



T.C

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİMDALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**BİR ÇOCUK PSİKIYATRİSİ KLİNİĞİNE BAŞVURAN
HASTALARDA DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE
BOZUKLUĞU, KLİNİK GÖRÜNÜM, SOSYODEMOGRAFİK
ÖZELLİKLER, EŞTANI VE BİLGİSAYAR OYUNLARI
BAĞIMLILIĞININ İNCELENMESİ**

BEDRİYE ASLAN

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. HAVVA NÜKET İŞİTEN

İSTANBUL-2018

T.C
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİMDALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

BİR ÇOCUK PSİKIYATRİSİ KLİNİĞİNE BAŞVURAN
HASTALARDA DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE
BOZUKLUĞU, KLİNİK GÖRÜNÜM, SOSYODEMOGRAFİK
ÖZELLİKLER, EŞTANI VE BİLGİSAYAR OYUNLARI
BAĞIMLILIĞININ İNCELENMESİ

BEDRİYE ASLAN

114102131

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. HAVVA NÜKET İŞİTEN

İSTANBUL-2018



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 144102131
Öğrenci Adı Soyadı	: Bedriye Aslan
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Yrd. Doç. Dr. Havva Nükhet İşiten
Tezin Başlığı	: BİR ÇOCUK PSİKİYATRİSİ KLİNİĞİNDE BAŞVURAN HASTALARIN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU GÖRÜLME SIKLIĞI, KLİNİK GÖRÜNÜM SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER, EŞTANI VE BİLGİSAYAR OYUNLARI DÜŞKÜNLÜĞÜ VE DİĞER DAVRANIŞ SORUNLARI AÇISINDAN İNCELENMESİ

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 15.03.2018	Saati	: 9:00
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="checkbox"/> GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input checked="" type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUĞU			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir.			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input type="checkbox"/> Değişmedi. <input checked="" type="checkbox"/> Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	: BİR ÇOCUK PSİKİYATRİSİ KLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA, DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU, KLİNİK GÖRÜNÜM, SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER, EŞTANI VE BİLGİSAYAR OYUNLARI BAĞIMLILIĞININ İNCELENMESİ		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="checkbox"/> GELMEDİ		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ ile REDDEDİLMİŞTİR.			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Yrd. Doç. Dr. Havva Nükhet İşiten	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Oğuz Tan	
Üye	Doç. Dr. Korkut Ulucan	

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Bir Çocuk Psikiyatrisi Kliniğine Başvuran Hastalarda Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu, Klinik Görünüm, Sosyodemografik Özellikler, Eşitlik Ve Bilgisayar Oyunları Bağımlılığının İncelenmesi” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

15.02.2018

TEŞEKKÜR

Tez süreci boyunca güleryüzünü, ilgisini ve desteğini eksiltmeyen ve sabırla her türlü sorunuma cevap veren sevgili danışmanım Yrd. Doç. Dr. Havva Nüket İŞİTEN'e sonsuz minnet ve teşekkürlerimi sunarım.

Hayatım boyunca aldığım her kararda beni yüreklendiren ve desteğini hiç kesmeyen her zaman doğrularım ve hatalarımda yanımda olup şevkatini benden hiç esirgemeyen, çocuklarını kırmaktansa kendisinin sıkıntı çekmesini yeğleyen babam Hasan ASLAN'a, eğitim hayatım boyunca manevi desteğini hep yanımda hissettiğim annem Adile ASLAN'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Bana verilmiş en büyük hediye olan ablam Sebahat DURANAY, abilerim Mustafa ve Fatih ASLAN' a ve bütün aileme en içten teşekkürlerimi sunuyorum.

Tezimi yazma sürecinde, yoğun olmasına rağmen bana zaman ayırıp teknik konularda destek veren canım arkadaşım Canan Yağmur KARAKAŐ' a en içten teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) çocukluk çağında en sık konulan bozukluktur. Dünya genelinde çocuklarda DEHB % 8-12 arasında, ülkemizde ise toplum örnekleminde; %8.6-8.1, klinik örneklerde ise, %8.6- 29,4 arasında olduğu bildirilmiştir.

Bu çalışma NP İstanbul Hastanesine 1 yıl içerisinde başvuran 6-18 yaş arası çocuk ve ergenden oluşmaktadır. Çalışmada amaç; çocuk ve ergenlerde DEHB sıklığını saptamak, başvuran DEHB olan çocuk ve ergenler arasında farklılık olup olmadığını incelemek ve bu çocuk ve ergenlerin klinik değişkenlerin olup olmadığı ve hastaların sosyodemografik özelliklerinin DEHB ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu hastaların DEHB'ye eşlik eden bozuklukları ve bunun DEHB ile ilişkisi incelenmiştir. Ayrıca bilgisayar oyunları düşkünlüğünün DEHB ile ilişkisini belirlemek ve DEHB' ye ek başka davranış sorunlarının var olup olmadığını saptayıp bu alanda yapılacak çalışmalara katkıda bulunması amaçlanmıştır. Bu çalışmada dosya tarama metodu kullanılmış ve verilerin analizi SPSS programı ile yapılmıştır. Araştırmada Hiperaktivite Belirti Takip Formu, Conner's Aile Değerlendirme Formu, Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği kullanılmıştır.

Çalışmada elde edilen sonuçlara göre klinik görünüm birbirine yakın değerler almıştır. Çalışmada DEHB'ye eşlik eden bozukluklar; AB %63.9, DKB %42.3, DDB %36.7, KOKGB %27.2, tik bozukluğu %4.9, dışa atım bozukluğu %4, akıcı konuşma bozukluğu %3.7, bilgisayar bağımlılığı %22.5 olarak bulunmuştur.

Anahtar kelime: DEHB, Eştanı, Bilgisayar bağımlılığı, Sosyodemografik özellikler,

SUMMARY

Attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) are the most common disorders in childhood. ADHD in children around the world is between 8 and 12%; , 8.6-8.1% in clinical samples and 8.6-29.4% in clinical samples.

This study consists of children and adolescents aged 6-18 years who apply to NP Istanbul Hospital within 1 year. Purpose in study; to determine the frequency of ADHD in children and adolescents and to determine whether there is a difference between adolescents and adolescents with ADHD and to determine whether these children and adolescents have clinical variables and the sociodemographic characteristics of the patients with ADHD. The association of these patients with ADHD and their relationship to ADHD has been examined. It is also aimed to determine the relevance of computer games to ADHD and to determine whether there are additional behavioral problems in ADHD and contribute to the work to be done in this area. In this study, file scanning method was used and analysis of data was done by SPSS program. Hyperactivity Symptom Follow-up Form, Conner's Family Assessment Form, Beck Depression Scale were used in the study.

According to the results obtained in the study, the clinical appearance was close to each other. Disorders associated with ADHD in the study; The prevalence of ABCD was 63.9%, DBP 42.3%, DBD 36.7%, ODD 27.2%, tic disorder 4.9%, outburst 4%, fluency disorder 3.7% and computer addiction 22.5%.

Key words: ADHD, Comorbidity, Computer dependence, Sociodemographic characteristics,

KISALTMA ve SEMBOLLER

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

YGB: Yaygın Gelişimsel Bozukluğu

AB: Anksiyete Bozukluğu

AKB: Akıcı Konuşma Bozukluğu

DB: Davranım Bozukluğu

DDB: Duygudurum Bozukluğu

KOKGB: Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu

ark: Arkadaşları

n: Gruptaki ya da Kategorideki Kişi Sayısı

N: Örneklem Sayısı

x: Aritmetik Ortalama

ss: Standart Sapma

p: Anlamlılık $p < 0.05$ ya da $p < 0.01$

χ^2 : Ki-kare

f: Frekans Dağılımı

F: Tek Yönlü Varyans Analizi Sonucu (ANOVA)

r: Korelasyon Katsayısı

t: Bağımsız Örneklem

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. DEHB Tanısı Almış Çocukların Cinsiyetlerine Göre Anne Eğitim Dağılımları ve Yüzdeleri

Tablo 2. DEHB Tanısı Almış Çocukların Cinsiyetlerine Göre Baba Eğitim Dağılımları ve Yüzdeleri

Tablo 3. DEHB Tanısı Almış Çocukların Cinsiyetlerine Göre Doğum Sırası Dağılımları ve Yüzdeleri

Tablo 4. DEHB Tanısı Almış Çocukların Cinsiyetlerine Göre Yaş, Anne Yaş, Baba Yaş ve Sınıf Ortalamaları ve Standart Sapmaları

Tablo 5. DEHB Tanısı Almış Çocukların Klinik Görünümlerine Göre Frekans Dağılımları ve Yüzdeleri

Tablo 6. DEHB Tanısı Almış Çocukların Cinsiyetlerine Göre Klinik Görünümlerinin Dağılımlarına İlişkin Ki-Kare Analizi Bulguları

Tablo 7. DEHB Tanısı Almış Çocukların Eş Tanı Dağılımları ve Yüzdeleri

Tablo 8. DEHB Tanısı Almış Çocukların Klinik Görünümlerine Göre Eş Tanı Dağılımları, Yüzdeleri ve Ki-Kare Analizi Bulguları

Tablo 9. DEHB Tanısı Almış Çocukların Eş Tanılarının İkili Gruplar Olarak Birlikte Görülme Dağılımları ve Yüzdeleri

İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
ÖZET.....	iii
SUMMARY.....	iv
KISALTMA VE SEMBOLLER.....	v
TABLO LİSTESİ.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
GİRİŞ.....	1
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ.....	3
1.2.1 Araştırmanın Amacı.....	3
1.2.2 Araştırmanın Önemi.....	3
2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu.....	4
2.1.DEHB Modelleri.....	6
2.2. Epidemiyoloji.....	7
2.3. DEHB Nedenleri.....	8
2.3.1. Genetik Etkenler.....	8
2.3.2. DEHB'nin Beyin Yapısı ile İlişkisi.....	8
2.3.2.1. Nörokimyasal Nedenler.....	9
2.3.3 Çevresel faktörler.....	9
2.4 Eştanı.....	10
2.5 Klinik Görünüm.....	16

2.6 Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Ayırıcı Tanı.....	18
2.7 Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Hakkında Toplumun Bilgi Düzeyi.....	19
2.8 Sosyo-demografik Özellikler.....	20
2.9. Davranış Sorunları.....	24
2.10. Bilgisayar Oyunları	26
2.16. Yaygın Gelişimsel Bozukluk.....	28
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	30
3.1. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	30
3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	30
3.2.1. Beck Depresyon Ölçeği.....	30
3.2.2. Beck Anksiyete Ölçeği.....	30
3.2.3 Conner's Ebeveyn Değerlendirme Formu.....	31
3. BULGULAR.....	32
4. TARTIŞMA VE YORUM.....	44
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	50
KAYNAKÇA.....	52
Ek1.....	77

BİR ÇOCUK PSİKİYATRİSİ KLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA, DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU, KLİNİK GÖRÜNÜM, SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER, EŞTANI VE BİLGİSAYAR OYUNLARI BAĞIMLILIĞININ İNCELENMESİ

1.GİRİŞ

DEHB genel olarak psikolojik ve nörobiyolojik faktörler, duygu düzensizliği, hafıza problemleri ve kendini motive edememe gibi faktörlerle açıklanmaktadır. Bu bozukluğun ortaya çıkışının birçok nedenle açıklanması bu konudaki tedavi çalışmalarının da birçok yönünün olmasını gerektirmektedir. DEHB çocukluk ve ergenlik döneminde sıkça karşılaşılan problemlerden birisidir. Günümüzde DEHB gitgide artan bir bozukluk olmasıyla birlikte ruhsal sağlığı ve okul politikalarını etkileyebilirken aynı zamanda çocuğun akademik başarısına, sosyal yaşantısına ve geleceğine de ciddi zararlar verecek duruma gelebilir (1). DEHB tanılı çocuklar ileriki yaşamlarında madde bağımlılığı, saldırganlık ve antisosyal davranış gösterebilir. Bu çocuklar yaşamları boyunca DEHB belirtileri nedeniyle dışlanmakta veya aşağılanabilmektedir (2). Dünya genelinde çocuklarda DEHB % 8-12 arasında, ülkemizde ise toplum örnekleminde; %8.1-8.6, klinik örneklemlerde ise, %8.6- 29,4 arasında olduğu bildirilmiştir(3).

DEHB' nin diğer psikiyatrik bozukluklarla eştanı alması sık görülen bir durumdur. Bazen diğer bozuklukların belirtileri ile DEHB arasında ayırım yapmak zor olabilmektedir. DEHB olan çocuk ve ergenlerin % 52'si ve yetişkinlerin % 87'sinde ek psikiyatrik bir bozukluk (eştanı) olduğu görülmüştür (4). Eşlik eden bir bozukluğun varlığı tanıyı etkileme potansiyeline sahiptir ve tedavi sonuçlarını etkileyebilir. DEHB ile eştanı arasında ayırım yapmak bazen güç olabilir, bu durumlarda DEHB tanısı direk bozukluğun belirtilerine bakılarak konulabilirken, bazen de bozukluğa eşlik eden eştanıya bakılarak da konulabilir. Bu durumda DEHB'ye eşlik eden diğer bozukluk eştanı olarak adlandırılır. DEHB için sıklıkla eştanıya rastlamak mümkündür. Eş tanı DEHB'nin kendisinden daha belirgin olabilir ve klinik tabloya egemen olur. Türkiye'de yapılan bir çalışmada çocuklarda DEHB'ye eşlik eden bozuklukların görülme sıklığı %46-68 oranında olduğu görülmüştür. Çocukluk çağında görülen Dikkat eksikliği ve

Hiperaktivite Bozukluğu'na eşlik eden bozukluklar yüzdelikleri değişkenlik göstermekle beraber; karşıt olma-karşıt gelme bozukluğu (KOKGB), anksiyete bozukluğu, davranım bozukluğu, dürtü kontrol bozukluğu (DKB), obsesif kompulsif bozukluk (OKB) sıklıkla görülmektedir (2,58,17). DEHB olumsuz aile öyküsü ve psikososyal durumlara (erken çocukluk yoksunluğu, bir veya her iki ebeveyndeki psikopatoloji), eşlik eden zihinsel hastalıklar (özellikle davranış bozuklukları ve depresif bozukluklar) olumsuz seyrinin devam etmesinin ana risk faktörleridir (5).

DEHB ile bilgisayar oyunları arasındaki ilişki üzerine yapılan çalışmalarda, günlük pratikte, hiperaktif çocukların bir çoğunun anne-babaları, çocuklarının zihinsel çabalar gerektiren görevlerde bulunmaya isteksizken, bilgisayar/video oyunları oynamak için önemli zaman harcadıklarını bildirmiştir. Bu çocuklar dikkat zorlukları yaşarlar ve genellikle faaliyetlerini değiştirirler. Dikkatlerini, klasik hareket gerektiren oyunlardan çok video oyunları önünde daha uzun süre sürdürebildiklerini belirtmişlerdir. DEHB tanılı çocukların uyarıcı arama eğilimi olduğu bildirilmiştir. Bilgisayar/video oyunu oynama, değişen, multimodal uyarılara ve minimum bir gecikme ile anında bir ödül sağlar. Bu da DEHB tanılı çocukların neden video oyunları oynamak için önemli zaman harcadıklarını açıklayabilmektedir (6).

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

1.2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma; bir çocuk psikiyatri kliniğine başvuran hastalar içerisinde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan çocukları saptamak, başvuran hastalar arasında farklılık olup olmadığını incelemek ve bu hastaların klinik değişkenlerin olup olmadığı ve hastaların sosyodemografik özelliklerinin DEHB ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Ayrıca bu hastaların eşlik eden bozuklukları ve bunun DEHB ile ilişkisini ve bilgisayar oyunları düşkünlüğünün DEHB ile ilişkisini belirlemek ve DEHB' ye ek başka davranış sorunlarının var olup olmadığını saptamak amaçlanmıştır.

1.2.2. Araştırmanın Önemi

Yapılan araştırmalara göre Türkiye' de DEHB çocuk ve ergen psikiyatrisine başvuru ve tanı alma sıralamasında 1. Sırada yer almaktadır(140,141,142,58). Bu nedenle DEHB profilini sosyodemografik ve klinik özellikler açısından incelemek hastalığı daha iyi tanımak noktasında önemlidir. Ayrıca DEHB belirtileri içerisinde yer almayan fakat hastalığa eşlik eden davranış sorunlarını belirlemek DEHB'nin tedavi aşamasında yardımcı olmasını sağlayacaktır.

Türkiye'de özel bir psikiyatri hastanesinde elde edilen veriler DEHB' nin sıklığını sosyodemografik özellikleri görmek önemli veri sağlayacaktır.

DEHB tanısı almış çocukların eşit tanı alma sıklığını bilmek DEHB' ye ek olarak hangi bozukluğun risk faktörü olduğunu görmek DEHB' ye yardımcı olmak açısından önemlidir.

Ayrıca DEHB tanılı çocukların bilgisayar oyunu oynamak ve ek davranış sorunları geliştirdiğine dair bir veri oluşturduğundan, yapılacak araştırmalar için Türkiye yapılmış bir çalışma olarak bir başvuru kaynağı özelliği taşımaktadır.

2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DEHB kendi yaş gruplarına nazaran, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinin daha belirgin ve şiddetli yaşanması hali olarak bilinen nörogelişimsel bir bozukluktur (8). DEHB çocukluk çağında sıklıkla teşhis edilen ancak erişkinlerde giderek artan oranlarda görülür. DEHB temel özelliği, kalıcı ve sürekli dikkatsizlik örüntüsü ile benzer gelişim düzeyindeki bireylere göre daha sık ve şiddetli hiperaktivite (aşırı hareketlilik) ve dürtüsellik olmasıdır. Tanı için yedi yaşından önce belirtilerin bir kısmının görülmüş olması gerekmektedir. (9) DEHB 7 yaşında başlayan ve başlangıcında dikkat eksikliği ile yaşa uygun olmayan aşırı hareketlilik ve dürtüsellik ile gösterir (10). Yapılan çalışmalara göre DEHB'nin erkeklerde daha sık teşhis edildiği belirlenmiştir (7).

DEHB ile ilgili ilk bilgiler 1884 yılında Hoffman tarafından yazılan bir resimli çocuk kitabında hiperaktif çocuk tasvirleri çizilerek "kıpır kıpır Phil" ismini takmıştır. "çılgin budalalar" veya "inhibasyon eksikliği" de denilmiştir (11). İlk olarak tıp literatüründe ise 1902 yılında Still tarafından "dikkatin sürdürülmesinde eksiklik ve nörolojik anormallikler" olarak tanımlanmış ilk çocuk psikiyatrisi bozukluğudur. DEHB'nin spesifik belirtileri olan hiperaktivite, konsantrasyon güçlüğü, dikkat eksikliği, öğrenme güçlüğü ve davranış problemlerini tanımlamış. Hoffman bunu geliştirilerek bu belirtilerin organik kökenlerini araştırmıştır (12). ABD' de 1912 de ensefalit salgını nedeniyle DEHB belirtilerine benzer belirtiler saptanmış. Böylelikle başlangıçta DEHB'nin beyindeki bir bölgenin zarar görmesinden kaynaklandığı düşünülmüştür. Strauss buna "Minimal Beyin Hasarı Sendromu" diye adlandırarak nörolojik bozukluk ve beyin iltihabının dışında da görüldüğünü savunmuştur. Bu tarihten sonra klinikte öğrenme güçlüğü, nörolojik bozukluklar ve çeşitli davranış bozukları daha geniş araştırılmaya ve tanımlanmaya başlamıştır(13)

DEHB hastalarında biliş, algı ve dikkat alanlarında bozulmaların yaşanması sebebiyle sosyal ve psikolojik alanlarda sorunlar yaşanmaktadır. (14). Bu bozulmalar çocuğun dikkatini bir noktaya odaklamada güçlük, dikkatin kolay dağılması, unutkanlık, eşya kaybetme, acelecilik, istekleri erteleyememe, başkalarının sözünü kesme, düzensizlik gibi sorunlarla ortaya çıkar (15). Çocuklarda belirtiler çocuğun ilgisini çekmeyen ya da isteksiz olduğu ortamlarda artmaktadır. Bu çocuklardaki ataklık, hiperaktivite ve dikkat eksikliği okul başarısını ve arkadaş ilişkisini olumsuz etkilemektedir. Bu çocuklar bireysel katılım ve grup ile hareket etmesi gerektiren faaliyetlerde düzensiz, denetimsiz, aşırı hareketlilik gösterirler. Dikkat eksikliğinde; işleri bitirmeden bırakma ya da hemen bir başkasına geçme veya

erkenden sonlandırma, kendisine söylenenleri dinlemiyormuş gibi görünür. Aşırı hareketlilik ise; sakin olması beklenen durumda aşırı huzursuz olma hali ve bazen koşma, atlama, oturması beklenen durumda kalkma, sınırsız konuşma, kıpır kıpır olma, yönergeleri dinlememe ve etraftan gürültücü olarak adlandırılma şeklinde görülür. Belirtiler atak şeklinde gelir. Bu ataklarda kaza yapma eğilimi fazla ve kurallara itaatsizlik sıkça görülmektedir. Bu durum yaşlılarıyla uyum sorunu ve yetişkinlerle ilişkilerde sınır tanımama olarak görülür. Bu belirtilere dayanarak tanı koymak için en az iki ortamda görülmesi gerekir (16) DEHB tanılı çocuklar ödev yapmaktan hoşlanmazlar, başkaları tarafından desteklenmediklerinde sorumluluklarını yerine getirmezler. Uzun süren ve devamlılık gerektiren basit sorumlulukları yerine getirmekte zorlanırlar. Dersi dinlememe, ders sırasında konuşma, derse ilgisizlik ve bunlara bağlı olarak diğer öğrencilerin ve sınıfın düzenini bozmaktadırlar. Sınavda dikkatsiz okumaktan kaynaklı hatalar görülmektedir.(2) Bütün bu belirtiler çocuğun kendi yaşıtı olan diğer çocuklara göre değerlendirilip, belirtilerin şiddetine göre tanı alması gerekir.

DEHB tanılı çocuklarda genellikle ailelerin şikâyetçi oldukları konular çocuğun sorumsuz ve yaramazlık olarak nitelendirilen davranışlarıdır. Bunlar; dikkat dağınıklığı sebebiyle ödevlerin uzun sürmesi, sürekli eşya kaybetmek, yaptıkları işleri yarım bırakmak, konuşmaların ve oyunların arasına girmek, basit ve dikkat kaynaklı hatalar yapmak ve düzensiz olmaktır. Ancak bilgisayar oyunları ve televizyon seyretmek gibi etkinliklerde bu problemler pek görülmemektedir. Dolayısıyla aileler çocuğun bu davranışlarını bir bozukluk olarak görmemektedirler. Ailelerin yaklaşımlarının çoğunlukla olumsuz olduğu durumlarda; depresyon, anksiyete, özgüven yetersizliği sıklıkla görülmektedir. Ayrıca ebeveynlerin DEHB 'ye yatkın olması anne- baba- çocuk ilişkilerini de zorlamaktadır. Ergenlik döneminde dürtüsellik azalıp yerini dikkat eksikliği ve yanında birçok problemlere bırakabilmektedir. Yetişkinlerde ise; sosyal ilişkileri düzenlemekte güçlük, görevlerin önem derecelerine göre sıralamada ve bunlara karar vermede problem, planlama ve organizasyon güçlüğü, erteleme ve kaygı, buna bağlı olarak yapılan iş verimliliğinde düşüklük, partneri ile uyum sorunları , ilişkileri kolay sonlandırma, çok konuşma, anlık verdiği kararlarla uzun vadeli hareket etme gibi problemler görülmektedir (137)

2.1. DEHB Modelleri

- 1- Davranışsal Ket Vurma /Aktivasyon Modeli: Bu modele göre;öğrenmenin temelinde üç tane sistem vardır. Bunlar; davranışsal aktivasyon sistemi, davranışsal ket vurma sistemi ve savaş ya da kaç sistemi. DEHB’de ket vurma nedeni, aktivasyonun azalmasından kaynaklandığını öne sürmektedir (139).
- 2- Davranışsal Ket Vurma Modeli: Barkley(1998) tarafından öne atılan bu modelde yürütücü işlevler esas alınmıştır. Nörolojik problemlerde kişinin davranışları engellemeye sorunlar olarak ele alınmıştır. Kişinin kendini ve davranışlarını yönetebilmesi için dört yönetici işleviolumsuz etkilenir. Bunlar; Sözsüz işlem belleği, içselleştirilmiş konuşma, duygulanım, güdü ve genel uyarılmışlık halinin düzenlenmesi ve yeniden yapılandırma olarak tanımlanmıştır. Bu modele göre; yürütücü işlevler motor kontrolü sağlayamadığı durumlarda DEHB’ de dürtüsellik, dikkat ve hiperaktivite görülebilmektedir.(138)
- 3- Ertelemeye Katlanamama Modeli: Bu hipoteze göre; DEHB tanısı almış çocuklar sonuca odaklandıklarından uzun vadeli beklemelerde kazanmak yerine az sürede küçük ödüller almaya güdülenmişlerdir.
- 4- Yürütücü İşlevler Modeli: bu modeli destekleyen araştırmalara göre ket vurmada sorumlu olan yürütücü işlevlerde, planlama alanında bozulma olduğu görülmüş.
- 5- Bilişsel-Enerjik Modeli: Bu modele göre; bilgi işleme süreci üçe ayrılır. Bunlar; bilişsel süreçler (kodlama, işleme ve cevap çıktısı gibi süreçler), enerjik havuz(aktivasyon ve çaba gibi) ve yürütücü işlevler (inhibasyon, planlama, akıcılık) ve işlem belleği gibi yönetici mekanizmalardır. Ket vurma bozukluğunun bu alandan kaynaklandığı öne sürmektedirler. (139)

2.2. Epidemiyoloji

DEHB çocukluk çağında en sık konulan bozukluktur. DEHB gençlerde tedavi edilen en yaygın duygusal, bilişsel ve davranışsal bozukluktur. Epidemiyolojik çalışmalar DEHB'nin Amerika Birleşik Devletleri, Yeni Zelanda/Avustralya ve Almanya dahil olmak üzere tüm dünyadaki çocukların % 4-7'sini etkileyen yaygın bir hastalık olduğunu belirtmiştir. Yapılan çalışmalara göre yaşla birlikte hiperaktivite azaltmakta, dikkat eksiliği ise gittikçe artmaktadır (18). Gül ve ark. (2010)'na göre; çocuk psikiyatrisi kliniğine başvuran hastalarda %30-50 oranları arasında DEHB görülmektedir (19). Amerikan Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Akademisi'nin 2007 yılında yaptığı çalışmada ise DEHB tanılı çocukların %4'ünün DEHB sebebiyle ilaç tedavisi aldığı belirlenmiştir (20). Bursa ili Nilüfer ilçesinde yapılan bir başka çalışmada 5-7 yaş arasında okula başlangıç çağı çocuklarındaki DEHB' nin sıklığı araştırılmıştır. 9 okulda 124 kız ve 151 erkek olmak üzere toplam 275 çocuğun %24'ünde DEHB semptomları saptanmıştır (21). Sivas il merkezindeki sekiz ilköğretim okulundan 6-15 yaşları arasındaki 1425 çocukta % 8.1 sıklık saptanmıştır.(144)Türkiye' de yapılan benzer çalışmalar benzer sonuçlar göstermiştir. (145,146) Ankara'da (2007) 9 okulda 251 ergenle yapılan çalışmada aile ve öğretmenlerin ortak bildirimlerine göre, öğrencilerin %5,9'unda DEHB semptomları saptanmıştır. Ailelere göre %12,7, öğretmenlere göre ise %27,4 DEHB sıklığı tespit edilmiştir (143). Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) tıp fakültesinde yapılan başka bir çalışmaya göre ise; 1 yıl 4 ay içerisinde hastaneye 1123 çocuk ve ergen başvurmuştur. DEHB görülme oranı %53.5 olarak saptanmıştır (22). Kim ve arkadaşlarının Kore'de yaşayan çocuklar üzerinde yaptığı kapsamlı bir çalışmada, 7-12 yaş arası toplam 49.573 ilköğretim öğrencisi yer almıştır. Bu çocuklarda DEHB prevalansı % 8.5 olarak tespit edilmiştir. (3) ABD' de yapılan üç çalışmada yaşları 9-11 arasında değişen çocuklar arasındaki sıklık % 9.1-12 arasında değişmektedir. Yaklaşık 100 çocukta yapılan başka bir çalışmada öğretmenlere göre % 18, ailelere göre ise % 8 olarak görülmüştür.(147) Güney Carolina'da yapılan çalışmada; 4,604 çocuktan 479 DEHB tanılı çocuk, Oklahoma'da yapılan çalışmada ise; 12,626 çocuktan 577 DEHB tanılı çocuk saptanmıştır.(148)

2.3. DEHB Nedenleri

Yapılan araştırmalarda DEHB'nin nedeni tam olarak bilinmemekle beraber ortaya çıkışında hem genetik hem de çevresel faktörün rol oynadığı görölmüştür.

2.3.1. Genetik Etkenler

DEHB'nin genetik kökenli bir bozukluk olduğu yapılan araştırmalarla belirlenmiştir. Fakat bu genetik geçişin nasıl olduğu ile ilgili yeterli araştırmalar bulunmamaktadır. İkiz evlat edinme ve aile araştırmalarından elde edilen bilgiler ile DEHB'nin kalıtsal özellik gösterdiği belirtilmiştir. DEHB ile ilişkili olan Davranım Bozukluğu (DDB) , Antisosyal Kişilik Bozukluğu, Duygu durum Bozukluğu(DB), alkol-madde kullanımı gibi ruhsal bozuklukların ailesel geçiş gösterdiği öne sürölmüştür. İkiz çalışmalarında genetik geçişin tek yumurta ikizinde % 80-90, çift yumurta ikizinde %30-40 olduğu bildirilmiştir. Asherson'ın (2004); DEHB tanılı ocuk ve ergenlerin ailelerine yönelik yaptığı araştırmada; annelerde %15-20, babalarda % 25-30, kardeşlerde ise % 25-35 oranında DEHB ilişkisi riski görölmüştür (23, 24). Nihayetinde yapılan araştırmalar, DEHB birçok genin birbiri ile ve evre ile olan ilişkisi sonucunda ortaya çıkan karmaşık bir yapı olduğunu ortaya koymuştur.

2.3.2. DEHB'nin Beyin Yapısı ile İlişkisi

Uzun yıllar DEHB' nin beyin hasarından ya da beyindeki gelişim bozukluğundan kaynaklandığı düşünölmüştür. Daha sonra bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans (MR) karşılaştırıldığında DEHB olanların beyin hacminin normal olan çocuklara göre, genel olarak daha az olduğu tespit edilmiştir. DEHB ocuklarında toplam beyin hacmi sağ taraf daha yoğun olarak %3-5 daha küçük olduğu görölmüştür (25, 26, 27). Ayrıca gri ve ak cevherde hacimlerinin azaldığı görölmüştür. Yapılan çalışmalara göre sağ tarafta gri cevher sol tarafta ise ak cevherin yoğun olarak azaldığı bilinmektedir. Beyin incelendiğinde genel olarak bölgesel olarak daha küçük alanlarında DEHB semptomlarının şiddetlendiği görölr. Örneğin, serebral hacmin daha az alan kapladığı kişilerin diğerlerine oranla ciddi dikkat problemleri olduğu görölmüştür. DEHB'de bir görevi tamamlama başarısı, prefrontal korteks, kaudat ve globus pallidus hacimleri ile ilişkilendirilmiştir (28, 29, 30).

DEHB tanılı olan çocukların beyni görüntüleme çalışmalarıyla incelendiğinde dikkati düzenleyen alanın çoğunluğunun boyut olarak küçük olan beyin bölgelerinde olduğu görülmektedir. Beynin görüntüleme çalışmaları yapılan bir diğer çalışmada; DEHB'nin patofizyolojisinde serebellum ve korpus kallozumun da etkili olduğu öne sürülmüştür. Bu hipoteze göre; serebellum; pons ve talamusu içeren serebellar, kortikal yolaklar üzerinden ciddi ölçüde kortikal işlevlere dahil olur. Yapılan çalışmalarda, iki hemisfer arasındaki bağlantıyı sağlayan Korpus kallozumdaki büyüme ve kortikal nöronların sayısı ve hacminin azalması, hemisferler arasındaki iletişimi azalttığından, DEHB'nin hem kognitif hem de davranışsal belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olduğu savunulmaktadır. Bir diğer görüntüleme çalışmalarında ise; prefrontal kortekste yetersiz kan akımının ya da yetersiz metabolizmanın etkili olduğu öne sürülmüştür. Bunun gibi birçok beyin hipotezine bakıldığında beynin birçok alanı ile etkileşim halinde olduğundan DEHB'yi sadece bir hipotezle açıklamak yeterli değildir(26, 31).

2.3.2.1. Nörokimyasal Nedenler

Dopamin ve dopaminden sentezlenen noradrenalin dikkat, konsantrasyon, motivasyon ve uyanıklık ile ilgilidir. Wender (1971) minimal beyin hasarı olan çocuklarda serotonin noradrenalin ve dopamin metabolizmasında bozukluk olabileceğini öne sürmüştür. Bu bağlamda, birtakım merkezi sinir sistemi uyarıcıları (metifenidat, d-amfetamin, pemolin) ve antidepresanlar (trisiklik antidepresanlar ve MAO inhibitörleri) hiperaktiviteyi azaltıcı olarak kullanılabilirler. Fakat DEHB ile ilgili tek bir nörotransmitter olmadığından bu tür ilaçların tam etki göstermesi mümkün değildir (40). Shaw ve ark.(2007)'nin, DEHB'li 223 çocuk üzerinde yaptığı nörogörüntüleme çalışmalarında DEHB'li çocukların kortikal gelişiminin birkaç yıl geri kaldığını, bu gecikmenin en fazla dikkatin kontrolü, üst düzey motor kontrol ve çalışma belleğinden sorumlu olan prefrontal kortekste görüldüğünü belirlemişlerdir(41).

2.3.3. Çevresel faktörler

DEHB' nin nedenleri bireyden bireye farklılık göstermektedir. Bunlar; doğum öncesi, sırası ve sonrası sorunlar (32, 33), toksik maddelere ve ağır metal zehirlenmesine maruz kalma, metabolik ve dolaşım ile ilgili nedenler (34), nikotin, kafa travması, demir eksikliği gibi birçok neden DEHB' ye yol açabilmektedir (35). Ayrıca, katkı maddeleri ve besin boyaları ve fazla şeker tüketimi, paket halindeki besinler, yapay tatlandırıcılar DEHB'yi kötü

gidişe götürecektir sebepler arasında gösterilebilir. Fakat diyet uygulanan çocuklarda katkı besinler çıkarılmasına rağmen DEHB belirtilerini etkilemediği de çeşitli araştırmalarda görülmüştür (36).

Psikososyal etkenler, DEHB belirtilerini ortaya çıkarmaktan çok var olan belirtileri hızlandırıcı rol oynadığı görülmektedir. Kurumlarda yetişen çocuklarda sıklıkla DEHB belirtileri göstermektedirler. Bunun nedeni duygusal yoksunluktan ileri geldiği düşünülmektedir. Yoksunluk ortadan kalktığında DEHB belirtilerinin de ortadan kaybolduğu, evlat edinilen çocuklarda görülmektedir (14). Bu bozukluğa sahip çocukların ailelerine bakıldığında; parçalanmış aileler, erken yaşta kayıplar, ebeveyn geçimsizliği, ebeveynlerden birinde ya da her ikisinde ruhsal bozukluk gibi faktörlerin de etkili olduğu görülmektedir. DEHB'li çocukların anneleri ile ilişkilerinde, daha az iletişim, daha kontrollü ve kuralcı ve daha az ödüllendirici annenin olduğu gözlemlenmiştir (37). Ayrıca disiplinsiz, aşırı ilgisiz ya da aşırı hoşgörülü ebeveyn tutumunun da bilimsel verilere dayanmamakla beraber bazı çevrelerde etkili olduğu düşünülmektedir. Fakat günümüzde ebeveyn-çocuk ilişkisine bakıldığında yapılan araştırmalarda DEHB'nin sebeplerinde birincil etken olmadıklarını, sadece DEHB'ye eşlik eden "Davranım Bozukluğu (DB)" ve "Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu (KOKGB)"nın sebeplerinde önemli role sahip olduğu belirtilmektedir (14, 38, 39).

2.4. EŞTANI

DEHB' nin diğer psikiyatrik bozukluklarla eştanı alması çoğunlukla gerçekleşen bir durumdur. Bazı olgularda DEHB belirtileri daha baskınken bazı olgularda eş tanı belirtileri bunun önüne geçebilmektedir. DEHB tanısı alan çocuklar incelendiğinde; eğitim başarısızlığı, sosyal güçlükler ve tehlikeli davranışlara eğilim açısından daha yüksek risk altında oldukları görülmüştür. Bu durumdaki çocuklarda DEHB'nin yanında KOKGB, DB, DDB ve Anksiyete Bozuklukları (AB) sıklıkla görülmüştür. Bu çocukların yaklaşık % 50'si KOKGB veya DB kriterlerini karşılarken, AB için % 25-33'ü ile eştanının varlığı bozukluğun gidişinde önemli derecede olumsuz rol oynamıştır. DEHB tanısı alan çocuklarda DDB' nin alt tipi olan manik depresyon ise ortalama 11 yaşlarında %11 olarak görülürken 4 yıllık izlemden sonra %23'e kadar yükselmiştir (18). Abikoff ve ark.'nın (2001) yaptığı araştırmada; 502 DEHB tanısı alan çocukların %11.6'sında AB görülmüştür (152)

ABD' de 6-9 yaş arası 223 çocukta yapılan çalışmada 71 DEHB tanılı çocuktan 46'sında AB görülmüştür.(153)

Kocaeli tıp fakültesinde yapılan çalışmada 170 çocuk ve ergenin %27.6'sında AB görülmüştür. (154)

Banaschewski ve ark. (2017)'nin yaptığı çalışmaya göre DEHB'ye sahip çocuğun gelişiminde erken yaşta dil ve motor gelişimsel bozukluklar, AB, tik bozuklukları ve KOKGB ortaya çıkmaktadır. Buna karşılık, ilkokul yıllarının sonlarına doğru ve ergenliğe geçiş sırasında DDB ve öfke kontrol bozuklukları ortaya çıkmaktadır. Ergenlik döneminden itibaren, bu tür bozukluklar sıklıkla maddeyi kötüye kullanım ve kişilik bozukluklarının gelişimi ile ilişkilendirilmiştir. Çalışmanın devamında DEHB tedavisi gören yaklaşık her dört çocuktan birinde duygu durum bozukluğu olduğu, buna karşın DEHB olan tüm yetişkinlerin ise yarısından çoğunun DDB tanısına (2.3 kat artmış risk) sahip olduğu görülmüştür(43). Spencer ve Biderman (2007)'in yaptığı çalışmada DEHB ye eştanı olarak KOKGB ve DB %30-50 arasında görülmektedir. 4 yıllık takipte 45 DEHB tanılı çocuklarda depresyon oranları incelendiğinde, başlangıçta % 29 iken ilerleyen yıllarda %45'e yükselmiştir. DEHB tanılı çocuklarda eşlik eden depresyonun yaşam boyu oranları DDB'nin temel teşhisi, düşük psikososyal işlevsellik, daha yüksek hastaneye yatış oranı ve kişiler arası ve aile işlevlerinde bozulmalar öngörülmüştür. Benzer şekilde, çocukların %11'inde (ortalama yaş 11) mani tespit edilmiştir. Dört yıllık izlem çalışmasında %23'e yükselmiştir. DEHB'ye eşlik eden DDB olan çocuklar, manik dönemde ilave psikopatoloji, psikiyatrik hastaneye yatma, ciddi psikososyal işlev bozukluğu ve daha ileri bir DDB öyküsünü görmektedirler. Spencer ve ark.(2007) 355 DEHB tanılı (267'si erkek, 88'i kız), yaş ortalamaları 9 olan çocuklara bir çalışma yapılmıştır. %31'i DEHB'nin yanında herhangi bir tanı almamıştır. Grubun % 44.5'i bir veya daha fazla eştanı almıştır. AB, KOKGB için % 42.8 DB için% 12.7'si tanı kriterlerini karşılamıştır. 110'a yakın çocuk birden fazla eştanı almıştır. % 13.5'i AB ölçütlerini, AB ve DB için % 7.6 ve AB ve Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB) için % 23.5'i karşılamıştır (18). İsviçre'de anaokulunda 7 yaşında 409 çocuk ile aralıklı takip ile yapılan çalışmada 42 DEHB tanısı almış çocukların % 87 KOKGB görülmüştür (151). DEHB'ye eştanı KOKGB sıklığı % 44.9 olarak belirlenmiştir. Alanyazında yapılan araştırmalarla benzer sonuçlar göstermektedir (46, 47) .

Ter-Stepanian ve ark. (2017)'nin, 267 erkek ve 88 kız olmak üzere 355 çocuk üzerinde yaptığı çalışmada, çocukların % 31'inde incelenmiş olan üç eştanıdan herhangi birinin ölçütleri ile karşılaşılmamış eştanı olarak değerlendirilmiştir. Grubun neredeyse yarısında (% 44.5) bir veya daha fazla DEHB ile birlikte; AB görülürken, KOKGB % 42.8 ve DB % 12.7 oranlarında görülmüştür. 110 kadar çocuk ise birden fazla eştanı almıştır. % 13.5'i AB, AB ve DB'nin birlikte görüldüğü durum % 7.6 ve AB ve KOKGB'nin birlikte görüldüğü durumda ise % 23.5 oranında görülmüştür (Tablo 1).

Tablo 1.Eştanı bozuklukların dağılımı (50)

Eştanı bozukluğu olmayanlar	31% (N=110)
Sadece AB	13.5% (N=48)
Sadece DB	5.1% (N=18)
Sadece KOKGB	19.4% (N=69)
AB+DB	7.6% (N=27)
ANK+KOKGB	23.4% (N=83)

Türkiye'de ise, Bursa ili Nilüfer merkez ilçede okula başlangıç çağı çocuklarında DEHB'ye eşlik eden KOKGB ve DB semptomlarının yaygınlığı araştırılmıştır. Çalışma Bursa ilinde, 9 ayrı okulda 124 kız ve 151 erkek olmak üzere toplam 275 okula başlangıç çağı çocuğuyla yürütülmüştür. KOKGB'nin %7 ve DB'nin ise %3 oranında DEHB semptomlarına

eşlik ettiği saptanmıştır (21).

Yine Türkiye’de İzmir Konak ilçesinde yapılan başka bir çalışmada ise 6-14 yaş aralığındaki 417 olguda DEHB, KOKGB ve DB sıklığı sırasıyla %21.8, %2.4, %1.2 olarak bulunmuş, ek olarak bozulma kriteri de dikkate alındığında ise oranlar sırasıyla %12.7, %1.2, %1.9 olarak saptanmıştır. Çalışmada elde edilen DEHB görülme sıklığı %12.7’dir. Dünya genelinde çocukların DEHB olma sıklığı % 5.29 ile karşılaştırıldığında Türkiye’de daha yüksek bulunmuştur. Yine aynı çalışmada KOKGB ve DB tanısı alan bütün çocukların DEHB tanısı da aldığı görülmüştür (43).

Kılıç ve Şener’in yaptığı çalışmada; DEHB ve DEHB ile birlikte KOKGB ve DB tanısı alan, 6–11 yaş arasında 92 çocuk ele alınmıştır. Olguların % 69,6’sında DEHB, % 30,4’ünde DEHB ile birlikte KOKGB ve/veya DB saptanmıştır. Gruplar arasında yaş, zekâ düzeyi, yeni doğan dönemi özellikleri, yürüme ve konuşma yaşları açısından farklılık saptanmamıştır (45). İmren ve ark.(2012) yaptığı çalışmada 8-16 yaş arası 49 DEHB tanılı çocuk ve ergenin % 24.5’inde KOKGB eşhastalanımı gözlenmiştir (150).

OKB çocukluk ve gençlik döneminde çok yaygın psikiyatrik bozukluklardandır. DEHB’de görülen dikkatsizlik huzursuzluk gibi belirtiler bazen DEHB’ yi temsil etmeyebilir. OKB belirtileri ile karışabilmektedir. Bazen obsesif düşünce veya kaygıdan kaynaklanan iç çatışmaları da temsil edebilir. Bu nedenle iki bozukluğu birbirinden ayırmak bazen güç olabilirken bazen de eştanıyı koymakta zorluk yaşanabilir. Geller ve ark.(2003) çocuk ve ergenlerde yaptığı çalışmada 43 olgudan 2 tanesinde DEHB ve OKB birlikteliği görülmüştür (125). OKB'si olan çocukların ve ergenlerin yaklaşık % 30'u kadar olan kısmı DEHB için tanısal kriterleri karşılarken DEHB olan çocuklar arasındaki OKB oranının % 8-11 olduğu tahmin edilmektedir. DEHB ve OKB farklı ve ayrı koşullardır ve yüksek komorbidite gözlemlendiği halen belirsizdir. Çocukluk çağında DEHB ve OKB yaygınlığı ve bu bozukluklar arasındaki en fazla eştanı ve genetik faktörleri paylaştıklarını ortaya koymaktadır. Genetik çalışmalar hem OKB hem de DEHB için yüksek kalıtsallık gösterdi.(126,127) Klinik ortamda DEHB ile OKB’ nin birlikte görülmesi %10- %50 arasında değişmektedir. (6, 9, 12, 14, 15). Yapılan bir araştırmada DEHB ve OKB olan 20 ergende iki (% 10) kişide görülmektedir (128, 129, 130, 131, 132, 133).

Sukhodolsky ve ark.(2005)'nin yaptığı bir araştırmada, 7-18 yaş arası 93 DEHB tanılı çocuk ve ergenden 43' ü OKB tanısı almıştır. Bunlardan sırasıyla% 2-3 ve% 8-12 çocuk ve ergenler etkilenmektedir.(135,136)

Tik bozuklukları Olan çocuklarda DEHB oranları sıklıkla görülmektedir. Tik bozukluğu dikkat dağıtıcı etkilere ve doğrudan ilişkilendirilebilen sosyal bozukluklara bağlı olarak ek işlev bozukluğuna neden olabilmektedir. Tourette Sendromu (TS) veya kronik tikleri olan çocuklarda DEHB davranışları, saldırganlık ve sosyal beceri problemleri görülmektedir (18). DEHB' nin yanında yaklaşık 4'te 1 oranında DDB görülmektedir. Yetişkinlikte ise bu durum %50'nin üzerine çıkmaktadır (44).

Chen ve ark. (2013)'nin yaptığı çalışmada 5811 hasta, tek başına tik bozukluğu olan 1816 hasta ve DEHB ve tik bozukluğunun ikili teşhisi olan 349 hasta tespit edilmiştir (161) Roessner ve ark.(2016)'nin 1209 DEHB tanılı çocuğun 262'si tik bozukluğu eştanısı almıştır (162). Almanya'da yapılan çalışmada DEHB ile birlikte tik bozukluğu oranı çocuklarda (12 yaşa kadar) % 2,4 iken; ergenlik çağındaki çocuklarda (% 2.3- %13) görülmüştür (163).

Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ruh Sağlığı Hastalıkları polikliğine ilk kez başvuran ağır duygudurum düzensizliği (ADD) tanısı almış 8-17 yaş arası 95 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Sadece DEHB tanısı alan çocukların oranı %33 iken, DEHB'ye eşlik eden; DDB %10, AB %25 iken, KOKGB ve DB ise %10 olarak saptanmıştır.

DEHB ve bipolar bozukluk arasındaki ilişki belirsizdir. Bipolar hastalarda DEHB oranlarını inceleyen çalışmalar sürekli olarak beklenenden yüksek oranlar göstermektedir (48). Wozniak ve ark.(1995) pediatrik bir psikofarmakoloji kliniğine gönderilen 262 çocuğun% 97'sinde mani kriterlerine uyan çocukların % 94'ünde DEHB kriterlerine de rastlanmıştır. Araştırmalar, bu ilişkinin semptomun çakışması veya tanısız belirsizlik nedeniyle tanı almasının pek olası olmadığını ileri sürmektedir(49). Kessler ve ark. (2006)'nin yaptığı çalışmada DEHB'li erişkinlerin %38'inde DDB eştanısı bulunmuştur (101). Klassen ve ark. (2010) 'nin çalışmasında; sırasıyla % 79 ve % 64'ünün DEHB'ye DDB'nin eşlik ettiği görülmüştür (168). Winokur ve ark. (1993)'nin yaptığı çalışmada % 21.3 ; Tamam ve ark., (2006)'nin yaptığı çalışmada ise % 34.1 DEHB'ye DDB'nin eşlik ettiği görülmüştür

(169,170). Selçuk üniversitesinde yapılan bir araştırmada DEHB tanılı 90 çocuğun %3.3 'ünde DDB'nin eşlik ettiği görülmüştür (156).

Kim ve arkadaşlarının Kore'de yaşayan çocuklar üzerinde yaptığı çalışmada, 7-12 yaş arası toplam 49.573 ilköğretim öğrencisi yer almıştır. Bu öğrenciler üzerinden DEHB yaygınlığı ve toplumda yaygın olarak görülen eştanılar belirlenmiştir. DEHB erkeklerde % 11.7, kızlarda % 5.2 olarak belirlenmesine karşın genel yaygınlık oranı % 8.5'dir. DEHB' nin birlikte görüldüğü vakaların tüm nüfusun % 4.7'sini kapsamakta olduğu görülmüştür. Çocukların ebeveynleri ayrılmış ve daha az eğitim almışlarsa, çocukların DEHB olma olasılığı daha yüksektir. En sık ortak eştanı otizm spektrum bozukluğu (% 10.1) olarak görülmüştür (51).

Dürtüsellik; bilinçli yargısı olmayan, çabucak düşünülmeleyen bir davranış ve daha az öngörülen hareket etme eğilimi içeren, hızlı bir eylemi içeren bir süreç olarak tanımlanabilir. Dürtüsellğin üç yönü vardır: bunlar dikkat, planlama ve motordur (76). Patton ve ark.(1995), bu itici davranışın üç bileşen içerdiğini öne sürer: motor (düşüncesiz hareket), dikkatli olma (göreve odaklanma eksikliği) ve planlısız dürtüsellik (bugüne yönelik oryantasyon)olarak belirtmiştir (77). Dürtüsel eylemler çoğunlukla mağdura değil, sıklıkla faillerine de zarar verir. Kavgalar, intihar veya yangın söndürme agresif bileşeni çoğunlukla görülmektedir. Ancak, bu eylemlerin ardındaki riskli ve aşırı hızlı kararlar, kumar bağımlılığı gibi genellikle ortaya çıkan ve hemen tatmin arayan bir bilişsel bileşen olduğunu ortaya koymaktadır. Dürtüsellik birçok zihinsel bozukluğun çekirdeğini oluşturur (78) Özellikle, DEHB' nin en yaygın formunun, yani "bileşik tip" tanısının önemli bir bileşenidir (79). DEHB'de karar verme veya bilişsel dürtüsellikle ilgili az sayıda çalışma yapılmıştır. Toplak ve ark. (2005), IGT'yi(Iowa Kumar Testi) kullanarak, DEHB' li ergenlerle (n = 5), kontrol grubunu karşılaştırdığında (n = 34) olumsuz karar verme ve dürtüsel davranışlarda anlamlı derecede fark olduğu görmüştür (74) Ernst ve ark. (2003a), uyumlu davranışlarla yıkıcı davranışları olan (DEHB dahil) ergenleri karşılaştıran bir çalışmada benzer sonuçlar ortaya çıkmıştır (75) Kleptomani; kişisel kullanım veya parasal değere ihtiyaç duyulmayan nesnelere çalmak için dürtülere yenilip yinelenen başarısızlık olarak tanımlanan bir dürtü kontrol bozukluğudur. DEHB hastalar ICD (International Classification of Diseases) tanı kriterine göre sıkça

görüldüğü için, DEHB ilaçlarının kleptomani tedavisinde etkisi olduğu söylenmektedir (97). Araştırmalarda, DEHB' nin dürtüsellik belirtisinden dolayı çalma davranışı ile ilintili olduğu öne sürülmüştür (98). İsrailde yapılan çalışmada Kleptomanisi (çalma hastalığı) olan çocuklarda %10.5 DEHB görülmüştür (99). DEHB'nin dikkatsizliğin önde gittiği tip ya da hiperaktivitenin önde gittiği tipin bileşik tipe oranla daha fazla çalma davranışına yöneldiği belirtilmiştir (100). New York'ta yapılan bir çalışmada, DEHB tanısı alan ile DEHB tanısı almayan grup incelenmiştir. DEHB tanısı almayan grupla karşılaştırıldığında DEHB tanılı grubun çalma davranışına eğilimin daha yüksek olduğu saptanmıştır (101). Rommelse ve ark. (2009)'nın yaptığı çalışmada DEHB olan çocukların% 42-90'ı DKB ve DB kriterlerini karşılamaktadır (166). Damme ve ark.(2015)'nin yaptığı çalışmada, 53 DEHB tanılı çocuk ve ergenden 6 'sında DKB görülmüştür (167).

2.5. Klinik Görünüm

DEHB klinik olarak önemli olan, gelişimsel seviyeleri ile tutarsız ve uygunsuz olan kalıcı dikkatsizlik ve/veya hiperaktivite dürtüsü belirtileri ile karakterize edilir. DEHB-dikkatsizliğin önde olduğu tip(DEHB-D), DEHB-hiperaktif-dürtüsellüğün önde olduğu tip (DEHB-H) ve DEHB-bileşik tip (DEHB-B) olmak üzere üç alttipi bulunmaktadır. Hiperaktif-dürtüsel davranıştan önce dikkatsizlik gösteren belirtilerinin başlangıcıyla beraber okul öncesi dönemde ortaya çıkmaktadır (52) DEHB tanılı olan ve olmayan çocuklara yönelik yapılan bir çalışmada DEHB tanısı alan çocuklardan bileşik alttipi olan çocuklar daha fazla eştanı göstermişlerdir (53).

Eskişehir' de ilköğretim çağı çocuklarında yapılan çalışmada 10 ilkokul ve 8 ortaokuldan, toplam 3230 ilkokul, 2800 ortaokul öğrencisi ile kapsamlı bir DEHB veri çalışması yürütülmüştür. Buna göre çalışmaya dahil edilmiş olan 3329 çocuk ve ergenin %4,4'ünde DEHB saptanmıştır. DEHB-D sıklığı %2.3, DEHB-H sıklığı %1.3 ve DEHB-B sıklığı %0.8 olarak saptanmıştır. Ayrıca annenin ev hanımı olması, annenin gebelikte sigara içmiş olması, tek ebeveynli çocuk olma, grip/solunum yolu enfeksiyonu geçirmiş olması, ruhsal hastalık öyküsü, çocukta kronik hastalık varlığı, çocukta eş zamanlı epilepsi ve astım tanısının olması, DEHB ve alt tipler açısından risk faktörleri olarak tespit edilmiştir. (57) Bursa'da 275 okula başlangıç çağı çocukla yapılan çalışmada en sık saptanan alt tip DEHB-D

saptanmıştır.(21) İzmir ilinde yapılan 3 yıllık boylamsal izlem çalışmasının birinci dalgasında DEHB-B % 60.7, DEHB-D %21.3; DEHB-H % 18 saptanmıştır(45)

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne bir yıl içinde ilk kez başvuran ve DEHB tanısı konan 401 olgu üzerinde çalışma yapılmıştır. Erkeklerde; DEHB-B %77.5 (n=238), DEHB-H %18.8 (n=50) ve DEHB-D %3.6 (n=11); kızlarda DEHB-B %79.8 (n=75), DEHB-H %10.6 (n=10) ve DEHB-D %9.6 (n=9) olarak belirlenmiştir. DEHB-H erkeklerde daha sık, DEHB-D kızlarda daha sık olduğu belirtilmiştir. Çalışmada DEHB' nin alt tipleri yaşa ve cinsiyete göre önemli farklılıklar göstermektedir. (58)

Hacettepe üniversitesi çocuk ve Ruh Sağlığı hastalıkları polikliğine ilk kez başvuran ağır duygudurum düzensizliği (ADD) tanısı almış 8-17 yaş arası 95 hasta da DEHB alttipleri, %58.9 birleşik tip, %28.4 dikkat eksikliği alttip ve %12.3 hiperaktif/dürtüsel alttip olarak bulunmuştur(59).

Usta ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada DEHB tanılı 49 çocuğun %12.2'si DEHB-D, % 6.1'i DEHB-H %81.6'sı ise DEHB-B olarak belirlenmiştir. (60)

Doyle ve ark.(1995)'nin Avusturalya'da yaptığı araştırmada; DEHB tanılı çocuklardan % 10'unda bileşik tip görülürken, Barkley'in (1990) yaptığı araştırmada DEHB-B çoğunlukta olduğu belirtilmiştir.(61,62)

Danimarka' da 2010-2011 yılları arasında 155 yetişkinde (25 yaş ortalama) yapılan çalışmada erkekler % 65 görülmüştür. DEHB-bileşik (% 78), DEHB-dikkatsizlik (% 18) ve DEHB-hiperaktif-dürtüsel (% 4) şeklinde görülmüştür. Alt tipler arasında cinsiyet ve yaş açısından anlamlı fark bulunmamıştır (155).

DEHB olan çocukların prospektif çalışmalarından, bozukluğun yetişkinliğe kadar sürdüğünü kanıtlayan çalışmalar vardır. Yetişkin DEHB kriterlerine ilişkin tartışmalara rağmen, DEHB vakaların %30-60'ında yetişkinliğe kadar devam ettiği konusunda araştırmalar mevcuttur. Klinik referanslı örneklerin çocukluk çağı erkek-kadın oranları 9: 1-6: 1 arasında değişirken, nüfusa dayalı çalışmalar için oranı yaklaşık 3: 1'dir. Ergenlik döneminde ve genç yetişkinlikte daha çok kadınlar etkilenir(54,55,56)

Hergüner ve Hergüner (2012)'in yaptığı çalışmada %60,9'unda DEHB-B, %36,1'inde DEHB-D ve %3'ünde DEHB-H olduğu görülmüştür. Cinsiyete göre alt tiplerin dağılımına bakıldığında ise çalışmada kızlarda DEHB-DE, erkeklerde ise DEHB-B en çok görülen alt tipler olmuştur. DEHB-B'nin erkeklerde, DEHB-D'nin ise kızlarda daha sık görüldüğü önceki çalışmalarda da bildirilmiştir (156)

Antalya Devlet Hastânesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniği'ne başvuran 153 DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde DEHB-B %52.3 DEHB- D %44.4, DEHB -H %3.3 oranlarında bulunmuştur. En sık görülen DEHB-B'dir. Cinsiyetlere göre dağılımlarında ise kızların %70.3'ünde DEHB-D, erkeklerin %60.3'ünde DEHB- B sıklıkla görülmektedir (157).

2.6. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Ayırıcı Tanı

DEHB'nin ayırıcı tanısı ,nörolojik bozukluklar, gelişimsel bozukluklar ve işlevsel bozukluklar olarak üçe ayrılmıştır. Nörolojik bozukluklar; DEHB'nin temel alanları, frontal korteks ile striatum arasındaki bağlantıları ve serebellum ile frontal lob arasındaki devreleri içermektedir(63). Gelişimsel bozukluklar; yaşa uygun aşırı hareketlilik, durumsal, çevresel, aile ile ilgili sorunlar, uygun olmayan okul-sınıf seçimi, ebeveynin tıbbi ya da psikiyatrik hastalığı ya da ebeveynin yokluğu, ihmal veya istismar, ailenin istikrarsız disiplin ve tutumlarını içerir. İşlevsel bozukluklar; KOKGB, DB, AB ve tik bozuklukları diye gruplandırılır (64).

DEHB yukarıda bahsedilen sorunlarla karışabilmektedir. Bunun nedeni belirtilerin birbirine yakın olmasından kaynaklanmaktadır. Bu sorunlar bazen ayırıcı tanı olarak düşünülürken, bazen eştanı olarak birlikte de düşünülebilmektedir. Örneğin; öğrenme bozukluğunda genellikle belli alanlarda (okuma-yazma, matematik gibi)normal zekanın altında performans gösterirken, DEHB çocuklarında daha genel alanlarda bozulma görülür. DKB ile DEHB'nin ortak belirtileri dürtüsellik olarak görülürken, birbirinden ayıran temel özellikleri, DEHB' de çocukluk çağından itibaren görülürken, DKB ise, dönemsel ataklar ile kendini göstermesi ve çocukluk ve ergenlik çağında başlıyor olmasıdır. Madde kullananlarda, maddenin etkisi altında DEHB belirtilerine benzer belirtiler görülebilir. Fakat maddenin etkisi geçtikten sonra daha sağlıklı tanı konulur (65).

2.7. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Hakkında Toplumun Bilgi Düzeyi

Türkiyede DEHB hakkında toplumun bilgi düzeyi için yeterli araştırma bulunmamaktadır. Dünya’da; Mcleod ve ark. (2007)’nin yaptıkları araştırmada katılanların %64’ ü DEHB’ yi daha önce duyduğunu (bunların içinde eğitim seviyesi yüksek olanlar çoğunluktadır) ve %78’i DEHB’ yi hastalık olarak kabul etmektedir. Tedavi sürecinde sadece psikolojik tedavinin etkili olduğunu söyleyenler %21, sadece ilacın etkili olduğunu söyleyenler %5 her ikisinin birlikte olduğunu düşünenlerin oranı ise; %65tir. ABD’de yapılan araştırmada ise; halkın DEHB’ ye dair bilgi eksikliğinin daha çok erkek, yaşlılar ve ,ülkedeki azınlık grubunda olduğu görülmüştür (66). Pescosolido ve ark.’nin yaptığı araştırmada sosyodemografik özelliklerin (yaş, cinsiyet, etnik farklılıklar vb.) DEHB bilgi düzeyine etkisi DEHB’yi tanıma oranında %41.9 olarak görülmüş. Bozukluğu doğru bilenlerin oranı ise; %19.1 olarak belirlenmiştir. Araştırmaya katılanların çoğunluğu tedaviye gerek duyulacak bir hastalık olmadığını düşünmektedir (67). Corkum ve ark. yaptığı araştırmada ise bilgi düzeyi yükseldikçe ilaç tedavisinin yanı sıra psikolojik desteği de seçmişlerdir (68). Ebeveynlerin bilgi düzeyleri ilaç tedavisini kabul etmesi ilaç tedavisi arasında doğru orantı bulunmaktadır (69). Yakın zamanda DEHB bilgi düzeyine dair araştırma yapılmadığından, günümüzde TV, internet gibi iletişim organları sayesinde DEHB hakkında bilinçlendirme hızla yaygınlaştığından yapılan bu araştırma sonuçlarının seyri değişebilir. Yapılan araştırmalarda DEHB belirtilerini yüksek öğrenim görmüş ebeveynler daha sık kliniğe başvurmakta ve daha çabuk farketmektedir. Fakat DEHB görülme sıklığında ebeveyn eğitim düzeyi ile ilişkisi olmadığı araştırmalarla belirlenmiştir. Araştırmaların sonucunda Anne ve babalarının DEHB hakkında bilgi düzeyleri ile tedavide başarı arasında anlamlı bir ilişki vardır. Bozukluk hakkında bilgi ebeveynlerin çocuğa olumsuz yaklaşımını da onarmaktadır. Yapılan araştırmalarda, DEHB’nin dürtüsellik belirtisinden dolayı çalma davranışı ile ilintili olduğu öne sürülmüştür (67)

2.8. Sosyodemografik Özellikler

DEHB tanılı çocukların yaşı ailenin kaçıncı çocuk olduğu, anne-babanın yaşları ve eğitim durumunun DEHB ile ilişkisi olduğu düşünülmektedir. Bu ölçütler DEHB'ye sebep ya da arttırıcı etken olmaktadır (70).

Tablo 2: DEHB alttipleri ve sosyodemografik özellikler

Sosyodemografik özellikler	Oranları
Cinsiyet (K/E)	27/76
DEHB alt tipi (D/H/B)	36/6/61
Yaş (ort. yıl ±SD)	13.99±1.92
Eğitim (ort. yıl±SD)	8.39±1.75
Kardeş sayısı (ort.±SD)	1.34±1.35
Anne yaşı (ort. yıl ±SD)	40.09±5.85
Anne eğitim (ort. yıl ±SD)	8.06±3.99

Baba yaşı (ort. yıl ±SD)	44.5±4.85
--------------------------	-----------

H: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu-hiperaktivite/dürtüselliğin önde geldiği tip

D:Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu-dikkatsizliğin önde geldiği tip

B: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu-bileşik tip

SD: Sosyodemografik özellikler

Ardahan' da yapılan çalışmada DEHB tanılı çocuklarda sosyodemografik veriler şöyledir; kızlar %46,4 erkekler ise 53,6 olarak görülmüştür. Anne-baba eğitimi ilkököl %19, ortaokul %11, lise % 29, üniversite %36 ve doktora %5 olarak belirlenmiştir (72)

Mersinde 11-18 yaş arası 102 çocuk ve ebeveynleri çalışmaya dahil edilmiştir. Çocuk ve ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri tablo1' de verilmiştir (71)

Yapılan araştırmalar erkekler ile kadınlarda 2/1 - 6/ 1 arasında görülürken yetişkinlikte cinsiyet farkı görülmemektedir. Bunun nedenleri, çocukluk çağında çocuğun yakınmaları ile ailenin psikiyatriste götürmesi, fakat erişkinlikte sorunu kendileri fark edip kendilerinin gidiyor olması olarak gösterilmektedir. Bir diğer neden, yetişkinlerde dikkat eksikliği başka sorunlara yol açtığı için bilinmektedir. Çocuklukta erkek çocukların fazla olmasına rağmen, erişkinlikte kadınlarla eşitlenmesinin sebebi, erkeklerin klinik belirtilerinin gerilemesinden kaynakladığı öne sürülmektedir. Bir diğer olasılık da kadınların tıbbi yakınmalarda olduğu gibi psikolojik yakınmalarını da daha çok dile getirmesidir. (Doğanlı, 2015)

Aslan (2013)'in yaptığı çalışmada çalışmaya katılan ebeveynlerin %58,3-% 57'sinin (n=12) 24-30 yaş aralığında olduğu, %51,6'sının (n=79) 38-45 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Hane halkı kişi sayısına bakıldığında ise çoğunluğu genel toplamda (%53,6) ve okul bazında dört kişilik ailelerin oluşturduğu belirlenmiştir. Okul çağındaki çocuk sayılarının %42,9'u 1 çocuk, %42,9'u 2 çocuk ortalamalarında olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada sosyoekonomik düzeyi düşük olan kesimlerde anne eğitimi %38-48'nin ilkököl düzeyinde olduğu; babaların eğitimi %38-47 ilkököl mezunu olduğu görülürken,

sosyoekonomik düzeyi yüksek olan kesimlerde; annelerin %92,9'unun üniversite mezunu, babaların eğitiminin ise %92,3'ünün üniversite mezunu olduğu görülmektedir (1)

Ankara'da (2007) 9 okulda 251 ergenle yapılan çalışmada; hem ailelerin, hem de öğretmenlerin bildirimlerine göre erkekler kızlara oranla anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur.(149)

Antalya Devlet Hastânesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniği'ne başvuran 153 DEHB tanılı 6-15 yaş arası çocuk ve ergenlerle yapılan sosyodemografik çalışmada 116'sı erkek (%75.8), 37'si kızdır (%24.2). Annelerin %56.2'si ilkokul mezunu (n=86), %8.5'i üniversite mezunu (n=13), %78.4'ü ev hanımıdır (n=120). Babaların %49'u ilkokul mezunu (n=75), %10.5'i üniversite mezunu, %61'i işçidir. Olguların %63.4'ü birinci çocuktur (160).

Tablo 3:DEHB ebeveyn ortalama yaşı (164)

	DEHB (n=49)
Anne yaş(yıl)	36.91
Baba yaş (yıl)	41.77

Tablo 4: DEHB ebeveyn eğitim durumu (164)

Annenin eğitim durumu	
İlköğretim	%58.2
Lise ve üzeri	%40.8
Babanın eğitim durumu	
İlköğretim	%51
Lise ve üzeri	%49
Ailede toplam çocuk sayısı	
İki ve altı	%67.3
Üç ve üzeri	%32.7

Tablo 5: DEHB kardeş sırası (165)

Kardeş sırası		
Birinci çocuk	15	50.0
İkinci çocuk	4	46.7
Üçüncü çocuk	1	

Kim ve arkadaşlarının Korede yaptığı kapsamlı bir çalışmada ise; DEHB tanısı alan erkek çocuklarda kızlara göre yaklaşık 3 kat daha sık görülmektedir. Bu çalışmadaki cinsiyet oranı daha önce yapılan çalışmalarla benzer sonuç göstermiştir. Ebeveynleri ayrılmış, boşanmış ve / veya daha az eğitim görmüş çocuklar arasında da DEHB görülme sıklığı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (3).

New York' ta yapılan çalışmaya katılan çocuk sayısı 10.490 ve bunlardan 8747'si (% 84.0) erkek, 1662'si (% 16.0) kadın. DEHB tanısı konan çocuk sayısı 8401 (% 80.6). DEHB tanısı konan yaş ortalaması 7.6 (SD 3.0, aralık 0-19 yıl) idi. DEHB tanısı alan erkek sayısı oldukça fazla olduğu görülmektedir. Kızlar için teşhis koymak için daha ayrıntılı çalışılma öngörülmektedir. Bu çalışmadaki sosyodemografik özellikler diğer çalışmalarla uyumlu görülmüştür (73)

2.9. Davranış Sorunları

Kekemelik, konuşma akışında tereddüt, bir kelimeyi veya bir sesi tekrarlamak, bir sesi uzatmak ile karakterize, anlaşılabilir bir konuşmada ritmik bir bozukluktur. Genellikle 2-7 yaş arası yaşlarda görülür (80). Kekeme olan çocukların yarısı DEHB ile karşılaşır. DEHB olan çocukların yaklaşık % 20'si kronik bir tik bozukluğu geliştirir. Tik ve DEHB birlikte görüldüğünde, DEHB semptomları tipik olarak tik belirtilerin başlangıcından 2- 3 yıl önce gelmektedir; Bu nedenle başlangıçta DEHB tanısı konan çocukların bir kısmında tanı konulamamış tik belirtiler olabilir (81)Antalya Devlet Hastanesine 1 yıl(2006-2007) içinde başvuran DEHB tanılı 153 çocukta Tik bozukluğu %9.8 kekemelik %22.8 olarak belirlenmiştir (82). DEHB ile kekemelik, erkeklerde kızlara oranla yaklaşık 5/1 oranında görülür. Her iki bozukluk da çocukluk çağında ortaya çıkmaktadır ve davranış müdahalelerinde öğretilen becerileri kullanırken stres, zaman içindeki şiddet artışı ve en azından geçici olarak yönetilebilen veya kontrol edilebilen şiddetle artmaktadır. Bu benzerlikler, araştırmacıların DEHB ile kekemelik arasındaki muhtemel ilişkiyi daha fazla araştırmalarına yol açmıştır (83). İlk çalışmalarda DEHB ve kekemelik aralığı % 4 iken komorbidite oranı %26'lara çıkmıştır (84). Kekemeliğin DEHB için risk faktörü olduğu belirtilmiştir. Biederman ve ark. (1993), klinik olarak DEHB tanısı konan 84 erişkinde yaptığı çalışmada % 4 kekemelik olduğunu bildirmiştir. Bu bulgular kekemeli DEHB'nin tek başına

DEHB'den daha ısrarlı olma eğiliminde olduğunu göstermektedir (85). Kekeleme yapan çocukların % 10- 20'sinde DEHB görülmektedir (86).

Enürezis, çocuklarda en az 5 yaşından sonra istemsiz, yineleyici, gündüz/ gece idrar kaçırma olarak tanımlanmaktadır. Kesitsel bir tasarıma sahip DEHB'ye eşlik eden eştanı çalışmalarında enürezis tanımında görülen aynı kusurlar DEHB'de de görülmekte ve bu durum, % 28.6 -% 40 arasında eştanıya neden olmaktadır (87)

DEHB'nin yanında enürezis nokturna olan çocuklarda normal popülasyona göre daha yüksek görülmektedir. Enürezis aynı zamanda dikkat eksikliği olan çocukları etkileyebilir. 97 olgudan DEHB ile birlikte enürezis nokturna % 13.5 görülmektedir. DEHB olan çocuklarda gece inkontinansının, gündüz inkontinansından daha yüksek olduğu bildirilmiştir (88). Elia ve ark.(2009)'nın yaptığı DEHB genetik çalışmasında görev alan, 6-12 yaş arasındaki 344 çocukta 44 enürezisli çocuğa rastlanmıştır. Enürezis sıklığı % 16.9 olarak bulunmuştur (89).

Güney Kore'de yapılan bir araştırmada 6-12 yaş arası 1645 çocuğun enürezis ve enkoprezis prevalansına bakıldığında, erkek çocuklarda kız çocuklarından daha fazla olduğu görülmüştür. Enürezis ve enkoprezis en yaygın 7 ile 9 yaşları arasında görülmektedir. Enürezisli çocuklarda DEHB görülme oranı %10.3 olarak görülmüştür (90)

Antalya Devlet Hastânesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniği'ne başvuran 153 DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde %24.2 enürezis noktürna, %3.7 enkoprezis eştanısı almıştır (160).

Tırnak yeme hem psikiyatri hem de dermatolojide literatürde daha az yayınlanmış bir alandır. Tırnak yiyen bireyler genellikle ona son vermek için gösterdikleri çabalar başarısız olur (91). Bazı araştırmalarda tırnak yeme ile DEHB arasında bir ilişki olmadığını öne sürmektedirler (92). Tırnak yemede çocuklarda en sık görülen eşlik eden psikiyatrik bozukluk DEHB % 74.6 olarak belirtilmiştir. Eşlik eden bozuklukların nedeni mi yoksa sonucu mu olduğunu belirlemek mümkün değil (93) İran'da yapılan bir araştırmada tırnak yiyen çocukların %0.6'sında DEHB görülmektedir (94).

Mastürbasyon; cinsel tatmin elde etmek amacıyla, cinsel organın el ya da bir nesne yardımıyla uyarılmasıdır. Tayland'da yapılan bir araştırmada 202 DEHB tanılı çocuktan 1

tane mastürbasyon yapan çocuk görülmüştür (95). İran'da 98 çocuk üzerinde yapılan çalışmada mastürbasyon yapan çocukların %14'ünde DEHB görülmüştür (96).

2.10. Bilgisayar Oyunları

Son yıllarda, bilgisayar oyunu oynama, çocukların ve ergenlerin ana eğlence faaliyetlerinden biri haline geldi. Cep telefonlarının ve mobil cihazların kullanımı çarpıcı bir biçimde arttı. Nitekim, Avrupa Birliği tarafından eş finanse edilen bir İngiltere raporunda; İngiltere'de 9-16 yaşları arasındaki çocukların ve ergenlerin % 93'ü en az haftalık olarak internete girdiğini ve bunların yarısından çoğunun cep telefonları gibi mobil cihazlar aracılığıyla olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak, mobil uygulamalar ve oyunlar giderek popüler hale gelmektedir ve bunların çocuklar veya gençler üzerinde DEHB görülmesinde etkili olduğu gösterilmiştir (102). Griffiths; 10-18 yaş arasındaki çocukların % 10'unun günde 1 saat veya daha fazla oynadığını tespit etmiştir (103). Bir başka çalışmada, Griffiths 12-16 yaşları arasında 387 ergenin 5/1 ders çalışma zamanında bilgisayar oyununu 1 saat ya da daha fazla oynadığını bildirmiştir (104) 1996'da ise Buchman, 900 çocuk üzerinde yaptığı çalışmada 9 yaşında olanların % 90'ının, 13 yaşında olanların ise % 75'inin günde 1 saat veya daha fazla bilgisayar oyunu oynayan çocuklar olduğunu bildirmiştir (105)

Zabinski ve arkadaşları (2007); DEHB ile aktivitesiz yaşam tarzı arasındaki ilişkiyi incelemişler ve DEHB tanılı öğrencilerin serbest zamanda neler yaptığını değerlendirmek için araştırma yapmışlardır. en çok verilen cevaplar; bilgisayar/video oyunu oynamak, televizyon seyretmek, internette vakit geçirmek olmuştur (106)

Suchert ve ark.(2017)'nin yaptığı çalışmada serbest zaman geçirme ile DEHB semptomları arasındaki ilişkileri incelemiştir. Ekran karşısında geçirilen zamanı dikkatsizlik ve hiperaktivite / dürtüsellik ile arasında pozitif ilişki olduğu görülmüştür. Bu çalışmayı destekleyen birçok çalışma mevcuttur.(107,108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116,117). Bununla birlikte, mevcut çalışma, önceki çalışmaların çoğunun 5 ile 11 yaş arasındaki genç çocukları içerdiği ve ekran tabanlı olmayan oyunları araştırmadığı için önemli bir değer katmaktadır. Chan ve Rabinowitz'in (2006); ergenlerle yaptığı araştırmada video oyunları oynayan dokuzuncu ve onuncu sınıf öğrencilerinin dikkatsizlikle değil, hiperaktivite ile ilişkilendirdiğini bildirmiştir. 72 ergen ile yaptığı çalışmada bir saatten fazla video oyunları oynayan öğrencilerde dikkat çekici davranışların ve DEHB davranışlarının giderek artan

şiddetli belirtileri bulunmasına karşın, video oyunları ile DEHB arasındaki ilişkiyi daha net bir şekilde anlamak için daha fazla çalışma gerekmektedir (109).

Koepp ve ark. Bilgisayar/video oyununun bağımlılığını madde bağımlılığı ile ilişkilendirilmiştir. Bilgisayar/video oyun oynamanın bir fonksiyonu olarak akumbens çekirdeği içinde dopaminin salınımında bir artış gösterdiğini belirtmiştir. Video oyunu oynamakla dopamin salınımı arasındaki bağlantıyı destekliyor. Aynı alan, kokain gibi uyuşturucu bağımlılığına karışmaktadır. DEHB tanılı ergenlerde madde kullanım bozukluğu için bir risk faktörü olduğu bilinmektedir. Davranış bozukluğu gibi ek psikiyatrik komorbidite de bu riski arttıracakı düşünülmektedir (118,119). Ergenlerde hoşgörüsüzlük ile akıllı telefon kullanımı arasındaki ilişkiyi inceleyen çok az sayıda araştırma yapılmış. Ancak bilgisayar oyunları oynamak ile internet bağımlılığı ve dikkatsizlik arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Zheng ve arkadaşları, ortaokul öğrencileri arasındaki dikkatsizlik prevalansını araştırmıştır. Ergenlik çağındaki dikkatsizlik, gece ve gündüz cep telefonunda eğlenceye harcanan zaman miktarı ile önemli ölçüde ilişkilendirilmiştir. Bu raporda, 3 öğrencinin muhtemelen bilgisayar oyunları da dahil olmak üzere internet bağımlılığından kaynaklanan uyku problemleri olduğu tespit edilmiştir (120,121). Ancak Chan ve ark. yaptığı çalışmada ise bilgisayar/ video oyununda 1 saatten fazla oynamış ergenlerin, DEHB belirtileri göstermediği veya dikkatsizlik belirtileri göstermediği belirtildi. Ancak internet kullanımı ile DEHB arasında belirgin bir ilişki olduğu ilköğretim çağındaki çocuklarda gösterilmiştir (122,123).

Bioulav ve ark. DEHB ile bilgisayar oyunları arasındaki ilişki üzerine yaptıkları çalışmada, 6-16 yaşları arasında 29 DEHB tanılı ve 21 kontrol grubundan oluşan 50 çocuk bulunmaktadır. DEHB tanılı çocuklarla kontrol grubu arasında oynama sıklığı veya süresi açısından anlamlı bir fark görülmemiştir. Ancak bilgisayar oyunu oynama ölçeğinde farklılıklar gözlenmiştir. DEHB tanılı çocuklar diğer çocuklardan daha fazla bilgisayar oyunu oynadıkları belirtilmiştir. DEHB tanılı çocukların bilgisayar/ video oyunu oynamaktan dolayı daha fazla sorun sergilediği gözlemlenmiştir. Bu çocukların video oyunlarına bağımlı olmaya karşı savunmasız olduğu görülmektedir (124).

Yen ve ark. (2007) 2114 Tayvanlı lise öğrencisini kapsayan bir araştırmada, öğrencilerin% 17.9 'unun İnternet bağımlısı olarak sınıflandırıldığını ve internet bağımlılığının DEHB belirtileri ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu bildirmiştir (158).

752 Koreli ilköğretim öğrencisiyle yaptıkları bir çalışmada DEHB'li öğrencilerin % 32.7'sinde İnternet bağımlılığı belirtmişlerdir. DEHB ve İnternet video oyun bağımlılığı olan çocuklarda bu sonuçlar daha yüksek komorbidite oranı ,% 51.6 olarak bildirilmektedir (159).

2.11. Yaygın Gelişimsel Bozukluk

Yaygın gelişimsel bozukluğun içerisinde yer alan Disleksi (veya özel okuma özurlülüğü); bir kişinin yaşı, zekası veya mesleki durumu okumada beklenmedik zorlukları temsil eder. Hızlı, otomatik ve iyi tonlamayla,akıcı okuma, çok doğru bir şekilde okumayı öğrenen disleksik okuyucularda bile bu durumdan etkilenir. Disleksi dünya çapında oldukça yaygındır ve kalıcıdır. Amerika Birleşik Devletleri'nde disleksi oranları% 5 ila% 17.5 arasındadır (171,172,173,174 ,175). Dünya genelinde yaygınlık oranları da yüksektir, Çin'de% 8 iken Hong Kong'da% 13 civarındadır (176,177).

Shaywitz ve ark. (2017)'nın yaptığı kapsamlı bir çalışmada; yaşları 10 ila 16 arasında 209 olan çocuk ve ergenin 58'i sadece disleksi iken 124'ünde DEHB'ye eşlik eden disleksi görülmektedir (178). Disleksik bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde DEHB oranlarının tahminleri başlangıçta % 9 iken, % 60 gibi yüksek bir oranda artarken, DEHB tanısı alan hastalarda başlangıçta% 15-45 arasında değişen bir oranda disleksi görülmüştür (179, 180, 181, 182).

Koolwijk ve ark. (2014)'nın yaptığı çalışmada; 7-11 yaşları arasında 144 hastayı 1 yıl kadar değerlendirilmiştir. DEHB tanısı alan çocuklar arasında öğrenme bozukluğu sonra% 50'ye (n = 39) yükselmiştir. Son değerlendirmede ise; DEHB tanısı alan çocuklar arasında% 73.1 (n = 57) en az bir eşlik eden psikiyatrik, gelişimsel ya da öğrenme bozukluğu tanısı almıştır. (183)

Grzadzinski ve ark. (2011)'nin yaptıkları bir çalışmada YGB olan bireylerde DEHB belirtileri görülme sıklığı, genel toplumda %13-50 arasındayken, klinik örnekleme %20-85 arasında değişmektedir (184).

Lee ve ark. (2006) 'nın yaptığı çalışmada; Yaygın gelişimsel bozukluk tanısı alan 83 çocuk ve ergenin %78'in de DEHB görülmüştür (185).



BÖLÜM III

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Bu çalışma NP hastanesi çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine 2015-2016 yılları arasında başvuran DEHB tanısı almış çocuklardan oluşmaktadır. Çalışma 325 çocuk ve ergen üzerinde yapılmıştır.

3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma dosya tarama metodu ile yapılmıştır. Çocuk ve ergenlerin sosyodemografik bilgileri (yaş, cinsiyet, sınıf, anne- baba yaş, cinsiyet, eğitim, kaçınıcı çocuk olduğu) beck depresyon ölçeği, beck anksiyete ölçeği, conner's ebeveyn değerlendirme formundan bilgiler alınmıştır.

3.2.1. Beck Depresyon Ölçeği

A.T.Beck tarafından 1972'de geliştirilen test bireyin depresyon düzeylerini ve depresyonun duygu, düşünce ve bilişsel alanda ortaya çıkan belirtilerini ölçen bir testtir. 1980' de Burak Tegin tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçek 21 sorudan oluşmakta ve her soruya 0-3 arası değer verilmektedir. Değerlerin toplamı 10-16 arasında ise; hafif düzeyde depresyon, 17- 29 arasında ise; orta derecede depresyon, 30-63 arasında değer alırsa şiddetli depresif belirtileri göstermektedir(193).

3.2.2. Beck Anksiyete Ölçeği

A.T.Beck tarafından 1988'de geliştirilen test bireyin kaygı belirti ve sıklığını ölçmektedir. Ulusoy ve ark. (1996) tarafından Türkçeye uyarlanan test 21 sorudan oluşmaktadır. Her soru 0-3 arasında değer alır. Değerin yüksekliği anksiyetenin şiddeti ile doğru orantılıdır. 8-15 arası hafif düzey, 16-25 orta düzey, 26-63 aralığı ise şiddetli anksiyete düzeyini temsil eder (193).

3.2.3 Conner's Ebeveyn Değerlendirme Formu

Bir çok ülkede davranış problemlerini değerlendirmede sıklıkla kullanılan ölçeklerin leği gelmektedir. İlk başta 'hiperkinesis'li çocuklarda kullanılan ilaç çalışmalarında kullanılmak üzere geliştirilmiştir. (Conners 1969, 1970, 1973; Goyette ve ark. 1978). Anne ve babaların gözlemlerine dayanan, çocuklarını davranışsal yönden değerlendirmeleri amacıyla C. Keith Conners tarafından geliştirilmiştir. 48 sorudan oluşan ve psikosomatik problemler ve bunaltı, davranım ve öğrenme problemleri ve hiperaktivite ile ilgili maddeler içeren bir formdur. Çiğdem Dereboy tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Türkçeye uyarlama esnasında içeriğin zgn form ile tam uyuşamadığı gözlenmiştir. Bu sebeple alt leklerin Türkçe kullanımını amacıyla uyarlanması kararlaştırılmıştır. Bu çözümlerler sonucunda beş faktörlü bir yapı oluşmuştur. Davranım sorunu, öğrenme sorunu, kaygı, psikosomatik ve ataklık/hiperaktivite olarak oluşturulmuştur.

BÖLÜM IV

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın amaçlarına uygun olarak toplanan verilere uygulanan istatistiksel analizlere yer verilmiştir. İlk olarak DEHB tanısı almış çocukların demografik özelliklerine ilişkin betimleyici istatistik bulguları verilmiştir. İkinci olarak katılımcıların cinsiyetlerine göre ve grubun tamamı için klinik görünüm dağılımları ve bu dağılımlar arasındaki farklara ilişkin ki-kare analizi bulguları verilmiştir. Üçüncü olarak Klinik görünüme göre ve grubun tamamında DEHB’li çocukların eş tanılarının dağılımları verilmiştir. Dördüncü olarak DEHB’li çocukların aldıkları eş tanıların ikili gruplar olarak birlikte görülme dağılımları verilmiştir.

4.1. DEHB Tanısı Almış Çocukların Demografik Özellikleri

Tablo 1’de DEHB tanısı almış çocukların cinsiyetlerine göre anne eğitimlerine ilişkin dağılımlar ve yüzdeler verilmiştir. N=324 katılımcının sadece 274 (%83.6) tanesi için anne eğitim verisinin bulunduğu, kalan 50 (%15.4) tane için anne eğitim verisinin bulunmadığı görülmüştür.

Tablo 1. DEHB Tanısı Almış Çocukların Cinsiyetlerine Göre Anne Eğitim Dağılımları ve Yüzdeleri

Anne Eğitim		Kız	Erkek	Toplam
İlkokul	n	15	36	51
	%	21.1	17.7	18.6
Ortaokul	n	8	16	24
	%	11.3	7.9	8.8
Lise	n	23	67	90
	%	32.4	33.0	32.8
Yüksekokul	n	25	84	109
	%	35.2	41.4	39.8
Toplam	n	71	203	274
	%	100.0	100.0	100.0

DEHB tanısı almış kız çocukların %21.1'inin annesi ilkokul, %11.3'ünün annesi ortaokul, %32.4'ünün annesi lise ve %35.2'sinin annesi yüksekokul mezunudur. DEHB tanısı almış erkek çocukların %17.7'sinin annesi ilkokul, %7.9'unun annesi ortaokul, %33'ünün annesi lise ve %41.4'ünün annesi yüksekokul mezunudur. Grubun tamamında DEHB tanısı almış çocukların %18.6'sının annesi ilkokul, %8.8'inin annesi ortaokul, %32.8'inin annesi lise ve %39.8'inin annesi yüksekokul mezunudur.

Tablo 2'de DEHB tanısı almış çocukların cinsiyetlerine göre baba eğitimlerine ilişkin dağılımlar ve yüzdeler verilmiştir. N=324 katılımcının sadece 275 (%84.9) tanesi için baba eğitim verisinin bulunduğu, kalan 49 (%15.1) tane için baba eğitim verisinin bulunmadığı görülmüştür.

Tablo 2. DEHB Tanısı Almış Çocukların Cinsiyetlerine Göre Baba Eğitim Dağılımları ve Yüzdeleri

Baba Eğitim		Kız	Erkek	Toplam
İlkokul	n	10	18	28
	%	13.9	8.9	10.2
Ortaokul	n	6	21	27
	%	8.3	10.3	9.8
Lise	n	36	69	105
	%	50.0	34.0	38.2
Yüksekokul	n	20	95	115
	%	27.8	46.8	41.8
Toplam	n	72	203	275
	%	100.0	100.0	100.0

DEHB tanısı almış kız çocukların %13.9'unun babası ilkokul, %8.3'ünün babası ortaokul, %50'sinin babası lise ve %27.8'inin babası yüksekokul mezunudur. DEHB tanısı

almış erkek çocukların %8.9'unun babası ilkokul, %10.3'ünün babası ortaokul, %34'ünün babası lise ve %46.8'inin babası yüksekokul mezunudur. Grubun tamamında DEHB tanısı almış çocukların %10.2'sinin babası ilkokul, %9.8'inin babası ortaokul, %38.2'sinin babası lise ve %41.8'inin babası yüksekokul mezunudur.

Tablo 3'te DEHB tanısı almış çocukların cinsiyetlerine göre ailelerinde kaçınıcı çocuk olduklarına ilişkin dağılımlar ve yüzdeler verilmiştir. N=324 katılımcının sadece 293 (%90.4) tanesi için doğum sırası verisinin bulunduğu, kalan 31 (%9.6) tane için doğum sırası verisinin bulunmadığı görülmüştür.

Tablo 3. DEHB Tanısı Almış Çocukların Cinsiyetlerine Göre Doğum Sırası Dağılımları ve Yüzdeleri

Doğum Sırası		Kız	Erkek	Toplam
1. Çocuk	n	56	161	217
	%	73.7	74.2	74.1
2. Çocuk	n	12	40	52
	%	15.8	18.4	17.7
3. Çocuk	n	5	13	18
	%	6.6	6.0	6.1
4. Çocuk	n	0	2	2
	%	0.0	0.9	0.7
5. Çocuk	n	2	1	3
	%	2.6	0.5	1.0
8. Çocuk	n	1	0	1
	%	1.3	0.0	0.3
Toplam	n	76	217	293
	%	100.0	100.0	100.0

DEHB tanısı almış kız çocuklarının %73.7'si ve erkek çocuklarının %74.2'si ilk çocuktur. Grubun tamamında çocukların %74.1'i ilk çocuktur. DEHB tanısı almış kız çocuklarının %15.8'i ve erkek çocuklarının %18.4'ü ikinci çocuktur. Grubun tamamında çocukların %17.7'si ikinci çocuktur. DEHB tanısı almış kız çocukların %6.6'sı ve erkek çocukların %6'sı üçüncü çocuktur. Grubun tamamında çocukların %6.1'i üçüncü çocuktur. DEHB tanısı almış kız çocukların %0'ı ve erkek çocukların %0.9'u dördüncü çocuktur. Grubun tamamında çocukların %0.7'si dördüncü çocuktur. DEHB tanısı almış kız

çocuklarının %1.3'ü ve erkek çocuklarının %0.5'i beşinci çocuktur. Grubun tamamında çocukların %1'i beşinci çocuktur. DEHB tanısı almış kız çocuklarının %1.3'ü ve erkek çocuklarının %0'ı sekizinci çocuktur. Grubun tamamında çocukların %0.3'ü sekizinci çocuktur.

Tablo 4'te DEHB tanısı almış çocukların cinsiyetlerine göre yaş, anne yaş, baba yaş ve sınıf ortalamaları ve standart sapmaları verilmiştir.

Tablo 4. DEHB Tanısı Almış Çocukların Cinsiyetlerine Göre Yaş, Anne Yaş, Baba Yaş ve Sınıf Ortalamaları ve Standart Sapmaları

	Kız			Erkek			Toplam		
	N	ORT	SS	N	ORT	SS	N	ORT	SS
Yaş	86	11.36	3.071	234	10.94	3.153	320	11.05	3.132
Anne Yaşı	67	40.01	6.561	209	38.33	6.119	276	38.74	6.259
Baba Yaşı	67	44.48	7.203	207	42.31	6.490	274	42.84	6.723
Sınıf	66	6.08	2.852	192	5.21	3.149	258	5.43	3.093

DEHB tanısı almış kız çocuklarının yaş ortalaması $\bar{x}=11.36$ (ss:3.071), erkek çocuklarının yaş ortalaması $\bar{x}=10.94$ (ss:3.153) ve grubun tamamında yaş ortalaması $\bar{x}=11.05$ (ss:3.132) bulunmuştur.

DEHB tanısı almış kız çocuklarının annelerinin yaş ortalaması $\bar{x}=40.01$ (ss:6.561), erkek çocuklarının annelerinin yaş ortalaması $\bar{x}=38.33$ (ss:6.119) ve grubun tamamında anne yaş ortalaması $\bar{x}=38.74$ (ss:6.259) bulunmuştur.

DEHB tanısı almış kız çocuklarının babalarının yaş ortalaması $\bar{x}=44.48$ (ss:7.203), erkek çocuklarının babalarının yaş ortalaması $\bar{x}=42.31$ (ss:6.490) ve grubun tamamında baba yaş ortalaması $\bar{x}=42.84$ (ss:6.723) bulunmuştur.

DEHB tanısı almış kız çocuklarının sınıf ortalamaları $\bar{x}=6.08$ (ss:2.852), erkek çocuklarının sınıf ortalamaları $\bar{x}=5.21$ (ss:3.149) ve grubun tamamında sınıf ortalamaları $\bar{x}=5.43$ (ss:3.093) bulunmuştur.

4.2. DEHB Tanısı Almış Çocukların Klinik Görünümleri

Tablo 5'te DEHB tanısı almış çocukların klinik görünümüne göre frekans dağılımları ve yüzdeleri verilmiştir. N=324 katılımcının sadece 321 (%99.1) tanesi için klinik görünüm verisinin bulunduğu kalan 3 (%0.9) tane için klinik görünüm verisinin bulunmadığı gözlenmiştir.

Tablo 5. DEHB Tanısı Almış Çocukların Klinik Görümlerine Göre Frekans Dağılımları ve Yüzdeleri

	N	%	Geçerli %
DEHB-D	104	32.1	32.4
DEHB-H	122	37.7	38.0
DEHB-B	95	29.3	29.6
Toplam	321	99.1	100.0
Kayıp	3	.9	
Toplam	324	100.0	

DEHB tanısı almış çocukların %32.1'i dikkat eksikliği, %37.7'si hiperaktivite ve dürtüsellik, %29.3'ü birleşik tipte klinik görünümüne sahiptir. %0.9'luk bölümü oluşturan kayıp veri dışarıda bırakıldığında DEHB tanısı almış çocukların %32.4'ü dikkat eksikliği, %38'i hiperaktivite ve dürtüsellik, %29.6'sı birleşik tipte klinik görünümüne sahiptir.

Tablo 6'da DEHB tanısı almış çocukların cinsiyetlerine göre klinik görünümünün dağılımlarına ilişkin ki-kare analizi bulguları verilmiştir. N=324 katılımcının sadece 319 (%98.5) tanesi için cinsiyet açısından klinik görünüm verisinin bulunduğu, kalan 5 (%1.5) tane için cinsiyet açısından klinik görünüm verisinin bulunmadığı görülmüştür.

Tablo 6. DEHB Tanısı Almış Çocukların Cinsiyetlerine Göre Klinik Görünümlerinin Dağılımlarına İlişkin Ki-Kare Analizi Bulguları

Klinik Görünüm		Kız	Erkek	Toplam	χ^2	p
DEHB-D	n	40 _a	64 _b	104	11.939	.003*
	%	47.6	27.2	32.6		
DEHB-H	n	23 _a	97 _b	120		
	%	27.4	41.3	37.6		
DEHB-B	n	21 _a	74 _a	95		
	%	25.0	31.5	29.8		
Toplam	n	84	235	319		
	%	100.0	100.0	100.0		

Alt indisteki farklı harfler cinsiyet açısından klinik görünüm dağılımlarındaki farkın p<.05 düzeyinde anlamlı olduğuna işaret etmektedir.

DEHB tanısı almış çocukların tamamında klinik görünümlerin dağılımlarına bakıldığında, çocukların %32.6'sının klinik görünümünün Dikkat Eksikliği, %37.6'sının Hiperaktivite ve Dürtüsellik, %29.8'sinin Bileşik Tipte olduğu gözlenmiştir.

DEHB tanısı almış çocukların cinsiyetlerine göre klinik görünülerinin dağılımı incelendiğinde, çocukların cinsiyetlerine göre klinik görünümleri arasında anlamlı fark bulunduğu tespit edilmiştir [$\chi^2_{(2)}=11.939$; p<.05]. Dikkat Eksikliği açısından kız ve erkek çocukların dağılımları arasındaki farkın anlamlı olduğu gözlenmiştir. Klinik görünümü dikkat eksikliği olan kız çocukların oranı (%47.6) erkek çocukların oranından (%27.2) anlamlı şekilde yüksek gözlenmiştir. Hiperaktivite ve dürtüsellik açısından kız ve erkek çocukların dağılımları arasındaki farkın anlamlı olduğu gözlenmiştir Klinik görünümü hiperaktivite ve dürtüsellik olan erkek çocukların oranı (%41.3) kız çocukların oranından (%27.4) anlamlı şekilde yüksek gözlenmiştir. Birleşik tip açısından kız ve erkek çocukların dağılımları arasındaki farkın anlamlı olmadığı gözlenmiştir. Klinik görünümü birleşik tip olan kız çocuklarıyla (%25) erkek çocukların (%31.5) oranları birbirlerine denk gözlenmiştir.

4.3. DEHB Tanısı Almış Çocukların Klinik Görünülerine Göre Eş Tanı Dağılımları

Tablo 7'de DEHB tanısı almış çocukların eş tanı dağılımları ve yüzdeleri verilmiştir. N=324 katılımcının tamamı için eş tanı dağılımları vardır ve kayıp verisi bulunmamaktadır.

Tablo 7. DEHB Tanısı Almış Çocukların Eş Tanı Dağılımları ve Yüzelikleri

Klinik Görünüm		n	%	Geçerli Yüzelik
Dışa Atım Bozuklukları	Var	13	4.0	4.0
	Yok	311	96.0	96.0
Tik Bozukluğu	Var	16	4.9	4.9
	Yok	308	95.1	95.1
Duygu Durum Bozuklukları	Var	119	36.7	36.7
	Yok	205	63.3	63.3
Anksiyete Bozukluğu	Var	207	63.9	63.9
	Yok	117	36.1	36.1
Yaygın Gelişimsel Bozukluk	Var	71	21.9	21.9
	Yok	253	78.1	78.1
Akıcı Konuşma Bozukluğu	Var	12	3.7	3.7
	Yok	312	96.3	96.3
Dürtü Davranım Bozukluğu	Var	137	42.3	42.3
	Yok	187	57.7	57.7
Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu	Var	88	27.2	27.2
	Yok	236	72.8	72.8
Bilgisayar Bağımlılığı	Var	73	22.5	22.5
	Yok	251	77.5	77.5

DEHB tanısı almış çocukların %4'ünün eş tanısı dışa atım bozukluğu; %4.9'unun eş tanısı tik bozukluğu, %36.7'sinin duygu durum bozuklukları, %63.9'unun anksiyete bozukluğu, %21.9'unun yaygın gelişimsel bozukluk, %3.7'sinin akıcı konuşma bozukluğu, %42.3'ünün dürtü davranım bozukluğu, %27.2'sinin karşı olma karşı gelme bozukluğu ve %22.5'inin bilgisayar bağımlılığı olarak bulunmuştur.

Tablo 8'de DEHB tanısı almış çocukların klinik görünümüne göre eş tanı dağılımları, yüzelikleri ve ki-kare analizi bulguları verilmiştir. N=324 katılımcının sadece 321 (%99.1) tanesi için eş tanı açısından klinik görünüm verisinin bulunduğu kalan 3 (%0.9) tane için eş tanı açısından klinik görünüm verisinin bulunmadığı gözlenmiştir.

Tablo 8. DEHB Tanısı Almış Çocukların Klinik Görünümlerine Göre Eş Tanı Dağılımları, Yüzdeleri ve Ki-Kare Analizi Bulguları

Klinik Görünüm		DEHB-D	DEHB-H	DEHB-B	Toplam	χ^2	p
Dışa Atım Bozuklukları	n	3 _a	5 _a	5 _a	13	.724	.696
	%	2.9	4.1	5.3	4.0		
Tik Bozukluğu	n	1 _a	5 _{a, b}	10 _b	16	9.917	.007*
	%	1.0	4.1	10.5	5.0		
Duygu Durum Bozuklukları	n	46 _a	26 _b	47 _a	119	21.538	.000*
	%	44.2	21.3	49.5	37.1		
Anksiyete Bozukluğu	n	66 _a	75 _a	66 _a	207	1.562	.458
	%	63.5	61.5	69.5	64.5		
Yaygın Gelişimsel Bozukluk	n	25 _a	23 _a	21 _a	69	.925	.630
	%	24.0	18.9	22.1	21.5		
Akıcı Konuşma Bozukluğu	n	2 _a	2 _a	8 _b	12	8.235	.016*
	%	1.9	1.6	8.4	3.7		
Dürtü Davranım Bozukluğu	n	20 _a	70 _b	47 _b	137	35.940	.000*
	%	19.2	57.4	49.5	42.7		
Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu	n	11 _a	46 _b	31 _b	88	22.609	.000*
	%	10.6	37.7	32.6	27.4		
Bilgisayar Bağımlılığı	n	26 _a	29 _a	18 _a	73	1.154	.562
	%	25.0	23.8	18.9	22.7		
Toplam	n	104	122	95	321		
	%	100.0	100.0	100.0	100.0		

Alt indisteki farklı harfler klinik görünüm açısından eş tanı dağılımlarındaki farkın p<.05 düzeyinde anlamlı olduğuna işaret etmektedir.

Eş tanısı Dışa Atım Bozukluğu olan DEHB tanısı almış çocukların klinik görünümlere göre dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$\chi^2_{(1)}=.724$; $p>.05$]. Klinik görünümü dikkat eksikliği olan çocukların %2.9'unda; klinik görünümü hiperaktivite ve dürtüsellik olan çocukların %4.1'inde; klinik görünümü birleşik tip olan çocukların %5.3'ünde dışa atım bozukluğu gözlenmiştir.

Eş tanısı Tik Bozukluğu olan DEHB tanısı almış çocukların klinik görünümlerine göre dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(1)}=9.917$; $p<.05$]. Klinik görünümü birleşik tip olan çocukların %10.5'inde; klinik görünümü hiperaktivite ve dürtüsellik olan çocukların %4.1'inde ve klinik görünümü dikkat eksikliği olan çocukların %1'inde tik bozukluğu

görülmüştür. Tik bozukluğunun görülme oranı birleşik tipte hiperaktivite ve dürtüsellik ile dikkat eksikliğinden anlamlı şekilde yüksektir. Tik bozukluğunun görülme oranı hiperaktivite ve dürtüsellikte dikkat eksikliğinden anlamlı şekilde yüksektir.

Eş tanısı Duygu Durum Bozuklukları olan DEHB tanısı almış çocukların klinik görünümüne göre dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(1)}=21.538$; $p<.05$]. Klinik görünümü dikkat eksikliği olan çocukların %44.2'sinde; klinik görünümü hiperaktivite ve dürtüsellik olan çocukların %21.3'ünde; klinik görünümü birleşik tip olan çocukların %49.5'inde duygu durum bozuklukları görülmüştür. Duygu durum bozukluklarının görülme oranı dikkat eksikliğinde hiperaktivite ve dürtüsellikten anlamlı şekilde yüksektir. Duygu durum bozukluklarının görülme oranı birleşik tipte hiperaktivite ve dürtüsellikten anlamlı şekilde yüksektir. Duygu durum bozukluklarının dikkat eksikliğinde ve birleşik tipte görülme oranı birbirine denktir.

Eş tanısı Anksiyete Bozukluğu olan DEHB tanısı almış çocukların klinik görünümüne göre dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$\chi^2_{(1)}=1.562$; $p>.05$]. Klinik görünümü dikkat eksikliği olan çocukların %63.5'inde; klinik görünümü hiperaktivite ve dürtüsellik olan çocukların %61.5'inde; klinik görünümü birleşik tip olan çocukların %69.5'inde anksiyete bozuklukları görülmüştür.

Eş tanısı Yaygın Gelişimsel Bozukluk olan DEHB tanısı almış çocukların klinik görünümüne göre dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$\chi^2_{(1)}=.925$; $p>.05$]. Klinik görünümü dikkat eksikliği olan çocukların %24'ünde, klinik görünümü hiperaktivite ve dürtüsellik olan çocukların %18.9'unda, klinik görünümü birleşik tip olan çocukların %22.1'inde yaygın gelişimsel bozukluk görülmüştür.

Eş tanısı Akıcı Konuşma Bozukluğu olan DEHB tanısı almış çocukların klinik görünümüne göre dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(1)}=8.235$; $p<.05$]. Klinik görünümü dikkat eksikliği olan çocukların %1.9'unda; klinik görünümü hiperaktivite ve dürtüsellik olan çocukların %1.6'sında; klinik görünümü birleşik tip olan çocukların %8.4'ünde akıcı konuşma bozukluğu görülmüştür. Akıcı konuşma bozukluğunun görülme oranı birleşik tipte hiperaktivite ve dürtüsellikten anlamlı şekilde yüksektir. Akıcı konuşma bozukluğunun görülme oranı birleşik tipte dikkat eksikliğinden anlamlı şekilde yüksektir. Akıcı konuşma bozukluklarının dikkat eksikliği ile hiperaktivite ve dürtüsellikte görülme oranı birbirine denktir.

Eş tanısı Dürtü Davranım Bozukluğu olan DEHB tanısı almış çocukların klinik görünümüne göre dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(1)}=35.940$; $p>.05$]. Klinik görünümü dikkat eksikliği olan çocukların %19.2'sinde; klinik görünümü hiperaktivite ve dürtüsellik olan çocukların %57.4'ünde; klinik görünümü birleşik tip olan çocukların %49.5'inde dürtü davranım bozukluğu görülmüştür. Dürtü davranım bozukluğunun görülme oranı hiperaktivite ve dürtüsellikte dikkat eksikliğinden anlamlı şekilde yüksektir. Dürtü davranım bozukluğunun görülme oranı birleşik tipte dikkat eksikliğinden anlamlı şekilde yüksektir. Dürtü davranım bozukluğunun hiperaktivite ve dürtüsellik ile birleşik tipte görülme oranı birbirine denktir.

Eş tanısı Karşı Gelme Karşı Olma Bozukluğu olan DEHB tanısı almış çocukların klinik görünümüne göre dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(1)}=22.609$; $p>.05$]. Klinik görünümü dikkat eksikliği olan çocukların %10.6'sında; klinik görünümü hiperaktivite ve dürtüsellik olan çocukların %37.7'sinde; klinik görünümü birleşik tip olan çocukların %32.6'sında karşı gelme karşı olma bozukluğu görülmüştür. Karşı gelme karşı olma bozukluğunun görülme oranı hiperaktivite ve dürtüsellikte dikkat eksikliğinden anlamlı şekilde yüksektir. Karşı gelme karşı olma bozukluğunun görülme oranı birleşik tipte dikkat eksikliğinden anlamlı şekilde yüksektir. Karşı gelme karşı olma bozukluğunun hiperaktivite ve dürtüsellik ile birleşik tipte görülme oranı birbirine denktir.

Eş tanısı Bilgisayar Bağımlılığı olan DEHB tanısı almış çocukların klinik görünümüne göre dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$\chi^2_{(1)}=1.154$; $p>.05$]. Klinik görünümü dikkat eksikliği olan çocukların %25'inde; klinik görünümü hiperaktivite ve dürtüsellik olan çocukların %23.8'inde; klinik görünümü birleşik tip olan çocukların %18.9'unda bilgisayar bağımlılığı görülmüştür.

4.4. DEHB Tanısı Almış Çocukların Eş Tanılarının İkili Gruplar Olarak Birlikte Görülme Dağılımları

Tablo 9'da DEHB tanısı almış çocukların eş tanılarının ikili gruplar olarak birlikte görülme dağılımları ve yüzdelikleri verilmiştir. N=324 katılımcının tamamı için eş tanı verisi vardır.

Tablo 9. DEHB Tanısı Almış Çocukların Eş Tanılarının İkili Gruplar Olarak Birlikte Görülme Dağılımları ve Yüzdeleri

		Dışa Atım Bozuklukları	Tik Bozukluğu	Duygu Durum Bozuklukları	Anksiyete Bozukluğu	Akıcı Konuşma Bozukluğu	Dürtü Davranım Bozukluğu
Tik Bozukluğu	n	0					
	%	0.0					
Duygu Durum Bozuklukları	n	6	10				
	%	1.85	3.09				
Anksiyete Bozukluğu	n	9	14	96			
	%	2.78	4.32	29.63			
Akıcı Konuşma Bozukluğu	n	0	2	6	10		
	%	0.0	0.62	1.85	3.09		
Dürtü Davranım Bozukluğu	n	7	8	51	89	5	
	%	2.16	2.47	15.74	27.47	1.54	
Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu	n	6	6	30	62	5	45
	%	1.85	1.85	9.26	19.14	1.54	13.89

DEHB tanısı almış çocuklarda dışa atım bozukluğu ve tik bozukluğu birlikte görülmemiştir (%0).

DEHB tanısı almış çocuklarda dışa atım bozukluğu ile duygu durum bozukluklarının birlikte görülme oranı %1.85 bulunmuştur.

DEHB tanısı almış çocuklarda dışa atım bozukluğu ile anksiyete bozukluğunun birlikte görülme oranı %2.78 bulunmuştur.

DEHB tanısı almış çocuklarda dışa atım bozukluğu ile akıcı konuşma bozukluğu birlikte görülmemiştir (%0).

DEHB tanısı almış çocuklarda dışa atım bozukluğu ile dürtü davranım bozukluğunun birlikte görülme oranı %2.16 bulunmuştur.

DEHB tanısı almış çocuklarda dışa atım bozukluğu ile karşı olma karşı gelme bozukluğunun birlikte görülme oranı %1.85 bulunmuştur.

DEHB tanısı almış çocuklarda tik bozukluğu ile duygu durum bozukluğunun birlikte görülme oranı %3.09 bulunmuştur.

DEHB tanısı almış çocuklarda tik bozukluğu ile anksiyete bozukluğunun birlikte görülme oranı %4.32 bulunmuştur.

DEHB tanısı almış çocuklarda tik bozukluğu ile akıcı konuşma bozukluğunun birlikte görülme oranı %0.62 bulunmuştur.

DEHB tanısı almış çocuklarda tik bozukluğu ile dürtü davranım bozukluğunun birlikte görülme oranı %2.47 bulunmuştur.

DEHB tanısı almış çocuklarda tik bozukluğu ile karşı olma karşı gelme bozukluğunun birlikte görülme oranı %1.85 bulunmuştur.

DEHB tanısı almış çocuklarda duygu durum bozuklukları ile anksiyete bozukluğunun birlikte görülme oranı %29.63 bulunmuştur.

DEHB tanısı almış çocuklarda duygu durum bozuklukları ile akıcı konuşma bozukluğunun birlikte görülme oranı %1.85 bulunmuştur.

DEHB tanısı almış çocuklarda duygu durum bozuklukları ile dürtü davranım bozukluğunun birlikte görülme oranı %15.74 bulunmuştur.

DEHB tanısı almış çocuklarda duygu durum bozuklukları ile karşı olma karşı gelme bozukluğunun birlikte görülme oranı %9.26 bulunmuştur.

DEHB tanısı almış çocuklarda anksiyete bozukluğu ile akıcı konuşma bozukluğunun birlikte görülme oranı %3.09 bulunmuştur.

DEHB tanısı almış çocuklarda anksiyete bozukluğu ile dürtü davranım bozukluğunun birlikte görülme oranı %27.47 bulunmuştur.

DEHB tanısı almış çocuklarda anksiyete bozukluğu ile karşı olma karşı gelme bozukluğunun birlikte görülme oranı %19.14 bulunmuştur.

DEHB tanısı almış çocuklarda akıcı konuşma bozukluğu ile dürtü davranım bozukluğunun birlikte görülme oranı %1.54 bulunmuştur.

DEHB tanısı almış çocuklarda akıcı konuşma bozukluğu ile karşı olma karşı gelme bozukluğunun birlikte görülme oranı %1.54 bulunmuştur.

DEHB tanısı almış çocuklarda dürtü davranım bozukluğu ile karşı olma karşı gelme bozukluğunun birlikte görülme oranı %13.89 bulunmuştur.

BÖLÜM V

5. TARTIŞMA VE YORUM

Bu çalışmada DEHB tanısı almış çocukların %18.6'sının annesi ilkokul, %8.8'inin annesi ortaokul, %32.8'inin annesi lise ve %39.8'inin annesi yüksekokul mezunudur. %10.2'sinin babası ilkokul, %9.8'inin babası ortaokul, %38.2'sinin babası lise ve %41.8'inin babası yüksekokul mezunudur. Anne- babaların eğitimlerinin ortalaması ise; %14.4 ilkokul, %9.3 ortaokul, %35.5 lise ve %40.5 yüksekokul mezunu olarak görülmüştür. Türkiye'de 2012'de Ankara'da yapılan çalışmada; babaların eğitimi; sosyoekonomik düzeyi düşük kesimlerde %38-47'sinin ilkokul mezunu olduğu görülürken, sosyoekonomik düzeyi yüksek olan kesimlerde; %92,3'ünün üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Annelerin ise; %92,9'unun üniversite mezunu, olduğu görülmektedir (1). Antalya'da 2011'de yapılan çalışmada ise; annelerin %56.2'si ilkokul , %8.5'i üniversite mezunudur. Babaların %49'u ilkokul, %10.5'i üniversite mezunu olarak belirlenmiştir. Sonuçlar bu çalışma ile uyumlu değildir. Bize göre sonucun farklı çıkmasının sebebi; çalışmanın yapıldığı hastanede farklı kesimlerden hastaların bulunmasından kaynaklandığını düşünüyoruz. Ardahan'da 2012 de yapılan çalışmada ise; Anne-baba eğitimi; %19 ilkokul, %11 ortaokul, %29 lise, %36 üniversite ve %5 doktora mezunu belirlenmiştir. Bu çalışma ile bizim çalışmamız arasında benzer sonuçlar görülmesinin nedeninin, her iki çalışmanın da üniversite hastanesinde yapılmasının etkili olabileceğini düşünüyoruz. Çukurova üniversitesinde yapılan çalışmada Anne için eğitim düzeyi; ilkokul %58.2, lise ve üzeri %40.8, baba için eğitim düzeyi; ilkokul %51, lise ve üzeri %49 olarak görülmektedir. Bizim çalışmamızla uyumlu değildir. Sosyoekonomik düzeyin düşük olması bizim çalışmamız ile benzerlik göstermemesinin nedeni olabilir.

Çalışmamızda DEHB tanısı almış çocukların %74.1'i ilk çocuk, %17.7'si ikinci çocuk, %6.1'i üçüncü, %0.7'si dördüncü çocuk, %1'i beşinci çocuk, %0.3'ü sekizinci çocuktur. Malatya'da yapılan kapsamlı bir çalışmada DEHB tanılı çocuklardan %50'si ilk çocuk, % 46.7'si ikinci çocuk %3.3'ü üçüncü çocuk olarak belirlenmiştir. Birinci çocuk DEHB'yi arttırıcı etken olarak görülmektedir. Ailenin ilk ve erkek olan çocuklarında DEHB'nin fazla görülmesi aile tutumları ile açıklanabilir. Ailenin ilk çocuk olmasından ötürü tecrübesiz olması ve küçük yaştan beri şımartılmış olması bu veriyi desteklemektedir (165).

Yurtiçi ve yurtdışında yapılan çalışmalarla bizim çalışmamıza paralel bulgular görülmektedir (186,187,188).

Çalışmamızda DEHB tanısı almış çocukların annelerinin yaş ortalaması 38, babalarının yaş ortalaması 42 olarak bulunmuştur. Türkiye’de Mersinde 2010’da yapılan çalışma ile bizim çalışmamızın sonucu benzerlik göstermektedir (71). İleri yaşlarda çocuk sahibi olan annelerin çocuğunda DEHB’yi tetikleyen etkenler olabileceği literatür ile desteklenmektedir.

Çalışmamızda DEHB tanısı almış çocukların sınıf ortalamaları 5 yaş olarak bulunmuştur. Yaş ile birlikte DEHB sıklığında azalma görüldüğü bilinmektedir. İzmir ilinde yapılan 3 yıllık boylamsal izlem çalışmasından DEHB prevalansı sırasıyla % 13.38, % 12.53, % 12.22 bulunmuştur. 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 (189). Bizim çalışmamızda sıklığın 5. Sınıf dolaylarında görülmesinin nedeni DEHB’nin tanısının 7 yaşta başlaması ve gelişiminin 5. Sınıf ve dolaylarında fark edilmesinden kaynaklanmaktadır. Çalışmamız literatür ile uyumludur.

Çalışmamızda DEHB tanısı almış çocukların klinik görünümünde; %32.6’sı DEHB-D, %37.6’sı DEHB-H, %29.8’i DEHB-B olduğu gözlenmiştir. DEHB tanısı almış çocukların cinsiyetlerine göre klinik görünümünün dağılımı incelendiğinde, çocukların cinsiyetleri ile klinik görünümleri arasında anlamlı fark bulunduğu tespit edilmiştir. DEHB-D açısından kız ve erkek çocukların dağılımları arasındaki farkın anlamlı olduğu gözlenmiştir. Klinik görünümü DEHB-D olan kız çocukların oranı (%47.6) erkek çocukların oranından (%27.2) anlamlı şekilde yüksek gözlenmiştir. Literatürde kızlarda dikkatsizliğin önde olduğu tip yüksek görülmüştür. DEHB-H açısından kız ve erkek çocukların dağılımları arasındaki farkın anlamlı olduğu gözlenmiştir. Klinik görünümü DEHB-H olan erkek çocukların oranı (%41.3) kız çocukların oranından (%27.4) anlamlı şekilde yüksek gözlenmiştir. DEHB-B olan kız ve erkek çocukların dağılımları arasındaki farkın anlamlı olmadığı gözlenmiştir. Klinik görünümü DEHB-B olan kız çocuklarıyla (%25) erkek çocukların (%31.5) oranları birbirlerine yakın değerler aldığı gözlenmiştir. Avusturalya’da yapılan araştırmada; DEHB tanılı çocuklardan %10’unda DEHB-B görülürken, Barkley’in (1990) yaptığı araştırmada; DEHB-B çoğunlukta olduğu görülmüştür (61,62). Danimarka’da 2010-2011 yılları arasında 155 yetişkinde (25 yaş ortalama) yapılan çalışmada; %78 DEHB-B, %18 DEHB-D ve %4 DEHB-H şeklinde görülmüştür (155). Ülkemizde ise; Usta ve ark.(2012)’nin yaptığı

çalışmada DEHB tanılı 49 çocuğun %12.2'si DEHB-D, % 6.1'i DEHB-H %81.6'sı ise DEHB-B olarak belirlenmiştir (60). Bursa'da 275 okula başlangıç çağı çocukla yapılan çalışmada en sık saptanan alt tip DEHB-D olmuştur (21). İzmir ilinde yapılan 3 yıllık boylamsal izlem çalışmasının birinci dalgasında DEHB-B %60.7, DEHB-D %21.3; DEHB-H %18 olarak saptanmıştır (45). Literatür'de DEHB'nin alttipleri için farklı çalışmalar mevcut. Bu farklılaşmanın nedeni; kültürel farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmüştür (189). Hiperaktivite bazı toplumlarda bozukluğun belirtisi olarak görülürken; bizim toplumumuzda sınır tanımaz çocuk olarak nitelendirilmiştir. Bu nedenle bu değişiklikler ebeveyn ve öğretmenin geribildirimine de yansımaktadır. Bizim çalışmamızda da kültüre farklılıkların DEHB'nin alttiplerine yansımalarının olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda DEHB tanısı almış çocukların %63.9' u anksiyete bozukluğu eş tanısı almıştır. ABD' de (2012) 6-9 yaş arası 223 çocukta yapılan çalışmada, 71 DEHB tanılı çocuktan 46'sında AB görülmüştür.(153) Abikoff ve ark. (2001) 'nın yaptığı araştırmada; 502 DEHB tanısı alan çocukların %11.6' sında AB görülmüştür (152). Spencer ve ark. (2007)'nin yaptığı çalışmada AB için % 25-33'ü ile eştanının varlığı bozukluğun gidişinde önemli derecede olumsuz rol oynadığını belirtmiştir (18). Kocaeli tıp fakültesinde yapılan çalışmada 170 çocuk ve ergenin %27.6'sında AB görülmüştür (154). Bizim çalışmamız ile ABD'de yapılan çalışma uyumludur. Bizim çalışmamızda klinik görünümü DEHB-H olan çocukların %61.5'inde; klinik görünümü DEHB-B olan çocukların %69.5'inde anksiyete bozuklukları görülmüştür. Dürtüsellik ve hiperaktivitenin AB'yi artırıcı etken olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda DEHB tanısı almış çocuklarda dürtü davranım bozukluğu; %42.3 oranında eşlik etmiştir. Türkiye'de Bursa (2016)' da okula başlangıç çağı çocuklarında DEHB'ye eşlik eden KOKGB ve DB semptomlarının yaygınlığı araştırılmıştır. DB 'nin %3 oranında DEHB semptomlarına eşlik ettiği saptanmıştır (21). Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ruh Sağlığı Hastalıkları polikliniğine ilk kez başvuran 8-17 yaş arası 95 hastada DEHB'ye eşlik eden DB %10 olarak saptanmıştır. Yurtdışında yapılan çalışmalarda ise; Damme ve ark.(2015)'nin yaptığı çalışmada, 53 DEHB tanılı çocuk ve ergenden 6'sında DKB görülmüştür (167). Rommelse ve ark. (2009)'nin yaptığı çalışmada DEHB olan çocukların % 42-90'ı DKB ve DB kriterlerini karşılamaktadır (166). Bizim çalışmamız Türkiye'de yapılan çalışmalar ile uyumlu değildir. Yurtdışı ile yapılan çalışmalarla kısmen uyumlu görünmektedir. Bize göre DKB'nin yüksek çıkmasının sebebi; yaptığımız çalışmada Klinik görünüm açısından değerlendirdiğimizde DEHB-D olan çocukların %19.2' sinde; klinik görünümü DEHB-H olan çocukların %57.4'ünde; klinik görünümü DEHB-B olan çocukların %49.5'inde DKB

görülmüştür. Çalışmamızda DEHB'nin DKB oranı ile yüksek olduğu görülmüştür. DEHB- H ve DEHB-B yüksek olmasının DKB'nin yüksek değerde görülmesini etkileyebileceğini düşünmekteyiz. DEHB'nin DEHB-D tipi ya da DEHB-H tipinin DEHB-B tipine oranla daha fazla çalma davranışına (DKB) yöneldiği literatür'de belirtilmiştir (100).

Çalışmamızda DEHB'ye eşlik eden DDB %36.7 bulunmuştur. Kessler ve ark. (2006)'nın yaptığı çalışmada DEHB'li erişkinlerin %38'inde DDB eştanısı bulunmuştur (101). DEHB' nin yanında yaklaşık 4'te 1 oranında DDB görülmektedir (44). Bizim çalışmamız ile bu çalışma paralellik göstermektedir. Bizim çalışmamızda klinik görünüm ile DDB karşılaştırıldığında; klinik görünümü DEHB-D olan çocukların %44.2'sinde; klinik görünümü DEHB-H olan çocukların %21.3'ünde; klinik görünümü DEHB-B olan çocukların %49.5'inde DDB görülmüştür. DDB okul reddi ve sosyal ilişkilerde problemlerden kaynaklandığından DEHB ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bizim çalışmamız ise bunu desteklemektedir. Klassen ve ark. (2010)'nın çalışmasında; sırasıyla % 79 ve % 64'ünün DEHB'ye DDB eşlik ettiği görülmüştür (168). Winokur ve ark. (1993)' nın yaptığı çalışmada % 21.3, Tamam ve ark. (2006)'nın yaptığı çalışmada ise % 34.1 DDB'nin DEHB'ye eşlik ettiği görülmüştür (169,170). Selçuk üniversitesinde yapılan bir araştırmada DEHB tanılı 90 çocuğun %3.3 'ünde DDB'nin eşlik ettiği görülmüştür (156). Bizim çalışmamız yurtdışında yapılan bu çalışmalar ile uyumlu değildir. Bunun nedeni; farklı kültürlerde yaşayan DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlere yönelik tutum ve yaşantı farklı olduğundan DDB semptomlarının görülmesinin de farklı olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda KOKGB %27.2 oranında DEHB'ye eşlik etmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda; Kılıç ve Şener'in (2013) yaptığı çalışmada % 30,4'ünde DEHB ile birlikte KOKGB ve/veya DB saptanmıştır (150). Bizim çalışmamız ile uyumludur. Yurtdışında yapılan çalışmalarda ise; Spencer ve Biderman (2007)'in yaptığı çalışmada DEHB ye eştanı olarak KOKGB ve DB %30-50 arasında görülmektedir. Ter-Stepanian ve ark. (2017)'nin yaptığı çalışmada DEHB'ye eşlik eden KOKGB % 42.8 olarak görülmüştür (50). Biederman ve ark. (1996)'nın yaptığı çalışmada DEHB'ye eşlik eden KOKGB sıklığı % 44.9 olarak belirlenmiştir (46,47). Bizim çalışmamızın sonucu yüksek çıkmıştır. Bize göre bunun nedeni DKB ve KOKGB literatürde birlikte değerlendirilirken; bizim çalışmamızda birlikte değerlendirmedığımızdan kaynaklanmaktadır. ABD' de yapılan klinik temelli bir çalışmada, DEHB-B alt tipinde KOKGB ve DB tanılarının daha yüksek oranda olduğu belirlenmiştir (32). Bizim çalışmamızda DEHB-B grubunda yıkıcı davranış bozukluklarının (%32.6) ve DEHB-H (%37.7) daha sık olduğu görülmüştür. Bu durumun DEHB-H'de daha yüksek

düzyeyde görülen dürtüsellik, dürtüyü engellemede zorlanma ve yürütücü işlevlerde bozulma ile ilişkili olabileceği literatür’de belirtilmiştir (190).

Çalışmamızda DEHB’ye eşlik eden tik bozukluğu %4.9 oranında bulunmuştur. Almanya’da yapılan çalışmada DEHB ile birlikte tik bozukluğu oranı; çocuklarda (12 yaşa kadar) % 2,4 iken; ergenlik çağındaki çocuklarda %2.3- %13 arasında görülmüştür (163). Chen ve ark. (2013)’nin yaptığı çalışmada 5811 hastada, DEHB ve tik bozukluğunun birlikte görüldüğü 349 hasta tespit edilmiştir (161). Çalışmamız literatür ile uyumludur. Bize göre bu sonuçların genetik nedenlerden ve aile tutumlarından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda DEHB’ye dışa atım bozukluğu %4 oranında eşlik etmiştir. Literatürde DEHB’ ye eşlik eden dışa atım bozuklukları % 28.6 -% 40 arasında görülmektedir (87). Elia ve ark.(2009)’nin yaptığı DEHB genetik çalışmasında görev alan, 6-12 yaş arasındaki 344 çocukta 44 enürezisli çocuğa rastlanmıştır. Enürezis sıklığı % 16.9 olarak bulunmuştur (89). Güney Kore’de yapılan bir araştırmada 6-12 yaş arası 1645 enürezisli çocuklarda DEHB görülme oranı %10.3 olarak görülmüştür (90). Türkiye’de ise; Antalya Devlet Hastânesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniği’ne başvuran 153 DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde %24.2 enürezis noktürna, %3.7 enkoprezis eştanısı görülmüştür (160). Bizim çalışmamız ile literatürde yapılan çalışma uyumlu değildir. Çalışmamıza katılan çocukların çoğunluğu birinci çocuk olmasından ötürü kıskançlık ve ilgi çekmeye dayalı bir alt ıslatma problemi olmamasından dolayı değerlerin düşük çıktığını öngörmekteyiz.

Çalışmamızda DEHB’ye akıcı konuşma bozukluğu %3.7 oranında eşlik etmiştir. Antalya Devlet Hastanesine 1 yıl(2006-2007) içinde başvuran DEHB tanılı 153 çocukta Tik bozukluğu %9.8, tek başına kekemelik %22.8 olarak belirlenmiştir (82). Biederman ve ark. (1993), klinik olarak DEHB tanısı konan 84 erişkinde yaptığı çalışmada %4 kekemelik olduğunu bildirmiştir. Bu bulgular kekemeli DEHB'nin tek başına DEHB'den daha ısrarlı olma eğiliminde olduğunu göstermektedir (85).

Çalışmamızda DEHB’ye bilgisayar bağımlılığı %22.5 oranında eşlik etmiştir. Suchert ve ark. (2017)’nin yaptığı çalışmada serbest zaman geçirme ile DEHB semptomları arasındaki ilişkiler incelemiştir. Ekran karşısında geçirilen zamanın; dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik ile pozitif ilişki olduğu görülmüştür (107). Yen ve ark. (2007) ;2114 Tayvanlı lise öğrencisini kapsayan bir araştırmada, öğrencilerin % 17.9 'unun İnternet bağımlısı olarak sınıflandırıldığını ve internet bağımlılığının DEHB belirtileri ile güçlü bir ilişkisi olduğunu bildirmiştir (158). 752 Koreli ilköğretim öğrencisiyle yapılan bir çalışmada DEHB'li

öğrencilerin % 32.7'sinde internet bağımlılığı belirlenmiştir. DEHB ve İnternet/video oyun bağımlılığının birlikte görüldüğü çocuklarda bu sonuçlar daha yüksek bulunmuş. Komorbidite oranı % 51.6 olarak bildirilmiştir (159). Literatür'deki bu araştırmalar bizim çalışmamız ile benzer sonuçlar görülmüştür. Daha kapsamlı bir çalışma yapıldığında sonuçların daha fazla çıkacağını öngörmekteyiz.

DEHB tanısı almış çocuk ve ergenlerde DDB ile AB'nin birlikte görülme oranı %29.63 bulunmuştur. Yapılmış çok sayıda çalışmada, DDB'nin alttipi olan bipolar bozukluk ile AB'nin birlikteliğinin oldukça sık görüldüğü, AB'nin eştanısı bipolar bozukluğu olan hastalarda hastalık şiddeti ve sürecini olumsuz etkilediğini ortaya koymuştur (191). Sosyal anksiyete bozukluğu olan çocuklar sıklıkla depresyon (DDB) tanısı almaktadır (192).

DEHB tanısı almış çocuk ve ergenlerde DDB ile DKB'nin birlikte görülme oranı %15.74 bulunmuştur. Literatür'de herhangi bir anksiyete bozukluğundan sonra depresyon birlikte görülmesi en sık görülen durumdur (192).

DEHB tanısı almış çocuk ve ergenlerde AB ile DKB'nin birlikte görülme oranı %27.47 bulunmuştur. Literatürde %20 olarak görülmektedir (192). Bize göre her iki bozukluğunda stres anında benzer şekilde ortaya çıkmasından dolayı anlamlı derece değer almıştır. Ayrıca sosyal anksiyetesi olan çocuklarda istenilmeyen davranışların DKB belirtileri ile ortaya çıkabileceği düşünülebilir. Bu durumu %19.14 değer alan AB ile KOKGB'nin birlikte görülmesi için beklenen bir durum olarak görmekteyiz.

DEHB tanısı almış çocuklarda DKB ile KOKGB'nin birlikte görülme oranı %13.89 olarak bulunmuştur. Sosyoekonomik düzeyin düşük olduğu bölgelerde KOKGB ve DKB sık görüldüğü literatürde mevcuttur. Bizim çalışmamız özel bir hastane'de yapıldığından buna tezat oranlar görülmesi beklenen bir durumdur.

BÖLÜM VI

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Bu çalışma; bir çocuk psikiyatrisi kliniğine başvuran hastalar içerisinde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan çocukları saptamak, başvuran hastalar arasında farklılık olup olmadığını incelemek ve bu hastaların klinik değişkenlerin olup olmadığı ve hastaların sosyodemografik özelliklerinin DEHB ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Ayrıca bu hastaların eşlik eden bozuklukları ve bunun DEHB ile ilişkisini ve bilgisayar oyunları düşkünlüğünün DEHB ile ilişkisini belirlemek ve DEHB'ye ek başka davranış sorunlarının var olup olmadığını saptamak amaçlanmıştır. Çalışma ile ilgili gerekli olan onay Üsküdar Üniversitesi Psikoloji Anabilim dalı etik kurulundan alınmıştır. Araştırmada NP Hastanesi çocuk psikiyatrisi kliniğine 1 yıl içerisinde başvuran 6-18 yaş arası 86'sı kız 229 erkek toplam 325 DEHB tanılı çocuk ve ergen saptanmıştır. Psikoz ve mental retardasyon (MR) tanısı alan çocuk ve ergenler çalışmanın dışında tutulmuştur. Çalışmada erkek çocuk ve ergen sayısı oldukça fazladır. Bunun nedeni kızlarda dikkat eksikliği , erkeklerde hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerin olması erkeklerin daha çok fark edilmesini sağlamıştır. Çalışmada DDB saptamak amacıyla depresyon ölçeği olarak kullanılan Beck depresyon ölçeğinde kesme puanı 17 olarak belirlenirken; bu çalışmada Beck depresyon ölçeği çocuk ve ergenlere uygulandığından hafif düzeyde depresyon riskini belirlemek amacıyla kesme kriteri 12 puan olarak alınmıştır.

Bu araştırmadan elde edilen bulgular ışığında şu sonuçlara varılmıştır;

- DEHB klinik görünümde DEHB-B, DEHB-H, DEHB-D alttıpleri birbirine yakın değerler almıştır.
- Erkek çocuk ve ergenlerin sayılarının değeri oldukça yüksektir.
- Anne-baba eğitim düzeyi ortalamasının üzerinde değer almıştır. Çocukların çoğunluğunun birinci çocuk olması ilgi çekicidir. Anne- babaların yaş ortalamaları 38-40 dolaylarında bulunmuştur. DEHB tanısı alan bu çocuk ve ergenler genellikle 5. sınıf dolaylarında görülmüştür.

- Çalışmamızda DEHB'ye eşlik eden bozuklulardan anksiyete bozukluğu oldukça yüksek çıkması ilgi çekicidir. Bunu sırasıyla; DKB, DDB, KOKGB, tik bozukluğu, Dışa atım bozukluğu ve akıcı konuşma bozukluğu izlemektedir.
- DEHB'ye etki edeceğini düşündüğümüz bilgisayar oyunu bağımlılığı %22.5 olarak görülmüştür. Daha ayrıntılı bir çalışma yapıldığında oyun bağımlılığının dikkat dağınıklığını ve uzun süreli bilgisayar başında kalmaktan kaynaklanan hareketsizlikten dolayı sonuçların daha yüksek çıkacağını öngörmekteyiz.
- Çalışmamızda eştanının yanında bazı çocuk ve ergenlerde birtakım davranış sorunları görülmüştür. Bunlar; yalan söyleme, şiddet uygulama, cinsel organı ile oynama, cinsel içerikli davranışlarda bulunma, çalma davranışı, küfür, evden kaçma ve madde kullanma gibi davranışlar görülmüştür.

6.2. ÖNERİLER

- Anne- baba eğitimin düzeyinde farklılık olmasının nedenleri araştırılabilir.
- Neden ilk çocuklarda DEHB görülme sıklığı yüksektir. Bunun üzerinde daha fazla araştırma yapılmasında fayda var.
- Türkiye'de DEHB ve eştanı ve sosyodemografik özellikler için genel toplum temelli, daha geniş örneklemlerle çalışmalara ihtiyaç vardır.
- DEHB ile tik bozukluğu birlikte değerlendirilirken düşük değerler görülmüştür. Bu nedenle Türkiye'de her iki bozukluğu birlikte değerlendiren çalışma oldukça azdır. Literatürde yapılan çalışmalarda tik bozukluğu tek başına değerlendirilirken düşük, DEHB ile değerlendirirken daha yüksek değerlerin çıkması, bu alanda daha fazla çalışma yapılmasının önemli olduğunu göstermektedir.
- Türkiye'de bilgisayar ve oyun bağımlılığı'nın DEHB arasındaki ilişki kapsamlı bir şekilde incelenmesi gerekiyor. Olduça güncel olan ve problem olarak bilinen bilgisayar ve/veya oyun bağımlılığının DEHB'yi tetiklediğini düşünmekteyiz. Bu konuda geniş çaplı araştırma yapılması DEHB'yi ve bilgisayar oyun bağımlılığını tedavi etmeye yönelik çalışmaların daha fazla hız kazanacağını ve daha etkili sonuçlar görüleceğini öngörmekteyiz.

KAYNAKÇA

1. Aslan, F., 2012. Farklı Sosyodemografik Özelliklere Sahip Olan Ailelerin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklara İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara
2. Şenol, S., İşeri, E., Koçkar, A.İ. (2006). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. *Dikkati Dağınmık, Yerinde Duramayan Çocuklara Doğru Yaklaşımlar*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği
3. Kim, M. J., Park, I., Lim, M. H., Paik, K. C., Cho, S., Kwon, H. J., ... & Ha, M. (2017). Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and its Comorbidity among Korean Children in a Community Population. *Journal of Korean medical science*, 32(3), 401.
4. Clemow, D. B., Bushe, C., Mancini, M., Ossipov, M. H., & Upadhyaya, H. (2017). A review of the efficacy of atomoxetine in the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder in children and adult patients with common comorbidities. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 13, 357.
5. Banaschewski, T., Becker, K., Döpfner, M., Holtmann, M., Rösler, M., & Romanos, M. (2017). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Deutsches Arzteblatt international*, 114(9), 149-159
6. Bioulac, S., Arfi, L., & Bouvard, M. P. (2008). Attention deficit/hyperactivity disorder and video games: A comparative study of hyperactive and control children. *European Psychiatry*, 23(2), 134-141.
7. Rucklidge, J. J. (2010). Sex differences in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 33, 357-373.

8. APA (2001). American Psychological Association (Amerikan Psikoloji Birliği)
9. Weis, G. & Weis, M.(2003). “Attention Deficit Hyperactivity Disorder”,(3nd.ed),(ed. Lewis M.) Child an Adolescent Psychiatry, A Comperhensive Texbook, Philadelphia: Lippincot Williams and Wilkins , 645-670.
10. Mann, C. A., Lubar, J. F., Zimmerman, A. W., Miller, C. A., & Muenchen, R. A. (1992). Quantitative analysis of EEG in boys with attention-deficit-hyperactivity disorder: Controlled study with clinical implications. *Pediatric neurology*, 8(1), 30-36.
11. Thorley, G. (1984). *Hyperkinetic syndrome of childhood: Clinical characteristics*. Br J Psychiatry. 144: 16-24
12. Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook*. Guilford Press.
13. Gottlieb, MI.,(1987). *The hyperaktive Child*. In: MI Gottlieb, Je Williams, editors. Textbook of Develepmental Pediatrics. New York: Plenum Medical Book Company.
14. Goldstein, S. (2002). Contunity of ADHD in Adulthood: hypothesis and Theory Meet Reality. Ed. Goldstein S Ellison AT, Clinican’s to Adult ADHD Assesment and Intervention. Academic Pres, California, USA.
15. Wender, P.H. (1995). Attention Deficit Hyperac- tivity Disorder in Adults. Oxford University Pres, New York; 122-143.
16. Yazgan, Y., (1999). Dikkat Eksikliği, Hiperaktivite Bozukluğu ve Öğrenme Güçlüğu. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, (3), 417-425
17. Semerci, B., Turgay, A., (2008). Bebeklikten Erişkinliğe Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. (3. Baskı) İstanbul: Alfa Yayınları
18. Spencer, T. J., Biederman, J., & Mick, E. (2007). Attention-deficit/hyperactivity

- disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *Journal of pediatric psychology*, 32(6), 631-642.
19. Gül N, Tiryaki A, Kültür EC, Topbaşı M, Ak I (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
20. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2007, '*Paractice Parameter for the Assesment and Treatment Children Adolescent with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder*' *J am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Jul: 46(7); 894-921
21. Solmaz, D. (2016). Bursa ili Nilüfer merkez ilçede okula başlangıç çağı çocuklarında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu yaygınlığı. Üsküdar Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü / Klinik Psikoloji Anabilim Dalı / Klinik Psikoloji Bilim Dalı. İstanbul (yayınlanmamış y.l tezi)
22. 2012 Yılında KTU Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine Başvuru Yakınmalarında 1996 ve 2004 Yıllarındakilere Gore Değişimler ve Konulan Tanıların Değerlendirilmesi
23. Asherson, P. (2004). Attention-deficit hyperactivity disorder in the post-genomic era. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(Suppl.1), 150-170.
24. Farone, S.V., (1994). '*Genetics of Attention Deficit Hyperactivity Disorder*' *Child Psychiatry Clin N Am*, (3): 285-298
25. Hill DE, Yeo RA, Campbell RA, Hart B, Vigil J, Brooks W. Magnetic resonance imaging correlates of attention-deficit/hyperactivity disorder in cilldren.

Neuropsychology, 2003; 17-496- 506.

26. Mostofsky SH, Cooper KL, Kates WR, Denckla MB, Kaufmann WE. Smaller prefrontal and premotor volumes in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*, 2002; 52: 785-794.
27. Durston S, Hulshoff Pol HE, Schnack HG, Buitelaar JK, Steenhuis MP, Minderaa RB, Kahn RS, van Engeland H. Magnetic resonance imaging of boys with attention-deficit/hyperactivity disorder and their unaffected siblings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2004;43: 131-140.
28. Filipek PA, Semrud-Clikeman M, Steingard RJ, Renshaw PF, Kennedy DN, Biederman J. Volumetric MRI analysis comparing subjects having attention-deficit hyperactivity disorder with normal controls. *Neurology*, 1997; 48(3):589-601.
29. Overmeyer S, Bullmore ET, Suckling J, Simmons A, Williams SC, Santosh PJ, Taylor E. Distributed grey and white matter deficits in hyperkinetic disorder: MRI evidence for anatomical abnormality in an attentional network. *Psychological Medicine*, 2001; 31: 1425–1435
30. Kates W.R., Frederikse M, Mostofsky S.H., Folley B.S., Cooper K., Mazur-Hopkins P., Kofman O., Singer H.S., Denckla M.B., Pearlson G.D., Kaufmann W.E. MRI parcellation of the frontal lobe in boys with attention deficit hyperactivity disorder or Tourette syndrome. *Psychiatry Research*, 2002;116: 63-81.
31. Hill DE, Yeo RA, Campbell RA, Hart B, Vigil J, Brooks W. Magnetic resonance imaging correlates of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Neuropsychology*, 2003; 17-496- 506.

32. Brophy, M. H. (1986). Zinc and childhood hyperactivity. *Biological psychiatry*, 21(7), 704-705.
33. Firestone, P., & Prabhu, A. N. (1983). Minor physical anomalies and obstetrical complications: their relationship to hyperactive, psychoneurotic, and normal children and their families. *Journal of abnormal child psychology*, 11(2), 207-216.
34. Cantwell, D. P. (1996). Attention deficit disorder: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(8), 978-987.
35. Faraone S, Biederman J. Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. *Journal Of Abnormal Child Psychology*. 1998; 44: 951-958
36. 36)Cantwell DP. Attention deficit disorder: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 1996; 35(8) :978–986.
37. Cantwell (1996). Attention Deficit Disorder: a Review of the Past Ten Years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* (1996); 35(8): 978-987
38. Şenol, S., Şener,Ş., (1997). ‘Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu’ *Psikiyatri Temel Kitabı*. (ed. Köroğlu, E.;Güleç,) Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 449-460
39. Schachar RJ: Hyperkinetic Syndrome: historical development of the concept. *The Overactive Child*. Taylor EA (ed). Spastics International Medical Publications, 1986, s.19-41.
40. Wender, P. H. (1971). *Minimal brain dysfunction in children* (p. 135). New York: Wiley-Interscience.
41. Shaw, P., Eckstrand, K., Sharp, W., Blumenthal, J., Lerch, J., P., Greenstein, D. ve ark. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 104(49), 19649-19654
42. 43-Banaschewski, T., Becker, K., Döpfner, M., Holtmann, M., Rösler, M., &

- Romanos, M. (2017). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Deutsches Arzteblatt international*, 114(9), 149-159
43. Uysal, T., (2012). İzmir ili Konak merkez ilçede ilköğretim 1.sınıf, 2.sınıf, 3.sınıf, 4.sınıf ve 5.sınıf öğrencilerinde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, karşıt olma karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu prevalansı. Ege Üniversitesi / Tıp Fakültesi / Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. İzmir.
44. Banaschewski T, Becker K, Döpfner M, Holtmann M, Rösler M, Romanos M: Attention-deficit/hyperactivity disorder—a current overview. *Dtsch Arztebl Int* 2017;114: 149–59. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0149
45. Çakaloz, B., Akay, A. P., & Günay, T. (2007). Karşıt olma karşı gelme bozukluğunun eşlik ettiği ve etmediği dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanımlı çocukların davranışsal sorunlar, ders başarısı ve akran ilişkileri açısından değerlendirilmesi. In *Yeni Symposium* (Vol. 45, pp. 84-92).
46. August GJ, Realmuto GM, Joyce T, Hektner JM (1999) Persistence and resistance of oppositional defiant disorder in a community sample of children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38: 1262-1270.
47. Biederman J, Faraone S, Milberger S, Jetton JG, Chen L, Mick E, Greene RW (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* 35:1193-1204.
48. Sachs, G. S., Baldassano, C. F., Truman, C. J., & Guille, C. (2000). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with early-and late-onset bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157(3), 466-468.
49. Wozniak J., Biederman J., Kiely K, Ablon JS, Faraone SV, Mundy E, Mennin D: Mania-like symptoms suggestive of childhood-onset bipolar disorder in clinically referred children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 867–876

50. Ter-Stepanian, M., Grizenko, N., Cornish, K., Talwar, V., Mbekou, V., Schmitz, N., & Joober, R. (2017). Attention and Executive Function in Children Diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Comorbid Disorders. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26(1), 21.
51. Kim, M. J., Park, I., Lim, M. H., Paik, K. C., Cho, S., Kwon, H. J., & Ha, M. (2017). Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and its Comorbidity among Korean Children in a Community Population. *Journal of Korean medical science*, 32(3), 401.
52. Doyle S, Wallen M, Whitmont S. (1995) Motor skills in Australian children with attention deficit hyperactivity disorder. *Occupational Therapy International* 2: 229–40.
53. Carlson, C. L., & Mann, M. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder, predominately inattentive subtype. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*.
54. Manuzza S, Klein RG, Bonagura N, Malloy P, Giampino TL, Adalli KI. Hyperactive boys almost grown up V. Replication of psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:77/83. 3.
55. Weiss G, Hechtman L, Milroy T, Perlman T. Psychiatric status of hyperactives as adults: A controlled prospective 15-year follow-up of 63 hyperactive children. *J Am Acad Child Psychiatry* 1985;24: 211/20. 4.
56. Gaub M, Carlsson CL. Gender differences in ADHD: A metaanalysis and critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:1036/45
57. Toklu, Ç., (2016). Eskişehir ili merkez ilçelerinde ilköğretim çağı çocuklarda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu yaygınlığı ve risk etmenleri. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi / Tıp Fakültesi/ Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Eskişehir(yayınlanmamış y.l tezi)

58. Tahiroğlu, A. Y., Avcı, A., Fırat, S., & Seydaoğlu, G. (2005). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Alt tipleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6, 5-10.
59. öp, E., Tüzün, Z., etin, F. (2013). Ağır Duygudurum Düzensizliği: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Eşhastalanımı Olan ocuklardan Nöropsikiyatrik Farkları. *ocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*: 20 (2)
60. Usta, M.G, Türkbay, T., Cöngöloğlu A., (2012). Anne-Babanın Mizaç ve Karakter Özelliklerinin ocuktaki Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Karşı Gelme Belirtileri Üzerine Etkisi. *New/Yeni Symposium Journal Cilt 50/ Sayı 2*
61. Doyle S, Wallen M, Whitmont S. (1995). Motor skills in Australian children with attention deficit hyperactivity disorder. *Occupational Therapy International* 2: 229–40.
62. Barkley RA. (1990). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York: The Guildford Press.
63. Tuğlu, C., & şahin, Ö. Ö. (2010). Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Nörobiyoloji, tanı sorunları ve klinik özellikler. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*, 2(1).
64. Ozaner, S. (2011). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan ocuk ve Ergenlerin Sağlıkla Bağlantılı Hayat Kalitesinin Araştırılması*. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi. ocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. İstanbul
65. Hechtman, L. (1996). “Developmental, Neurobiological and Psychosocial Aspects of Hyperactivity, Impulsivity and Attention”, *Child and Adolescent Psychiatry*, [ed. Kaplan, H.I. ve Sadock, B.J.], Philadelphia: Williams and Wilkins, 323-334.

66. McLeod, J. D., Fettes, D. L., Jensen, P. S., Pescosolido, B. A., & Martin, J. K. (2007). Public knowledge, beliefs, and treatment preferences concerning attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychiatric Services*, 58(5), 626-631.
67. Pescosolido, B. A., Jensen, P. S., Martin, J. K., Perry, B. L., Olafsdottir, S., & Fettes, D. (2008). Public knowledge and assessment of child mental health problems: Findings from the National Stigma Study-Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(3), 339-349.)
68. Corkum, P., Rimer, P., & Schachar, R. (1999). Parental knowledge of attention-deficit hyperactivity disorder and opinions of treatment options: Impact on enrolment and adherence to a 12-month treatment trial. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 44(10), 1043-1048.)
69. Liu, C., Robin, A. L., Brenner, S., & Eastman, J. (1991). Social acceptability of methylphenidate and behavior modification for treating attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 88(3), 560-565.
70. Ghanizadeh, A. (2015). Conduct behaviors and oppositional defiant behaviors in children and adolescents with ADHD. *Postgraduate medicine*, 127(3), 289-294.
71. Toros, F. (2010, July). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Ergenlerin Algıladıkları Ebeveyn Tutumu Ve Ebeveynlerinin Evlilik Uyumları Arasındaki İlişki. In *Yeni Symposium* (Vol. 48, No. 3).
72. Erdem, G., Pak, M. (2012). Çocuk ve Ergenlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Sosyo-Demografik Olarak İncelenmesi Üzerine Bir Çalışma: Ardahan Örneği. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 23 (2), 76
73. Joelsson, P., Chudal, R., Gyllenberg, D., Kesti, A. K., Hinkka-Yli-Salomäki, S., Virtanen, J. P., ... & Sourander, A. (2016). Demographic characteristics and psychiatric comorbidity of children and adolescents diagnosed with ADHD in specialized healthcare. *Child Psychiatry & Human Development*, 47(4), 574-582.

74. Toplak, M.E., Jain, U., & Tannock, R. (2005). Executive and motivational processes in adolescents with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Behavioral and Brain Function*, 27, 1–8.
75. Ernst, M., Kimes, A.S., London, E.D., Matochik, J.A., Eldreth, D., Tata, S., Contoreggi, C., Leff, M., & Bolla, K. (2003a). Neural substrates of decision-making in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1061–1070.
76. Malloy-Diniz, L., Fuentes, D., Leite, W. B., Correa, H., & Bechara, A. (2007). Impulsive behavior in adults with attention deficit/hyperactivity disorder: characterization of attentional, motor and cognitive impulsiveness. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 13(4), 693-698.
77. Patton, J.H., Stanford, M.S., & Barratt, E.S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 768–774.
78. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC: Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiat*. 2001, 158: 1783-1793.
79. The influence of serotonin- and other genes on impulsive behavioral aggression and cognitive impulsivity in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): Findings from a family-based association test (FBAT) analysis <https://doi.org/10.1186/1744-9081-4-48>
80. Bozatli, L., Berberoğlu, K. K., Ceylan, C., & Görker, I. (2016). Improvement of stuttering with use of methylphenidate in a child who was diagnosed with concomitant stuttering and ADHD. *Anadolu Psikiyatri Dergisi-Anatolian Journal Of Psychiatry*, 17, 71-73.

81. Bloch, M. H., Panza, K. E., Landeros-Weisenberger, A., & Leckman, J. F. (2009). Meta-analysis: treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children with comorbid tic disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(9), 884-893.
82. Aktepe, E. (2011). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Konan Çocuk ve Ergenlerde Eş Tanılar ve Sosyodemografik Özellikler. In *Yeni Symposium* (Vol. 49, No. 4).
83. Arndt, J., & Healey, E. C. (2001). Concomitant disorders in school-age children who stutter. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 32(2), 68–78. [http://dx.doi.org/10.1044/0161-1461\(2001/006\)](http://dx.doi.org/10.1044/0161-1461(2001/006))
84. Riley, G. D., & Riley, J. (2000). A revised component model for diagnosing and treating children who stutter. *Contemporary Issues in Communication Sciences and Disorders*, 27, 188–199.
85. Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T., Wilens, T., Norman, D., Lapey, K. A., et al. (1993). Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150(12), 1792–1798.
86. Conture, E. (2001). *Stuttering: Its nature, diagnosis, and treatment*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
87. Baeyens, D., Roeyers, H., Walle, J. V., & Hoebeke, P. (2005). Behavioural problems and attention-deficit hyperactivity disorder in children with enuresis: a literature review. *European journal of pediatrics*, 164(11), 665-672.

88. Okur, M., Ruzgar, H., Erbey, F., & Kaya, A. (2012). The evaluation of children with monosymptomatic nocturnal enuresis for attention deficit and hyperactivity disorder. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 16(3), 229-232.
89. Elia, J., Takeda, T., Deberardinis, R., Burke, J., Accardo, J., Ambrosini, P. J., & Devoto, M. (2009). Nocturnal enuresis: a suggestive endophenotype marker for a subgroup of inattentive attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Journal of pediatrics*, 155(2), 239-244.
90. Park, S., Kim, B. N., Kim, J. W., Hong, S. B., Shin, M. S., Yoo, H. J., & Cho, S. C. (2013). Nocturnal enuresis is associated with attention deficit hyperactivity disorder and conduct problems. *Psychiatry investigation*, 10(3), 253-258.
91. Ghanizadeh, A. (2011). Nail biting; etiology, consequences and management. *Iranian journal of medical sciences*, 36(2), 73.
92. Ghanezadeh A. Is nail biting associated with co-morbid psychiatric disorders and children with ADHD and psychiatric disorders in their parents? *International Journal of Psychiatric Nursing Research* 2008; 14(1).
93. Ghanizadeh, A. (2008). Association of nail biting and psychiatric disorders in children and their parents in a psychiatrically referred sample of children. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 2(1), 13.
94. Ghanizadeh, A., & Shekoohi, H. (2011). Prevalence of nail biting and its association with mental health in a community sample of children. *BMC research notes*, 4(1), 116.
95. Trangkasombat, U. (2008). Clinical characteristics of ADHD in Thai children. *Medical journal of the Medical Association of Thailand*, 91(12), 1894.

96. Tashakori, A., Safavi, A., & Neamatpour, S. (2017). Lessons learned from the study of masturbation and its comorbidity with psychiatric disorders in children: The first analytic study. *Electronic physician*, 9(4), 4096.
97. Yılmaz, S., & Bilgiç, A. (2014). The possible effect of methylphenidate on kleptomania in a school-age girl with attention-deficit/hyperactivity disorder. *European child & adolescent psychiatry*, 23(5), 361-363
98. Ghanizadeh, A. (2015). Conduct behaviors and oppositional defiant behaviors in children and adolescents with ADHD. *Postgraduate medicine*, 127(3), 289-294.
99. Dannon, P. N., Lowengrub, K., Sasson, M., Shalgi, B., Tuson, L., Saphir, Y., & Kotler, M. (2004). Comorbid psychiatric diagnoses in kleptomania and pathological gambling: a preliminary comparison study. *European Psychiatry*, 19(5), 299-302.
100. Fletcher, J., & Wolfe, B. (2009). Long-term consequences of childhood ADHD on criminal activities. *The journal of mental health policy and economics*, 12(3), 119.
101. Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., ... & Spencer, T. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of psychiatry*, 163(4), 716-723.
102. Powell, L., Parker, J., Robertson, N., & Harpin, V. (2017). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Is There an App for That? Suitability Assessment of Apps for Children and Young People With ADHD. *JMIR mHealth and uHealth*, 5(10), e145.
103. Griffiths MD. Amusement machine playing in childhood and adolescence: a comparative analysis of video games and fruit machines. *Journal of Adolescence* 1991;14:53e73.

104. Griffiths MD, Hunt N. Dependence on computer games by adolescents. *Psychological Reports* 1998;82:475e80.
105. Buchman DD, Funk JB. Video and computer games in the '90s: children's time commitment and game preference. *Children Today* 1996;24(1):12e5.
106. Zabinski MF, Norman GJ, Sallis JF, Calfas KJ, Patrick K (2007) Patterns of sedentary behavior among adolescents. *Health Psychol* 26(1):113–120
107. Suchert, V., Pedersen, A., Hanewinkel, R., & Isensee, B. (2017). Relationship between attention-deficit/hyperactivity disorder and sedentary behavior in adolescence: a cross-sectional study. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 1-6.
108. Brodersen NH, Steptoe A, Williamson S, Wardle J (2005) Sociodemographic, developmental, environmental, and psychological correlates of physical activity and sedentary behavior at age 11 to 12. *Ann Behav Med* 29(1):2–11
109. Chan PA, Rabinowitz T (2006) A cross-sectional analysis of video games and attention deficit hyperactivity disorder symptoms in adolescents. *Ann Gen Psychiatry* 5: 16
110. Landhuis CE, Poulton R, Welch D, Hancox RJ (2007) Does childhood television viewing lead to attention problems in adolescence? Results from a prospective longitudinal study. *Pediatrics* 120(3):532–537
111. Levine ME, Waite BM (2000) Television viewing and attentional abilities in fourth and fifth grade children. *J Appl Dev Psychol* 21(6):667–679

112. Lingineni RK, Biswas S, Ahmad N, Jackson BE, Bae S, Singh KP (2012) Factors associated with attention deficit/hyperactivity disorder among US children: results from a national survey. *BMC Pediatr* 12:50
113. McWilliams L, Sayal K, Glazebrook C (2013) Inattention and hyperactivity in children at risk of obesity: a community cross-sectional study. *BMJ Open* 3(5):e002871
114. Özmert E, Toyran M, Yurdakok K (2002) Behavioral correlates of television viewing in primary school children evaluated by the child behavior checklist. *Arch Pediatr Adolesc Med* 156(9):910–914
115. Parkes A, Sweeting H, Wight D, Henderson M (2013) Do television and electronic games predict children’s psychosocial adjustment? Longitudinal research using the UK Millennium Cohort Study. *Arch Dis Child* 98(5):341–348
116. Swing EL, Gentile DA, Anderson CA, Walsh DA (2010) Television and video game exposure and the development of attention problems. *Pediatrics* 126(2):214–221
117. Van Egmond-Frohlich AW, Weghuber D, de Zwaan M (2012) Association of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder with physical activity, media time, and food intake in children and adolescents. *PLoS ONE* 7(11):e49781
118. Koeppe MJ, Gunn RN, Lawrence AD, Cunningham VJ, Dagher A, Jones T, et al. Evidence for striatal dopamine release during a videogame. *Nature* May 1998;393(6682):266e8.
119. Bioulac, S., Arfi, L., & Bouvard, M. P. (2008). Attention deficit/hyperactivity disorder and video games: A comparative study of hyperactive and control children. *European Psychiatry*, 23(2), 134-141.

120. Inagaki, T., & Wake, R. (2017). Importance of Early Intervention and Special Educational Support for High School Students with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Open Journal of Psychiatry*, 7(02), 71.
121. Zheng, F., Gao, P., He, M., Li, M., Wang, C., Zeng, Q., Zhou, Z., Yu, Z. and Zhang, L. (2014) Association between Mobile Phone Use and Inattention in 7102 Chinese Adolescents: A Population-Based Cross-Sectional Study. *BMC Public Health*, 14, 1022-1027. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1022>
122. Chan PA, Rabinowitz T. A cross-sectional analysis of video games and attention deficit hyperactivity disorder symptoms in adolescents. *Annals of General Psychiatry* 2006;5e16.
123. Wright K. Winning brain waves: can custom-made video games help kids with attention deficit disorder? *Discover*, http://www.discover.com/mar_01/featworks.html, 2001;22.
124. Bioulac, S., Arfi, L., & Bouvard, M. P. (2008). Attention deficit/hyperactivity disorder and video games: A comparative study of hyperactive and control children. *European Psychiatry*, 23(2), 134-141.
125. Geller, D. A., Biederman, J., Faraone, S., Spencer, T., Doyle, R., Mullin, B., & Zaman, C. (2004). Re-examining comorbidity of obsessive compulsive and attention-deficit hyperactivity disorder using an empirically derived taxonomy. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(2), 83-91.
126. Geller D, Petty C, Vivas F, Johnson J, Pauls D, Biederman J (2007) Further evidence for co-segregation between pediatric obsessive compulsive disorder and attention-deficit hyperactivity disorder: a familial risk analysis. *Biol Psychiatry* 15: 1388–1394

127. Walitza, S., Zellmann, H., Irblich, B., Lange, K. W., Tucha, O., Hemminger, U., & Warnke, A. (2008). Children and adolescents with obsessive-compulsive disorder and comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder: preliminary results of a prospective follow-up study. *Journal of Neural Transmission*, *115*(2), 187-190.
128. Zohar AH, Ratzoni G, Pauls DL, Apter A, Bleich A, Kron S, Rappaport M, Weizman A, Cohen DJ: An epidemiological study of obsessive-compulsive disorder and related disorders in Israeli adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31: 1057–1061
129. Geller DA, Biederman J, Faraone S, Agranat A, Craddock K, Hagermoser L, Kim G, Frazier J, Coffey BJ: Developmental aspects of obsessive compulsive disorder: findings in children, adolescents, and adults. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189:471–477
130. Hanna GL: Demographic and clinical features of obsessivecompulsive disorder in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 19–27
131. Swedo SE, Rapoport JL, Leonard H, Lenane M, Cheslow D: Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 335–341
132. Leonard HL, Swedo SE, Lenane MC, Rettew DC, Hamburger SD, Bartko JJ, Rapoport JL: A 2- to 7-year follow-up of 54 obsessivecompulsive children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 429–439
133. Riddle MA, Scahill L, King R, Hardin MT, Towbin KE, Ort SI, Leckman JF, Cohen DJ: Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: phenomenology and family history. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29: 766–772

134. Sukhodolsky, D. G., do Rosario-Campos, M. C., Scahill, L., Katsovich, L., Pauls, D. L., Peterson, B. S., ... & Leckman, J. F. (2005). Adaptive, emotional, and family functioning of children with obsessive-compulsive disorder and comorbid attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(6), 1125-1132.
135. Geller D, Biederman J, Faraone SV, Frazier J, Coffey BJ, Kim G, Bellordre CA (2000) Clinical correlates of obsessive compulsive disorder in children and adolescents referred to specialized and non-specialized clinical settings. *Depress Anxiety* 11(4): 163–168
136. Biederman J, Faraone SV (2005) Attention-deficit=hyperactivity disorder. *Lancet* 366: 237–248
137. Ercan E.S.,(2008). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu*. Doğan Kitap 2008. İstanbul
138. Barkley, R.A. (1998). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In R.A. Barkley, and E.J. Mash, (Eds.), *Treatment of Childhood Disorders* (p.55- 110). New York: The Guilford Press.
139. Keser, N., (2010). *Dikkat Eksikliği ve Hiperktivite Bozukluğu Tanısı Almış ve Almamış Çocukların Duygu Ayarlama, Anne-Baba Tutumları, Annenin DEHB Belirti ve Bilgi Düzeyinin İncelenmesi*. Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Eğitimde Psikolojik Hizmetler Anabilim dalı. Ankara
140. Akdemir, D., ve Çetin, F.Ç. (2008). Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Bölümüne Başvuran Ergenlerin Klinik Özellikleri. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi*, 15 (1), 5-14.
141. Aras, ğ., Tağ, F.V., ve Ünlü, G. (2005). Bir Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğinde Ğlaç Tedavisi Uygulamalarının DeğiGimi. *Klinik Psikofarmakoloji*

Bülteni, 15 (3), 127-133.

142. Çelik, G., Tahiroğlu, A., Avcı, A., ve Seydaoğlu, G. (2009). Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Kliniğine Bağvuran Ergen Hastaların Özellikleri. *Yeni Symposium*, 47 (3), 142-146.
143. Uyan, Z. (2014). Ergenlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu sıklığının araştırılması. *Konuralp Tıp Dergisi*, 2014(3), 21-26.
144. Ercan, E. S., Kandulu, R., Uslu, E., Ardic, U. A., Yazici, K. U., Basay, B. K., ... & Rohde, L. A. (2013). Prevalence and diagnostic stability of ADHD and ODD in Turkish children: a 4-year longitudinal study. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 7(1), 30.
145. Gul N, Tiryaki A, Cengel Kultur E, Topbas M, Ak I. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disruptive behavior disorders among school age children in Trabzon. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2010;20(1):50-6.
146. Güler, A. S., Scahill, L., Jeon, S., Taşkın, B., Dedeoğlu, C., Ünal, S., & Yazgan, Y. (2014). Use of multiple informants to identify children at high risk for ADHD in Turkish school-age children. *Journal of attention disorders*, 1087054714530556.
147. Newcorn JH, Halperin JM, Schwartz S et al. Parent and teacher ratings of attention-deficit hyperactivity disorder symptoms: implications for case identification. *J Dev Behav Pediatr* 1994;15:86-91.,
148. Cuffe, S. P., Visser, S. N., Holbrook, J. R., Danielson, M. L., Geryk, L. L., Wolraich, M. L., & McKeown, R. E. (2015). ADHD and psychiatric comorbidity: functional outcomes in a school-based sample of children. *Journal of attention disorders*, 1087054715613437.
149. Uyan, Z. (2014). Ergenlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu sıklığının araştırılması. *Konuralp Tıp Dergisi*, 2014(3), 21-26.
150. İmren, S. G., Arman, A. R., Gümüştas, F., Yulaf, Y., & Çakıcı, Ö. (2013). Karşit olma karşit gelme bozukluğu ve/veya davranım bozukluğu eşhastalanımı olan ve olmayan DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde aile işlevselliğinin

değerlendirilmesi. *Çukurova Medical Journal (Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi)*, 38(1).

151. Kadesjö, B., & Gillberg, C. (2001). The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(4), 487-492.
152. Abikoff, H. B., Jensen, P. S., Arnold, L. E., Hoza, B., Hechtman, L., Pollack, S., ... & Vitiello, B. (2002). Observed classroom behavior of children with ADHD: Relationship to gender and comorbidity. *Journal of abnormal child psychology*, 30(4), 349-359.
153. Lee, S. S., Falk, A. E., & Aguirre, V. P. (2012). Association of comorbid anxiety with social functioning in school-age children with and without attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Psychiatry research*, 197(1), 90-96.
154. Gümüş, Y. Y., Memik, N. C., & Ağaoglu, B. (2015). Anxiety disorders comorbidity in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 52(2), 185.
155. Soendergaard, H. M., Thomsen, P. H., Pedersen, E., Pedersen, P., Poulsen, A. E., Winther, L., ... & Soegaard, H. J. (2016). Associations of age, gender, and subtypes with ADHD symptoms and related comorbidity in a Danish sample of clinically referred adults. *Journal of attention disorders*, 20(11), 925-933.
156. Hergüner, S., & Hergüner, A. (2012). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan Çocuk ve Ergenlerde Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 49(2).
157. Aktepe, E. (2011, October). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Konan Çocuk ve Ergenlerde Eş Tanılar ve Sosyodemografik Özellikler. In *Yeni Symposium* (Vol. 49, No. 4).
158. Yen, J. Y., Ko, C. H., Yen, C. F., Wu, H. Y., & Yang, M. J. (2007). The comorbid psychiatric symptoms of Internet addiction: attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD), depression, social phobia, and hostility. *Journal of adolescent health*, 41(1), 93-98.

159. Yoo, H. J., Cho, S. C., Ha, J., Yune, S. K., Kim, S. J., Hwang, J., ... & Lyoo, I. K. (2004). Attention deficit hyperactivity symptoms and internet addiction. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 58(5), 487-494
160. Aktepe, E. (2011, October). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Konan Çocuk ve Ergenlerde Eş Tanılar ve Sosyodemografik Özellikler. In *Yeni Symposium* (Vol. 49, No. 4).
161. Chen, M. H., Su, T. P., Chen, Y. S., Hsu, J. W., Huang, K. L., Chang, W. H., & Bai, Y. M. (2013). Attention deficit hyperactivity disorder, tic disorder, and allergy: is there a link? A nationwide population-based study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(5), 545-551.
162. Roessner, V., Banaschewski, T., Becker, A., Buse, J., Wanderer, S., Buitelaar, J. K., ... & Miranda, A. (2016). Familiality of co-existing ADHD and tic disorders: evidence from a large sibling study. *Frontiers in psychology*, 7.
163. Schlander, M., Schwarz, O., Rothenberger, A., & Roessner, V. (2011). Tic disorders: administrative prevalence and co-occurrence with attention-deficit/hyperactivity disorder in a German community sample. *European Psychiatry*, 26(6), 370-374.
164. İmren, S. G., Arman, A. R., Gümüştaş, F., Yulaf, Y., & Çakıcı, Ö. (2013). Karşıt olma karşıt gelme bozukluğu ve/veya davranım bozukluğu eşhastalanımı olan ve olmayan DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde aile işlevselliğinin değerlendirilmesi. *Cukurova Medical Journal (Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi)*, 38(1).
165. Özcan, M. E., Eğri, M., Kutlu, N. O., Yakıncı, C., Karabiber, H., & Genç, M. (1998). Okul çağı çocuklarında DEHB yaygınlığı: Ön çalışma.
166. Rommelse, N. N., Altink, M. E., Fliers, E. A., Martin, N. C., Buschgens, C. J., Hartman, C. A., ... & Oosterlaan, J. (2009). Comorbid problems in ADHD: degree of association, shared endophenotypes, and formation of distinct subtypes. Implications for a future DSM. *Journal of abnormal child psychology*, 37(6), 793-804.

167. Van Damme, T., Sabbe, B., van West, D., & Simons, J. (2015). Motor abilities of adolescents with a disruptive behavior disorder: The role of comorbidity with ADHD. *Research in developmental disabilities, 40*, 1-10.
168. Klassen, L. J., Katzman, M. A., & Chokka, P. (2010). Adult ADHD and its comorbidities, with a focus on bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders, 124*(1), 1-8.
169. Winokur, G., Coryell, W., Endicott, J., Akiskal, H., 1993. Further distinctions between manic-depressive illness (bipolar disorder) and primary depressive disorder (unipolar depression). *Am. J. Psychiatry 150*, 1176–1181.
170. Tamam, L., Tuğlu, C., Karatas, G., Ozcan, S., 2006. Adult attention-deficit hyperactivity disorder in patients with bipolar I disorder in remission: preliminary study. *Psychiatry Clin. Neurosci. 60*, 480–485
171. Felton, R. H., Naylor, C. E., & Wood, F. B. (1990). Neuropsychological profile of adult dyslexics. *Brain and language, 39*(4), 485-497.
172. Bruck, M. (1992). Persistence of dyslexics' phonological awareness deficits. *Developmental psychology, 28*(5), 874.
173. Francis, D. J., Shaywitz, S. E., Stuebing, K. K., Shaywitz, B. A., & Fletcher, J. M. (1996). Developmental lag versus deficit models of reading disability: A longitudinal, individual growth curves analysis. *Journal of Educational psychology, 88*(1), 3.

174. Shaywitz, S. E., Fletcher, J. M., Holahan, J. M., Shneider, A. E., Marchione, K. E., Stuebing, K. K., ... & Shaywitz, B. A. (1999). Persistence of dyslexia: The Connecticut longitudinal study at adolescence. *Pediatrics*, *104*(6), 1351-1359.
175. Shaywitz S: *Overcoming Dyslexia: A New and Complete ScienceBased Program for Reading Problems at Any Level*. New York, Alfred A. Knopf, 2003.
176. Chan, D. W., Ho, C. S. H., Tsang, S. M., Lee, S. H., & Chung, K. K. (2007). Prevalence, gender ratio and gender differences in reading-related cognitive abilities among Chinese children with dyslexia in Hong Kong. *Educational Studies*, *33*(2), 249-265.
177. Liu, L., Wang, W., You, W., Li, Y., Awati, N., Zhao, X., ... & Peng, D. (2012). Similar alterations in brain function for phonological and semantic processing to visual characters in Chinese dyslexia. *Neuropsychologia*, *50*(9), 2224-2232.
178. Shaywitz, S., Shaywitz, B., Wietecha, L., Wigal, S., McBurnett, K., Williams, D., ... & Hooper, S. R. (2017). Effect of atomoxetine treatment on reading and phonological skills in children with dyslexia or attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid dyslexia in a randomized, placebo-controlled trial. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, *27*(1), 19-28.
179. Willcutt, E. G., & Pennington, B. F. (2000). Psychiatric comorbidity in children and adolescents with reading disability. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *41*(8), 1039-1048.
180. Willcutt, E. G., Pennington, B. F., Boada, R., Ogline, J. S., Tunick, R. A., Chhabildas, N. A., & Olson, R. K. (2001). A comparison of the cognitive deficits in

- reading disability and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of abnormal psychology, 110*(1), 157.
181. Carroll, J. M., Maughan, B., Goodman, R., & Meltzer, H. (2005). Literacy difficulties and psychiatric disorders: Evidence for comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46*(5), 524-532.
182. Maughan, B., & Carroll, J. (2006). Literacy and mental disorders. *Current Opinion in Psychiatry, 19*(4), 350-354.
183. Koolwijk, I., Stein, D. S., Chan, E., Powell, C., Driscoll, K., & Barbaresi, W. J. (2014). “Complex” attention-deficit hyperactivity disorder, more norm than exception? Diagnoses and comorbidities in a developmental clinic. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 35*(9), 591-597.
184. Grzadzinski, R., Di Martino, A., Brady, E., Mairena, M. A., O’Neale, M., Petkova, E., ... & Castellanos, F. X. (2011). Examining autistic traits in children with ADHD: does the autism spectrum extend to ADHD?. *Journal of autism and developmental disorders, 41*(9), 1178-1191.
185. Lee, D. O., & Ousley, O. Y. (2006). Attention-deficit hyperactivity disorder symptoms in a clinic sample of children and adolescents with pervasive developmental disorders. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology, 16*(6), 737-746.
186. Arnold LE, Jensen PS: Attention-deficit Disorders. In: Kaplan HI, Sadock BJ, eds. *Comprehensive Textbook of Psychiatry Volume 2*, 6th. Edition, Baltimore, Williams and Wilkins 1995: 2295-310.
187. Weiss G: Attention-deficit Hiperaktivite Disorder. In: Lewis M, ed. *Adolescent Psychiatry*. 2 nd. Ed. Baltimore, Williams and wilkins 1996:544-63
188. HYB-MEDAR: dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu

189. Zorlu, A., (2012). Denizli Kent Merkezinde İlköğretim Çağındaki Çocuklarda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Prevalansı, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tez
190. Connor DF, Steeber J, McBurnett K. A review of attention deficit hyperactivity disorder complicated by symptoms of oppositional defiant disorder or conduct disorder. J Dev Behav Pediatr 2010; 31:427-440.
191. MacKinnon DF, McMahon FJ, Simpson SG ve ark. (1997) Panic disorder with familial bipolar disorder. Biol Psychiatry, 42:829-831.
192. <http://www.bursaaidanismamerkezi.com/cocuklarda-Anksiyete-Bozukluklari>
193. Öner, N. (1994). Türkiye’de kullanılan psikolojik testler [Psychological tests used in Turkey]. stanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.

EK1

Formun doldurulduğu tarih:

Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Sorunun derecesine en uygun tanımın altını (X) ile işaretleyiniz.

		Hiç Yok	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
1.	Çıldırın, vücudunun veya eşyalarının bazı kısımlarıyla oynar veya yolar. (Ör: Tırnaklar, parmaklar, saçlar veya kıyafetler.)				
2.	Kendinden yaşça büyüklere karşı küstahça davranır.				
3.	Arkadaş edinmekle veya arkadaşlığı devam ettirmekte sorunları vardır.				
4.	Kolayca heyecanlanır, düşünmeden hareket eder.				
5.	Faaliyetlerde hep başı çekmek ister				
6.	Parmağını, kıyafetinin veya battaniyesinin bir kenarını emer veya çiğner.				
7.	Sık sık veya kolayca ağlar.				
8.	Kavgaya hazırdır, öfkesi burnundadır.				
9.	Hayale dalıp gider, hayal kurar.				
10.	Öğrenme güçlüğü çeker.				
11.	Yerinde rahat duramaz, kıpır kıpırdır.				
12.	Yeni durumlara ve ortamlara girmekten, yeni kişilerle karşılaşmaktan, okula gitmekten korkar.				
13.	Yerinde durmaz, her an hareket halindedir.				
14.	Zarar vericidir. (Eşyalara)				
15.	Gerçekle ilgisi olmayan hikayeler uydurur veya yalan söyler.				
16.	Utangaçtır.				
17.	Yaşlarına göre konuşması farklıdır. (Ör: Bebeksi konuşma, kekeleme, anlaşılması güç olan konuşma)				
18.	Yaşlarına göre başı daha çok derde girer.				
19.	Hatalarını inkar eder veya başkalarını suçlar.				
20.	Kavgacıdır.				
21.	Somurtur, surat asar veya küser.				
22.	Çalma huyu vardır.				
23.	Kurallara uymaz veya uyarken gönülsüzdür.				

		Hiç Yok	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
24.	Diğer çocuklara göre daha endişelidir. (Yalnızlık, hastalık ve ölümlle ilgili)				
25.	İşlerini bitirmekte zorlanır.				
26.	Çabuk kırılır veya gücenir.				
27.	Kendinden yaşça küçük veya zayıfları ezer.				
28.	Tekrarlayıcı bir hareket/faaliyeti durdurmakta güçlük çeker.				
29.	Merhametsizdir.				
30.	Çocuksudur, yaşına uygun davranmaz. (sürekli yardım ister, eteğine yapışır, sürekli güvenlik arayışı içindedir.)				
31.	Dikkatini belirli süre bir konu üzerinde toplayamaz, dikkatini sürdürmekte zorluk çeker.				
32.	Baş ağrıları vardır.				
33.	Mizacı ya da duyguları ani ve belirgin olarak değişir.				
34.	Kuralları veya sınırlamaları sevmez, onlara uymaz.				
35.	Sürekli kavga eder.				
36.	Kardeşi, abi veya ablasıyla iyi geçinemez.				
37.	Zorluklar karşısında morali çabuk bozulur, kolayca pes eder.				
38.	Diğer çocukları rahatsız eder.				
39.	Temelde mutsuz bir çocuktur.				
40.	Uyku sorunları vardır. (Uykuya dalmakta güçlük çeker, çok erken veya gece yarısı uyanır.)				
41.	Mide ağrıları vardır.				
42.	Yeme sorunları vardır. (İştahı yoktur, iki lokma arasında sofradan kalkar, dolaşır.)				
43.	Vücudunda başka ağrıları da vardır.				
44.	Mide bulantısı veya kusma şikayeti vardır.				
45.	Ailede hakkının yendiği hissine kapılır.				
46.	Övünür yüksekten atar.				
47.	Kendisine kötü davranılmasına ses çıkarmaz.				
48.	Bağışsıkları sık sık bozulur, tuvalet alışkanlığı düzensizdir, kabız kalır.				

Conner's Anne Baba Değerlendirme Ölçeği

	Anne Top. Puan	Baba Top. Puan	Kesme Puanı
Davranım Sorunu			19
Ataklık /Hiperkativite			7
Öğrenme Sorunu			6
Kaygı			8

Referans: Sener Ç, Dereboy Ç, Dereboy İF ve ark. (1998) Conners anababa derecelendirme ölçeği uyarılama çalışması. X. Ulusal Psikoloji Kongresi, Ankara.

NEPİSTANBUL HASTANESİ: Saray Mah. Siteyolu Cd. No: 27 34768 Ümraniye - İST. (TEM Yolu Ümraniye Kavşağı) Tel: 0216 633 0 633 Faks: 0216 634 12 50
FENERYOLU POLİKLİNİĞİ: Bağdat Caddesi No: 109/A 34724 Feneryolu - İST. Tel: 0216 418 15 00 (Pbx) Faks: 0216 418 15 30
ETİLER POLİKLİNİĞİ: Nispetiye Cad. No: 19 34330 Levent / Beşiktaş - İSTANBUL Tel: 0212 270 12 92 (Pbx) - 633 06 33 Faks: 0212 270 17 19

Adı ve Soyadı:..... Protokol No: Tarih:...../...../20.....

Cinsiyeti:..... Yaşı:.....

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o durumun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. **BUGÜN DAHİL, GEÇEN HAFTA İÇİNDE** kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi işaretleyiniz. Seçiminizi yapmadan önce her gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz.

1. 0) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3) O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
2. 0) Gelecekte umutsuz ve karamsar değilim.
1) Gelecekte karamsarıyım.
2) Gelecekte hiçbir şey beklemiyorum.
3) Geleceğimden umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyeceğim gibi geliyor.
3. 0) Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
1) Kendimi çevremdeki bir çok kişiden daha çok başarısızmışım gibi hissediyorum.
2) Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4. 0) Bir çok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
1) Her şeyden eskisi kadar hoşlanmıyorum.
2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3) Her şeyden sıkılıyorum.
5. 0) Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6. 0) Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
1) Cezalandırılabilirim diye seziyorum.
2) Cezalandırılmayı bekliyorum.
3) Cezalandırıldığımı hissediyorum.
7. 0) Kendimden hoşnudum.
1) Kendi kendimden pek hoşnut değilim.
2) Kendime çok kızıyorum.
3) Kendimden nefret ediyorum.
8. 0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1) Zayıf yanlarım veya hatalarımdan dolayı kendi kendimi eleştiririm.
2) Hatalarımdan her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3) Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.
9. 0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1) Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor fakat yapmıyorum.
2) Kendimi öldürmek isterdim.
3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
10. 0) İçimden her zamankinden fazla ağlamak gelmiyor.
1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
2) Çoğu zaman ağlıyorum.
3) Eskiden ağlayabilirdim; şimdi istesem de ağlayamıyorum.

11. 0) Şimdi her zaman olduğundan daha sınırlı değilim.
1) Eskisine göre daha kolay kızıyor veya sinirleniyorum.
2) Şimdi hep sinirliyim.
3) Bir zamanlar beni sınırlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
12. 0) Başkalarıyla görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1) Başkalarıyla eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2) Başkalarıyla görüşme ve konuşma isteğimi kaybettim.
3) Hiç kimse ile görüşüp, konuşmak istemiyorum.
13. 0) Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2) Karar verirken eskisine göre çok güçlük çekiyorum.
3) Artık hiç karar veremiyorum.
14. 0) Aynaya baktığımda kendimde bir değişiklik görmüyorum.
1) Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2) Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
15. 0) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1) Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2) Bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3) Hiç bir şey yapamıyorum.
16. 0) Her zamankinden daha iyi uyuyabiliyorum.
1) Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2) Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve yeniden uyuyamıyorum.
3) Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve yeniden uyuyamıyorum.
17. 0) Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1) Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2) Yaptığım her şey beni yoruyor.
3) Kendimi hiç bir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
18. 0) İştahım her zamanki gibi.
1) İştahım eskisi kadar iyi değil.
2) İştahım çok azaldı.
3) Artık hiç iştahım yok.
19. 0) Son zamanlarda kilo vermedim.
1) İki kilodan fazla kilo verdim.
2) Dört kilodan fazla kilo verdim.
3) Altı kilodan fazla kilo verdim.
20. 0) Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1) Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
2) Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmem zorlaşıyor.
3) Sağlığımdan o kadar endişeliyim ki başka hiç bir şey düşünmüyorum.
21. 0) Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
1) Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2) Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3) Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

Teşekkürler.

DEĞERLENDİREN (Kaşe-İmza):

Uyarlayan Buket Teğin: Depresyonda bilişsel bozukluklar: Beck modeline göre bir inceleme. Yayınlanmamış Doktora tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, 1980.

NPİSTANBUL HASTANESİ: Saray Mah. Siteyolu Cad. No: 27 34768 Ümraniye - İST. (TEM Yolu Ümraniye Kavşağı) Tel: 0216 633 0 633 Faks: 0216 634 12 50

NP FENERYOLU POLİKLİNİĞİ: Bağdat Caddesi No: 109/A 34724 Feneriyolu - İST. Tel: 0216 418 15 00 (Pbx) Faks: 0216 418 15 30

NPETİLER POLİKLİNİĞİ: Nispetiye Cad. No: 19 34330 Levent / Beşiktaş - İSTANBUL Tel: 0212 270 12 92 (Pbx) - 633 06 33 Faks: 0212 270 17 19

2 / 2

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Adı ve Soyadı:..... Cinsiyeti:..... Yaşı:..... Tarih:...../...../20.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

		Hiç 0	Hafif Düzeyde Beni Pek Etkilemedi 1	Orta Düzeyde Hoş Değildi Ama Katlanabildim 2	Ciddi Düzeyde Dayanmakta Çok Zorlandım 3
1.	Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2.	Sıcak / ateş basmaları				
3.	Bacaklarda halsizlik, titreme				
4.	Gevşeyememe				
5.	Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6.	Baş dönmesi veya sersemlik				
7.	Kalp çarpıntısı				
8.	Dengeyi kaybetme korkusu				
9.	Dehşete kapılma				
10.	Sinirlilik				
11.	Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12.	Ellerde titreme				
13.	Titreklilik				
14.	Kontrolü kaybetme korkusu				
15.	Nefes almada güçlük				
16.	Ölüm korkusu				
17.	Korkuya kapılma				
18.	Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19.	Baygınlık				
20.	Yüzün kızarması				
21.	Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Uyarılar: Mustafa Ulusoy, Nesrin Şahin ve Hüsnü Erkmen, H.(1996). Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*

Teşekkürler.

NPİSTANBUL HASTANESİ: Saray Mah. Siteyolu Cd. No: 27 34768 Ümraniye - İST. (TEM Yolu Ümraniye Kavşağı) Tel: 0216 633 0 633 Faks: 0216 634 12 50
NPİSTANBUL POLİKLİNİĞİ: Bağdat Caddesi No: 109/A 34724 Feneryolu - İST. Tel: 0216 418 15 00 (Pbx) Faks: 0216 418 15 30
NPİSTANBUL POLİKLİNİĞİ: Nispetiye Cad. No: 19 34330 Levent / Beşiktaş - İSTANBUL Tel: 0212 270 12 92 (Pbx) - 633 06 33 Faks: 0212 270 17 19