairment) kriterleri kullanılarak DEHB, KOKGB ve DB prevalansını araştıran Türkiye'deki ilk kesitsel çalışmadır. Ayrıca bu çalışmada DSM-IV'ün yanı sıra önerilen DSM-5 Tanı Ölçütleri kullanılarak da DEHB ve KOKGB prevalansı araştırılmıştır. Bilebildiğimiz kadarıyla bu araştırma önerilen DSM-5 tanı kriterlerinin kullanılarak DEHB ve KOKGB prevalansının araştırılmasına özgül yazındaki ilk çalışmadır.

Araştırmamızda bozulma kriteri eklenmeden DEHB prevalansı 21.8%, bozulma kriteri olarak öğretmen veya ebeveyn değerlendirmesi göz önüne alınırsa DEHB prevalansı 19.7% ve her iki ortamda da semptomlardan kaynaklanan bozulma saptanan olgular değerlendirildiğinde DEHB prevalansı 12.7% saptanmıştır. Ülkemizde aynı örnekleme yapılan boylamsal izlem çalışmasında bulunan sıklık değerleri (ilk yıl için 13.38%, ikinci yıl için 12.53%, üçüncü yıl için 12.22% ve dördüncü yıl için % 12.55) ile araştırmamızda bulunan değerlerin son derece uyumlu olması; farklı ülkelerde yapılan birçok araştırmayı içeren yakın zamanda yapılmış olan bir meta analiz çalışmasında elde edilen ortalama (pooled) DEHB prevalans ile karşılaştırıldığında ülkemizde okul çağı çocuklarında DEHB prevalansının daha yüksek olduğunu düşündürmüştür. Her iki çalışmada da bozulma kriterlerini de

içeren oldukça sıkı tanısal prosedürler uygulandığından dolayı bu farklılık daha önemli hale gelmektedir. Aynı zamanda çalışmamızın diğer ayaklarında, KOKGB, DB, Mizaç Bozuklukları ve Anksiyete Bozukluklarının prevalansı aynı yöntemle değerlendirilmiştir. DEHB dışında diğer tüm bozuklukların sıklığı literatürdeki çalışmalarla benzer veya olasılıkla çalışmamızda katı ölçütler kullanılmasına bağlı olarak daha düşük bulunmasına karşın DEHB sıklığının yüksek bulunması ayrıca ilgi çekicidir. Bu bulgular araştırmamızda elde ettiğimiz yüksek DEHB prevalansının araştırma yöntemimizden kaynaklanmadığını ortaya koymaktadır.

Önerilen DSM-V tanı ölçütlerine göre değerlendirme yapıldığında DEHB bozulma kriteri eklenmeden DEHB prevalansı 22.3%, bozulma kriteri olarak öğretmen veya ebeveyn değerlendirmesi göz önüne alınırsa DEHB prevalansı 19.9% ve her iki ortamda da semptomlardan kaynaklanan bozulma saptanan olgular değerlendirildiğinde DEHB prevalansı 12.7% saptanmıştır. Bizim çalışmamızda iki tanı sistemi arasında bozulma kriteri uygulanmadan önerilen DSM-5 tanı sistemine göre DEHB prevalansı çok az yüksek saptansa da, her iki alanda bozulma olan olgular değerlendirildiğinde iki tanı sistemi arasında fark bulunmamıştır. Bu bulgu DEHB prevalansının değerlendirmesinde en önemli etkenlerden birisinin “bozulma kriteri” aranıp aranmaması olduğunu öne süren daha önceki araştırmalar (70, 84) ve gözden geçirme yazılarıyla (1, 11) uyumlu olarak bulunmuştur.

Araştırmamızda bozulma kriteri eklenmeden KOKGB prevalansı 2.4%, bozulma kriteri olarak öğretmen veya ebeveyn değerlendirmesi göz önüne alınırsa KO-KGB prevalansı 2.4% ve her iki ortamda da semptomlardan kaynaklanan bozulma saptanan olgular değerlendirildiğinde KO-KGB prevalansı 1.2%

saptanmıştır. Bulgularımız son yıllarda yapılan sistematik gözden geçirme ve meta-regresyon analiz çalışmasında bulunan ortalama değerden (3.3%) düşük bulunmuştur. Önerilen DSM 5 Tanı Ölçütlerine göre yapılan değerlendirmede KOKGB prevalansı bozulma kriteri olmadan 5%, bozulma kriteri olduğunda 3.6% olarak saptanmıştır. Önerilen DSM 5 Tanı Ölçütleri DB varlığına KOKGB tanısına izin vermektedir. KOKGB prevalansı konusundaki en önemli noktalardan birisi DB varlığında KOKGB tanısı konulup konulmamasıdır. Çalışmamızda da her iki tanı sistemi arasında sıklıklar arasında fark saptanması KOKGB nun epidemiyolojik ve tanısal anlamda çok daha iyi çalışılması gerektiğini düşündürmüştür.

Araştırmamız bildiğimiz kadarıyla DB sıklığını belirlemek için klinik görüşme yapılarak ve klinik ölçekler kullanılarak gerçekleştirilen ülkemizdeki ilk epidemiyolojik çalışmadır. Çalışmamızda DB prevalansı 1.9% olarak saptanmıştır. Bozulma kriterleri eklendiğinde DB bozukluğu prevalansı değişmemiştir. Bulgularımız son yıllarda yapılan sistematik gözden geçirme ve meta-regresyon analiz çalışmasında bulunan ortalama değerden (3.2%) düşük bulunmuştur. Çalışmamızda bozulma kriteri kullanıldığında DEHB ve KOKGB sıklığının aksine prevalans oranının değişmemesi erken başlangıçlı DB' nun şiddetli seyrettiğini düşündürmüştür.

## 8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Epidemiyolojik çalışmaların çoğu, kesitsel (cross-sectional) alışmadır ve kesitsel çalışmalar yalnızca belli bir zaman aralığındaki psikiyatrik hastalıkların sıklığını belirleyebilir (112). Çocukluk ağında psikiyatrik hastalıklardan etkilenen çocukların saptanabilmesi için daha uzun izlem gerektiren çalışmaların yapılması gerekmektedir. Çalışmamız kesitsel bir çalışma olması bizim araştırmamızın sınırlılıklarından biridir.. rnekleminiz Türkiye'nin 3. büyük ili olan İzmir'de yaşayan ilköğretim 1-5. sınıf öğrencilerini temsil eden bir örneklem olarak belirlenmiştir. Bu örneklemin tüm Türkiye ilköğretim ağı çocuklarını temsil etmemesi de çalışmanın sınırlılıklarındandır.

## 9. ÖZET

**Amaç:** Epidemiyolojik çalışmalar hastalıkların dağılımını, etiyolojisini ve risk faktörlerini anlamamıza yardımcı olmaktadır. Erişkinlere kıyasla çocuk ve ergenlerde psikiyatrik hastalıkların sıklığının ve hastalıklarla ilişkili risk faktörlerinin araştırıldığı çalışmalar daha azdır. Çalışmamızda İzmir ilinde ilkokul çağı öğrencilerinde DEHB, KOKGB ve DB sıklığını araştırmak amaçlanmıştır. Çalışmamızın ikinci amacı da DSM-IV ve önerilen DSM-5 kriterlerinin uygulanarak aynı örnekleme DEHB ve KOKGB prevalansını karşılaştırmaktır.

**Yöntem:** İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğü tarafından resmi sınıflamaya göre alt/orta/üst sosyoekonomik gruba göre belirlenen 12 okuldan, %5 hata payıyla, alfa (t) %1 olarak belirlenen 419 olgu rastgele örneklem alınması yöntemiyle seçilmiştir. 417 olguya ulaşılabilmiş, yanıt oranı %99.5 olarak saptanmıştır. Böylece 6-14 yaş aralığındaki 417 olgu yarı yapılandırılmış tanı görüşmesi (K-SADS-PL), bozulma kriterleri ve ayrıca DEHB, KOKGB için önerilen DSM-5 Tanı Ölçütleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Bozulma kriteri göz önüne alınmadan yani sadece klinik görüşme (K-SADS-PL) ile DEHB, KOKGB ve DB sıklığı sırasıyla 21.8%, 2.4%, 1.9% olarak bulunmuş, ek olarak bozulma kriteri de dikkate alındığında ise oranlar sırasıyla 12.7%, 1.2%, 1.9% olarak saptanmıştır. Önerilen DSM-5 Tanı Ölçütlerine göre yapılan değerlendirmede ise DEHB ve KOKGB prevalansı 22.3% ve 5% bulunurken; bozulma kriteri dikkate alındığında DEHB ve KOKGB prevalansı 12.7% ve 3.6% olarak saptanmıştır.



**Sonuç:** Çalışmamızda elde edilen DEHB prevalansı (12.7%), dünya genelindeki çocuklar için ortalama (pooled) prevalans değeri olan 5.29% ile karşılaştırıldığında daha yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte çalışmamızda bulunan DEHB sıklığı aynı bölgede yapılan boylamsal prevalans çalışması ile uyumlu bulunmuştur. Çalışmamızda KOKGB ve DB prevalansı, dünya genelindeki ortalama (pooled) prevalans değerleri olan 3.2% ve 3.3 ile karşılaştırıldığında daha düşük saptanmıştır. Literatürle uyumlu olarak; impairment (bozulma) kriteri dahil edildiğinde DEHB ve KOKGB sıklığının belirgin olarak azaldığı gözlenmiştir. DSM IV ve önerilen DSM-5 Tanı Ölçütleri bozulma kriteri dahil edilerek karşılaştırıldığında KOKGB sıklığı önerilen DSM 5 kriterleriyle daha fazla bulunurken, DEHB oranı iki tanı sistemi arasında fark saptanmamıştır.

## 10. ABSTRACT

**Objective:** Epidemiological studies contributes to our understanding of the distribution, etiology and risk factors of the disorders. There have been fewer epidemiologic investigations aimed at estimating prevalence and incidence and associated risk factors for children and adolescents compared to adult. The aim of this study is to determine the prevalence of ADHD, ODD and CD in a sample of primary school children in İzmir, Turkey. The second aim of this study is to compare prevalence rates for ADHD and ODD using DSM-IV and proposed DSM-5 criteria within the same population.

**Method:** Twelve schools were randomly selected and stratified according to socioeconomical status by İzmir Directorate of National Education. The sample consisted of randomly selected 419 primary school children with 5% margin of error and alpha (t) 1%. 417 cases were interviewed with a response rate of 99.5%. The cases aged between 6 to14 were assessed using the K-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children- Present and Lifetime Version), impairment criterion scale and also proposed DSM-5 criteria for ADHD and ODD.

**Results:** The prevalence of ADHD, ODD and CD were found respectively as 21.8%, 2.4%, 1.9% by using only clinical assessment and 12.7%, 1.2%, 1.9% by clinical assessment combined with the impairment criterion. According to proposed DSM-5 criteria prevalence of ADHD and ODD were respectively 22.3% and 5% by

using clinical assessment without the impairment criterion; 12.7% and 3.6% when the impairment criterion was added to the symptom criteria for diagnosis.

**Conclusion:** ADHD prevalence obtained in our study (12.7%) is higher than the worldwide pooled prevalence for childhood ages (5.29%). However the ADHD prevalence found in this study is consistent with the previous longitudinal ADHD prevalence research in the same region. ODD and CD prevalence obtained in our study (1.2 and 1.9) is lower than the worldwide pooled prevalence (3.2% and 3.3%). With the inclusion of diagnosis-specific impairment criterion, ADHD and ODD rates reduced slightly; consistent with the literature. ODD prevalence was higher with the proposed DSM 5 criterion compared to DSM IV criterion when the impairment criterion was included. ADHD prevalence was same with the two diagnosis systems.

## 11. KAYNAKLAR

- 1) Polanczyk G, Jensen P (2008). Epidemiologic considerations in attention deficit hyperactivity disorder: a review and update. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 17: 245-260.
- 2) Ford T, Goodman R, Meltzer H (2003). The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The Prevalence of DSM-IV Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42: 1203-1211.
- 3) American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. (DSM-IV) Washington, DC: American Psychiatric Association.
- 4) Pliszka S; AACAP Work Group on Quality Issues (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46: 894-921. Review.
- 5) Weiss G (1996). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Child and Adolescent Psychiatry* (Ed. Lewis M) second edition, Williams and Wilkins, Baltimore, Maryland USA, 544-563
- 6) American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2nd ed. (DSM-II) Washington, DC: American Psychiatric Association.

- 7) American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd ed. (DSM-III) Washington, DC: American Psychiatric Association.
- 8) American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd ed rev. (DSM-III-R) Washington, DC: American Psychiatric Association.
- 9) American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed rev. (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- 10) Shaffer D, Castellanos FX, Canino G, Frick PJ, Moffitt T, Nigg JT, Rohde LA, Tannock R, Taylor E, Todd R (2011). The ADHD and Disruptive Behavior Disorders Work Group, DSM-5 Development, American Psychiatric Association.
- 11) Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry*, 164: 942-948.
- 12) Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, Biederman J (2003). The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry*, 2: 104-113.
- 13) Anderson JC (1996). Is childhood hyperactivity the product of western culture? *Lancet*, 348: 73-74
- 14) Taylor E (2009). Developing ADHD. *J Child Psychol Psychiatry*, 50: 126-132.

- 15) Polanczyk G, Rohde LA (2007). Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Curr Opin Psychiatry*, 20: 386-392. Review.
- 16) Staller J, Faraone SV (2006). Attention-deficit hyperactivity disorder in girls: epidemiology and management. *CNS Drugs*, 20: 107-123.
- 17) Faraone SV, Biederman J, Mick E (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med*, 36: 159-165
- 18) Biederman J, Mick E, Faraone SV (2000). Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *Am J Psychiatry*, 157: 816-818.
- 19) Biederman J, Monuteaux MC, Mick E, Spencer T, Wilens TE, Silva JM, Snyder LE, Faraone SV (2006). Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow-up study. *Psychol Med*, 36: 167-179.
- 20) Cohen P, Cohen J, Kasen S, Velez CN, Hartmark C, Johnson J, Rojas M, Brook J, Streuning EL (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence--I. Age- and gender-specific prevalence. *J Child Psychol Psychiatry*, 34: 851-867.
- 21) Gómez-Beneyto M, Bonet A, Catalá MA, Puche E, Vila V (1994). Prevalance of mental disorders among children in Valencia, Spain. *Acta Psychiatr Scand*, 89: 352-357.

- 22) Breton JJ, Bergeron L, Valla JP, Berthiaume C, Gaudet N, Lambert J, St-Georges M, Houde L, Lépine S (1999). Quebec child mental health survey: prevalence of DSM-III-R mental health disorders. *J Child Psychol Psychiatry*, 40: 375-384
- 23) Nolan EE, Gadow KD, Sprafkin J (2001). Teacher reports of DSM-IV ADHD, ODD and CD symptoms in schoolchildren. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40: 241-249.
- 24) Skounti M, Philalithis A, Galanakis E (2007). Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *Eur J Pediatr*, 166:117-123. Review.
- 25) Eapen V, al-Gazali L, Bin-Othman S, Abou-Saleh M (1998). Mental health problems among schoolchildren in United Arab Emirates: prevalence and risk factors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37: 880-886.
- 26) Eapen V, Jakka ME, Abou-Saleh MT (2003). Children with psychiatric disorders: the A1 Ain Community Psychiatric Survey. *Can J Psychiatry*, 48: 402-407.
- 27) Fleitlich-Bilyk B, Goodman R (2004). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43: 727-734.

- 28) Goodman R, Neves dos Santos D, Robatto Nunes AP, Pereira de Miranda D, Fleitlich-Bilyk B, Almeida Filho N (2005). The Ilha de Maré study: a survey of child mental health problems in a predominantly African-Brazilian rural community. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 40: 11-17.
- 29) Goodman R, Ford T, Richards H, Gatward R, Meltzer H (2000). The Development and Well-Being Assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*, 41: 645-655.
- 30) Lynch F, Mills C, Daly I, Fitzpatrick C (2006). Challenging times: prevalence of psychiatric disorders and suicidal behaviours in Irish adolescents. *J Adolesc*, 29: 555-573.
- 31) Gau SS, Chong MY, Chen TH, Cheng AT (2005). A 3-year panel study of mental disorders among adolescents in Taiwan. *Am J Psychiatry*, 162: 1344-1350.
- 32) Mukaddes NM (1993). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Tanı Ölçütleri, yapısı, sınıflandırma sistemindeki yeri. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 30: 226-231
- 33) Mukaddes NM, Zoroğlu S, Kora M, Aydoğmus K (1998). Symptoms and factor analysis results of attention deficit/hyperactivity disorder in Turkish children determined by teacher ratings. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 35: 171-176



- 34) Erşan EE, Doğan O, Doğan S, Sümer H (2004). The distribution of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13: 354-361.
- 35) Neyir Gul, Ahmet Tiryaki, S. Ebru Cengel Kultur, Murat Topbas, Ismail Ak (2010). Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Comorbid Disruptive Behavior Disorders Among School Age Children in Trabzon. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 20: 50-56
- 36) Aydın C, Ercan ES, Kandulu R, Uslu E, Sağduyu G, Koca N (2010). ADHD in Turkish Elementary School Students: A two year longitudinal study of prevalence, 163rd Annual Meeting American Psychiatric Association, 22-26 May New Orleans, USA.
- 37) Kabukçu B, Ercan ES, Rohde LA, Kandulu R, Uslu E, Aydın C (2011). A 3 Year Longitudinal ADHD and ODD Prevalence Research in a Turkish Sample. 3<sup>th</sup> International Congress on ADHD From Childhood to Adult Disease, 26-29 May, Berlin, Germany.
- 38) Faraone SV, Biederman J (1998). Neurobiology of attention-deficit hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*, 44: 951-958. Review.
- 39) Biederman J, Faraone SV (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 366: 237-248. Review.
- 40) Banaschewski T, Becker K, Scherag S, Franke B, Coghill D (2010). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder: an overview. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 19: 237-257. Review.

- 41) Castellanos FX, Lee PP, Sharp W, Jeffries NO, Greenstein DK, Clasen LS, Blumenthal JD, James RS, Ebens CL, Walter JM, Zijdenbos A, Evans AC, Giedd JN, Rapoport JL (2002). Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA*, 288: 1740-1748.
- 42) Booth JR, Burman DD, Meyer JR, Lei Z, Trommer BL, Davenport ND, Li W, Parrish TB, Gitelman DR, Mesulam MM (2005). Larger deficits in brain networks for response inhibition than for visual selective attention in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *J Child Psychol Psychiatry*, 46: 94-111.
- 43) McIntosh DE, Mulkins RS, Dean RS (1995). Utilization of maternal perinatal risk indicators in the differential diagnosis of ADHD and UADD children. *Int J Neurosci*, 81: 35-46
- 44) Biederman J, Newcorn J, Sprich S (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *Am J Psychiatry* 148: 564-577
- 45) Anderson JC, Williams S, McGee R, Silva PA (1987). DSM-III disorders in preadolescent children. Prevalence in a large sample from the general population. *Arch Gen Psychiatry*, 44: 69-76.
- 46) Sadock BJ, Sadock VA (2012a). Dikkat Eksikliği Bozuklukları. Türkbay T (ed.), In: Kaplan ve Sadock Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kısaltılmış El Kitabı, Birinci Basım, Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 79-91.

- 47) Barkley RA (2006). History. Attention-deficit hyperactivity disorder, third edition. New York: Guilford press, 3-75.
- 48) Cantwell DP (1985). Hyperactive children have grown up. What have we learned about what happens to them? Arch Gen Psychiatry, 42: 1026-1028.
- 49) Greene RW, Biederman J, Zerwas S, Monuteaux MC, Goring JC, Faraone SV (2002). Psychiatric comorbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder. Am J Psychiatry, 59: 1214-1224.
- 50) Loeber R, Burke JD, Lahey BB, Winters A, Zera M (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 39: 1468-1484.
- 51) Nock MK, Kazdin AE, Hiripi E, Kessler RC (2007). Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication. J Child Psychol Psychiatry, 48: 703-713.
- 52) Lahey BB, Miller, T. L., Gordon, R. A., & Riley, A (1999). Developmental epidemiology of the disruptive behavior disorders. In H. Quay & A. Hogan (Eds.), Handbook of the disruptive behavior disorders (pp. 23–48). New York: Plenum.
- 53) Maughan B, Rowe R, Messer J, Goodman R, Meltzer H (2004). Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. J Child Psychol Psychiatry, 45: 609-621.

- 54) August GJ, Realmuto GM, Joyce T, Hektner JM (1999). Persistence and desistance of oppositional defiant disorder in a community sample of children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38: 1262-1270.
- 55) Biederman J, Faraone SV, Milberger S, Jetton JG, Chen L, Mick E, Greene RW, Russell RL (1996). Is childhood oppositional defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder? Findings from a four-year follow-up study of children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35: 1193-204.
- 56) Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Oppositional Defiant Disorder (2007). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46: 126-141.
- 57) Angold A, Costello EJ (1996). Toward establishing an empirical basis for the diagnosis of oppositional defiant disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35: 1205-1212
- 58) Canino G, Polanczyk G, Bauermeister J, Rohde L, Frick P (2010). Does the prevalence of CD and ODD vary across cultures? *Soc Psychiat Epidemiol*, 45: 695-704.
- 59) Loeber R, Burke J, Pardini DA (2009). Perspectives on oppositional defiant disorder, conduct disorder, and psychopathic features. *J Child Psychol Psychiatry*, 50: 133-142. Review.

- 60) Ercan ES (2008). Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu. FÇ Çetin, B Pehlivanürk, F Ünal, R Uslu, E İşeri, T Türkbay, A Coşkun, S Miral, N Motavallı, (Eds.), Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 316-319.
- 61) Biederman J, Petty CR, Dolan C, Hughes S, Mick E, Monuteaux MC, Faraone SV (2008). The long-term longitudinal course of oppositional defiant disorder and conduct disorder in ADHD boys: findings from a controlled 10-year prospective longitudinal follow-up study. *Psychol Med*, 38: 1027-1036.
- 62) Rowe R, Maughan B, Pickles A, Costello EJ, Angold A (2002). The relationship between DSM-IV oppositional defiant disorder and conduct disorder: findings from the Great Smoky Mountains Study. *J Child Psychol Psychiatry*, 43: 365-373.
- 63) Sadock BJ, Sadock VA (2012b). Yıkıcı Davranış Bozuklukları. Türkbay T (ed.), Kaplan ve Sadock Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kısaltılmış El Kitabı, Birinci Basım, Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 92-100.
- 64) Loeber R, Green SM, Keenan K, Lahey BB (1995). Which boys will fare worse? Early predictors of the onset of conduct disorder in a six-year longitudinal study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34: 499-509.
- 65) Nock MK, Kazdin AE, Hiripi E, Kessler RC (2006). Prevalence, subtypes, and correlates of DSM-IV conduct disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med*, 36: 699-710.

- 66) Ercan ES (2008). Davranım Bozukluğu. FÇ Çetin, B Pehlivantürk, F Ünal, R Uslu, E İşeri, T Türkbay, A Coşkun, S Miral, N Motavallı, (Eds.), Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 312-315.
- 67) Roberts RE, Attkisson CC, Rosenblatt A (1998). Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am J Psychiatry*, 155: 715-725.
- 68) Costello EJ, Egger H, Angold A (2005). 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44: 972-986.
- 69) Eapen V, Al-Gazali L, Bin-Othman S, Abou-Saleh MT (1999). Child psychiatric disorders in the United Arab Emirates: functional status and implications for service provision. *Prim Care Psychiatry*, 5: 25-29.
- 70) Rohde LA, Biederman J, Busnello EA, et al. (1999). ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: a study of prevalence, comorbid conditions, and impairments. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38: 716-722.
- 71) Leckman JF, Sholomskas D, Thompson WD, Belanger A, Weissman MM (1982). Best estimate of lifetime psychiatric diagnosis: a methodological study. *Arch Gen Psychiatry*, 39: 879-883.
- 72) Brotman MA, Schmajuk M, Rich BA, et al. (2006). Prevalence, Clinical Correlates, and Longitudinal Course of Severe Mood Dysregulation in Children. *Biol Psychiatry*, 60: 991-997.

- 73) Cho SC, Kim BN, Kim JW, et al. (2009). Full syndrome and subthreshold attention-deficit/hyperactivity disorder in a Korean community sample: comorbidity and temperament findings. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 18: 447-457.
- 74) Kaufman J, Birmaher B, Brent D, et al. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (KSADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36: 980-988.
- 75) Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B, Çengel Kültür E, Akdemir D, Taner Y (2004) Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 11: 109-116.
- 76) Turgay A. (1994). :Disruptive Behavior Disorders Child and Adolescent Screening and Rating Scales for Children, Adolescents, Parents and Teachers. West Bloomfield (Michigan), Integrative Therapy Institute Publication.
- 77) Ercan ES, Amado S, Somer O, Çıkoğlu S (2001). Development of a test battery for the assessment of attention deficit hyperactivity disorder [in Turkish]. *Cocuk ve Genclik Ruh Sagligi Dergisi (Journal of Child and Adolescent Mental Health)* 8: 132-144.
- 78) Achenbach TM, Edelbrock C (1983). Manual for the Child Behavior Checklist / 4-18 and Revised Child Behavior Profile. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington VT.

- 79) Akçakın M (1985) Çocukların Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği'nin tanıtımı ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikoloji Dergisi, 5: 3-6.
- 80) Achenbach TM (1991). Manuel for the child behavior checklist 4-18. Profil: University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington VT.
- 81) Erol N, Arslan BL, Akçakın M (1995). The adaption and standardization of the Child Behavior Checklist among 6-18 year old Turkish children. Sergeant J (ed.), In: Eunethydis: European Approaches to Hyperkinetic Disorder, Zurich: Fotoratar, 97-113.
- 82) Erol N, Şimşek Z (1998). Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Çocuk ve Gençlerde Ruh Sağlığı: yeterlik alanları, davranış ve duygusal sorunların dağılımı, Birinci Basım, Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z (eds.). Ankara: Eksen Tanıtım Ltd Şti., 25-75.
- 83) Baumgaertel A, Wolraich ML, Dietrich M (1995). Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a German elementary school sample. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 34: 629-638.
- 84) Wolraich ML, Hannah JN, Pinnock TY, Baumgaertel A, Brown J (1996). Comparison of diagnostic criteria for attention-deficit hyperactivity disorder in a county-wide sample. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 35: 319-324.
- 85) McArdle P, Prosser J, Kolvin I (2004) Prevalence of psychiatric disorder: with and without psychosocial impairment. Eur Child Adolesc Psychiatry, 13: 347-353.



- 86) Mental health in the United States (2005). Prevalance of diagnosis and medication treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder-United States, 2003. *MMWR Mortal Wkly Rep*, 54: 842-847
- 87) Bird HR, Canino G, Rubio-Stipec M, et al. (1988). Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. The use of combined measures. *Arch Gen Psychiatry*, 45: 1120-1126.
- 88) Costello EJ, Keeler GP, Angold A (2001). Poverty, race/ethnicity, and psychiatric disorder: a study of rural children. *Am J Public Health*, 91: 1494-1498. Brooks-Gunn J, Duncan GJ (1997). The effects of poverty on children. *Future Child*, 7: 55-71.
- 89) Bor W, Najman JM, Andersen MJ, O'Callaghan M, Williams GM, Behrens BC (1997). The relationship between low family income and psychological disturbance in young children: an Australian longitudinal study. *Aust N Z J Psychiatry*, 31: 664-675.
- 90) Canino G, Shrout PE, Rubio-Stipec M, et al. (2004). The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. *Arch Gen Psychiatry*, 61: 85-93.
- 91) Roberts RE, Roberts CR, Xing Y (2007). Rates of DSM-IV psychiatric disorders among adolescents in a large metropolitan area. *J Psychiatr Res*, 41: 959-967.

- 92) Vicente B, Saldivia S, de la Barra F, Kohn R, Pihan R, Valdivia M, Rioseco P, Melipillan R (2012). Prevalence of child and adolescent mental disorders in Chile: a community epidemiological study. *J Child Psychol Psychiatry*, doi: 10.1111/j.1469-7610.2012.02566.x.
- 93) August GJ, Realmuto GM, MacDonald AW 3rd, Nugent SM, Crosby R (1996). Prevalence of ADHD and comorbid disorders among elementary school children screened for disruptive behavior. *J Abnorm Child Psychol*, 24: 571-595.
- 94) Pineda DA, Lopera F, Palacio JD, Ramirez D, Henao GC (2003). Prevalence estimations of attention-deficit/hyperactivity disorder: differential diagnoses and comorbidities in a Colombian sample. *Int J Neurosci*, 113: 49-71.
- 95) Adewuya AO, Famuyiwa OO (2007). Attention deficit hyperactivity disorder among Nigerian primary school children: prevalence and co-morbid conditions. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 16:10-15.
- 96) Smalley SL, McGough JJ, Moilanen IK, Loo SK, Taanila A, Ebeling H, Hurtig T, Kaakinen M, Humphrey LA, McCracken JT, Varilo T, Yang MH, Nelson SF, Peltonen L, Järvelin MR (2007). Prevalence and psychiatric comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder in an adolescent Finnish population. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46: 1575-1583.

- 97) Wilens TE, Biederman J, Brown S, Tanguay S, Monuteaux MC, Blake C, Spencer TJ (2002). Psychiatric comorbidity and functioning in clinically referred preschool children and school-age youths with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41: 262-268.
- 98) Ghanizadeh A (2010). Comorbidity of enuresis in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Atten Disord*, 13: 464-467.
- 99) Biederman J, Faraone SV, Doyle A, Lehman BK, Kraus I, Perrin J, Tsuang MT (1993). Convergence of the Child Behavior Checklist with structured interview-based psychiatric diagnoses of ADHD children with and without comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry*, 34: 1241-1251.
- 100) Chen WJ, Faraone SV, Biederman J, Tsuang MT (1994). Diagnostic accuracy of the Child Behavior Checklist scales for attention-deficit hyperactivity disorder: a receiver-operating characteristic analysis. *J Consult Clin Psychol*, 62: 1017-1025.
- 101) Graetz BW, Sawyer MG, Hazell PL, Arney F, Baghurst P (2001). Validity of DSM-IVADHD subtypes in a nationally representative sample of Australian children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40: 1410-1417.
- 102) Tripp G, Schaughency EA, Clarke B (2006). Parent and teacher rating scales in the evaluation of attention-deficit hyperactivity disorder: contribution to diagnosis and differential diagnosis in clinically referred children. *J Dev Behav Pediatr*, 27: 209-218.

- 103) Zwirs BW, Burger H, Schulpen TW, Wiznitzer M, Fedder H, Buitelaar JK (2007). Prevalence of psychiatric disorders among children of different ethnic origin. *J Abnorm Child Psychol*, 35: 556-566.
- 104) Shaffer D, Fisher P, Dulcan MK, et al. (1996). The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA Study: Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35: 865-877.
- 105) Costello EJ, Angold A, Burns BJ, et al. (1996). The Great Smoky Mountains Study of Youth. Goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 53: 1129-1136.
- 106) Narrow WE, Regier DA, Goodman SH, et al. (1998). A comparison of federal definitions of severe mental illness among children and adolescents in four communities. *Psychiatr Serv*, 49: 1601-1608.
- 107) Drabick DA, Gadow KD, Loney J (2007). Source-specific oppositional defiant disorder: comorbidity and risk factors in referred elementary schoolboys. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46: 92-101.
- 108) Anselmi L, Menezes AM, Barros FC, Hallal PC, Araújo CL, Domingues MR, Rohde LA. (2010). Early determinants of attention and hyperactivity problems in adolescents: the 11-year follow-up of the 1993 Pelotas (Brazil) birth cohort study. *Cad Saude Publica*, 26: 1954-1962.

- 109) Boylan K, Vaillancourt T, Boyle M, Szatmari P (2007). Comorbidity of internalizing disorders in children with oppositional defiant disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 16: 484-494. Review.
- 110) Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry*, 60: 837-844.
- 111) Wittchen HU, Müller N, Storz S (1998). Psychiatric disorders: incidence, psychosocial effects and correlation with physical illnesses. *Gesundheitswesen*, 60: 95-100
- 112) Cartwright-Hatton S, McNicol K, Doubleday E (2006). Anxiety in a neglected population: prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clin Psychol Rev*, 26: 817-833.

## OLGU RAPOR FORMU (EK 1)

**Olgu no:**

**Tanı:**

**Adı Soyadı:**

**Doğum tarihi:**

**Öğrenim düzeyi:**

**Okulu:**

**Adres:**

**Tel numarası:**

Planlanan bir gebelik mi? a) Kesinlikle planlanan b) Tam olarak planlanmayan c) İstenmeyen

Annenin gebelikteki durumu; Fiziksel: a) Sorunsuz b) Biraz sorunlu c) Çok sorunlu

Ruhsal: a) Sorunsuz b) Biraz sorunlu c) Çok sorunlu

Doğum şekli: a) Normal doğum b) Sezaryen

Doğum ve sonrası problem: a)Yok b) Var (belirtiniz:.....)

Yürüme:

Konuşma:

Önemli hastalık geçirmiş mi?

Operasyon ?

Kaza (dikiş atılma, alçıya alınma, sağlık kuruluşuna başvurma?) a) Yok b) Bir kez c) Çok sayıda

### **Anne-Baba ile İlgili Bilgiler:**

**Anne-Baba:** Evli ( ) Ayrı ( )

**ANNE:** Yaş: Öğrenim: İş: Sigara: Alkol:

**BABA:** Yaş: Öğrenim: İş: Sigara: Alkol:

ANNE: Psikiyatrik hastalık a)Yok b) Var (belirtiniz:.....)

ANNE: Fiziksel hastalık a)Yok b) Var (belirtiniz:.....)

BABA: Psikiyatrik hastalık a)Yok b) Var (belirtiniz:.....)

BABA: Fiziksel hastalık a)Yok b) Var (belirtiniz:.....)

### **Ebeveyn ile İşlevsellik Görüşmesi:**

Arkadaş ilişkileri: a) Sorun yok b) Biraz sorunlu c) Çok sorunlu

Kardeş ilişkileri: a) Sorun yok b) Biraz sorunlu c) Çok sorunlu

Okul ödevlerini yapma: a) Sorun yok b) Biraz sorunlu c) Çok sorunlu

Genel olarak çocuğun evdeki uyumu: a) Sorun yok b) Biraz sorunlu c) Çok sorunlu

### **Öğretmen ile İşlevsellik Görüşmesi:**

Arkadaş ilişkileri: a) Sorun yok b) Biraz sorunlu c) Çok sorunlu

Ders Başarısı: a) Sorun yok b) Biraz sorunlu c) Çok sorunlu

Benlik Saygısı: a) Sorun yok b) Biraz sorunlu c) Çok sorunlu

Genel olarak çocuğun okuldaki uyumu: a) Sorun yok b) Biraz sorunlu c) Çok sorunlu

**Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı  
Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (EK 2)**

I.BÖLÜM

A- DİKKATSİZLİK

SORUN	Sorunun Derecesi			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
1- Dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde işinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.	0	1	2	3
2- Üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı oyunlarda dikkatini sürdürmede zorluk çeker.	0	1	2	3
3- Kendisine doğrudan hitap edildiğinde dinlemiyormuş gibi görünür.	0	1	2	3
4- Yönergeleri gerektiği gibi izlemez ve okul Ödevlerini, ufak tefek işleri ya da işyerindeki Görevlerini tamamlayamaz.	0	1	2	3
5- Görev ve etkinliklerini düzenlemekte güçlük çeker.	0	1	2	3
6- Uzun süreli dikkat gerektiren işlerden (okul Ödevi – ev ödevi gibi) kaçınır.	0	1	2	3
7-Üzerine aldığı görev ya da etkinlikler için Gerekli olan eşyaları (kalem, kitap, oyuncak Araç-gereç gibi) kaybeder.	0	1	2	3
8- Dikkati kolayca dağılır.	0	1	2	3
9- Günlük etkinliklerde unutkanlırdır.	0	1	2	3

IA bölümünde karşılanan ölçüt sayısı ...../9

IA bölümünde alınan toplam puan ...../27

B-AŞIRI HAREKETLİLİK – DÜRTÜSELLİK  
AŞIRI HAREKETLİLİK

SORUN	Sorunu Derecesi			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
10- Elleri ayakları kıpır kıpır ya da oturduğu yerde kıpırdanır.	0	1	2	3
11- Sınıfta ya da oturması gereken diğer durumlarda yerinde oturmaz.	0	1	2	3
12- Uygun olmayan durumlarda sağa sola koşuşturur ya da tırmanır. (Gençlerde ya da erişkinlerde huzursuzluk il sınırlı olabilir)	0	1	2	3
13-Sakince oyu oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker.	0	1	2	3
13- Hep hareket halindedir ya da sanki motor takmış Gibi davranır.	0	1	2	3
14-Çok konuşur.	0	1	2	3

DÜRTÜSELLİK

SORUN	0	1	2	3
16-Soruların soru tamamlanmadan yanıt verir.	0	1	2	3
17-Sırasını beklemekte güçlük çeker.	0	1	2	3
18- Başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının Arasına girer. (başkalarının konuşmaları ya da oyunlarına burnunu sokar)	0	1	2	3

IB bölümünde karşılanan ölçüt sayısı	...../9
IB bölümünde alınan toplam puan	...../27

IA ve IB bölümlerinde karşılanan toplam ölçüt sayısı	...../...../18
Bölüm IA ve IB'nin toplam puanı	...../54



## II.BÖLÜM

SORUN	Sorunu Derecesi			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
19-Kontrolünü kaybeder.	0	1	2	3
20- Erişkinlerde tartışır.	0	1	2	3
21- Kurallara ve isteklere karşı çıkar, ya da reddeder.	0	1	2	3
22- Başkalarını isteyerek rahatsız eder.	0	1	2	3
23- Hataları ya da yanlış davranışları için başkalarını Suçlar.	0	1	2	3
24-Ahıngandır ve başkaları tarafından kolayca kızdırılır.	0	1	2	3
25- Kızgın ve güceniktir.	0	1	2	3
26- Çoğu zaman kinlidir ve intikam almak ister	0	1	2	3

II. Bölümde karşılaşılan Ölçüt sayısı ...../8

II.Bölümden alınan toplam puan ...../24

### III.BÖLÜM

SORUN	Sorunu Derecesi			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
A-İnsanlara ve Hayvanlara Karşı Saldırganlık	0	1	2	3
27- Kabadaylık eder, tehdit eder ya da gözdağı Verir.	0	1	2	3
28- Kavga dövüş başlatır.	0	1	2	3
29- Başkalarına ciddi biçimde fiziksel zarar vererek Silah (sopa,taş,kırık şişe,bıçak,tabanca vb.) kullanır.	0	1	2	3
30- İnsanlara fiziksel olarak acımasız davranır.	0	1	2	3
31 Hayvanlara fiziksel olarak acımasız davranır.	0	1	2	3
32- Başkalarının gözü önünde hırsızlık (saldırganlık Soygun, çanta kapıp kaçmak tehdit ile soyuma silahla Soygun) yapar.	0	1	2	3
33- Başka birisine cinsel etkinlikte bulunmak için zorlar.	0	1	2	3
<b>B- Mala Zarar Verme</b>				
34-Ciddi hasar vermek amacıyla yangın çıkarır.	0	1	2	3
35- Başkalarının malına mülküne isteyerek zarar Verir. (yangın çıkarma dışında)	0	1	2	3
<b>C-Dolandırıcılık yada Hırsızlık</b>				
36- Başkalarının evin, binasına ya da aracına zorla Girer.	0	1	2	3
37- Bir şey elde etmek, bir çıkar sağlamak ya da sorumluluklardan kaçmak için yalan söyler (başkalarını atlatır)	0	1	2	3
38-Hiç kimse görmeden değerli şeyler çalar. (Mağazalardan Mal çalma, sahtekarlık)	0	1	2	3

D- Kuralları Ciddi Biçimde Bozma	Sorunu Derecesi			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok fazla
39- 13 yaşından öncesinden başlayarak ailenin yasaklarına karşın geceyi dışarıda geçirir.	0	1	2	3
40- Anne babasının ya da onların yerini tutan kişilerin evinde yaşarken en az iki kez geceyi evden kaçtı (ya da uzun süreli dönmemişse bir kez.)	0	1	2	3
41- 13 yaş öncesinden başlayarak okuldan kaçar.	0	1	2	3
III. Bölümde karşılaşılan toplam ölçüt sayısı				...../15
III. Bölümden alınan toplam puan				...../45
I, II, III. Bölümlerde karşılaşılan toplam ölçüt sayısı				...../41
Her üç bölümden alınan toplam puan				...../123

## ÖĞRETMEN BİLGİ FORMU (EK 3)

Öğrencilerinizle verdiğiniz yanıtlar aynı yaştaki öğrencilerden elde edilen ve diğer kaynaklardan saptanan bilgilerle karşılaştırılacaktır. Her bir maddeden elde edilen puan öğrencinizin genel davranışlarını belirlemeye katkıda bulunacaktır. Maddelerin tümünü işaretlemeye çalışınız. Ekleme istediğiniz bilgiler ve öneriler olursa lütfen boşluklara ve arka sayfalara yazınız.

ÖĞRENCİNİN ADI SOYADI:		ANNE-BABANIN İŞİ, EĞİTİMİ VE YAŞI:	
CİNSİYETİ: ( ) ERKEK ( ) KIZ	YAŞI:	BABANIN İŞİ: ANNENİN İŞİ:	EĞİTİMİ: EĞİTİMİ:
BUGÜNÜN TARİHİ: AY GÜN YIL	DOĞUM TARİHİNİZ: AY GÜN YIL	FORMU DOLDURAN ( ) Sınıf öğretmeni( adı) ( ) Rehber öğretmen ( ) DİĞER	
SINIFI:	OKULUN ADI:		

I. Bu öğrenciyi ne kadar zamandır tanyorsunuz?.....

II. Bu öğrenciyi ne kadar iyi tanyorsunuz?

( ) İyi tanıyorum ( ) Oldukça iyi tanıyorum ( ) Çok iyi tanıyorum

III. Bu öğrenciye haftada kaç saat dersiniz var?.....

IV. Okul türü ve uygulanan eğitim sistemini lütfen belirtiniz.

( ) Devlet okulu ( ) Tam gün ( ) Üçlü öğretim  
( ) Özel okul ( ) Yarım gün

V. Öğrencinizin her hangi bir alanda özel eğitime ihtiyacı var mıdır?

( ) Bilmiyorum ( ) Hayır ( ) Evet- Ne tür? .....

VI. Öğrenciniz hiç sınıfta kaldı mı?

( ) Bilmiyorum ( ) Hayır ( ) Evet-Kaçıncı sınıfta?  
.....

VII. Şu andaki okul başarısı nasıldır- Dersleri sıralayıp uygun sütunu lütfen işaretleyiniz:

DERSLER	1. Sınıf düzeyinin çok altında	2. Sınıf düzeyinin altında	3. Sınıf düzeyinde	4. Sınıf düzeyinin üstünde	5. Sınıf düzeyinin çok üstünde
1. ....	( )	( )	( )	( )	( )
2. ....	( )	( )	( )	( )	( )
3. ....	( )	( )	( )	( )	( )
4. ....	( )	( )	( )	( )	( )
5. ....	( )	( )	( )	( )	( )
6. ....	( )	( )	( )	( )	( )

Copyright 1991 T.M. Achenbach, U. of Vermont,  
Türkçe çeviri ve uyarlaması: Neşe Erol ve Melda Akçakem tarafından  
yapılmış ve basılmıştır (1992). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı

Reproduced by permission, 1991 baskısı

## ÖĞRETMEN BİLGİ FORMU

### VIII. Yaştlarına oranla öğrenciniz

1. Çok az 2. Oldukça az 3. Az 4. Normal sayılır 5. Fazla 6. Oldukça fazla 7. Çok fazla

- |                               |     |     |     |     |     |     |     |
|-------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1. Derlerinde başarılı mıdır? | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 2. Uyumlu mudur?              | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 3. Kolay öğrenir mi?          | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 4. Mutlu mudur?               | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |

### IX. Bu yıl öğrencilerinize okulda herhangi bir anket ya da ölçek uygulandı mı?

- ( ) Hayır ( ) Evet- Adı.....

### X. Bu yıl öğrencilerinize okulda zeka ya da yetenek testleri uygulandı mı?

- ( ) Hayır ( ) Evet(Testlerin Adı)..... Sonucu:.....

### Bu öğrencinin herhangi bir hastalığı, fiziksel ya da zihinsel özrü var mıdır?

- ( ) Hayır ( ) Evet açıklayınız.....

### Bu öğrencinin sizi en çok kaygılandıran özelliği nedir?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### Bu öğrenciyi en iyi tanımlayan olumlu özellikleri belirtiniz:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### Bu öğrencinin ders durumu, davranışları ve becerileri ile ilgili görüş ve önerilerinizi lütfen yazınız:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## ÖĞRETMEN BİLGİ FORMU

Aşağıda öğrencilerin özelliklerini tanımlayan bir dizi madde bulunmaktadır. Her bir madde çocuğunuzun şu andaki ya da son 6 ay içinde ki durumunu belirtmektedir. Bir madde çocuğunuz için çok ya da sıklıkla doğru ise (2), bazen ya da biraz doğru ise (1), hiç doğru değil ise (0) sayılarını yuvarlak içine alarak tüm maddeleri işaretlemeye çalışınız.

0: Doğru değil	1: Bazen ya da biraz doğru	2: Çok ya da sıklıkla doğru
0 1 2	1. Yaşından daha küçük bir çocuk gibi davranır.	0 1 2
0 1 2	2. Sınıfta maldanır, garip sesler çıkarır.	0 1 2
0 1 2	3. Çok tartışır.	0 1 2
0 1 2	4. Başladığı işi bitiremez.	0 1 2
0 1 2	5. Karşı cinsten biri gibi davranır.	0 1 2
0 1 2	6. Öğretmenlere ve diğer okul personeline karşı gelir.	0 1 2
0 1 2	7. Övünür, yüksekte otur, hava yapar.	0 1 2
0 1 2	8. Dikkatini uzun süre bir konu üzerinde toplayamaz.	0 1 2
0 1 2	9. Bazı düşüncelerini kafasına takar ve bunları akıldan çıkaramaz.	0 1 2
0 1 2	10. Yeninde rahat duramaz, çok hareketlidir.	0 1 2
0 1 2	11. Yetişkinlerin dizini dibinden ayırmaz, onlara çok bağımlıdır.	0 1 2
0 1 2	12. Yalnızlıktan yakınır.	0 1 2
0 1 2	13. Kafası kaşıkılır, şaşkın görünür.	0 1 2
0 1 2	14. Çok ağlar.	0 1 2
0 1 2	15. Kıpır kıpırdır. ...	0 1 2
0 1 2	16. Başkalarına eziyet etmekten hoşlanır, zalimce davranır.	0 1 2
0 1 2	17. Hayale dalar gider, kendini unuttur.	0 1 2
0 1 2	18. Bile bile kendine zarar verir ya da itibar girişiminde bulunur.	0 1 2
0 1 2	19. Hep dikkat çekmek ister.	0 1 2
0 1 2	20. Eşyalara zarar verir.	0 1 2
0 1 2	21. Ailesine ya da başkalarına ait eşyalar zarar verir.	0 1 2
0 1 2	22. Yönelgeleli izlemekte güçlük çeker.	0 1 2
0 1 2	23. Okulda söz dinlemez.	0 1 2
0 1 2	24. Diğer öğrencileri rahatsız eder.	0 1 2
0 1 2	25. Diğer öğrencilerle iyi geçinemez.	0 1 2
0 1 2	26. Kötü davranışlardan dolayı utanmaz, suçluluk duymaz.	0 1 2
0 1 2	27. Genellikle kışkırtıcıdır.	0 1 2
0 1 2	28. Yenilip içilmeyecek şeyleri yer, ya da içer (kumkil, kalem, silgi gibi).....	0 1 2
0 1 2	29. Bazı hayvanlardan ve okul dışı ortamlardan ya da yetlerden korkar (Açıklayınız).....	0 1 2
0 1 2	30. Okula gitmekten korkar.	0 1 2
		0 1 2
		31. Kötü bir şey düşünmekten ya da yapmaktan korkar.
		32. Mükemmel olmanın gerektiğine inanır.
		33. Kimse onu sevmediğine inanır ve bundan yakınır.
		34. Başkasının ona zarar vereceğini, kötülük yapacağını düşünür.
		35. Kendini değersiz hisseder.
		36. Çok sık bir yerlerini indirir, başı kazadan kurtulmaz.
		37. Çok kavga dövüş eder.
		38. Onunla alay edilir ( arkadaşları onunla çok alay eder).
		39. Baş belada olan kişilerle dolaşır.
		40. Olmayan sesler işitir.(Açıklayınız).....
		41. Düşünmeden ya da aniden hareket eder (aklına esri yapar)
		42. Başkalarıyla beraber olmaksızın, yalnız kalmaya tercih eder.
		43. Yalan söyler ve hile yapar.
		44. Tınaklarına yer.
		45. Sinirli ve gergindir.
		46. Kas seymelen ve tikleri vardır.....
		47. Kurallara çok fazla uyar
		48. Diğer öğrenciler tarafından sevilmez.
		49. Öğrenme güçlüğü vardır.
		50. Çok korkak ve kaygılıdır.
		51. Baş dönmesi vardır.
		52. Çok suçluluk duyar.
		53. Sıra sıra beklemeden konuşur.
		54. Aşırı yorgundur.
		55. Çok kiloludur.
		56. Tıbbi nedeni bilinmeyen bedensel şikayetleri vardır.
		a) Ağrılar, sıızlar
		b) Baş ağrıları
		c) Bulantı, kusma hissi
		d) Gözle ilgili şikayetler:.....
		e) Döküntüler ya da cilt sorunları
		f) Mide krampları ve ağrıları

## ÖĞRETMEN BİLGİ FORMU

0: Doğru değil

1: Bazen ya da biraz doğru

2: Çok ya da sıklıkla doğru

0 1 2	g) Kusma	0 1 2	86. İnatçı, somurtkan ve rahatsız edicidir.
0 1 2	h) Diğer (açıklayınız).....	0 1 2	87. Mizacı ve duyguları çabuk değişir.
0 1 2	57. İnsanlara fiziksel saldırıda bulunur.	0 1 2	88. Çok sık küser.
0 1 2	58. Burnuyla, cildiyle, vücudunun bazı kısımlarıyla oynar ve yolar (açıklayınız).....	0 1 2	89. Şüphesizdir.
0 1 2	59. Sınıfta uyur.	0 1 2	90. Küfürü ve ağız saçı konuşur.
0 1 2	60. Hevesiz, isteksiz ve durgundur.	0 1 2	91. Kendini öldürmekten söz eder.
0 1 2	61. Okul başına düşüktür.	0 1 2	92. Başarısızdır, yeterince çaba göstermez.
0 1 2	62. Dengesiz ve sakardır.	0 1 2	93. Çok fazla konuşur.
0 1 2	63. Kendinden büyük çocuklarla oynamayı tercih eder.	0 1 2	94. Başkalarıyla çok dalga geçer, alay eder.
0 1 2	64. Kendinden küçük çocuklarla oynamayı tercih eder.	0 1 2	95. Öfke nöbetleri vardır, çok çabuk öfkelenir.
0 1 2	65. Konuşmaya reddeder.	0 1 2	96. Cinsel konuları fazla düşünür.
0 1 2	66. Bazı hareketleri tekrar tekrar yapar.....	0 1 2	97. İnsanları tehdit eder.
0 1 2	67. Sınıf disiplinini bozar.	0 1 2	98. Okula ve derse geç kalır.
0 1 2	68. Çok bağırır, çığlık atar.	0 1 2	99. Temizliğe ve titizliğe aşırı düşkündür.
0 1 2	69. Sır kılıpüdür, sırdanını kendine saklar.	0 1 2	100. Kendine verilen görevleri yerine getirmez.
0 1 2	70. Olmayan şeyleri görür. (Açıklayınız).....	0 1 2	101. Okuldan kaçır, dersini asar.
0 1 2	71. Sıkılgan ve utançtır.	0 1 2	102. Hareketsiz ve yavaşır.
0 1 2	72. Dağınık ve düzensiz çalışır.	0 1 2	103. Mutuz, üzgün ve çökkündür.
0 1 2	73. Sonumsuzca davranır (Açıklayınız).....	0 1 2	104. Çok yüksek sesle konuşur.
0 1 2	74. Gösterişten hoşlanır, maskaralık yapar.	0 1 2	105. Tıbbi amaç dışında alkol ya da ilaç kullanır. (Açıklayınız).....
0 1 2	75. Çekingem ve ünktür.	0 1 2	106. Başkalarını memnun etmeye çok meraklıdır.
0 1 2	76. Beklenmedik ani fevri hareketleri vardır.	0 1 2	107. Okulu sevmez.
0 1 2	77. İstekleri yerine getirilmezse hevesi çabuk kırılır.	0 1 2	108. Hata yapmaktan korkar.
0 1 2	78. Dikkati çabuk dağılır, dikkatsizdir.	0 1 2	109. Sızlanır, namı danar.
0 1 2	79. Konuşma güçlüğü vardır. (Açıklayınız).....	0 1 2	110. Dış görünüşü temiz değildir.
0 1 2	80. Boş gözlede uzun uzun bakar.	0 1 2	111. İçe kapanıktır, başkalarıyla birlikte olmak istemez.
0 1 2	81. Eleştiriğinde incinir, gücenir.	0 1 2	112. Evhanlıdır.
0 1 2	82. Evin dışında çalmaları vardır.	0 1 2	113. Öğrencinizin yukarıdaki listede belirtilmeyen başka sorunu varsa lütfen yazınız. ....
0 1 2	83. İhtiyacı olmayan nesnelere toplar, binktir (Tanımlayınız).....		.....
0 1 2	84. Alışılmadık acayip davranışları vardır. (Açıklayınız).....		.....
0 1 2	85. Alışılmadık acayip düşünceleri vardır. (Açıklayınız).....		.....

**BÜTÜN MADDELERİ CEVAPLAYIP CEVAPLAMADIĞINIZI LÜTFEN KONTROL EDİNİZ.**

## ÇOCUK DAVRANIŞI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (EK 4)

### 4-18 YAŞ ÇOCUK VE GENÇLER İÇİN DAVRANIŞ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

ÇOCUĞUN ADI SOYADI:	Ev adresiniz ve Tel no:	Anne Babanın işi, eğitimi ve Yaşı
Cinsiyeti <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kız	Yaşı: Çocuğun doğum tarihi: Ay...Gün...Yıl...	Babanın işi:.....Tel No:.....Eğitimi:.....Yaşı:..... Annenin işi:.....Tel No:.....Eğitimi:.....Yaşı:.....
Bugünün tarihi Ay...Gün...Yıl...	Çocuğunuzun davranışlarıyla ilgili bu formu lütfen görüşlerinizi yansıtacak biçimde yanıtlayınız. Her bir madde ile ilgili bilgi verebilir ve 2.sayfadaki boşluklara yazabilirsiniz. Teşekkürlerimizle.	Formu dolduran: <input type="checkbox"/> Anne <input type="checkbox"/> Baba <input type="checkbox"/> Diğer.....Çocukla olan ilişkisi:.....
Okulun Adı:..... Sınıfı:..... <input type="checkbox"/> Okula Devam etmiyor		

I.ÇOCUĞUNUZUN YAPMAKTAN EN ÇOK HOŞLANDIĞI SPORLARI SIRALAYINIZ. Örneğin: Yüzme, futbol, basketbol, voleybol, atletizm, tekvando, jimnastik, bisiklete binme, güreş, balık tutma gibi

	Yaşıtlarına oranla çocuğunuz her birine ne kadar zaman ayırır?				/	Yaşıtlarına oranla çocuğunuz her birinde ne kadar başarılıdır?			
	Bilmiyorum	Normalden az	Normal	Normalden fazla		Bilmiyorum	Normalden az	Normal	Normalden fazla
<input type="checkbox"/> Hiçbiri									
a.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. ÇOCUĞUNUZUN SPOR DIŞINDAKİ İLGİ ALANLARI UĞRAŞ, OYUN VE AKTİVİTELERİNİ SIRALAYINIZ. Örneğin pul, bebek, araba, akvaryum, el işi, satranç, müzik aleti çalmak, şarkı söylemek, resim yapmak gibi (Radyo dinlemeyi yada televizyon izlemeyi katmayınız).

	Yaşıtlarına oranla çocuğunuz her birine ne kadar zaman ayırır?				/	Yaşıtlarına oranla çocuğunuz her birinde ne kadar başarılıdır?			
	Bilmiyorum	Normalden az	Normal	Normalden fazla		Bilmiyorum	Normalden az	Normal	Normalden fazla
<input type="checkbox"/> Hiçbiri									
a.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III.ÇOCUĞUNUZUN ÜYESİ OLDUĞU KURULUŞ,KULÜP, TAKIM YADA GRUPLARI SIRALAYINIZ.(Spor, müzik,izcilik, folklor gibi).

	Yaşıtlarına oranla çocuğunuz her birinde ne kadar aktiftir?			
	Bilmiyorum	Az aktif	Normal	Çok aktif
<input type="checkbox"/> Hiçbiri				
a.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. ÇOCUĞUNUZUN EVDE YA DA EV DIŞINDA YAĞTIĞI İŞLERİ SIRALAYINIZ. Örneğin gazete alma, bakkala gitme, pazara gitme, elektrik-su faturasını yatırma, çocuk bakımı, yatak düzeltme, sofru kurma, kaldırma, bir dükkanda çalışma gibi ödeme yapılan ve yapılmayan her türlü işleri katınız.

	Yaşıtlarına oranla çocuğunuz her birinde ne kadar aktiftir?			
	Bilmiyorum	Az aktif	Normal	Çok aktif
<input type="checkbox"/> Hiçbiri				
a.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



V-1.ÇOCUĞUNUZUN YAKLAŞIK OLARAK KAÇ TANE YAKIN ARKADAŞI VARDIR? (Kardeşlerini katmayınız)

Hiç yok 1 2 ya da 3 4 ya da fazla

2-ÇOCUĞUNUZ OKUL DIŞI ZAMANLARDA HAFTADA KAÇ KEZ ARKADAŞLARIYLA BİRLİKTE OLUR?(Kardeşleri katmayınız)

Hiç yok 1 2 ya da 3 4 ya da fazla

VI.YAŞITLARINA ORANLA ÇOCUĞUNUZUN;

	Kötü	Normal sayılır	Oldukça iyidir	Kardeşi yoktur
a.Kardeşleriyle arası nasıldır?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.Diğer çocuklarla arası nasıldır?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.Ana babasına karşı davranışı nasıldır?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.Kendi başına oyun oynaması ve iş yapması nasıldır?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VII.1.ÇOCUĞUNUZUN OKUL BAŞARISI NASILDIR? ( 6 yaş ve yukarısı için)Çocuğunuz eğer okula gitmiyorsa lütfen nedenini belirtiniz.....

	Başarısız	Orta	Başarılı	Çok başarılı
a.Okuma, yazma, Türkçe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.Hayat Bilgisi , Sosyal Bilgiler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.Aritmetik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.Fen Bilgisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer derslerde nasıldır? Örneğin:Yabancı dil, bilgisayar (Beden Eğitimi, resim ve müziği katmayınız)				
e.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.ÇOCUĞUNUZ ALT ÖZEL SINIF YA DA BİR ÖZEL EĞİTİM KURUMDA OKUYOR MU?

Hayır  Evet-Ne tür bir sınıf ya da okul?.....

3.ÇOCUĞUNUZ HIÇ SINIFTA KALDI MI?

Hayır  Evet-Kaçıncı sınıfta ve nedeni.....

4. ÇOCUĞUNUZUN OKULDA DERS YA DA DERS DIŞI SORUNLARI OLDU MU?

Hayır  Evet-açıklayınız.....

Bu sorunlar ne zaman başladı?.....

Sorunlar bitti mi?

Hayır  Evet-ne zaman.....

5.ÇOCUĞUNUZUN HERHANGİ BİR HASTALIĞI,FİZİKSEL RAHATSIZLIĞI YA DA ZİHİNSEL ÖZÜRÜ VAR MIDIR?

Hayır  Evet-açıklayınız.....

6.ÇOCUĞUNUZUN SİZİ EN ÇOK ÜZEN, KAYGILANDIRAN ÖZELLİKLERİ NELERDİR?

.....

7.ÇOCUĞUNUZUN EN BEĞENDİĞİNİZ ÖZELLİKLERİNİ BELİRTİNİZ

.....

Aşağıda çocukların özelliklerini tanımlayan bir dizi madde bulunmaktadır. Her bir madde çocuğunuzun şu andaki ya da son 6 ay içindeki durumunu belirtmektedir. Bir madde çocuğunuz için çok ya da sıklıkla doğru ise 2, bazen ya da biraz doğru ise 1, hiç doğru değilse 0, sayılarını yuvarlak içine alınız. Lütfen tüm maddeleri işaretlemeye çalışınız.

0:Doğru değil (bildiğiniz kadarıyla)	1:Bazen ya da biraz doğru	2:Çok ya da sıklıkla doğru
0 1 2 1.Yaşından daha küçük bir çocuk gibi davranıyor		0 1 2 33.Kimsenin onu sevmediğine inanır ve bundan yakınır
0 1 2 2. Alerjisi vardır (Yeme,koklama ile,tozlu bir yerde bulunmakta kaşıntı, döküntü, göz yaşarması vs. olması).....		0 1 2 34. Başkalarının ona zarar vereceğini, kötülük yapacağını düşünür
0 1 2 3. Çok tartışır		0 1 2 35.Kendini değersiz hisseder
0 1 2 4. Astımı (nefes darlığı) vardır		0 1 2 36.Çok sık bir yerlerini incitir, başı kazadan kurtulmaz
0 1 2 5. Karşı cinsten biri gibi davranır		0 1 2 37.Çok kavga dövüş eder
0 1 2 6. Kakasını tuvaletten başka yerlere yapar		0 1 2 38.Onunla çok alay edilir ((Arkadaşları onunla çok alay eder)
0 1 2 7. Övünür, yüksekte atar, hava yapar		0 1 2 39.Başı belada olan kişilerle dolaşır
0 1 2 8. Dikkatini uzun süre bir konu üzerinde toplayamaz		0 1 2 40.Olmayan sester iştir (açıklayınız).....
0 1 2 9. Bazı düşünceleri kafasına takar ve bunları aklından çıkaramaz (açıklayınız).....		0 1 2 41.Düşünmeden ya da aniden hareket eder (aklına eseni yapar)
0 1 2 10. Yerinde rahat duramaz, çok hareketlidir		0 1 2 42.Başkalarıyla beraber olmaksızın yalnız kalmayı tercih eder
0 1 2 11. Yetişkinlerin dizinin dibinden ayrılmaz, onlara çok bağımlıdır.		0 1 2 43.Yalan söyler ve hile yapar
0 1 2 12. Yalnızlıktan yakınır		0 1 2 44.Tırnaklarını yer
0 1 2 13. Kafası karışık, şaşkın görünür		0 1 2 45.Sinirli ve gergindir
0 1 2 14. Çok ağlar		0 1 2 46.Kas seğirmeleri, tikleri vardır.....
0 1 2 15. Hayvanlara eziyet eder		0 1 2 47.Gece kabusları, korkulu rüyaları vardır
0 1 2 16. Başkalarına eziyet eder, zalimce ve kötü davranır		0 1 2 48.Diğer çocuklar tarafından sevilmez
0 1 2 17. Hayale dalıp gider, kendini unuttur		0 1 2 49.Kabızlık çeker
0 1 2 18. Bile bile kendine zarar verir ya da intihar girişiminde bulunur		0 1 2 50.Çok korkak ve kaygılıdır
0 1 2 19. Hep dikkat çekmek ister		0 1 2 51.Baş dönmesi vardır
0 1 2 20. Eşyalarına zarar verir		0 1 2 52.Kendini çok suçlu hisseder
0 1 2 21. Ailesine ait ya da başkalarına ait eşyalara zarar verir		0 1 2 53.Aşırı yemek yer
0 1 2 22. Evde söz dinlemez		0 1 2 54.Aşırı yorgundur
0 1 2 23. Okulda söz dinlemez		0 1 2 55.Çok kiloludur
0 1 2 24. İştahsızdır, az yemek yer		56.Tibbi nedeni bilinmeyen bedensel şikayetleri vardır
0 1 2 25. Diğer çocuklarla geçinemez		0 1 2 a.Ağrılar, sızılar
0 1 2 26. Yanlış davranışından dolayı suçlanmış gibi görünmez		0 1 2 b.Baş ağrıları
0 1 2 27. Genellikle kıskançtır		0 1 2 c.Bulantı, kusma hissi
0 1 2 28. Yenilip içilmeyecek şeyleri yer, ya da içer(kum, kil, kalem,silgi gibi)(açıklayınız).....		0 1 2 d.Gözle ilgili şikayetler (açıklayınız).....
0 1 2 29. Bazı hayvanlardan ve okul dışı ortamlardan ya da yerlerden korkar (açıklayınız).....		0 1 2 e.Döküntüler ya da başka cilt sorunları
0 1 2 30. Okula gitmekten korkar		0 1 2 f. Mide-karın ağrısı
0 1 2 31. Kötü bir şey düşünmek ya da yapmaktan korkar		0 1 2 g. kusma
0 1 2 32. Mükemmel olmasının gerektiğine inanır		0 1 2 h. Diğer (açıklayınız).....

0:Doğru değil (bildiğiniz kadarıyla)	1:Bazen ya da biraz doğru	2:Çok ya da sıklıkla doğru
0 1 2 57.İnsanlara fiziksel saldırıda bulunur		0 1 2 85.Acayip, tuhaf düşünceleri vardır (açıklayınız):.....
0 1 2 58.Burnuyla, cildiyle, vücudunun başka kısımlarıyla oynar ve yolar (açıklayınız):.....		0 1 2 86.İnatçı, somurtkan ve rahatsız edicidir.
0 1 2 59.Herkesin ortasında cinsel organlarıyla oynar		0 1 2 87. Duygu durumunda ani değişiklikler olur
0 1 2 60.Cinsel organlarıyla çok fazla oynar		0 1 2 88.Çok sık küser
0 1 2 61.Okul başarısı düşüktür		0 1 2 89.Şüphelidir
0 1 2 62.Dengesiz ve sakardır		0 1 2 90.Küftürlü ve açık, saçık konuşur
0 1 2 63.Kendinden büyük çocuklarla olmayı tercih eder		0 1 2 91.Kendini öldürmekten söz eder
0 1 2 64.Kendinden küçük çocuklarla olmayı yı tercih eder		0 1 2 92.Uykuda yürür ve konuşur(açıklayınız):.....
0 1 2 65.Konuşmayı reddeder		0 1 2 93.Çok fazla konuşur
0 1 2 66.Bazı hareketleri tekrar tekrar yapar (Tanımlayınız):.....		0 1 2 94.Başkalarıyla çok fazla dalga geçer , alay eder
0 1 2 67.Evden kaçır		0 1 2 95.Öfke nöbetleri vardır, çok fazla öfkelenir
0 1 2 68.Çok bağırır ,çağırır		0 1 2 96.Cinsel konuları fazlaca düşündür
0 1 2 69.Sır vermez, düşüncelerini kendine saklar		0 1 2 97.İnsanları tehdit eder
0 1 2 70.Olmayan şeyleri görür(Açıklayınız):.....		0 1 2 98. Parmak emer
0 1 2 71.Sıkılgan ve utangaçtır		0 1 2 99.Temizliğe ve titizliğe aşırı düşkündür
0 1 2 72. Yangın çıkarır		0 1 2 100.Uyku sorunu vardır.....
0 1 2 73.Cinsel sorunları vardır (Açıklayınız):.....		0 1 2 101.Okuldan kaçır, dersini asar
0 1 2 74.Gösterişten hoşlanır, maskaralık yapar		0 1 2 102.Hareketsiz ve yavaşır, enerjik değildir
0 1 2 75.Çekingen ve ürkektir		0 1 2 103.Mutsuz, üzgün, çökkün ve bezgindir
0 1 2 76.Çocukların çoğundan daha az uyur		0 1 2 104.Çok gürlütükdür
0 1 2 77.Çocukların çoğundan gece ve gündüz daha çok uyur (Açıklayınız):.....		0 1 2 105.Tıbbi amaç dışında alkol yada ilaç kullanır (açıklayınız):.....
0 1 2 78.Kakası ile oynar ya da etrafa bulaştırır		0 1 2 106:Etrafındaki eşyalara amaçsız olarak zarar vermektten zevk alır.
0 1 2 79.Konuşma güçlüğü vardır (Açıklayınız):.....		0 1 2 107.Gündüz altını ıslatır
0 1 2 80.Boş gözlerle uzun uzun bakar		0 1 2 108.Yatağını ıslatır
0 1 2 81.Evden çalmaları vardır		0 1 2 109.Sızlanır, mızırdanır
0 1 2 82.Evin dışında çalmaları vardır		0 1 2 1109.Karşı cinsten olmayı ister
0 1 2 83.İhtiyacı olmayan nesnelere toplar, biriktirir (Tanımlayınız):.....		0 1 2 111.İçe kapanıktır, başkalarıyla birlikte olmak istemez
0 1 2 84.Acayip, tuhaf davranışları vardır (açıklayınız):.....		0 1 2 112.Evhamlıdır, her şeyi dert edinir
		113.Çocuğunuzun yukarıdaki listede belirtilmeyen başka sorunu varsa yazınız.
		0 1 2 .....

TÜM MADDELERİ LÜTFEN CEVAPLAYINIZ

\*Son 6 aylık sürenin dışında yukarıda sözü edilen özellikler Çocuğun yaşamının herhangi bir döneminde görüldü mü?  
 \*Son bir yıl içinde çocuk ruh sağlığı kliniğine başvurduunuz mu?  
 \*Çocuğunuz Kur'an Kursu'na gitti mi? Halen gidiyor mu?

SİZİ KAYGILANDIRAN MADDELERİN ALTINI ÇİZİNİZ

Hayır  Evet.....  
 Hayır  Evet.....  
 Hayır  Evet.....

## ÖNERİLEN DEHB DSM-5 TANI ÖLÇÜTLERİ (EK-5)

### DSM-5 İçin Önerilen Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanı Ölçütleri

(3) Aşağıdakilerden (1) ya da (2) vardır:

**1 Aşağıdaki dikkatsizlik semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az altı ay süreyle, uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür ve sosyal, akademik ya da mesleki aktiviteleri doğrudan etkilemiştir:**

- (j) Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da diğer etkinliklerinde dikkatsizce hatalar yapar.
- (k) Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı oyunlarda dikkati dağılır.
- (l) Doğrudan kendisiyle konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür.
- (m) Çoğu zaman yönergeleri izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da işlerindeki görevleri tamamlayamaz. (karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlayamamaya bağlı değildir)
- (n) Çoğu zaman üzerine aldığı etkinlikleri ve görevleri düzenlemekte zorluk çeker.
- (o) Çoğu zaman sürekli mental çabayı gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir.
- (p) Çoğu zaman üzerine aldığı görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder. (örneğin oyuncaklar, okul ödevleri, kalemler, kitaplar ya da araç gereçler)
- (q) Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağılır.
- (r) Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unuttandır.

**2 Aşağıdaki hiperaktivite – impulsivite semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az altı ay süreyle, uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür ve sosyal, akademik ya da mesleki aktiviteleri doğrudan etkilemiştir:**

- (n) Çoğu zaman elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.

- (o) Çoğu zaman sınıfta ve oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.
- (p) Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuşturup durur ya da tırmanır. (ergenlerde ya da erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir)
- (q) Çoğu zaman sakin bir biçimde, boş zamanlarını geçirme ya da oyun oynama zorluğu vardır
- (r) Çoğu zaman hareket halindedir ya da motor tarafından sürükleniyormuş gibi davranır.
- (s) Çoğu zaman çok konuşur.
- (t) Çoğu zaman sorulan soruları tamamlamadan önce cevabını yapıştırır.
- (u) Çoğu zaman sırasını bekleme güçlüğü vardır.  
Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer. (Örn: başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar)
- (v) Düşünmeden hareket etme eğilimindedir. (yönergeleri dinlemeden ya da okumadan görevlerine başlamak gibi). Sonuçlarını düşünmeden konuşabilir ya da önemli kararlar alabilir (aniden işini bırakmak, arkadaşına küsmek ya da impulsif şekilde alışveriş yapmak gibi)
- (w) Çoğu zaman sabırsızdır. (diğer kişileri beklerken huzursuzluk hisseder, diğer kişilerden daha hızlı hareket etmeyi ister, araba kullanırken hız yapar)
- (x) Sistematik ve yavaş bir şekilde yaptığı şeylerden rahatsız olur ve çoğu zaman görev ve etkinliklerde acele eder.
- (y) Risk aldığını bile istek uyandıran şeylere ya da fırsatlara karşı direnmekte zorlanır. (mağazada oyuncakları kapmak ya da tehlikeli eşyalarla oynamak gibi)
- (4) İşlevsel bozulmaya yol açmış olan bazı hiperaktif- impulsif semptomlar ya da dikkatsizlik semptomları 12 yaşından önce de vardır.**
- (5) İki ya da daha fazla ortamda semptomlardan kaynaklanan bir işlevsel bozulma vardır. (örn. okulda [ya da işte] ve evde)**
- (6) Toplumsal, okuldaki ya da meslekteki işlevselliğin engellendiğinin ya da hayat kalitesinin etkilendiğinin açık kanıtları bulunmaktadır.**
- (7) Bu semptomlar sadece Şizofreni ya da diğer bir Psikotik bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir mental bozuklukla**

daha iyi açıklanamaz. (Örn. Duygudurum Bozukluğu, Anksiyete Bozukluğu, Dissosiatif Bozukluk ya da bir Kişilik Bozukluğu)

**DEHB Alt Tipleri:**

- 1) **Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, Bileşik Tip:** Son altı ay boyunca hem A1 hem de A2 Tanı Ölçütü karşılamışsa
- 2) **Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, Dikkatsizliğin Önde Geldiği Tip:** Son altı ay boyunca A1 Tanı Ölçütü karşılanmış, ancak A2 Tanı Ölçütü karşılanmamışsa ve 3 ya da daha fazla A2 Tanı mevcutsa
- 3) **Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, Hiperaktivite-İmpulsivitenin Önde Geldiği Tip:** Son altı ay boyunca A2 Tanı Ölçütü karşılanmış, A1 Tanı Ölçütü karşılanmamışsa
- 4) **Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, Dikkatsiz Tip:** Son altı ay boyunca A1 Tanı Ölçütü karşılanmış, ancak A2 Tanı Ölçütü karşılanmamışsa ve 2 ya da daha az A2 Tanı mevcutsa

## ÖNERİLEN KOKGB DSM-5 TANI ÖLÇÜTLERİ (EK-6)

### DSM-5 İçin Önerilen Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu Tanı Ölçütleri

- (1) En az 6 ay süren, bu sırada aşağıdakilerden dördünün (ya da daha fazlasının) bulunduğu kardeşler dışında başka kişi ya da kişilere de gösterilen, karşı koyan ve kinci davranışın eşlik ettiği, sürekli olarak kızgın, irritabl duygudurum örüntüsü:

#### **Kızgın/irritabl duygudurum**

- Sık sık hiddetlenir (huysuzlaşır)
- Sık sık büyükleriyle tartışmaya girer.
- Büyüklerinin isteklerine ya da kurallarına uymaya çoğu zaman etkin bir biçimde karşı gelir ya da bunları reddeder.

#### **Karşı koyan/inatçı davranış**

- Çoğu zaman, isteyerek, başkalarını kızdıran şeyler yapar.
- Kendi yaramazlıkları için çoğu zaman başkalarını suçlar.
- Çoğu zaman alıngandır, çabuk darılır ya da başkalarınca kolay kızdırılır.
- Çoğu zaman içerlemiş, kızgın ve güceniktir.

#### **Karşı koyan/inatçı davranış**

- Son 6 ay içinde en az iki kez kincidir ve intikam almak ister.

Not: Söz konusu davranış ancak benzer yaş grubunda ya da gelişim düzeyindeki kişilerde gözlenenenden çok daha sık olarak ortaya çıkıyorsa tanı ölçütünü karşıladığını düşünürüz.

- (2) Bu davranış bozukluğu toplumsal, okuldaki ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan önemli derecede bozulmaya neden olur.
- (3) Davranışlar bir alanda sınırlı olabilir ya da daha ciddi vakalarda birçok alanda görülebilir
- (4) Bu davranışlar sadece bir Psikotik Bozukluk ya da Duygudurum Bozukluğunun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.