



**T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ KLİNİK PSİKOLOJİ
ANABİLİM DALI**

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI
ALAN ÇOCUK VE ERGENLERDE CİNSİYETLERE GÖRE
SEMPTOM FARKLILIKLARI**

Meltem Sezer

Yrd. Doç. Dr. Alper EVRENSEL

İstanbul - 2015

**T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ KLİNİK PSİKOLOJİ
ANABİLİM DALI**

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI
ALAN ÇOCUK VE ERGENLERDE CİNSİYETLERE GÖRE
SEMPTOM FARKLILIKLARI**

**(Meltem Sezer)
(134102048)**

**YÜKSEK LİSANS
TEZİ**

DANIŞMAN: Yrd. Doç. Dr. Alper EVRENSEL

İstanbul - 2015

Gereği için arz olunur.



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 1341102048
Öğrenci Adı Soyadı	: Meltem Sezer
Anabilim Dalı	: Sosyal Bilimler Enstitüsü
Tez Danışmanı	: Yrd.Doç.Dr. Alper Evrensel
Tezin Başlığı	: DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI ALAN ÇOCUK VE ERGENLERDE CİNSİYETLERE GÖRE SEMPTOM FARKLILIKLARI

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 29.04.2015	Saati	: 10:00
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> OY BİRLİĞİ <input type="radio"/> OY ÇOKLUGU			
<input type="radio"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir.			
<input type="radio"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (<i>en fazla 3 ay</i>)			
<input type="radio"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="radio"/> Değişmedi. <input type="radio"/> Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="radio"/> 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="radio"/> OY BİRLİĞİ ile REDDEDİLMİŞTİR.			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Başkan	Yrd.Doç.Dr. Alper Evrensel	
Danışman Üye	Yrd.Doç.Dr. Ahmet Emre Sargin	
Üye	Yrd.Doç.Dr. Habib Erensoy	
Üye		
Üye		

(Tüm durumlarda jüri üyelerinin tez değerlendirme raporları (form YL-13) gerekir.)

Tarih : 29 / 04 / 2015

Sayı No :

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilen ve Anabilim Dalımız Yüksek Lisans Programı öğrencisinin Tez Savunma Sınav Tutanağı ve eklerinin Enstitü Yönetim Kurulunda görüşülmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

.....
Anabilim Dalı Başkanı

Not : Bu forma orijinal raporlar (bir nüsha) eklenecektir.

BİLİMSEL ETİK


Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Çocuk Ve Ergenlerde Cinsiyetlere Göre Semptom Farklılıkları” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih

27/04/2015

Meltem SEZER

İmza



ÖZET

(SEZER, Meltem, Yüksek Lisans, İstanbul, 2015)

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Çocuk Ve Ergenlerde Cinsiyetlere Göre Semptom Farklılıkları

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun görülme sıklığı açısından cinsiyet farklılıklarına bakıldığında, erkekler ve kızlar arasında eşitsiz bir dağılımdan söz edilmektedir. İstatistiksel veriler incelendiğinde, DEHB'nin erkeklerde daha sık görüldüğü ortaya çıkmaktadır. Ayrıca, kızlarda daha düşük dikkat düzeyi, erkeklerde daha çok saldırgan davranışlar olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur. Saldırganlık ve davranış sorunları arttıkça, kliniklere başvurma oranı da artmaktadır. Bu nedenle cinsiyet farklılıklarını belirlemek için yapılan çalışmalar oldukça faydalı olacaktır.

DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerde semptomların görünüm ve sıklıklarını karşılaştırmak amacıyla gerçekleştirilen bu tez çalışması kapsamında, bu tanıyı alan 100 kişilik bir örneklem üzerinde araştırma yapılmıştır. 3-15 yaş arasındaki tanı sahipleri arasından seçilen örneklem cinsiyet olarak dağılımı % 50 kız ve %50 erkek olacak şekilde seçilmiştir.

Retrospektif olarak gerçekleştirilen çalışmada, veri toplamak amacıyla Conner's Aile Değerlendirme Formu ve hasta dosya bilgileri kullanılmıştır. Araştırmada, (1) DEHB'de görülen semptomların cinsiyete göre farklılaşması, (2) DEHB'nin üç alt tipinin cinsiyete göre farklılaşması analiz edilmiş ve (3) her iki gruptaki DEHB'ye eşlik eden tanıları incelenmiştir.

Öncelikle, Conner's Aile Değerlendirme Formu'ndan elde edilen sonuçlara göre kız ve erkek grupların beş alt teste (1-davranım sorunu, 2-ataklık/hiperaktivite, 3-öğrenme sorunu, 4-kaygı, 5-psikosomatik) aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Erkeklerin 'öğrenme sorunu' puanı, kızlarınkinden anlamlı düzeyde düşük ($p:0.011$; $p<0.05$) bulunmuştur. Yaş ile alt testler arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite alt tipleri açısından kız ve erkek grupları karşılaştırıldığında; cinsiyetlere göre DEHB çeşitlerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Her iki grupta da DEHB'nin bileşik görünümün diğer alt tiplere (dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm, aşırı hareketliliğin baskın olduğu görünüm) göre daha sıklıkla görüldüğü tespit edilmiştir. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite tanısına en çok eşlik eden tanılarda ise 'anksiyete' (%32,7) ve 'özel öğrenme güçlüğü' (%25) ile tüm olgular içinde en sık karşılaşılan tanıları olmuştur.

Anahtar Kelimeler: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, DEHB, davranım sorunu, ataklık, hiperaktivite, öğrenme sorunu, kaygı, psikosomatik.

ABSTRACT

(SEZER, Meltem, Yüksek Lisans, İstanbul, 2015)

*The Gender-Related Differences of Symptoms in Children and Adolescents
Diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder*

When considering the gender differences in terms of incidence of Attention Deficit and Hyperactivity Disorder, it is often noted that there exists an uneven distribution between boys and girls. The statistical data show that ADHD appears more frequently in boys. Furthermore, there are studies according to which girls suffer from attention deficit while boys are more likely to display aggressive behaviours. As the aggressivity and conduct problems increase, the rate of seeking medical advice from clinics is increasing as well. For this reason, the studies addressing to determine gender-related differences will be very useful.

In the context of this thesis study aiming to compare the symptoms and the frequency in children and adolescents diagnosed with ADHD, a research has been conducted on a sample of 100 people diagnosed with this disease. The sample composed of 3 to 15 year-old children and adolescents is selected so as to be 50% girl and 50% boy.

In the study realized retrospectively, Conners' Parent Rating Scale (CPRS) and patients' file information have been utilized in order to collect data. In the studies, 1) the differentiation of the symptoms of ADHD by gender and 2) the differentiation of three sub-types of ADHD by gender have been analysed and 3) the diagnoses accompanying ADHD in both groups have been examined.

Primarily, the scores that boy and girl groups got in the five sub-tests (1- conduct problem 2- hyperactivity 3- learning disabilities 4- anxiety 5- psychosomatic) have been compared according to the results obtained in Conners' Parent Rating Scale (CPRS). The boys' score in the test of "learning disability" was found to be significantly lower than those of girls ($p:0.011$; $p<0.05$). No significant correlation between age and sub-tests has been encountered. When boy and girl groups were compared in terms of Attention Deficit and Hyperactivity Disorder sub-types, there appeared to be no significant difference in distribution of ADHD types by gender. It was found that in both groups, the mixed type of ADHD is encountered more frequently than the other sub-types (predominantly inattentive, predominantly hyperactive). Furthermore, "anxiety" (32,7%) and "learning disabilities" (25%) are the most common diagnoses among those accompanying the attention deficit and hyperactivity.

Key words: Attention deficit and Hyperactivity Disorder, ADHD, conduct problem, hyperactivity, learning disabilities, anxiety, psychosomatic.

İçindekiler

TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI	i
BİLİMSEL ETİK	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT.....	iv
KISALTMALAR VE SİMGELER.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	ix
ÖNSÖZ	x
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM: DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU (DEHB)	4
1.1. TANIMLAMA VE TARİHÇE	5
1.2. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNUN GÖRÜLME SIKLIĞI VE CİNSİYET FARKLARI.....	6
1.3. DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNUN NEDENLERİ.....	7
1.3.1. Genetik Etkenler	8
1.3.2. Beyin işlevleri ile ilgili değişiklikler.....	9
1.3.3. Nörokimyasal Etkenler	10
1.3.4. Psikososyal Etkenler	11
1.4. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE TANI ÖLÇÜTLERİ	14
1.5. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TÜRLERİ	19
1.6. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNA EŞLİK EDEN BOZUKLUKLAR.....	20
1.7. DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNUN YASAM BOYU SEYRİ22	
1.8. DAVRANIM SORUNU İLE DEHB İLİŞKİSİ	23
1.9. ATAKLIK / HİPERAKTİVİTE İLE DEHB İLİŞKİSİ	26
1.10. ÖĞRENME SORUNU İLE DEHB İLİŞKİSİ	27
1.11. KAYGI İLE DEHB İLİŞKİSİ.....	28
1.12. PSİKOSOMATİK İLE DEHB İLİŞKİSİ.....	30
İKİNCİ BÖLÜM: YÖNTEM	33
2.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ	33
2.2. EVREN VE ÖRNEKLEM.....	33
2.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	33
2.3.1. Connors Aile Değerlendirme Formu.....	33

2.3.2. Hasta Dosya Kayıtları	34
2.4. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ.....	34
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: BULGULAR	36
SONUÇ VE TARTIŞMA	42
KAYNAKÇA.....	45
EKLER.....	50
Ek-1: Conner's Aile Değerlendirme Formu.....	50
Ek-2: Özgeçmiş.....	53



KISALTMALAR VE SİMGELER

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DSM-V: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)

DAT: Dopamin taşıyıcıları (Dopamintransporter)

BT: Bilgisayarlı Tomografi

MRI: Manyetik Rezonans Görüntüleme

PET: Pozitron Emisyon Tomografi

SPECT: Single Photon Emission Computerized Tomography

EEG: Elektroensefalogram (Beyin Akım Grafiği)

QEEG: Kantitatif Elektroensefalogram

MAO: Monoamin Oksidaz

ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

CBCL: Child Behavior Checklist (Çocuk Davranış Sorunları)

WISC-R: Wechsler Intelligence Scale for Children (Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği)

KGB: Karşı Gelme Bozukluğu

CDÖ: Conners Derecelendirme Ölçekleri

CADÖ: Conners Aile Derecelendirme Ölçeği

ÖÖG: Özel Öğrenme Güçlüğü

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

TABLULAR LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1: DEHB'nin Yaş Dönemlerine Göre Klinik Özellikleri	15
Tablo 2: DEHB Tanı Kriterlerinin DSM-V ve ICD 10 İle İncelenmesi	16
Tablo 3: Olgulara Ait Semptomların Dağılımı	36
Tablo 4: Cinsiyetlere Göre Olgulara Ait Semptomların Değerlendirilmesi	37
Tablo 5: Olgulara Ait Semptomların İlişkilerinin Değerlendirilmesi	38
Tablo 6: Yaş İle Semptomların İlişkilerinin Değerlendirilmesi.....	39
Tablo 7:Cinsiyetlere göre DEBH tiplerinin değerlendirilmesi	40
Tablo 8: DEHB tanılarına eşlik eden tanıların dağılımı	41

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 1: Cinsiyetlere Göre Olgulara Ait Semptomların Değerlendirilmesi	37
Şekil 2: Cinsiyetlere göre DEBH tiplerinin değerlendirilmesi	40



ÖNSÖZ

Dikkat Eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), çocuklarda sıkça karşılaşılan bir bozukluk olmasının yanı sıra, psikolojik, eğitimsel ve toplumsal birçok soruna da neden olabilmektedir. Kalıcı olup, okul öncesi dönemden erişkinliğe dek devam etmesi sebebiyle de araştırmaya değer bir bozukluktur.

Tanının konulması herhangi bir laboratuvar testine dayalı değildir ve tanı anamnez alınarak, DSM-V tanı ölçütleri temel alınarak koyulur. Bu yüzden, semptomlar oldukça önem arz etmektedir. Tanının konulmasında klinisyenler semptomları değerlendirmektedir. Bu çalışmada da DEHB tanılı çocukların semptomları analiz edilerek, cinsiyet açısından karşılaştırmaya tabi tutulmuştur. Yanı sıra çocuk ve ergenlerin klinikte gösterdikleri belirtileri daha iyi incelemek amacıyla, DEHB'nin alt tipleri arasındaki cinsiyet farkları ve DEHB'ye eşlik eden tanıların sıklıkları da araştırmaya dâhil edilmiştir. Bu şekilde DEHB tanılı çocuk ve ergenlerin klinikteki belirti ve görünülerinin derinlemesine incelenmesi hedeflenmiştir.

Araştırmanın planlanmasından gerçekleştirilmesine kadar geçen sürede birçok kişinin yardımları olmuştur. Öncelikle, çalışmamın her aşamasında bilimsel katkıları ile bana yardımcı olan, gece gündüz desteklerini esirgemeyen, bilgisi ve manevi desteği ile beni sürekli motive eden tez danışmanım, Sayın Yrd. Doç. Dr. Alper Evrensel'e en içten teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Tez verilerimi elde etme aşamasında benden yardımlarını esirgemeyen çocuk psikiyatrisi uzmanı Sayın Yrd. Doç. Dr. Serdar Alparıslan'a, verilerimi analiz ederken bana zamanını ayırıp, bilgi ve birikimlerini benimle paylaşan Sayın Aycan Gökbudak'a, fikir ve yönlendirmeleri ile desteğini her daim hissettiren Sayın Metin Uçucu'ya teşekkürü bir borç bilirim. Son olarak tüm eğitim hayatım boyunca benden destek ve önerilerini esirgemeyen tüm aileme sonsuz teşekkürler ederim.

Meltem Sezer

İstanbul, Nisan 2015

GİRİŞ

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB); dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik olmak üzere üç bileşenden meydana gelen ve birden fazla alanda işlevsellikte bozulmaya yol açan, çocukluk çağında en sık karşılaşılan nöropsikiyatrik bir rahatsızlıktır (Soysal ve Özdemir, 2004).

DEHB, dikkati gereken biçimde gereken yere yönlendirememesi, dürtüleri kontrol etmekte güçlük, aşırı hareketlilik ve akran ilişkilerinde zorlanma, toplumsal kurallara uyumda zorluklar, akademik başarısızlıklar gibi klinik özelliklerle seyreden bir bozukluktur (Yazgan, 1999).

DEHB'nin tanısının konulmasında semptomlar çok önemli bir yer tutmaktadır. Semptomlar ve sıklıkları tedavide belirleyici bir rol üstlenmektedir. DEHB'de çocuğa ve aileye verilen psikolojik hizmette çocuğa yaklaşım, çocuğun bazı toplumsal uyumları sağlayabilmesinde gereken yönlendirmeleri yapabilme ve aileye çocuğa rehber görevi görmesinde yardımcı olma çok önemli bir yer tutmaktadır. Verilecek psikolojik hizmette çocuğun gösterdiği semptomlar da dikkate alınmalıdır. Öyle ki, çocukların gösterdikleri semptomlarla, işlevsellikteki bozulmaları oldukça ilişkilidir. Örneğin; dikkat eksikliği ile okul işlevselliğindeki bozulma arasındaki ilişkinin güçlü olduğu bildirilmektedir (Gordon vd., 2005).

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu baskın olan belirtilere bağlı olarak çok farklı klinik görünümle kendini gösterebilmektedir. Temel bulguları dikkat sorunları ve aşırı hareketliliktir ancak her olguda tüm bulgular olmayabilmektedir.

NPİ Etiler Polikliniğindeki hasta dosyaları ve yurt dışında yapılan çalışmalar üzerinde yaptığım ön araştırma sonucunda, DEHB tanısı almış kız çocuklarında görülen belirtilerin erkeklere nazaran farklılıklar gösterdiğine dair çeşitli ipuçları elde ettim. Bu tez çalışması ile de DEHB tanısı almış kız ve erkek çocuklarının gösterdiği semptomların analiz edilmesi ve sıklıklarının karşılaştırılması hedeflenmektedir. Bu sayede tanılama sürecinde de önem arz eden Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda görülen semptomlar ve bu semptomların cinsiyet değişkeni açısından

karşılaştırılması ile ilgili bilgilerin elde edileceği ve sonuçların değerlendirileceği, böylece yapılacak olan diğer çalışmalara yön vermesi açısından önemli olacağı düşünülmektedir.

Yapılan bazı çalışmalarda DEHB'nin görünümünde cinsiyetlere göre bazı farklılıklar olduğu görülmüştür. DEHB'nin klinik tanısında üç görünüm mevcuttur. Bunlar; bileşik görünüm, dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm, aşırı hareketliliğin/dürtüselliğin baskın olduğu görünümdür (APA, 2013). Her iki grupta da bileşik görünüm en çok karşılaşılan tanı iken, kızlarda dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm erkeklerden daha sık görülmekte ve erkeklerde de aşırı hareketliliğin dürtüselliğin baskın olduğu görünüm daha sık görülmektedir. Bu farkların bilinmesinin hastalığın tanınmasında ve tedavisinde önemli katkıları olacağı düşünülmektedir (Tahiroğlu vd., 2015).

Bunun yanı sıra DEHB'ye klinikte bazen bir bazen de birden fazla başka bir psikiyatrik tanının eşlik ettiği görülmektedir. Bu gösterilen semptomlar, görülen klinik tablo, DEHB'nin seyri ve tedavisi açısından da oldukça önem arz etmektedir. Eşlik eden klinik tablonun var olan DEHB tanısına ne gibi bir etkisi var bunu bilmek, hem uygulanacak farmakolojik tedavi hem de psikolojik müdahaleler açısından oldukça önem arz etmektedir. Yapılan çalışmalarda DEHB'ye sıklıkla karşı olma–karşı gelme bozukluğu, anksiyete bozukluğu, özel öğrenme güçlüğü gibi tanımlar eşlik ettiği görülmüştür. Bunun yanı sıra erişkinlik döneminde ise, DEHB'de sıklıkla anksiyete bozukluğu, öfke kontrol problemleri, madde kötüye kullanımı ve kişilik bozukluğu gibi bozukluklar sıklıkla eş tanı olarak bulunmaktadır (Torun vd., 2009).

Başlangıçta sanıldığı gibi aksine, DEHB bir çocukluk çağı bozukluğu değildir ve yaşam boyu gözlenebilmektedir. Çocukluk döneminde yaygın görülmeyle birlikte, tedavi edilmediği takdirde erişkinlikte de devam eder.

DEHB, sadece sorunu olan kişiyi değil, ailesini, okulunu ve sosyal ilişkilerini de etkiler. Bu yüzden çocukta var olan ve baskın olan belirtilerle, bunların çevreyi ve çocuğu nasıl etkilediği iyi analiz edilmeli ve tedavi sürecine çevrede dâhil edilmelidir. DEHB tanısı, çocuğun yaşamını zorlaştırdığı gibi ailesinin de yaşamını zorlaştırmaktadır. Bu yüzden yaklaşım ve tutum açısından ailenin bilinçlendirilmesi ve bu süreçte psikolojik olarak desteklenmesi oldukça önem arz etmektedir.

Çalışma ile ilgili oluşturulan iki hipotez mevcuttur ve yapılacak araştırma ile bu hipotezlerin desteklenmesi amaçlanmaktadır.

Hipotez 1: Öğrenme sorunu / Dikkat eksikliği semptomları erkek çocuklara nazaran kız çocuklarında yüksek sıklıkta görülmektedir.

Hipotez 2: Hiperaktivite ve Davranım Sorunu semptomları kız çocuklarına nazaran erkek çocuklarında yüksek sıklıkta görülmektedir.

Çalışma yaşları 3 ile 15 yaş arasında değişen 50'si kız, 50'si erkek olmak üzere toplam 100 kişiden oluşan DEHB tanısı almış çocuk ve ergen grubu ile yapılmıştır. Veriler NPI Etiler Polikliniği hasta kayıt dosyalarından ve yine bu dosyalarda yer alan Conner's Aile Değerlendirme Form'larından elde edilmiştir. Çalışma, retrospektif tarama yöntemi ile yapılmış bir çalışmadır.

DEHB konusunda eksik ve yanlış bilgilendirmeler nedeniyle, bazen biraz dikkat dağınıklığı ya da aşırı hareketlilik gösteren veya aklına geldiği gibi davranan çocuklar yanlış değerlendirilebilmekte ve etraf tarafından dikkat eksikliği ve hiperaktivite tanısı olarak nitelendirilebilmektedir. Bazen de hiperaktivite ve dürtüsellik gibi çocuğun çevresini de çok fazla etkileyen semptomların varlığında tedaviye başvurulurken, dikkat eksikliği yaşayan fakat çevreye uyum sağlayabilen çocukların tedaviye başvurmada gecikmeler olabilmektedir. Bu gibi nedenlerden dolayı DEHB tanılı çocukların özellikleri özellikle eğitimciler tarafından iyi bilinmeli ve DEHB konusunda toplumun bilinçlendirilmesine önem verilmelidir. Ayrıca DEHB'li çocuk ve ergenlerin var olan semptomlarını anlama ve bunları nasıl yönlendirilmesi gerektiği konusunda ailelere daha çok bilgilendirme yapılması gerekmektedir.

BİRİNCİ BÖLÜM: DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU (DEHB)

Dikkat beyinde birçok bölgede gerçekleşen, karmaşık işlemlerle oluşan bir süreçtir. Dikkatte, çevrede birçok uyarana karşın, o anki amacımız ve isteğimiz doğrultusunda, seçtiklerimizle ilgilenmemizi sağlayan sinir sisteminin işlevi olarak tanımlanabilir. Dikkatte yoğunlaşma, odaklanma ve bilinçlilik mekanizmaları önemli işlev görmektedir. İlk olarak çevredeki uyarılar seçici olarak işlenmelidir. Birçok uyarana karşın, o an işlenmek üzere bir kısmı seçilirken, bir kısım uyarana da filtrelenmektedir. Dikkatin seçiciliği, bizim davranışlarımızın kontrolünde çok önemli bir rol oynamaktadır. Eğer bu seçicilik söz konusu olmasaydı, durum ve uyarana uygun cevap verilemezdi. Bu odaklanma sadece dışsal uyarılarla ilgili değildir, içsel uyarıları da düzenleme ve odaklanma için oldukça önemli bir süreçtir. Kolb'a göre, dikkatin davranış repertuarı ile ilişkisi vardır. Ve bu durum evrim süreci ile oldukça ilişkilidir. Canlıların duyu kapasiteleri arttığı oranda, davranış seçeneklerinin de arttığı belirtilmiştir. Bu süreçte yürütücü işlevlerin rolü özellikle bilinmektedir. Yürütücü işlevler, dikkatin yönlendirilmesini sağlayan, bilgi ve aktiviteleri koordine eden, bilgi işleme sürecinin yöneticisi olarak açıklanabilir (Öncü ve Şenol, 2002).

Dikkat bilişsel aktiviteye odaklıdır ve dikkati dağıtan diğer unsurlara karşı dirençlidir. Bu süreçte, bellek, algı, bilinçlilik, düşünme, karar verme ve dil ile ilişkilidir. Dikkat sayesinde farkındalık dediğimiz duruma ulaşabiliriz (Koptagel, 2001).

Dikkati etkileyen çok fazla biyolojik, fizyolojik ve psikolojik etken mevcuttur. Dikkatte duyu organlarının rolü oldukça önemlidir. Çevreyi duyu organlarımız aracılığı ile algılarız. Dikkat bozuklukları ise sürecin pek çok aşamasında ortaya çıkabilir. Bazı durumlarda dikkat amaçsız bir biçimde dolaşabilir. Yani bir uyarana dikkati vermekte güçlük çekilebilir. Bazı durumlarda ise, dikkat bir noktaya kısa süreliğine verilmişken, ilgisiz bir uyarana ortama girdiği zaman dikkat çelir. Bu durumda uygunsuz bir uyarana kısa süreliğine de olsa bir odaklanma yaşanır. Birbiri arasında yarışan düşünce ve duygular nedeniyle düşünce akışında tutarlılığı görmeyiz (Mesulam, 2004).

1.1. TANIMLAMA VE TARİHÇE

“Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu aşırı hareketlilik, dikkat sorunları ve istekleri erteleyememe (dürtüsellik) belirtileriyle ortaya çıkan bir psikiyatrik bozukluktur” (Ercan,2007). Bu dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik değerlendirilirken, çocuğun içinde bulunduğu gelişim dönemi de göz önüne alınmalıdır. Genellikle 3 yaş civarında, çocuğun yaşından beklenen dikkati sürdüremediği ya da akademik, sosyal, davranışsal sorunlar yaşamaya başladığı görülür. Fakat tanı genellikle, farklı zihinsel becerilerin de işin içerisine girdiği ilkokul yıllarında konulmaktadır (Öncü ve Şenol, 2002).

DEHB'nin 20.yüzyılın başından bu yana tarihsel gelişimi incelendiğinde, araştırmacıların konuya yoğun ilgi gösterdikleri görülmektedir. İlk olarak 1798 yılında Alexander Crichton “Mental Restlessness” isimli kitabında DEHB'nin dikkatsizlik alt tipinden söz etmiştir (Palmer and Finger, 2001). 1846 yılında ise Alman bir psikiyatrist olan Heinrich Hoffmann “Struwwel Peter” isimli bir kitap yazmıştır. Çocuk ve ergen psikiyatrik hastalıklarını anlatan kısa hikâyelerden oluşan, bu kitaptaki hikâyelerden biri olan Hareketli Philip’de DEHB belirtilerini gösteren bir çocuk anlatılmıştır. Burada Hofmann DEHB’yi Hiperkinetik bozukluk olarak tanımlamıştır (Fitzgerald et al., 2007).

George Frederic Still 1902 yılında Kraliyet Sağlık Yüksekokulu’nda gerçekleştirdiği konferanslarında DEHB ile ilgili bazı tanımlamalara yer vermiştir. Bu tanımlamalara araştırdığı 43 çocuk üzerinden yer vermiştir. Bu çocukların ortak özellikleri, aşırı derecede heyecanlı ve hareketli olması, otoriteye ve disipline karşı gelmesi ve saldırgan olmalarıdır (Barkley and Murphy,2006). Çocukların bir konuya dikkatini vermekte ve sürdürmekte güçlük çektiklerini belirtmiş ve öğrenme güçlükleri yaşadıklarına yer vermiştir. Bu çocukların disipline edilmelerinde ceza yönteminin çok işe yaramadığını belirtmiş, çocukların cezaya rağmen kısa bir süre sonra aynı yanlış davranışı tekrar gösterdiklerine dikkat çekmiş ve Still, bu çocuklarda büyük ahlaki bozukluk olduğunu iddia etmiştir (Seawell, 2010).

1919-1920 yıllarında yaşanan İnfluenza Pandemisi ardından hayatta kalan çocuklarda DEHB tanımında bahsedilen belirtilerinden birçoğu sıklıkla gözlenmiş ve durumun daha çok organik beyin hasarı ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Bu yüzden

sıklıkla “minimal beyin hasarı” terimi kullanılmaya başlanmıştır. O zamandan beridir de DEHB’yi açıklamak için çok farklı kuramlar ortaya koyulmaktadır (Akt.,Türe, 2010).

1930’lu yıllarda DEHB’nin ilaçla tedavisine yönelik çalışmalara ağırlık verilmiştir. 1937 yılında Bradley, amfetaminin davranım sorunları olan çocuklarda, dikkati ve uyumu arttırdığını gözlemlemiştir (Akt.Hectman,2007). Yapılan bu çalışma, DEHB’nin tedavisinde stimulanların etkisini gösteren ilk kanıt olarak gösterilmektedir. 1960’lı yıllarda hastalığın oluşumunda kalıtımın etkisini araştırmaya ağırlık verilmiş, 1980 ve takip eden yıllarda ise DEHB’nin tedavi edilmediği takdirde kendiliğinden iyileşen bir hastalık olmadığı tespit edilmiş, yapılan çalışmalarla tedavi edilmeyen olgularda ergenlik ve yetişkinlik döneminde de hastalığın devam ettiği görülmüştür (Akt. Weiss and Murray, 2003; Akt. Wender et al., 1981).

Ruhsal bozukluklar Tanı ve İstatistik El Kitabı’nda (DSM) DEHB’nin ilk resmi tanımlanması yapılmıştır. DSM-II’ de DEHB, “çocukluğun hiperkinetik reaksiyonu” şeklinde tanımlanmış, DSM-III de ise, dürtüsellik ve aşırı hareketlilik belirtilerine yer verilmekle birlikte, birincil sorun olarak dikkat dağınıklığı üstünde durulmuştur. Tanı için, dikkatsizlik, hiperaktivite veya dürtüsellik semptomlarından sadece birinin varlığı yeterlidir. 1987 yılında, DSM-III-R de, tanı ölçütleri aynı kalmakla birlikte, bozukluğun adı, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olarak değiştirilmiştir (Silver, 2004). DSM-IV’de (1994) ise tanı ölçütleri değiştirilmiştir. Günümüzde, DSM-V ölçütleri kullanılmaktadır. Bu ölçütler izleyen bölümlerde ayrıntılı olarak sunulmuştur.

1.2. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNUN GÖRÜLME SIKLIĞI VE CİNSİYET FARKLARI

DEHB’nin görülme sıklığını ele alan birçok çalışma vardır. Bu çalışmaların bazıları ulusal bazıları da uluslar arası ölçekli çalışmalardır. DEHB tanısının en az konulduğu ülke, %0,2 ile Almanya olmuştur. Görülme sıklığı açısından en yüksek oran ise %27 ile Portekiz’dedir (Akt. Polanczyk and Jensen, 2008). Amerika Birleşik Devletleri’nde görülme sıklığı %4-10 arasında belirtilmektedir (Ercan ve Aydın, 2007).

DEHB’nin görülme sıklığını cinsiyet açısından da ele alacak olursak bazı farkların bulunduğunu görüyoruz. APA’nın 2000 verilerine göre; erkek çocuklarında

DEHB görölme oranı kız çocuklarından dört kat daha fazladır. Yine aynı verilere göre DEHB'nin okul dönemi çocuklarında görölme oranı %3-7 oranında belirtilmiştir. Polanczyk ve Jensen 1978 ve 2005 yılları arasında yapılan çalışmaları bu açıdan incelemiştir. Buldukları sonuca göre; DEHB kızlara oranla erkeklerde 2,4 oranında daha sık rastlanmaktadır. Türkiye'de yapılan farklı çalışmalara baktığımızda bu oranın 1994 yılında %6,5 ve 1998 yılında %8,6 olduğunu görüyoruz (Doğaroğlu, 2013). Yine ülkemizde yapılan bir başka çalışmada ise, çocuk ve ergen polikliniğine başvuran olgulara en sık DEHB tanısı konulduğu saptanmıştır. Tanı konulan grupta, erkek olguların çoğunlukta olduğu, başvuruların ise genellikle okul çağı döneminde ve ergenlik döneminde yapıldığı belirtilmiştir (Durukan vd., 2011).

DEHB'nin alt tipleri ve bu alt tipler arasında görülen cinsiyet farklarını da araştıran çalışmalar mevcuttur. Ülkemizde yapılan bir çalışmada dikkatsizliğin önde gelen tipinin kızlarda, diğer alt tiplere oranla daha sık rastlandığı bulunmuştur (Toros ve Tataroğlu, 2002).

2005 yılında ülkemizde, DEHB tanılı 401 çocukla gerçekleştirilen bir çalışmada; "Cinsiyete göre alt tiplerin sıklığına bakıldığında, erkeklerde bileşik tip %77.5 (n=238), aşırı hareketliliğin önde olduğu tip %18.8 (n=50) ve dikkat eksikliğinin önde olduğu tip %3.6 (n=11); kızlarda bileşik tip %79.8 (n=75), aşırı hareketliliğin önde olduğu tip %10.6 (n=10) ve dikkat eksikliğinin önde olduğu tip %9.6 (n=9) olarak belirlendi. Bileşik tip için cinsiyetler arasında anlamlı farklılık yoktu ve her iki cinsiyette en sık görülen durumdu. Aşırı hareketliliğin önde olduğu tip erkeklerde daha sıklıkla ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu" (Tahiroğlu vd., 2005).

1.3. DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNUN NEDENLERİ

DEHB'nin nedenini açıklamaya yönelik, yıllar boyunca sayısız araştırma yapılmıştır. Konuyla ilgili birçok kuram ve çeşitli araştırmalar mevcuttur. Fakat bunlardan herhangi biri, DEHB'nin nedenini açıklamakta tek başına yeterlidir diyememekteyiz. Yapılan çalışmalar daha çok organik ve sosyal nedenler çerçevesinde ilerlemiştir. Genellikle beyin görüntüleme, genetik, nörokimyasal değişimler ve psikososyal nedenleri açıklamaya yönelik çalışmalar yapılmaktadır. DEHB ile ilgili araştırmalar ilerledikçe, oluşumunda birçok etkenin beraber rol aldığı sonucuna ulaşmak

mümkündür. Her olgu için farklı bir etkenden bahsedebileceğimiz gibi, aynı olguda da farklı etkenlerden söz edebiliriz. DEHB'nin oluşumunda tek bir nedenden bahsedemiyor olsak da, bu alanda yapılan çalışmalarda ortaya koyulan nedenleri destekleyen birçok bulguya da ulaşılmaktadır (Öncü ve Şenol, 2002)

1.3.1. Genetik Etkenler

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun oluşmasında birçok faktörün etkisinden ve bu faktörlerle ilgili yapılan çeşitli çalışmalar olduğundan bahsetmiştik. Bu bölümde DEHB'nin oluşumunda genetik etkenlerin rolünü ele alacağız. DEHB'de kalıtımın rolü nedir? Yapılan çalışmalarda ne gibi sonuçlara ulaşılmış bunları incelemeye çalışacağız.

“Aile, ikiz, evlat edinme ve regresyon analizi gibi çalışmalar yapılmasına karşın, genetik geçiş hakkında kesin bilgi edinilememiştir. DEHB, klasik Mendelian kalıtım paterninden farklı, birçok genin birbirleriyle ve çevreyle etkileşimi sonucu oluştuğu varsayılan genetik bir bozukluktur. Yapılan moleküler genetik çalışmalar D2, D3, D4 ve D5 reseptörleri ve dopamin taşıyıcıları (DAT) gibi dopamin sistemiyle ilişkili bazı aday genleri işaret etmiştir. Bunlardan en fazla üzerinde durulan ve olumlu bulguların elde edildiği genler DRD4 (D4) ve DAT1 genleridir. Ayrıca norepinefrin modülasyonunu sağlayan genlerin de etkilendiğini gösteren kanıtlar mevcuttur. Bu katekolaminlerin dikkat döngüsünün modülasyonundaki rolü bilinmektedir. Bu yüzden bu sistemin etkilenmesi doğal olarak dikkatin düzenlenmesini etkileyecektir. Burada tartışma konusu olan, DEHB'nun etiolojisinde bu genlerin mi gen- çevre etkileşiminin daha ön planda olduğudur” (Kayaalp, 2008).

DEHB'li çocuklarla yapılan aile çalışmalarında, bu çocukların ailelerinde (biyolojik aile) depresyon, alkol sorunları, davranım sorunları, antisosyal kişilik özellikleri diğer kontrol grubuna oranla daha fazla olduğu görülmüştür. Burada kalıtımın rolünü daha da vurgulamak için evlat edinen aileler üzerinde çalışmalar yürütülmüş. Ve evlat edinilmiş ailelerde de kalıtımın etkinliği desteklenmiştir. 1990 yılında Biederman ve meslektaşları tarafından yapılan bir çalışmada 75 DEHB'li çocuğun 457 birincil dereceden akrabası incelenmiştir. Yapılan analizlerin sonucunda DEHB'li çocukların birinci dereceden akrabalarının %25'i de bu rahatsızlığa sahip iken,

DEHB dışı psikiyatrik hastalığı olan kontrol grubu çocukların ailelerinde ise bu oran %5 olarak belirlenmiştir (Bilge, 2013).

“DEHB tanılı olguların yakın akrabalarında DEHB görülme riski %10-35 arasında değişmektedir. DEHB olgularının kardeşlerinde DEHB görülme riski %32 civarındadır. Anne babasında DEHB olan çocuklarda ise bu risk %57'lere çıkmaktadır. İkiz çalışmalarında da DEHB'nin kalıtsal özelliği vurgulanmıştır. Tek yumurta ikizlerinde DEHB konkordansı %50-84, çift yumurta ikizlerinde ise %30-40 olarak bulunmuştur” (Kayaalp, 2008).

1.3.2. Beyin işlevleri ile ilgili değişiklikler

Yıllar boyunca DEHB'nin beyin hasarına bağlı olarak ortaya çıktığı üzerinde durulmuştur. Zamanla gelişen beyin görüntüleme teknikleriyle beyin de ciddi hasarı olmayan, normal kişilerde de DEHB olabildiği saptanmıştır. Bu bilginin yanı sıra, DEHB tanısı olan bireylerle, normal bireylerin beyin bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans (MRI) sonuçları karşılaştırıldığında iki grup arasında bazı farklar olduğu saptanmıştır (Tahiroğlu ve Avcı, 2005).

Nörogörüntüleme teknikleri bize beyni daha yakından inceleme fırsatı vermiştir. DEHB ile ilgili yapılan bazı nörogörüntüleme çalışmalarında, bu tanıya sahip bireylerin beyin hacminin daha az olduğu görülmüştür. Normal bireylere oranla, DEHB tanısına sahip bireylerin beyin hacminin (özellikle sağ taraf olmak üzere) %3-5 oranında daha küçük olduğu belirtilmiştir. Frontal lob, sorun çözme, karşımızdaki kişinin davranışlarını değerlendirebilme, plan yapma ve dürtülerimizi erteleme gibi işlevlerin yerine getirilmesinde önemli olan bölgelerdir. İstek ve dürtülerimizi çevreye uydurmada bir nevi fren görevi üstlenmektedir. Yapılan görüntüleme çalışmalarında DEHB tanılı çocuklardaki küçülmenin beynin bu ve diğer bölgelerinde daha belirgin olduğu saptanmıştır (Öner vd.)

Beynin anatomik yapısı DEHB tanısı alan çocuklarda özellikle üç bölgede farklılık göstermektedir. Prefrontal korteks, bazal gangliyonlar ve serebellum. Prefrontal korteks, uygunsuz davranış, düşünce ve duyguyu baskılamak için temsili bilgiye başvurarak ve işleyen belleği kullanarak davranış ve dikkati yönetir. Bu süreçler, dikkatin düzenlenmesi, plan yapma, dürtü denetimi, zihinsel esneklik ve hareketi

başlatma ve denetlemeyi içeren yürütücü işlevlerin temelidir. Prefrontal korteks dikkati dağıtan uyarılara yanıtları engellemekte ve konu dışı uyarıların baskılamaktadır (Arnsten, 2009).

Son zamanlarda yapılan bazı çalışmalarda hareketlilik ve motor hareketleri koordine etmedeki bozulmaların frontostriatal yapıdaki bozulmalarla ilgili olabileceği öne sürülmektedir. DEHB tanısı alan bireylerde frontostriatal yolakta değişiklikler gözlenmiştir (VerFaellie and Heilman 1987; Castellanos et al., 1996; Filipek et al., 1997; Sheppard et al., 1999;).

DEHB tanılı hastaların beyin aktivitelerini görüntülemek amaçlı, çeşitli beyin tarama teknikleri kullanılmaktadır. Pozitron Emisyon Tomografi (PET), Single Photon Emission Tomography (SPECT) bunlara örnek verilebilir.

3-10 ay, 2-4 yaş, 10-12 yaş ve 14-16 yaş dönemleri beyinin gelişimi açısından önemli dönemlerdir. Bu gelişim dönemlerinde gerilik gözlenen bireyler incelendiğinde, bu kişilerin DEHB belirtileri sergilediği gözlenmiştir. Daha küçük yaş grubunda EEG bulguları düzensiz seyrederken, bazı olgularda zaman içerisinde bu bulguların normale döndüğü belirtilmiştir (Şenol, 2008, s.299).

EEG çalışmalarında ortaya çıkan bulguları değerlendirdiğimizde, birbiriyle çelişik bulgularla karşılaşabilmekteyiz. Bunun yanı sıra Kontitatif EEG (QEEG) ölçümlerinde, dikkat eksikliği ve hiperaktivite tanılı kişilerin frontal lobda yükselen yavaş dalga (TETA) örüntüleri ve düşen hızlı-dalga aktivitesi olduğunu ve frontal lob da aktivitede azalma olduğu belirtilmiştir (Özge vd., 2007).

1.3.3. Nörokimyasal Etkenler

DEHB' ye neden olan mekanizmanın belirlenmesinde nörokimyasal etkenleri araştıran çalışmalara da çokça yer verilmektedir. "PET ile yapılan görüntüleme çalışmalarında, beyindeki bazı alanlarda hiperaktivite ve dikkat eksikliği olan kişilerde glikoz kullanımının farklı olduğu görülmüştür. Özellikle beyindeki uyarıları inhibe eden ve dikkat toplamayı sağlayan bölgelerde hiperaktif olan kişilerde daha düşük glikoz kullanımı bulunmuştur" (Abalı, 2009, s.43-44).

Nörokimyasal etkenler üzerine yapılan bazı çalışmalarda, DEHB tanısı alan bireylerde beyin kimyasal yapısında bozulmalar olduğu ve nörotransmitter düzeyinde

bazı kimyasal maddelerin eksik salındığı öne sürülmektedir. DEHB nörotransmitter düzeyinde dopamin ve noradrenalin ile ilişkili görülmektedir (Ercan ve Aydın, 1999). Dopamin ve dopaminden sentezlenen noradrenalinin dikkat, yoğunlaşma, uyanıklılık gibi işlevlerdeki etkisi önemlidir (Öncü B, Şenol S, 2002). “Wender (1971), minimal beyin hasarı olan çocuklarda serotonin, noradrenalin ve dopamin metabolizmasında bozukluk olabileceğini ileri sürmüştür. DEHB olan bireylerin, beyindeki dopamin ve noradrenalin düzeylerini arttıran santral sinir sistemi uyarıcılarına (metilfenidat, d-amfetamin, pemolin) ve antidepresanlara verdiği olumlu yanıt katekolamin metabolizmasındaki bozukluğu destekler gibi görünmektedir. Uyarıcılar katekolamin salınımını arttırır ve geri alınmasını azaltır. Trisiklik antidepresan ilaçlar ve monoamin oksidaz (MAO) inhibitörleri de hiperaktiviteyi azaltır. Ancak genelde süreçten sorumlu tek bir nörotransmitter belirlenememiştir” (Öncü ve Şenol, 2002).

Deney hayvanlarının beyinlerinde nörokimyasal maddelerin çoğunlukta bulunduğu bölgeler tahrip edildiğinde, deney hayvanlarının dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda bahsettiğimiz belirtilere benzer davranışlar sergiledikleri görülmüştür. Aynı deney hayvanlarına DEHB'nin tedavisi için kullanılan ilaçlar verildiğinde, hayvanların beyinlerindeki dopamin ve noradrenalin seviyelerinde yükselme meydana geldiği belirtilmiştir (Ercan ve Aydın, 1999).

1.3.4. Psikososyal Etkenler

Psikosozal etkenleri ele alırken, bu durumu çok boyutlu incelemekte fayda vardır. Bu konuyu aile ve ailenin davranışları ile sınırlamak doğru olmayacaktır. Çevrede bireye etki eden çeşitli durum ve sonuçlar mevcuttur. Bu yüzden psikososyal etkenleri daha geniş manada ele almak konu açısından yararlı olacaktır.

Bu konu ile ilgili yapılan çalışmaları ele aldığımızda DEHB'nin etiolojisinin açıklamakta çok farklı etkenlerin ele alındığını görmekteyiz. Fakat burada da tamamen kabul görmüş tek bir nedenden bahsedemeyeceğimizi belirtmek yerinde olacaktır. Toksinler (kurşun ve çeşitli besin katkı maddeleri), şeker zehirlenmesi, boya maddeleri ve koruyucular ve artmış vitamin ve besin gereksinimi gibi etkenler üzerinde çalışılan etkenler arasındadır. Yüksek miktarda şeker tüketiminin DEHB ile ilişkisi olduğu yönünde çalışmalar yayınlansa da sonrasında yapılan diğer kontrollü çalışmalar bu

bulguları desteklememiştir. Beslenmelerinden bu tür yiyeceklerin çıkarılmasına rağmen DEHB belirtilerinin değişmediği gözlenmiştir. Bunların yanı sıra toksinlerle ilgili yapılan çalışmalarda, kurşun zehirlenmesi ile DEHB belirtileri arasındaki ilişki üzerinde durulmuştur. Fakat yapılan çalışmalarda bazı çocuklarda kurşunla teması olmamasına rağmen DEHB belirtileri görülürken, DEHB belirtileri görülen bazı çocuklarda da kurşunla teması olmadığı görülmüştür (Öncü ve Şenol, 2002).

2001 yılında Zapitelli ve arkadaşlarının yaptığı bir meta analiz de DEHB tanısı alan çocukların pre-peri ya da postnatal strese diğer çocuklara göre daha çok maruz kaldıkları saptanmıştır. Gebelik ve doğum sorunlarından, perinatal ve neonatal hipoksi, intrauterine rubella, diğer enfeksiyon ve parazitler, postnatal ensefalit, menenjit, beslenme bozuklukları, eklampsi, annenin sağlığının bozuk olması, postmaturite, doğum süresi, düşük doğum ağırlığı ve doğum öncesi kanamaları DEHB ile ilişkili olabilecek bazı durumlardır (Faraone and Biederman 1998; Öncü ve Şenol 2002).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada, DSM-V tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı konan, 65 çocuğun doğum sıraları incelenmiştir. Yapılan çalışma sonucunda; “DEHB olan kız ve erkek çocukların doğum sırası indeksleri kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Bu sonuçlar, ilk veya önce doğmuş çocukların daha fazla DEHB ile birlikte olduğunu düşündürmektedir. Araştırma sonuçları, ilk veya önce doğmuş çocukların perinatal örselenmelere daha çok maruz kaldığı, bu nedenle DEHB etiyopatogenezinde minimal beyin hasarının önemli rol oynadığı yönünde yorumlanmıştır”(Evrensel vd., 2015).

DEHB'nin etiyolojisinde psikosoyal çevrenin önemini araştıran boylamsal araştırmalar psikosoyal etkenleri anlamamız açısından önemli veriler sağlamaktadır. Bu çalışmalarda erken yaşlarda kayıp ya da ayrılık yaşayan çocukların DEHB belirtileri sergiledikleri görülmüştür. Bazı çalışmalarda, DEHB olan çocukların ailelerinde işlev bozuklukları saptanmıştır. Olumsuzlukları dile getirme yönünden, DEHB olan ergenlerin ailelerinin, normal ergenlerin ailelerine oranla daha çok bu davranışı sergiledikleri gözlenmiştir. Ancak bu durumun daha çok davranım bozuklukları ve karşı gelme karşı olma bozukluğu belirtilerinin gelişimine katkıda bulunacağı düşünülmektedir (Öncü ve Şenol, 2002).

Anne-baba tutumlarının ve sosyo-ekonomik düzey düşüklüğünün, DEHB'ye neden olabileceği konusunda çalışmalar bulunmaktadır. Ayrıca ilgisiz ya da aşırı

serbesiyetçi aile tutumu ve otoriter aile tutumu gibi spektrumun iki ucundan bahsedilmektedir. Aşırı hoşgörölü ya da ilgisiz anne- babaların çocuklarına sınır koyma ve onların davranışlarını düzenleme becerilerini edinmelerinde eksik kalabileceği düşünülmektedir. Diğer durum da ise, DEHB’li çocuğu olan bir aile de zamanla gerilim artacaktır. Nasıl davranacağını bilemez hale gelen aile giderek daha otoriter bir tavır sergileyecektir. Sosyo-ekonomik düzey düşüklüğünün etkisi ise, yetersiz beslenme, yetersiz uyarıcı ve yetersiz yönlendirme gibi etkenlerle açıklanmaktadır (Selçuk, 2002, s.86).

Bir çalışmada, DEHB’li çocukların DEHB tanısı alan ebeveynlerin de, kontrol grubuna göre işsizlik ve iş değiştirme oranlarının daha fazla, eğitim seviyesinin ve sosyoekonomik durumlarının daha düşük, alkol ve madde kullanımı oranlarının ise daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Yine ülkemizde yapılan bir başka çalışmada ise, kontrol grubu olarak enürezis (idrar kaçırma) tanılı çocukların aileleri alınmıştır. Sonuç olarak; DEHB’li çocukların ailelerinde alkol kullanımının daha yüksek ve sayıları düşük olmakla birlikte suç öykülerinin daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Pazvantoğlu vd., 2014).

Eski avcı ve toplayıcı toplumlarda hız çok önemliydi. Dikkatini bir uyarıcıdan hızlıca başka bir uyarıcıya kaydırmak bazen hayati öneme sahip olabilmekteydi. Ufak bir ses duyduğunda hızlıca o uyarıcıya dikkatini yönlendirmiş olan kişiler bu evrim sürecinde ayakta kalabilmiş ve genlerini ileriki nesillere aktarabilmişlerdir. Fakat günümüz modern toplumda ise işler biraz daha farklı işlemeye başlamıştır. Artık okul, sosyal çevre ve iş gibi ortamlarda belli bir uyarıcıya odaklanma ve o uyarıcıda dikkati sürdürebilme önemli olmaya başlamıştır. Okulda ya da işte yaptığımız şeye dikkatimizi tam anlamıyla vermemiz ve sosyal çevrede dürtülerimizi kontrol etmemiz beklenmektedir. Bunun yanı sıra modern toplumda dikkati çelici çok farklı uyarıcılardan bahsedebiliriz. Televizyon, bilgisayar vb. daha birçok uyarıcı etrafımızda mevcuttur. Hem genetik mirası, hem uyarıcı çelirici fazlalığı hem de beklentiler modern toplum insanını zorlamaktadır diyebiliriz (Öncü ve Şenol, 2002).

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun belirtilerini kontrol altına almakta yapılandırılmış bir çevre oldukça önem arz etmektedir. Baştan kuralların belli olduğu, sistemli ve belli düzende ilerleyen bir aile ortamı sağlanmalıdır. Bireyin strese maruz kaldığı durumlarda, yapılandırılmamış ortamlarda ya da kendisinden istenen

işlerin karmaşık olduğu durumlarda DEHB belirtileri şiddetlenecektir. Fakat burada önemli bir noktada genetik faktörlerin işin içine girmesiyle oluşmaktadır. DEHB olan bir çocuğun ailesi de genellikle bu şekilde yapılandırılmış bir ortamı sağlayacak durumda olmayacaktır. Bu gibi durumlarda çocuktaki DEHB belirtileri şiddetlenebilir ya da komorbid hastalıklar gelişebilir (Öncü ve Şenol, 2002).

Sonuç olarak, DEHB'nin oluşumuna neden olan etkenleri genetik, biyolojik ve psikososyal gibi birçok boyutta ele almak yararlı olacaktır. Bazı olgularda genetik etkenlerin bulgularından bahsederken, bazı olgularda ise genlerin etkisinin ya çok az ya da hiç olmadığı sonucunu veren bulgularla karşılaşılabiliyor ve bu durumda olumsuz çevresel etmenler üzerinde durabiliyoruz (Faraone and Biederman, 1998).

1.4. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE TANI ÖLÇÜTLERİ

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı daha çok okul dönemi çocuklarında konulsa da belirtilerini bebeklik dönemlerinde görmeye başlarız. Bu çocukların bebeklik öykülerinde, uyku bozukluğu, uyanıklara aşırı duyarlılık, değişikliklere aşırı tepkiler gibi belirtiler duyarız. Oyun dönemlerinde ise, arkadaşları ile oyun kurmakta ve geçinmekte sorunlar yaşadıklarını görebiliriz. Söz dinlemeyen, aşırı yaramaz, aşırı hareketli tavırlar sergileyebilirler. Arkadaşlarına karşı saldırgan tutumlar, öfke patlamaları ve kendisi için tehlike oluşturabilecek davranışlarda bulunma bu dönemlerde görülür. Bazı çocuklarda da oyuna ya da oyuncaklara yaşından beklenen düzeyde dikkatini vermede güçlükler olabilir (Şenol, 2008, s.302).

Russell A. Barkley tarafından yetişkinler için DEHB'nin tanısını kolaylaştıran semptomlar tanımlanmıştır. Ani kararlar alma, dikkatin hızlı dağılması, başlanan etkinliği sonuna kadar sürdürmede zorluk, zayıf iş organizasyonu, zaman yönetimini yapamama, hızlı araba kullanma gibi kendisine zararlı olabilecek davranışları iyice değerlendirmeden yapmadır (Akt. Marshall et al., 2011, s.3056).

Tablo 1: DEHB'nin Yaş Dönemlerine Göre Klinik Özellikleri

<u>Bebeklik Dönemi</u>	<u>Erken Çocukluk</u>	<u>Okul Öncesi Dönem</u>
<ul style="list-style-type: none">• Yeme problemleri• Az ve düzensiz uyku• Aşırı Bağımlılık	<ul style="list-style-type: none">• Aşırı hareketlilik• Olaylara ve durumlara düşünmeden dalma• Korku hissetmeme• Bir obje dışındakine dikkat edememe	<ul style="list-style-type: none">• Dikkatini toplamada güçlük• Aşırı motor aktivite• Düşük engellenme toleransı• Dalgınlık• Sinirlilik• Söz dinlememe• Akranları ile iletişim kurmada ve oyun kurmada güçlük• Oyun oynarken başına buyruk davranma• Amaca yönelik davranış azlığı• Disipline yönelik olumsuz tavırlar sergileme
<u>İlkokul</u>	<u>Ergenlik</u>	<u>Yetişkinlik</u>
<ul style="list-style-type: none">• Dikkat toplama güçlüğü• Dürtüsel ve saldırgan davranışlar sergileme• Yaşlıları ile ilişkilerde güçlük• Karşıt davranışlar• Yalan söyleme• Öğrenme güçlükleri• Düşük kendilik algısı	<ul style="list-style-type: none">• Zayıf sosyal ilişkiler• Antisosyal ve saldırgan davranışlar• Dikkatsizlik• Dürtüsellik• İçsel acelecilik• Otorite ile problem• Artan riskli davranışlar (sigara ve madde kullanımı, trafik ihlalleri, erkencinsel yaşantı vb.)• Yaşlıları ile ilişkilerde güçlük çekme• Okul başarısızlığı• Düşük kendilik algısı	<ul style="list-style-type: none">• Altta yatan psikiyatrik durumlarda şiddetlenme• Davranım bozukluğu• İş ve evlilik yaşantısında sorunlar• Hukukla sorunlar• Alkol ve psikoaktif madde kullanımı

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite tanısının konulmasına özgü bir laboratuvar testi ya da görüntüleme yönteminden bahsedememekteyiz. Klinisyenler tanı koyarken DSM-V ve ICD-10 kriterlerini göz önüne alarak bir değerlendirmeye varırlar. Bunun yanı sıra klinisyen bazı EEG raporları yada laboratuvar testleri isteyebilir. Ayrıca tanılama aşamasında yararlanılan bazı ölçek ve testlerde mevcuttur. Çocuk Davranış Sorunları (CBCL), Connors Öğretmen Derecelendirme Ölçeği, Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Testi (WISC-R) gibi ölçek ve nöropsikolojik testler örnek olarak verilebilir. Bunun yanı sıra anamnez alınırken, aile içi ilişkiler, anne-baba tutumu, hamilelik, doğum öncesi ve sonrası, gelişimsel özellikler de dikkate alınmalıdır. Klinisyen, anamnez bilgilerini, psikometrik test sonuçlarını, laboratuvar testi ya da görüntüleme bulgularını birleştirerek bir tanıya varacaktır (Şenol, 2006).

Tablo 2: DEHB Tanı Kriterlerinin DSM-V ve ICD 10 İle İncelenmesi

DSM-V Tanı Kriterleri	ICD 10 Tanı Kriterleri
<p>1.Dikkatsizlik: Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı (ya da daha çok) belirti en az altı aydır sürmektedir.</p> <p>Not: Belirtiler, yalnızca karşıt olmanın, karşı gelmenin, düşmancıl tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir.</p> <p>a)Çoğu kez ayrıntılara özen göstermez ya da okul çalışmalarında (derslerde), işte ya da etkinlikler sırasında dikkatsizce yanlışlar yapar (örn. Ayrıntıları gözden geçirir ya da atlar, yaptığı iş yanlıştır).</p> <p>b)Çoğu kez, iş yaparken ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmekte güçlük çeker (örn. Ders dinlerken, konuşmalar ya da uzun bir okuma sırasında odaklanmada güçlük çeker).</p> <p>c)Çoğu kez doğrudan kendisine karşı konuşulurken, dinlemiyor gibi görünür (örn. Dikkatini dağıtacak açık bir dış uyaran olmasa bile, akli başka yerde gibi görünür).</p>	<p>F90 Hiperkinetik Bozukluklar</p> <p>G1. Çocuğun yaş ve gelişim düzeyine göre evdeDikkat, hareketlilik ve dürtüsellikte (1), (2) ve (3) maddelerde belirtilen gösterilebilir anormallik:</p> <p>1. izleyen dikkat sorunlarından en az üçü: (a) kendiliğinden etkinliklerin süresi kısadır; (b) sıklıkla oyun etkinliklerinden tamamlamadan ayrılır; (c) bir etkinlikten diğerine geçiş sıktır; (d) yetişkinlerin düzenlediği görevlerde sürekliliğin olmaması; (e) ev ödevleri ya da okuma görevleri gibi çalışmalar sırasında yüksek düzeyde dikkatsizlik;</p> <p>2. Ek olarak aşağıdaki hareketlilik sorunlarından en az üçünün olması: (a) uygun olmayan durumlarda oldukça sık aşırı koşma ya da tırmanma; hareket etmeden duramıyor görünür (b) kendiliğinden etkinlikler sırasında yerinde duramama kıpır kıpır olma; (c) görece olarak hareketsiz olması beklenen ortamlarda belirgin aşırı etkinlik (örn; sofrada, yolculukta, misafirlikte);</p>

<p>d)Çoğu kez verilen yönergeleri izlemez ve okulda verilen görevleri, sıradan günlük işleri ya da iş yeri sorumluluklarını tamamlayamaz (örn. İşe başlar ancak hızlı bir biçimde odağını yitirir ve dikkati dağılır).</p> <p>e)Çoğu kez, işleri ve etkinlikleri düzenlemekte güçlük çeker (örn. Ardışık işleri yönetmekte güçlük çeker; kullandığı gereçleri ve kişisel eşyalarını düzenli tutmakta güçlük çeker; dağınık ve düzensiz çalışır; zaman yönetimi kötüdür; zaman sınırlamalarına uyamaz).</p> <p>f)Çoğu kez, sürekli bir zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez ya da bu tür işlere girmek istemez (örn. Okulda verilen görevler ya da ödevler; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, rapor hazırlamak, form doldurmak, uzun yazıları gözden geçirmek).</p> <p>g)Çoğu kez, işi ya da etkinlikleri için gerekli nesnelere kaybeder (örn. Okul gereçleri, kalemler, kitaplar, gündelik araçlar, cüzdanlar, anahtarlar, yazılar, gözlükler, cep telefonları).</p> <p>h)Çoğu kez, dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağılır (yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, ilgisiz düşünceleri kapsayabilir.)</p> <p>ı)Çoğu kez, günlük etkinliklerinde unutkanır (örn. Sıradan günlük işleri yaparken, getir götür işleri yaparken; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, telefonla aramalara geri dönmede, faturaları ödemedede, randevularına uymakta).</p> <p>2.Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik: Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı (ya da daha çok) belirti en az altı aydır sürmektedir:</p> <p>a)Çoğu kez, kıpırdanır ya da ellerini ya da ayaklarını vurur ya da oturduğu yerde kıvrılır.</p> <p>b)Çoğu kez, oturmasının beklendiği</p>	<p>(d) sınıf içi ya da diğer oturması beklenen ortamlarda sıklıkla oturamama;</p> <p>(e) sessizce oyun oynamakta sıklıkla zorlanma;</p> <p>3. ek olarak aşağıdaki dürtüsellik sorunlarından en az birinin olması:</p> <p>(a) oyunlar ya da grup etkinliklerinde sıranın kendisine gelmesini beklemede sıklıkla güçlük çekme;</p> <p>(b) sıklıkla diğerlerinin konuşmalarını bölme, araya girme (örn. Diğerlerinin oyunlarını ya da konuşmalarını böler);</p> <p>(c) sıklıkla soru tamamlanmadan yanıtlamaya çalışma;</p> <p>G2. Okulda ya da kreşte dikkat ve hareket anormalliklerinin yaş ve gelişim düzeyi için (1) ve (2) numaralı maddelerle gösterilebilirliği:</p> <p>1. aşağıdaki sorunlardan en az ikisi</p> <p>(a) görevleri tamamlamama;</p> <p>(b) yüksek oranda dikkat dağınıklığı (örn. Çok sık dış uyaranlara yönelme);</p> <p>(c) seçenek sunulduğunda etkinlikler arasında sık değişimler;</p> <p>(d) oyun etkinliklerinin çok kısa sürmesi,</p> <p>2. ve aşağıdaki hareketlilik sorunlarının en az üçü:</p> <p>(a) serbest etkinliğe izin verilen durumlarda sürekli (ya da hemen hemen sürekli) ve aşırı hareketlilik (koşma zıplama gibi)</p> <p>(b) kurallı ortamlarda belirgin eli ayağı durmaz;</p> <p>(c) görevler sırasında sıklıkla görevin kesilmesi;</p> <p>(d) oturması gerektiğinde sıklıkla oturamama;</p> <p>(e) sakince oynamada sıklıkla zorlanma;</p> <p>G3. Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik sorunu doğrudan gözlenir, Çocuğun yaşı ve gelişimsel düzeyinden beklenene göre daha aşırı olmalıdır,</p> <p>Aşağıdakilerden bir kaçını bulunmalıdır:</p> <p>1.G1 ya da G2' deki ölçütlerin hem öğretmen hem de anne baba tarafından doğrudan gözlenmesi</p> <p>2. Aşırı hareketlilik, işleri bitirmeden bırakma ya da görevleri erken terk etme ev dışı</p>
--	--

<p>durumlarda oturduğu yerden kalkar (örn. Sınıfta, ofiste ya da işyerinde ya da yerinde durması gereken diğer durumlarda yerinden kalkar).</p> <p>c)Çoğu kez, uygunsuz ortamlarda, ortalıkta koşturur durur ya da bir yerlere tırmanır. (Not: yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, kendini huzursuz hissetmekle sınırlı olabilir).</p> <p>d)Çoğu kez, boş zaman etkinliklerine sessiz bir biçimde katılamaz ya da sessiz bir biçimde oyun oynayamaz.</p> <p>e)Çoğu kez, “her an hareket halinde”dir, “kıçına bir motor takılmış” gibi davranır (örn. Restoranlar, toplantılar gibi yerlerde uzun bir süre sessiz-sakin duramaz ya da böyle durmaktan rahatsız olur; başkalarının, yerinde duramayan ya da izlemekte güçlük çekilen kişiler olarak görülürler).</p> <p>f)Çoğu kez aşırı konuşur.</p> <p>g)Çoğu kez, sorulan soru tamamlanmadan yanıtını yapıştırır (örn. İnsanların cümlelerini tamamlar; konuşma sırasında sırasını bekleyemez).</p> <p>h)Çoğu kez sırasını bekleyemez (örn. Kuyrukta beklerken).</p> <p>İ)Çoğu kez, başkalarının sözünü keser ya da araya girer (örn. Konuşmaların, oyunların ya da etkinliklerin arasına girer; sormadan ya da izin almadan başka insanların eşyalarını kullanmaya başlayabilir; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, başkalarının yaptığının arasına girer ya da başkalarının yaptığını birden kendi yapmaya başlar).</p> <p>B. On iki yaşından önce birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik – dürtüsellik belirtisi olmuştur.</p> <p>C. Birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik – dürtüsellik belirtisi iki ya da daha çok ortamda vardır (örn. Ev, okul ya da işyeri; arkadaşları ya da akrabalarıyla; diğer etkinlikler sırasında).</p> <p>D. Bu belirtilerin, toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevselliği bozduğuna ya da işlevselliğin niteliğini düşürdüğüne</p>	<p>ortamlarda ya da okulda (örn, klinik ortamda gözlenir)</p> <p>3. Dikkate ilişkin psikometrik test becerisinde belirgin yetersizlik vardır,</p> <p>G4. Yaygın gelişimsel bozukluk (F84), mani (F30), depresyon (F32) ya da anksiyete bozukluğu (F41) tanı ölçütlerini karşılamaz</p> <p>G5. Başlangıç yaşı yedi yaşından öncedir,</p> <p>G6. Süresi en az 6 aydır</p> <p>G7. IQ 50 üzeridir,</p> <p>F90.0 Hareket ve dikkat bozukluğu</p> <p>Hiperkinetik bozukluğun (F90-) tüm ölçütleri karşılanıp F91-‘ inkiler (davranım bozuklukları) karşılanmıyorsa F90,0 kodlanmalıdır,</p> <p>F90.1 Hiperkinetik davranım bozukluğu Hiperkinetik bozukluk (F90-) ve davranım bozukluğu (F91-) ölçütleri her ikisi birden karşılanıyorsa bu kod kullanılmalıdır,</p> <p>F90.8 Başka hiperkinetik bozukluklar</p> <p>F90.9 Hiperkinetik bozukluk, belirlenmemiş Kullanılması pek tavsiye edilmeyen bu artık tanıyalınızca F90.0 ve F90.1 arasında bir ayırımı yapılamadığı, ama F90.-‘ in genel ölçütlerinin karşılandığı durumlar içindir, (Şenol, 2008, s.297).</p>
---	--

ilişkin açık kanıtlar vardır. E. Bu belirtiler, yalnızca şizofreni ya da psikozla giden başka bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. Duygu durum bozukluğu, kaygı bozukluğu, çözülme bozukluğu, kişilik bozukluğu, madde esirikliği ya da yoksunluğu).	
---	--

1.5. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TÜRLERİ

Literatür araştırmasına göre, üç farklı alt tip tanımlanmaktadır.

- **314.01 (F90.2) Bileşik Görünüm:** Son altı ay içinde, hem A1 (dikkatsizlik), hem de A2 (aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütleri karşılanmıştır (DSM-V). DEHB-Bileşik tipte temel bulguların üçü de aynı anda bulunur. Hiperaktivite ve dikkat problemlerinin belirtileri görülür. Hem dikkat dağınıklığına özgü semptomlar hem de hiperaktiviteye özgü semptomlar belirgin olarak görülmektedir. Dışarıdan tanınması kolay hiperaktif çocuklar genelde bu gruba girer (Hayta, 2011). Yapılan çalışmalarda bileşik tipin sıklıkla erişkin yaşamında da sürdüğü görülmüştür. Her iki cinsiyette en sık görülen alt tiptir (Tahiroğlu vd., 2005).
- **314.00 (F90.0) Dikkatsizliğin Baskın Olduğu Görünüm:** Son altı ay içinde, A1 (dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmış, ancak A2 (aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmamıştır (DSM-V). Dikkatsizliğin önde olduğu tipte, hareketlilik yani hiperaktivite semptomları ya hiç yoktur ya da çok belirgin olmayan şekilde vardır. Burada başlıca semptomları, dikkati vermede güçlük, dikkati belli uyaranda devam ettirmede sorunlar, dikkat dağınıklığı oluşturmaktadır (Hayta, 2011). Genellikle sorunlar okul döneminde yaşanmaktadır. Bu türden dikkat sorunları akademik performansta düşüklük, motivasyonun kaybı, öğrenme güçlüğü gibi problemler yaşanmasına neden olabilir. Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm kızlarda, erkeklere oranla daha fazla görülmektedir (Tahiroğlu vd. 2005).
- **314.01 (F90.1) Aşırı hareketliliğin/dürtüsellüğün baskın olduğu görünüm:** Son altı ay içinde, A2 (aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmış, ancak A1

(dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmamıştır (DSM-V). Bu alt tipte aşırı hareketlilik, dürtüsellik semptomları ön plana çıkmıştır. Dikkat eksikliğine dair belirtiler ya hiç yoktur ya da çok az görülmektedir. Bu grupta, dürtüsel, iç tepisel, aşırı hareketli çocuklar gözlemlenmektedir (Hayta, 2011). İlk muayenede hareketlilik gözlenmese de, doğru tanı için çocuğun okul ve ev ortamı ile ilgili de bilgi almak gereklidir. Erkeklerde kızlara oranla daha yaygın olarak görülen alt tiptir (Tahiroğlu vd. 2005).

1.6. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNA EŞLİK EDEN BOZUKLUKLAR

DEHB ile diğer psikiyatrik bozuklukların komorbiditesi (eş hastalanım) çok sık rastlanan bir durumdur. Burada “ayırıcı tanı” ve “eş hastalanım” ayırımından bahsetmek yerinde olacaktır. Eğer DEHB belirtileri başka bir psikiyatrik hastalık tarafından tamamen açıklanabiliyorsa, bu durumda DEHB tanısından bahsedemeyiz. Tanı, bu semptomları açıklayan diğer psikiyatrik bozukluğun tanısıdır. Bunun yanında bazen her iki durumda klinik tabloya katkı sunduğu, ikisinin de birlikte görüldüğü durumlar söz konusudur. Bu gibi durumlar da komorbiditeden (eş hastalanım) bahsedebilmekteyiz (Hechtman 2000; Aysev ve Taner 2007:399).

DEHB'nin komorbiditesi yapılan çalışmalarda yüksek bulunmuştur. Çalışmalardan birinde, 5-17 yaşları arasındaki çocuk ve ergenlerin %76'sında en az bir komorbid psikiyatrik hastalık olduğu saptanmıştır (Biederman et al., 1998; Byun et al., 2006).

Başka bir çalışmada DEHB tanısı alan çocuklara eşlik eden bozukluklar %48-68 arasında değişen oranlar şeklinde belirtilmiştir. Burada bir diğer nokta ise, çocukların yaşları küçüldükçe tanılarının oranlarının artması, yaşları büyüdükçe ise bozuklukların ayrı ayrı görülmeye başlamasıdır (Şenol vd., 2006).

Karşı gelme bozukluğu (KGB) DEHB tanısına en sık eşlik eden bozukluklardan biridir (%33-50) (Byun et al., 2006). Bunun yanı sıra, davranım bozukluğu komorbiditesi ise DEHB'DE %25-42 oranındadır. Anksiyete bozuklukları komorbiditesi ise %28-46'dır (Byun et al., 2006).

Türkiye'de yapılan bir çalışmada DEHB'de en sık görülen komorbid bozukluğun anksiyete bozuklukları olduğu görülmüştür (Aysev ve Öner, 2001;

Çuhadaroglu vd., 2007). Bu sonucun kültürel özelliklerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir (Çuhadaroglu vd., 2007).

Yapılan başka bir çalışmada DEHB olanlarda olmayanlara göre daha fazla Karşıt olma-karşı gelme (yaklaşık olguların %60'ında), davranım bozukluğu (%15), anksiyete bozuklukları (%30), öğrenme ve duygu durum bozuklukları (her ikisi yaklaşık %25) olduğu görülmüştür (Biederman, 2005). Bu sorunlar bozukluk ile başlayabildiği gibi, erkenden tedavi edilmediği durumlarda da sonucu olarak ortaya çıkabilmektedir (Şenol vd., 2006; Tahiroğlu ve Avcı 2005).

Yapılan çalışmalarda, DEHB'ye en çok eşlik eden bozukluklar arasında duygu durum bozukluğu ve anksiyete bozukluğu da sayılmaktadır. Duygu durum bozukluğu ile komorbiditesi %15-75, anksiyete bozukluğu ile komorbiditesi %30 oranlarında olduğu bildirilmiştir. Bunun yanı sıra, DEHB'nin çocukluk ve ergenlik döneminde depresif belirtilerle başlayabileceği belirtilmiştir (Duran, 2007).

DEHB ve öğrenme güçlüğü komorbiditesi yapılan çalışmalara göre %10-90 aralığında farklılıklar göstermektedir. Genel olarak ise, yapılan çalışmalarda DEHB ve Öğrenme Güçlüğü'nün komorbiditesi yüksek olarak belirtilmektedir (Weis, 2002). 1996 yılında Morgan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada dikkat eksikliğinin önde olduğu tipte matematik öğrenme güçlüğü'nün daha sık görüldüğü belirtilmiştir.

Kronik tik bozuklukları ve Tourette bozukluğu ile DEHB'nin bir arada bulunduğunu gösteren çalışmalarda mevcuttur. Yapılan bir çalışmaya göre; Tourette bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde %30-50 oranında DEHB görülebilmektedir (Şenol vd., 2006; Duran 2007).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada DEHB'ye eşlik eden bozukluklar cinsiyet açısından karşılaştırılmıştır. Erkeklerde en sık eşlik eden bozukluk, %62.3 ile Karşı olma karşı gelme bozukluğudur. Bunu davranım bozukluğu (%30.2), iletişim bozuklukları (%11.3), duygu durum bozuklukları (%7.5) ve anksiyete bozuklukları (%6.6) izlemektedir. Kızlarda ise, %54.8 ile karşı olma karşı gelme bozukluğu bunu sırasıyla, davranım bozukluğu (%22.6), duygu durum bozuklukları (%12.9), iletişim bozuklukları (%9.7) ve anksiyete bozuklukları (%6.5) izlemektedir (Erman vd.,1999).

1.7. DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNUN YASAM BOYU SEYRİ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun yaşam boyu seyrini inceleyen birçok çalışma yapılmıştır. Önceleri, DEHB belirtilerin zaman içerisinde azaldığı, daha çok çocukluğa özgü bir tanı olduğu üzerinde durulmuştur. Fakat daha sonra yapılan çalışmalar bize göstermektedir ki, DEHB belirtileri bu çocukların ileriki hayatlarına da etki etmektedir. Daha önceki çalışmalarda DEHB belirtilerinin, çocukların sosyal ve aile ilişkilerini ve eğitim hayatlarını olumsuz yönde etkilediğine değinmiştik. Bu kısımda ise, daha çok ileriye dönük yapılan çalışmalarla, DEHB'nin yaşam boyu seyrini ele alacağız.

Yapılan çalışmalarda, DEHB'nin ergenlik ve yetişkinlikte de, seyri değişmekle birlikte, devam ettiği belirtilmiştir. Belirtilen bir diğer konu da, dikkat eksikliği belirtilerinin, hiperaktivite ve impulsivite belirtilerinden daha kalıcı olduğudur. Ergenlik dönemi yapısı itibarıyla kimlik arayışları ve öfke davranışlarının yoğun olduğu bir dönemdir ve DEHB tanısı almış çocuklar ergenlik dönemine impulsivite ve dürtüsellik belirtileri ile girerlerse, ergenlikte çözülmesi gereken kimlik sorunları ve davranışsal sorunların çözümü daha da güç hale gelebilmektedir (Öztürk, 2004).

Türkiye'de üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivitesi ile kişilik özellikleri ilişkisine bakılmıştır. Çalışmada, DSM-IV'e Dayalı erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanı ve değerlendirme envanteri ile MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2, Butcher ve ark. 2001) kullanılmıştır. Sonuç olarak; DEHB ölçeğinden yüksek puan almış olan grup, alt testlerden depresyon, histeri, psikopatik sapma, paranoya, psikasteni, anksiyete alt testlerinden de yüksek puan almıştır. Diğer bir bulgu da, DEHB puanları yüksek olan grubun, aile içi problemleri, öfke puanları daha yüksek bulunurken, benlik değerleri daha düşük bulunmuştur (Torun vd., 2009).

Kişilik özellikleri ile DEHB ilişkisini araştıran çalışmalar bize ileriye dönük, DEHB tanılı çocuklarda oluşabilecek psikososyal sorunlarla ilgili bilgi vermektedir. Özellikle DEHB belirtilerinden hiperaktivite ve dürtüsellik, çocukların o dönemki sosyal, ailesel ve eğitim hayatlarını olumsuz bir şekilde etkilemektedir. Eğitim hayatı

olumsuz giden çocuklarda okul bırakma, düşük akademik başarı, herhangi bir şeyde sebat etmekte güçlükler görülmektedir. Bu da ileriki hayatında iş ve meslek yaşamını, aile ve evlilik hayatını olumsuz yönde etkilemektedir. Bunun yanı sıra erişkinlikte de devam eden bu dürtüsel ve hiperaktif belirtiler, çocuklukta olduğu gibi ergenlik ve erişkinlik dönemlerinde de kişinin hayatını olumsuz yönde etkilemeyi sürdürmektedir. Bu kişiler de boşanma, evlilik sorunları, sık sık iş değiştirme, arkadaş ilişkilerinde zorlanma, sosyal kurallara uyumda zorluklar görmekteyiz. Doğal olarak bu durum, kişinin yetişkinlik dönemlerinde depresyon ya da anksiyete belirtileri oluşturmaktadır (Torun vd., 2009).

1.8. DAVRANIM SORUNU İLE DEHB İLİŞKİSİ

Davranım bozukluğu olan çocuk ve gençlerde, kendinden büyüklere küstahça davranışlar, başkalarının haklarını çiğneme, insanlara ve hayvanlara yönelik saldırgan davranışlar, hatalarını inkâr etme, güvenliği tehdit, hırsızlık ve sosyal kuralların ihlali gibi davranışlar görmekteyiz (Yalom, 2008).

Çocukta ortaya çıkan uyum sorunlarını, davranış bozukluğu olarak tanımlamadan önce, çocuğun gelişme dönemleri ve gelişim özelliklerinin tanınması ve buna göre bir değerlendirme yapılması oldukça önemlidir. Bir dönemde uygun olmayan bir davranış, çocuğun başka bir gelişim döneminde uygun karşılanabilir. Örneğin; 1-2 yaşlarında bir çocuğun arkadaşını ağlatma pahasına onda olan bir eşyayı zorla alması mazur görülebilirken, okul çağında bir çocuğun bu davranışı sergilemesi uygun görülmemektedir.

Ayrıca davranışı değerlendirirken, bu davranışın hangi sıklıkla sergilendiğine dikkat edilmelidir. Bazen sergilenen uyumsuz bir davranış, bir duruma özgü olabilir. Çocuk çok korktuğu ya da o an çok zorlandığı için o davranışı sergilemiş olabilir. Bu tür davranışlar kalıcı değil, duruma bağlı oluşmaktadır ve sık sık tekrarlanmaz. Birçok nedenden dolayı korku ve tedirginlik yaşayan çocuklar, daha sonrasında bunların üstesinden gelmesine rağmen, bazı çocuklar yaşadıkları bu duygular üzerinde bu denetimi sağlayamazlar ve bu durumda da uyum bozuklukları gözlenmeye başlayabilir (Köknel, 1981).

2006 yılında Abalı ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, davranım bozukluğu belirtilerinin erkeklerde, kızlara göre anlamı derecede yüksek olduğu belirtilmiştir. 2008’de Doğan ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada ise, yine diğer çalışmayla uyumlu bir sonuç bulunmuş ve davranış sorunları erkeklerde, kızlara oranla daha yüksek bulunmuştur. Davranım bozukluğu çalışmalarında sürekli dürtüsellik ve karşı olma- karşı gelme tanımlarının da yer verildiğini görüyoruz. Bu iki kavram daha özgül belirtiler olarak karşımıza çıkmaktadır (Güven, 2013).

Dürtüsellik; iç tepisel davranma, fiziksel olarak güvenlik ihlali oluşturabilecek davranışlarda bulunma, sıra bekleyememe, başkalarının sözünü kesme, konuşmaması gereken durumlarda kendini durduramama, oyun bozma gibi davranışlar ile tanımlanmaktadır (APA, 2000).

Karşı olma-karşı gelme; kurallara uymama, sürekli huysuzlanma, otorite ile sürekli çatışmaya girme, isteyerek başkalarını kızdırma, hatalarını inkâr etme, sıklıkla kızgın, kinci ve intikamcı davranışlarda bulunma şeklinde tanımlanabilir (APA,2000).

Davranış sorunlarının etiolojisinde; biyolojik, psikolojik ve psikososyal birçok faktör ele alınabilmektedir. Şimdi bu faktörleri inceleyelim:

- *Biyolojik Faktörler:* Bozuklukta genetik etkenler üzerine birçok çalışma yapılmaktadır. Özellikle ikiz çalışmalarında, genetik etkiyi destekleyen birçok bulgudan söz edilmektedir. Ayrıca babasında antisosyal kişilik bozukluğu olan çocuklarda davranış sorunlarının yüksek olduğu belirlenmiştir (Güven, 2013).
- *Psikolojik Faktörler:* Psikolojik faktörlerde özellikle üstünde durulan konuları, çocuğun bağlanma özellikleri, mizacı, zekâsı, sosyal ve moral gelişimi vb. özellikler oluşturur. Akademik anlamda istediği başarıyı elde edemeyen ve bunun hayal kırıklığını yaşamış çocuk ve gençlerde şiddetli davranış sorunları saptanmıştır. 2009’da Manti ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kişilik özellikleri, sosyal ve duygusal küntlük, davranış sorunları ile yakından ilişkili bulunmuştur (Güven, 2013).
- *Psikososyal Faktörler:* Anne –baba ve çocuk arasında tek yönlü değil, çift taraflı bir ilişki söz konusudur. Bu ilişkiyi doğru anlamak ve doğru yönlendirebilmek çocuğun gelişimi açısından oldukça önemlidir. Davranış bozukluklarının oluşmasında ailenin çocuğa yaklaşımı, ailenin sosyal çevresi ile ilişkisi, ailenin sosyoekonomik düzeyi vb. durumlar bu davranışın gelişiminde etken olarak

incelenmiştir. Anne-babanın çocuğa yaklaşımında sevgiyi merkez alan, uygun, dengeli bir yaklaşım çocuklarda sağlıklı davranışların gelişmesi ve yerleşmesinde oldukça önemlidir. Bunun yanı sıra çok fazla serbesiyetçi, sınırları koymakta zorlanan, çocuklarını sevgiye boğan aile tutumları ile tam tersi, beklentileri gerçekçi olmayan reddedici, cezalandırıcı, eleştirel anne-babaların çocuklarında sağlıklı davranışların yerleşmesi zor olacaktır (Enç, 1978).

Abalı ve arkadaşlarının (2006) yaptığı bir çalışmaya göre, ailelerin sosyoekonomik düzeyleri ile çocukların davranım sorunları ile ilişkisi bulunmuştur. Sosyoekonomik düzeyi kötü olan ailelerin çocuklarının, sosyoekonomik düzeyi iyi olan gruba göre insan, hayvan ve eşyalara zarar verme, kuralları bozma gibi uyumsuz davranışları sergilemede anlamlı derecede daha fazla belirti gösterdikleri bulunmuştur. Dolandırıcılık ve hırsızlık belirtilerinde ise anlamlı bir fark söz konusu değildir. Yine aynı çalışmada, davranış sorunları açısından, eğitim düzeyi yüksek olan anneler ile eğitim düzeyi düşük annelerin çocukları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Fakat insanlara ve hayvanlara zarar verme davranışı lise ve üniversite mezunu olan annelerin çocukların da anlamlı derecede daha az bulunmuştur (Abalı vd., 2006).

Ayrıca cinsel istismar çocuklukta ve ergenlikte görülen davranış bozukluklarında önemli bir problemdir. İhmal ve istismara uğramış çocuk ve gençlerde uyumsuz davranışlar daha fazladır ve aileleri sağlıksız iletişim kurma eğilimindedir (Yılmaz, 2009). İhmal ve cinsel istismar, saldırgan ve şiddet içeren davranışlarla yakından ilişkilidir. Bunun yanı sıra, aile içi şiddet, evlilikte anlaşmazlık, alkol ya da madde bağımlısı anne-baba, zihinsel hastalığı olan anne-baba çocuk ve gençlerde görülen uyumsuz davranışları arttıran risk faktörleridir (Yılmaz, 2009).

Davranış sorunları ve sağaltımı, koruyucu ruh sağlığı açısından oldukça önemlidir. Çünkü davranım sorunu olarak çocuk ve ergenlikte başlayan belirtiler, 18 yaş sonrasında Antisosyal Kişilik Bozukluğu tanısına götürebilir. DEHB'nin erken yaşta tedavi edilmesinin bir diğer önemini de burada görmekteyiz. DEHB tedavi edilmezse, davranım sorunu gösteren çocuklar ileri yaşlarda, Antisosyal Kişilik Bozukluğu eş tanısı alabilir. Nitekim yapılan bir çalışmada, Erişkin DEHB'de psikiyatrik eş tanı kontrol grubuna oranla, Antisosyal Kişilik Bozukluğu'nda 10 kat, alkol ve madde kötüye kullanımda 4 kat, duygu durum bozukluklarında 2 ila 6 kat, iletişim bozukluklarında ise 3 kat fazla görülmektedir (Şengül vd., 2004).

1.9. ATAKLIK / HİPERAKTİVİTE İLE DEHB İLİŞKİSİ

“Hiperaktivite, kaotik ve amaçsız hareketlilik anlamına gelmektedir” (Mukaddes, 2000). Hiperaktif, İngilizce hyperactive “aşırı hareketli (kişi veya çocuk)” sözcüğünden alıntıdır (etimolojiturkçe).

Hiperaktivite; yerinde duramama, sınıf içi gibi kuralların olduğu yerde sık sık kalkma, uygun olmayan yerlerde koşma davranışı gösterme, tırmanma, sessiz ve stabil kalmakta zorlanma, “motor takmış gibi” hareket etme, kendini konuşmaktan alamama, sırasını beklemekte zorlanma ve çoğu kez başkalarının sözünü kesme gibi davranışlarla açıklanabilir (APA,2013).

Hiperaktif çocukların, dürtülerine hâkim olmakta zorlandıklarını ve çoğunlukla düşünmeden harekete geçtiklerini söyleyebiliriz (Vanlı, 2006).

Özellikle hiperaktif olarak tanımlanan çocukların, daha çok okul döneminde zorlandıkları görülmektedir. Okul öncesi dönemde kurallar daha esnektir ve daha çok kendi istekleri doğrultusunda hareket etmelerine izin verilmektedir. Fakat okul dönemi ile birlikte, yaşamlarına da bazı sosyal kurallar katılmaya başlamaktadır. Artık sınıf içinde oturması, konuşmak için sırasını beklemesi, kurallara uygun davranması istenmektedir.

Okul öncesi dönemde hiperaktif çocukların kendi başlarına oynarken sorun yaşamadıkları fakat oyuna başka arkadaşlarının katılması ile birlikte farklı davranışlar sergiledikleri gözlenmiştir. Artık oyun birkaç kişiden oluşmaktadır ve belli kuralları vardır. Bu tarz örgütlü oyunlarda, hiperaktif çocukların daha saldırgan, oyun bozucu ve daha hareketli davrandıkları izlenmiştir. Bunun nedeni olarak ise; zaten bu çocukların dikkatlerini sürdürmekte zorlanmaları, ortama daha fazla uyaran girince bu dikkatlerinin dağılması ve oyunun kurallarına adapte olamaması gösterilmiştir (Vanlı,2006; Güven, 2013).

Hiperaktivitenin nedeni kimi zaman bir duruma bağlı olarak çıkabilir. Bu durumda hiperaktif davranışlar o durumun sonucudur. Örneğin; evde ya da okulda yaşanan strese karşı tepki olarak, yakın birinin ya da sevdiği bir hayvanın ölümü, anne-baba çatışmaları, akademik başarısızlık bunlar arasında sayılabilir. Bu durumda çocuğa yapılacak en iyi müdahale, çocuğa doğru yardımda bulunmak, cezalardan kaçınmak, bu

belirtileri oluşturan nedenleri iyileştirmeye çalışmaktır (Ackerman and Kappelman 1984; Atalay, 1977).

1.10. ÖĞRENME SORUNU İLE DEHB İLİŞKİSİ

Tarihte ilk öğrenme güçlüğü vakası, 1896 yılında Dr. Morgan tarafından “konjenital kelime körlüğü tanısıyla yayımlanmıştır. Morgan 14 yaşındaki “Percy” isimli vakasının, hiçbir zekâ problemi olmadığı halde, yaşıtları gibi doğru okuma ve yazma yapamadığını görmüştür. Fakat okuma güçlüğüne rağmen Percy aritmetik alanında hiçbir sorun yaşamamakta, bu alanda yaşının gereği performansı sergilemekteydi. Morgan bu durumu, yazılı ve basılı sözcükleri hafızada depolamakta problem olması ile açıklıyordu (Özen vd., 2002; Akt.Korkmazlar, 2003).

1930-1940’lı yıllarda yapılan çalışmalarda, öğrenme güçlükleri beyin hasarından kaynaklı, nörolojik bir bozukluk olarak ele alınmıştır. Bu çocukların beyinlerindeki hasarın hafif olduğu düşünülerek, daha çok “minimal beyin hasarı” tanısı kullanılmıştır (Clements, 1973; Silver, 1993; Özen vd., 2002).

DSM-V’e göre öğrenme güçlüğü; Kişinin okul becerisi, geçerli ölçüm araçlarıyla da gösterildiği üzere, kronolojik yaşına göre beklenen düzeyin altındadır ve okul ya da işle ilgili başarıyı ya da günlük yaşam etkinliklerini ileri derecede bozar. DSM-V’de üç görünümü belirtilmiştir: 1) Okuma bozukluğu ile giden 2) Yazılı anlatım bozukluğu ile giden 3) Sayısal (matematik) bozukluk ile giden şekilde (APA, 2013).

Öğrenme güçlüğü yaşayan çocukların zekâ düzeyleri normal ya da normale yakın olmasına rağmen, kendilerinden beklenen akademik başarıyı gösteremezler. Okul döneminin başlaması ile birlikte bu çocuklar aritmetik, okuma, yazma gibi alanlarda zorluklar yaşamaya başlamaktadırlar (Deniz, 2009).

Öğrenme güçlüğü yaşayan çocuklar duyuşal ve duyuşal güçlükler yaşayabilirler. Zihinsel engel gibi engellenme koşulları, kültürel farklılıklara uygun olmayan eğitim ve DEHB ile birlikte görülebilir. Ancak öğrenme güçlüğü bu etkenlerin doğrudan sonucu değildir (Çayır, 2009).

Bu iki durum yakından incelendiği zaman aralarındaki ayırım daha kolay yapılabilmektedir. Hem Öğrenme Sorunu hem de DEHB belli öğrenme güçlüklerine neden olmaktadır fakat bu nedenlerin oluş biçiminin her iki durumda nedenlerinin farklı olduğu görülmüştür. DEHB olan çocuklarda, aşırı hareketlilik, dikkat problemleri, ataklık gibi belirtiler öğrenme problemlerine yol açarken, öğrenme yetersizliğinde; görsel, işitsel, hafıza, göz- motor koordinasyonundaki zayıflıklar gibi alanlarda oluşan sorunlar öğrenme problemine yol açmaktadır (Özen vd., 2002).

Bizim çalışmamızda ve araştırmada kullandığımız ölçekte ölçmeye çalıştığımız durum daha çok, DEHB tanısı nedeniyle oluşan öğrenme sorunlarıdır. Genel profil DEHB tanısı almıştır ve bu tanıyla ilintili öğrenme sorunları sergilemektedirler. Bazı örneklemeler de ise DEHB tanısına eşlik eden tanı olarak, özgül öğrenme güçlüğü belirlenmiş ve bulgular bölümünde incelenmiştir.

1.11. KAYGI İLE DEHB İLİŞKİSİ

Kaygı, insan yapısında var olan, çevresel ve psikolojik olaylara gösterilen bir tepki ve tehlikelerle baş etmek için uyum sağlayıcı bir mekanizma olarak tanımlanabilen ve hepimizde var olan bir duygudur. Kaygı; stres, üzüntü, çatışma, sıkıntı, korku, acizlik, belirsizlik, yargılanma gibi birçok heyecanı içermektedir. Kaygının gözlenebilen birçok fiziksel reaksiyonu mevcuttur; kalp atışının hızlanması, terleme, kızarma, kaslarda gerilme gibi fizyolojik belirtileri kapsar. Kaygının gelişiminde, genetik ve biyolojik etkenler, daha önce öğrenilen deneyimlerden edinilmiş bilgiler, durumsal ipuçlarından ve kişinin olayı ya da konuyu değerlendirme biçiminden etkilenir (Özusta,1993; s.24).

Yaşanan bir olayın kaygı verici algılanıp algılanmaması, olayın mevcut yapısına, kişinin problem çözme becerisi ve savunma mekanizmaları ile yakından ilişkilidir. Ego işlevi kaygıyı düzenlemede oldukça önemlidir. Kişinin iç dürtüleri ile dış olayları arasında doğru ilişkiyi kurması, dış ve iç dünyalar arasında bir denge kurması ego'nun işlevidir. Egonun işlevini yerine getiremediği ve bu durumun üç aydan uzun sürdüğü kişilerde kronik anksiyete olur (Köroğlu, 2004).

Yaşamımızın her anında biyolojik ve ruhsal ihtiyaçlar hisseder ama bunları her an doyuramayız. Çocuğun küçük yaşlarda hazzına göre hareket etmesi, etrafı tarafından normal karşılanabilir bir durumdur. Fakat çocuk büyüdükçe, büyükler ondan bir takım kurallara uyum sağlamasını bekler. Artık kendi dürtü ve ihtiyaçlarını, dışarıdaki beklentilerle uygun hale getirmek durumundadır. Özellikle DEHB tanısı almış çocuklarda dürtü kontrolünde zorlanmalar olduğundan bahsetmiştik. Çocuk toplumun kurallarına uyum sağlayamadıkça, etrafındaki kişilerden tepkiler alır ve bunun sonucunda da kaygı yaşamaya başlar.

Kaygı'nın çocukların sosyal ve akademik başarısı ile ilişkisine yönelik birçok çalışma yapılmıştır. Çalışma sonuçları bize göstermektedir ki, yüksek kaygı düzeyi öğrenmeyi olumsuz yönde etkilemekte ve düşük kaygı düzeyine oranla, yüksek kaygı düzeyine sahip bireyler daha güç ve geç öğrenmektedir (Tanör, 1982).

Ülkemizde 66 çocuk üzerinde yapılan bir çalışmada DEHB tanısı alan çocuklarda, anksiyete bozukluğu sıklığına bakılmıştır. Çalışmanın sonucuna göre; "DEHB'li çocukların yirmi altısında (%39.4) en az bir anksiyete bozukluğu eştanısı bulunmaktaydı. Olguların %21.2 (n=14)'sinde sosyal anksiyete bozukluğu, %16.7 (n:11)'sinde ayrılık anksiyetesi bozukluğu, %9.1 (n:6)'inde obsesif kompulsif bozukluk, %4.5 (n:3)'inde yaygın anksiyete bozukluğu, %4.5 (n:3)'inde panik bozukluğu bulunmaktaydı. Obsesif kompulsif bozukluk görülme sıklığı DEHB hiperaktivite-impulsivite önde giden tipte diğer alt tiplere göre anlamlı düzeyde daha fazla idi" (Bilgiç, 2011).

DEHB'ye eşlik eden tanılarda anksiyete bozukluğu oldukça sık görülen bir durumdur. Yukarıda yer verdiğimiz çalışmanın sonuçları da bu bilgiyle paralel bulunmuştur. Çalışmada, OKB ile DEHB'nin hiperaktivitenin baskın olduğu tip ile arasında anlamlı bir ilişki bulunması, DEHB'de görülen hiperaktivite ile OKB'de gördüğümüz kompulsif eylemlerin striatumdaki benzer patofizyolojik süreçlerle ilişkili olabileceği şeklinde yorumlanmıştır. "Bazı araştırmacılar DEHB ile anksiyete bozukluklarının gelişiminin benzer bir patogeneze dayandığını öne sürerken (13) bazıları ise DEHB ve anksiyete bozukluğu eştanısı gösteren olguların farklı fenotipik özellikler gösterdiğini ya da DEHB ve anksiyete bozukluğu birlikteliğinin DEHB'nin ayrı bir alt tipi olduğunu varsaymışlardır" (Bilgiç, 2011).

1.12. PSİKOSOMATİK İLE DEHB İLİŞKİSİ

“Psiko” ruh ve “soma” beden anlamına gelen iki Yunanca kelimenin birleşiminden oluşmuştur. Burada bir ruh ve beden dengesinden bahsediyoruz. Bazı çalışmalarda bu, zihin-beden dengesi şeklinde ele alınmaktadır. Kısacası psikosomatik; bedenle ruh arasındaki iletişim ve etkileşime dikkat çeken bir kavramdır (Çevik, 2000; Akt. Karşlı, 2006).

Zihin ve beden ilişkisi ile ilgili tarih boyunca çokça açıklamalar olmuş ve bu konu birçok insanın dikkatini çekmiştir. Mısır, Babil ve Asur medeniyetlerinde de törenler ve telkin önemli yer tutmaktaydı. Tören ve telkinler iyileşmeyen hastalarda cerrahi müdahale ve ilaç tedavileri önerilmekteydi. Eski Yunan döneminde ise, Sokrat tüm organlar arasında etkileşim olduğundan bahsetmektedir ve hastaları bir bütün olarak ele almak gerektiğini söylemiştir. Modern tıbbın babası Hipokrat da bütünlükçü bir bakış açısı getirmiş ve Hastalıklara yol açan şeyin, hastanın bedeni, ruhsal durumu ve çevresi arasındaki dengesizlikler olduğunu belirtmiştir. 16.yy da ise Descartes’in “ruh bir tarafa, vücut bir tarafa” şeklindeki düalist görüşü egemen olmuştur ve bütünlükçü bir bakış açıdan uzaklaşma başlanmıştır (Kurt, 2010).

Psikosomatik sözcüğünü ilk kullanan ise; 1818 yılında JCA Heinroth olmuştur. Somatizasyon yani bedenselleştirme, duygusal çatışmaların bedene yansıtılarak bedensel belirtiler oluşturması şeklinde ele alınmaktadır (Karşlı, 2006).

Psikanalitik alanda, somatizasyon ile ilgili çok sayıda çalışma yapıldığını görmekteyiz. Psikanalitik görüşte zihin ve beden bir bütün olarak ele alınmıştır. Geleneksel Psikanalitik görüşte, somatizasyon, altta yatan bir psikopatolojinin dışa vurumudur. Kişi, bilinçaltı çatışmalarını, uygun olmayan savunmalarını, travmatik yaşam öyküsünü sözelleştirmeden yoksundur ve bu bastırılmış bilinçaltı olgular kendini bedenselleştirme yolu ile dışa vurmaktadır. Bu belirtileri sadece bedensel olarak ele almak eksik olacaktır bunlar bedensel oluşu kadar psikolojik belirtilerdir de (Çalık, 2003).

Ruhsal durumun bedensel hastalıklara etkisi ile ilgili çalışmalar sonucunda, o dönemlerde tedavide doktor görüşmeleri, psikanaliz, hipnoz ve grup tedavisi

önerilmiştir. 1940'lı yıllarda "American Psychosomatic Society"nin kurulması ile bu alandaki çalışmalar kurumsallaşmaya başlamıştır. 2003 yılı itibariyle de Psikosomatik tıp psikiyatrinin yeni bir üst uzmanlık dalı olarak ABD'de kabul edilmiştir (Özkan, 2012).

Psikosomatik belirtiler, kişilerin yaşam kalitelerini oldukça düşürmektedir. İş, genel hoşnutluk, özel yaşam gibi alanlarda verimi düşürmektedir. Bu yüzden de modern tıbbın çokça üzerinde durduğu ve araştırdığı bir alan olmuştur.

Psikosomatik şikâyetleri görüldükleri sistemlere göre sınıflandırabiliriz. Burada unutmamamız gereken bir konuda bir hastalığın psikosomatik olarak adlandırılabilmesi için, organik bir nedeninin olmaması gerektiridir (Öztürk, 1997; Akt. Kurt, 2010). Sonuç olarak, çalışmalarda psikosomatik belirtilerin stres ile ilişkisi üzerinde de durulmuştur. Çoğu zaman kişide olan stresin kısa vadede bir dışı vurumu olarak ele alınmaktadır bu belirtiler.

- (1) Kas-iskelet sistemi ile ilgili belirtiler: Eklem ağrıları, spazmodik tortikolis, miyofasyal ağrı sendromu gibi hastalıklar bu gruba girmektedir.
- (2) Beslenme ve Sindirim sistemi ile ilgili belirtiler: Sinirsel kusma, anoreksiya nervosa, obezite, mide ülseri, sinirsel kabızlık, mide kanaması, yeme sorunları (iki lokma arasında sofradan kalkma), mide ağrıları bu grup altında ele alınabilir.
- (3) Baş ve Ağrı: Aft, ağızda uçuk, behçet hastalığı, kas gerginliği ağrıları, migren, gibi hastalıklar psikosomatik özellik gösteren hastalıklardır.
- (4) Deri ile ilgili belirtiler: Psoriasis (sedef), egzema, ürtiker, gibi hastalıkları bu gruba örnek verebiliriz.
- (5) Dolaşım sistemi ile ilgili belirtiler: Koroner damar hastalığı, migren, esansiyel hipertansiyon, vazopressör senkop gibi hastalıklar psikosomatik özellikleri olan dolaşım sistemi hastalıklarından gösterilmektedir.
- (6) Üretim-boşaltım sistemi ile ilgili olanlar: Regl düzensizlikleri, cinsel işlev bozuklukları, yalancı gebelik, enurezis, enkoprezis gibi hastalıklar.

Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda, DEHB'de somatik belirtiler ele alınmıştır. Yapılan bir çalışmada, Dikkat eksikliği ve hiperaktivite tanısı alan ayaktan psikiyatri hastalarında Psikiyatrik hastalık eş tanılarında somatizasyon eş tanısı incelenmiştir

(Duran vd.,2013). Bunun yanı sıra yapılan çalışmalarda kullanılan SCL-90, Conners Aile Değerlendirme Formu gibi birçok ölçekte somatik semptomları ölçmektedir.

Schumacher (2002) tarafından yapılan bir çalışmada algılanan aile yetiştirme tutumları ile bedensel şikayetler arasında yüksek bir korelasyon bulunmuştur. Çocukluk ve gençlik çağında aileleri tarafından reddedilme hisseden kişilerde somatik şikayetler daha yoğun olarak bulunmuştur. Bunun yanı sıra çok sayıdaki çalışmada somatik şikâyetleri olan bireylerin çocukluk ve gençlik dönemlerinde, yaşam öykülerinde zorlu yaşam koşulları, cinsel istismar, kayıp ve ölüm, stresli olaylar gibi pek çok olumsuz durumun yaşandığını ortaya koymuştur (Türker, 2008).



İKİNCİ BÖLÜM: YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Bu araştırma, 2003-2015 yılları arasında NPİ Etiler Polikliniğine başvurmuş ve DEHB tanısı ile tedavisine başlanmış, 50'si kız ve 50'si erkek olmak üzere toplam 100 çocuk ve ergenin, hasta dosyalarının ve dosyalarında yer alan Connors Aile Değerlendirme Form'larının incelenmesini kapsayan retrospektif bir çalışmadır. "Retrospektif çalışma geriye dönük olup, daha önceden yapılmış kayıtların değerlendirilmesi veya etkin olabileceği düşünülen faktörlerin, önceki bulgularla değerlendirilmesi ile ortaya çıkan çalışmalardır" (Çelik, 2015).

2.2. EVREN VE ÖRNEKLEM

Çalışmanın örnekleme İstanbul ili, Avrupa yakası, NPİ Etiler Polikliniğine 2003-2015 yılları arasında tedavi için başvuran hastalardan oluşturulmuştur. Hastaların DEHB tanısı almış ve bu tanıyla tedavisine başlanmış olması, 3 ila 15 yaş arasında yer alması şartı aranmıştır. Örneklem grubu 50'si kız ve 50'si erkek olmak üzere 100 kişiden oluşmaktadır.

Dosyasında Connors Aile Değerlendirme Ölçeği yer almayanlar ve 15 yaşın üstü örneklemeler çalışma dışı bırakılmıştır.

2.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bu çalışmada kullanılan veri toplama araçları; Connors Aile Değerlendirme Ölçeği ve İstanbul NPİ Etiler Polikliniği hasta dosya kayıtlarıdır.

2.3.1. Connors Aile Değerlendirme Formu

Connors Derecelendirme Ölçekleri (CDÖ), başta hiperkinesis'li çocukların ilaç çalışmalarında kullanılmak için geliştirilmiştir. "CDÖ'nin hem iç güvenilirlik ve zaman

güvenirliliğinin bulunduğu, hem de yordama ve yapı geçerliliklerinin olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiş-tir” (Dereboy vd., 2007). Genellikle CDÖ'nin üç kullanım alanından bahsedilmektedir. Bunlar; çocuklarda görülen sorunlu davranışların saptanmasında genel bir tarama aracı olması, tanı netleştirmede yardımcı araç, tedavi sonuçlarının değerlendirilmesinde ölçüm aracı olmasıdır (Dereboy vd., 2007).

Ölçeğin Türkçe uyarlaması Dereboy ve arkadaşları tarafından 1998 yılında yapılmıştır. Ölçek tiplamada 48 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte sorular anne babalar tarafından 4'lü Likert skalası üzerinde yanıtlanmaktadır. “Hiç yok”, “biraz”, “oldukça fazla”, “çok fazla” seçenekleri sırasıyla “0”, “1”, “2” ve “3” olarak puanlanmaktadır.

Bu çalışmada kesme noktalarına koşut olarak, Davranım Sorunu alt ölçeği için 19, Ataklık/Hiperaktivite alt ölçeği için 7, Öğrenme Sorunu alt ölçeği için 10, Kaygı alt ölçeği için 8 puan ve üstünde yer alan deneklerin sorunlu alanda yer aldıkları kabul edilmiştir (Sener vd., 1998).

Conners Aile Derecelendirme Ölçeği'nin yeterli iç tutarlılığı yapılan uyarlama çalışmasında elde edilmiştir (CADÖ-48 için; .90). CADÖ-48 Ataklık/Hiperaktivite alt ölçeği dışında ise tüm alt ölçeklerin uyarlanması gerekmiştir. Dereboy ve arkadaşlarının yaptığı bu uyarlama çalışması ile, Conners Derecelendirme Ölçeklerinin (CDÖ) ve alt ölçeklerinin Türk çocuklarında özgün ve uyarlanmış olarak kullanılabilceği sonucuna ulaşılmıştır (Dereboy vd., 2007).

2.3.2. Hasta Dosya Kayıtları

İstanbul NPI Etiler Polikliniği'ne başvurmuş ve DEHB tanısı alarak tedavisine başlanmış 3-15 yaş arası seçilen 50 kız ve 50 erkek örneklemin hasta dosya kayıtları incelenmiştir. Dosya kayıtlarından yaş, eşlik eden tanıları ve DEHB'nin hangi alt tipin tanısını aldığı bilgileri alınmış ve analize tabi tutulmuştur.

2.4. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken parametrelerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile

değerlendirilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım göstermeyen iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Normal dağılıma uygunluk gösteren parametreler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Pearson korelasyon analizi, normal dağılıma uygunluk göstermeyen parametreler arasındaki ilişki için ise Spearman's Rho korelasyon analizi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: BULGULAR

Çalışma Ocak – Mart 2015 tarihlerinde 50'si (%50) erkek, 50'si (%50) kız olup toplam 100 olgu ile geriye dönük tarama yöntemi ile yapılmıştır. Yaşları 3 ile 15 yıl arasında değişmekte olup, ortalaması 8.52 ± 3.03 yıldır.

Tablo 3: Olgulara Ait Semptomların Dağılımı

Semptomlar	Min-Max	Ort±SS
Davranım Sorunu	0-29	7,99±6,34
Ataklık/Hiperaktivite	0-12	5,59±3,14
Öğrenme Sorunu	1-12	5,64±2,52
Kaygı	1-19	8,14±4,25
Psikosomatik	0-12	1,92±2,15

- Olguların davranım sorunu semptomları 0 ile 29 puan arasında değişmekte olup, ortalaması 7.99 ± 6.34 puandır.
- Olguların ataklık/hiperaktivite semptomları 0 ile 12 puan arasında değişmekte olup, ortalaması 5.59 ± 3.14 puandır.
- Olguların öğrenme sorunu semptomları 1 ile 12 puan arasında değişmekte olup, ortalaması 5.64 ± 2.52 puandır.
- Olguların kaygı semptomları 1 ile 19 puan arasında değişmekte olup, ortalaması 8.14 ± 4.25 puandır.
- Olguların psikosomatik semptomları 0 ile 12 puan arasında değişmekte olup, ortalaması 1.92 ± 2.15 puandır.

Tablo 4: Cinsiyetlere Göre Olgulara Ait Semptomların Değerlendirilmesi

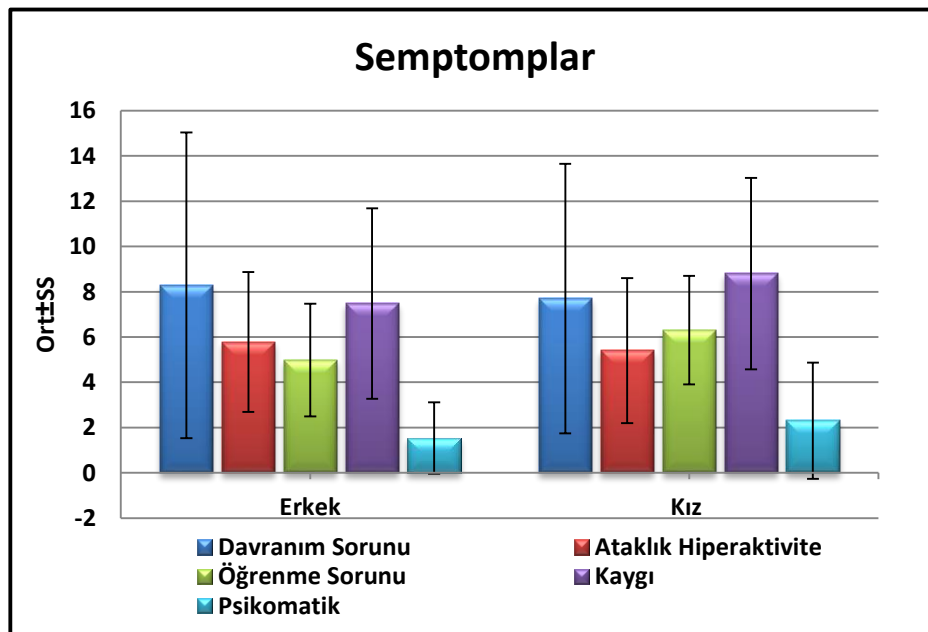
Semptomlar	Erkek	Kız	p
	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	
Davranım Sorunu	8,28±6,75 (7)	7,7±5,95 (6)	0,748
Ataklık Hiperaktivite	5,78±3,09 (6)	5,4±3,2 (5)	0,484
Öğrenme Sorunu	4,98±2,49 (5)	6,3±2,4 (6)	0,011
Kaygı	7,48±4,21 (6,5)	8,8±4,23 (8)	0,114
Psikosomatik	1,54±1,58 (1)	2,3±2,57 (1)	0,234

Mann-Whitney U Test

**p<0.05*

- Cinsiyetlere göre davranım sorunu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).
- Cinsiyetlere göre ataklık/hiperaktivite puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).
- Erkeklerin öğrenme sorunu puanı, kızlarınkinden anlamlı düzeyde düşüktür ($p:0.011$; $p<0.05$).
- Cinsiyetlere göre kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).
- Cinsiyetlere göre psikosomatik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Şekil 1: Cinsiyetlere Göre Olgulara Ait Semptomların Değerlendirilmesi



Tablo 5: Olgulara Ait Semptomların İlişkilerinin Değerlendirilmesi

	Davranım sorunu		Ataklık hiperaktivite		Öğrenme sorunu		Kaygı		Psikomatik	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Davranım sorunu	1,000	-	0,603	0,001**	0,410	0,001**	0,327	0,001**	0,213	0,033*
Ataklık hiperaktivite	0,603	0,001**	1,000	-	0,488	0,001**	0,138	0,172	0,195	0,049*
Öğrenme sorunu	0,410	0,001**	0,488	0,001**	1,000	-	0,470	0,001**	0,345	0,001**
Kaygı	0,327	0,001**	0,138	0,172	0,470	0,001**	1,000	-	0,345	0,001**
Psikosomatik	0,213	0,033*	0,195	0,049*	0,345	0,001**	0,345	0,001**	1,000	-
<i>Spearman's Rho Correlation Test</i>		<i>*p<0.05</i>		<i>**p<0.01</i>						

- Davranım sorunu ile ataklık/hiperaktivite puanları arasında pozitif yönde (%60.3) düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (r:0.603, p:0.001; p<0.01).
- Davranım sorunu ile öğrenme sorunu puanları arasında pozitif yönde (%41) düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (r:0.410, p:0.001; p<0.01).
- Davranım sorunu ile kaygı puanları arasında pozitif yönde (%32.7) düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (r:0.327, p:0.001; p<0.01).
- Davranım sorunu ile psikosomatik puanları arasında pozitif yönde (%21.3) düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (r:0.213, p:0.033; p<0.05).
- Ataklık/hiperaktivite ile öğrenme sorunu puanları arasında pozitif yönde (%48.8) düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (r:0.488, p:0.001; p<0.01).
- Ataklık/hiperaktivite ile kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (r:0.138, p>0.05).
- Ataklık/hiperaktivite ile psikosomatik puanları arasında pozitif yönde (%19.5) düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (r:0.195, p:0.049; p<0.05).

Tablo 6: Yaş İle Semptomların İlişkilerinin Değerlendirilmesi

	Yaş	
	r	p
Davranım Sorunu	0,100	0,324
Ataklık/Hiperaktivite	-0,090	0,374
Öğrenme Sorunu	0,015	0,879
Kaygı	-0,046	0,646
Psikosomatik	0,016	0,877

Pearson Correlation

- Yaş ile davranım sorunu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (r: 0.100, $p>0.05$).
- Yaş ile ataklık/hiperaktivite puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (r:-0.090, $p>0.05$).
- Yaş ile öğrenme sorunu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (r:0.015, $p>0.05$).
- Yaş ile kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (r:-0.046, $p>0.05$).
- Yaş ile psikosomatik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (r:0.016, $p>0.05$).

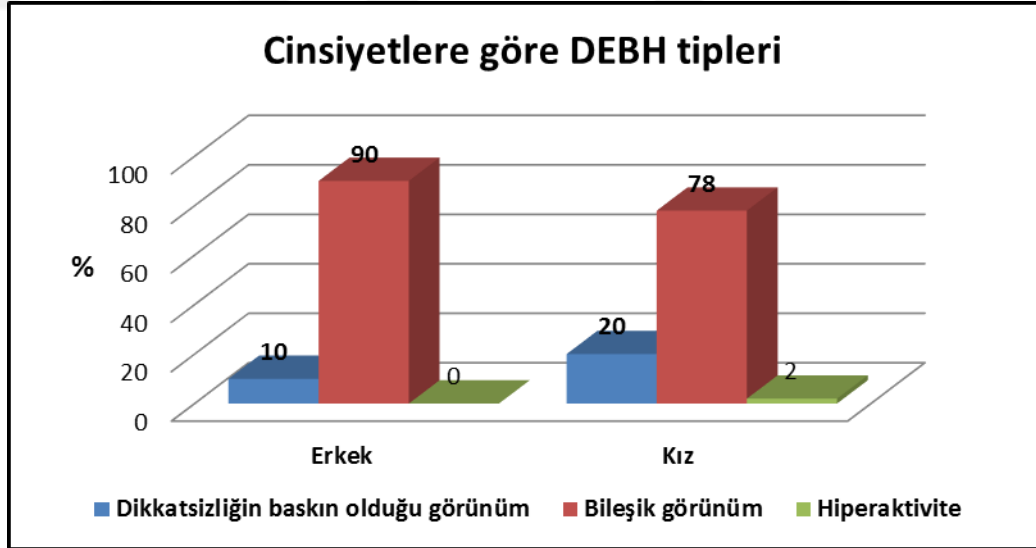
Tablo 7:Cinsiyetlere göre DEBH tiplerinin değerlendirilmesi

	Erkek	Kız	P
	n (%)	n (%)	
Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm	5 (%5)	10 (%20)	0,213
Bileşik görünüm	45 (%90)	39 (%78)	
Aşırı hareketliliğin baskın olduğu görünüm	0 (%0)	1 (%2)	

Ki-Kare Test

Cinsiyetlere göre DEBH çeşitlerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Erkek olguların 5'inde (%5) dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm, 45'inde (%90) bileşik görünüm görülürken hiçbirinde Aşırı hareketliliğin baskın olduğu görünüm görülmemektedir. Kız olguların 10'unda (%20) dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm görülürken 39'unda (%78) bileşik görünüm ve 1'inde (%2) aşırı hareketliliğin baskın olduğu görünüm görülmektedir.

Şekil 2: Cinsiyetlere göre DEBH tiplerinin değerlendirilmesi



Tablo 8: DEHB tanılarına eşlik eden tanıların dağılımı

	n	%
DEHB + Anksiyete	17	32,7
DEHB +ÖGG	13	25
DEHB + Sosyal Fobi	3	5,8
DEHB + Depresyon	3	5,8
DEHB + İnternet Bağımlılığı	3	5,8
DEBH + Akıcılık Bozukluğu	2	3,8
DEBH + Tik Bzk.	2	3,8
DEHB + Davranım Bozukluğu	1	1,9
DEHB + Mental Retardasyon	1	1,9
DEHB + Dürtü Kontrol Bozukluğu	1	1,9
DEHB + Obsesyon	1	1,9
DEHB + Enkoprezis	1	1,9
DEHB + Anksiyete + ÖÖG	2	3,8
DEHB + Anksiyete + Tik Bzk.	1	1,9
DEHB + OKB + Enürezis	1	1,9

Olguların 17'sinde (%32.7) DEHB tanısına anksiyete, 13'üne (%25) ÖÖG, 3'ünde (%5.8) sosyal fobi, 3'üne (%5.8) depresyon, 3'üne (%5.8) internet bağımlılığı, 2'sinde (%3.8) akıcılık bozukluğu, 2'sine (%3.8) tik bozukluğu, 1'ine (%1.9) davranım bozukluğu, 1'ine (%1.9) mental retardasyon, 1'ine (%1.9) dürtü kontrol bozukluğu, 1'ine (%1.9) obsesyon, 1'ine (%1.9) enkoprezis, 2'sine (%3.8) anksiyete ile ÖÖG, 1'inde (%1.9) anksiyete ile tik bozukluğu ve 1'inde (%1.9) OKB ile enürezis eşlik etmektedir.

SONUÇ VE TARTIŞMA

Araştırma, DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerden oluşan 100 adet örneklem üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın sonuçları göstermiştir ki, kızlarda (erkeklerle kıyasla) öğrenme sorunu semptomları daha sıkça görülmektedir. Bununla birlikte, erkek çocuklarında hiperaktivite ve davranım sorunlarının daha sık görüldüğüne dair destekleyici bir sonuç ile karşılaşılmamıştır. Aşağıda, hipotezlerin sırası izlenerek araştırmanın tüm sonuçları detaylıca sunulmakta ve literatürdeki çalışmalara atıfla sonuçlar tartışılmaktadır.

Bulgular, araştırmanın temel hipotezlerinden ilki olan “Öğrenme sorunu/dikkat eksikliği semptomları erkek çocuklara nazaran kız çocuklarında yüksek sıklıkta görülmektedir” yönündeki ilk hipotezi desteklemektedir. Araştırma kapsamında cinsiyetlere göre olgulara ait semptomlar karşılaştırılmış ve erkeklerin öğrenme sorunu puanı kızlarınkinden anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p:0,011$; $p<0,05$), (Tablo 4). %95 güven aralığındaki bu bulgu ilk hipotezi desteklemektedir. Bir başka deyimle, DEHB tanısı alan çocuk ve ergen kızlar daha fazla öğrenme sorunları yaşamaktadır.

Araştırmanın en önemli ikinci sonucu ise davranım sorunu ve ataklık/hiperaktivite bakımından cinsiyete göre anlamlı bir farklılığın görülmemesidir. Araştırmanın bir diğer temel hipotezi olan “Hiperaktivite ve davranım sorunu semptomları kız çocuklarına nazaran erkek çocuklarında yüksek sıklıkta görülmektedir” ikinci hipotezi bulgularca desteklenmemiştir. Bir başka deyimle, davranım sorunu ve ataklık/hiperaktivite bakımından kız ve erkek gruplarında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Araştırmada, ayrıca (1) dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm, (2) aşırı hareketlilik/dürtüsellik baskın olduğu görünüm ve (3) bileşik görünüm olmak üzere üç alt tipin cinsiyete göre değişimi analiz edilmiştir. Her iki cinsiyet grubunda da en çok karşılaşılan alt tipin “bileşik görünüm” olduğu görülmüştür (Tablo 7). Araştırmanın sonucunda, cinsiyete göre DEHB çeşitlerinin dağılımları arasında ($p>0,05$) %95 güven aralığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Beklenenin aksine, anlamlı bir ilişkiye ulaşılamamıştır.

Araştırmanın sonuçları literatürdeki birtakım çalışmalar ile paralellik taşımamakta olduğu ve örnekleme bağlı olarak değişkenlik gösterdiği görülmüştür. Sözelimi Tahiroğlu ve arkadaşlarının (2005) yaptığı bir çalışmada da DEHB alt tipleri cinsiyetler açısından karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada da “bileşik tip” her iki grupta en baskın görülen alt tip olmuştur. Buna karşın, araştırmada her iki cinsiyet grubu ile alt tipler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Erkek grubu ile “aşırı hareketliliğin önde olduğu tip” arasında ve benzer şekilde, kız grubu ile “dikkatsizliğin önde olduğu tip” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

DEHB tanılı olgulara eşlik eden tanılar incelendiğinde ise; DEHB tanısına sıklıkla anksiyete bozukluğu (%32,7), özel öğrenme güçlüğü (%25), sosyal fobi internet bağımlılığı ve depresyon (%5,8) oranında eşlik ettiği bulunmuştur. Diğer eşlik eden tanıların ise daha düşük seviyelerde seyrettiği bulunmuştur. Bunlar; %3,8 oranında anksiyete ile ÖÖG, acıılık bozukluğu, tik bozukluğu, %1,9 ile davranım bozukluğu, mental retardasyon, dürtü kontrol bozukluğu, obsesyon, enkoprezis, anksiyete ile tik bozukluğu ve OKB ile enürezis eşlik etmektedir.

Bulgularımızla paralel olarak, DEHB’ye eşlik eden psikiyatrik tanılarını araştıran bir çalışmada DEHB’de en sık görülen komorbid bozukluğun anksiyete bozukluğu olduğu bulunmuştur (Aysev ve Öner, 2001). Genel olarak ise, yapılan çalışmalarda DEHB ve Öğrenme Güçlüğü’nün komorbiditesi yüksek olarak belirtilmektedir (Weis, 2002).

Sosyal Fobi ile DEHB komorbiditesi çok sık araştırılan bir konudur. 6-18 yaş arası gençlerle yapılan bir çalışmada DEHB’de dikkat eksikliği baskın grubun sosyal fobi eş tanı oranı %23,9 olarak bulunmuştur (Koyuncu ve Binbay, 2014). Sosyal fobi, DEHB’ye eşlik eden tanılar arasında yer almakla birlikte Koyuncu ve Binbay’ın bulgularından daha düşük olarak, %5,8 olarak bulunmuştur.

Araştırmada ayrıca DEHB tanılarına eşlik eden tanıların cinsiyet bakımından dağılımlarının analiz edilmesi hedeflenmekteydi. Fakat DEHB tanılarına eşlik eden 13 farklı tanının dağılımı 2 tanıda yoğunlaştığı ve geri kalan tanıların dağılımı çok düşük seviyelerde kaldığı için araştırmada DEHB’ye eşlik eden tanılar cinsiyet açısından karşılaştırılmamıştır.

Araştırmanın bir diğer bölümünde ise yaş faktörü ile semptomların ilişkileri analiz edilmiştir. Yaşların 3-15 arasında değiştiği örneklem grubu üzerinde yapılan analiz sonuçlarına göre yaş ile bu semptomların hiç biri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı sonucuna varılmıştır (Tablo 6).

Tez kapsamında analiz çalışması yapılan bir diğer konu, olgulara ait (a)davranım sorunu (b)ataklık-hiperaktivite (c)öğrenme sorunu (d)kaygı (e)psikosomatik semptomların ilişkiselliğidir. Ataklık-hiperaktivite ile kaygı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur. Fakat geri kalan tüm semptomların (genel olarak %99 güven aralığında) aralarında pozitif korelasyon olduğu bulunmuştur (Tablo 5).

Sonuç olarak, DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerde karşılaşılan semptomlarda, cinsiyet açısından farklılık söz konusudur. Örneklem sayısının artırıldığı bir çalışmada, alt tipler ile semptomlar arasındaki ilişkiler ve eşlik eden tanıların cinsiyet açısından farkları da saptanabilecektir.

DEHB alt tiplerinin ve eşlik eden tanıların yer verildiği çalışmalar, klinik tabloyu daha iyi detaylandırmak ve daha iyi anlamak açısından önem arz etmektedir. DEHB var olan semptomları inceleyerek tanısı konulan bir bozukluktur. Bu yüzden DEHB'nin daha iyi anlaşılmasında semptomlara yönelik yapılacak çalışmalar çok önemli bir yer tutmaktadır. Tanı ve tedavinin planlanmasında çocuk ve ergenlerin gösterdikleri semptomlar, DEHB alt tipleri ve eşlik eden tanıların iyi analiz edilmesi faydalı olacaktır.

KAYNAKÇA

- Abalı, O. (2009). Hiperaktivite ve Dikkat Eksikliği, Adeda Yayınevi.
- Abalı, O. , Onur, M., Gürkan, K., Çelik, Ö. Ve Tüzün, ÜD, (2006),“İlköğretim Çağı Çocuklarındaki Davranım Bozukluğu Semptomlarının Sosyodemografik Verilere Göre Değerlendirilmesi” Düşünen Adam Dergisi, 19 (1) : 14- 19.
- Ackerman, P., Kappelman, M., (1984). Çocuğunuzun Sorunları. Davranışlar ve Nedenleri. T. Tangu, Çev. Cep Kitapları: 36. Yaşam Dizisi:1. Ankara, Doğuş Matbaası..
- Arnsten, F.T.A,. (2009). “Toward a New Understanding of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Pathophysiology: an important role for prefrontal cortex dysfunction”CNS Drugs, pp 33-41.
- Atalay, S. (1977). Korku, Hiperaktif Çocuklar, Kıskançlık, Çocukta Cinsel Eğitim. Çocuk Gelişimi ve Eğitimi El Kitabı. Ankara,H.U. Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Bölümü, s.99-109.
- Barkley R.A, Murphy K.R, (2006). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, A Clinical Workbook, (Elektronik Sürüm). (3 rd edition). New York: Guilford Pres.
- Bauermeister, J.J., Shrout, P.E., Chávez, L., Rubio-Stipec, M., Ramírez, R., Padilla, L., Anderson, A., García, P., and Canino, G. (2007). “ADHD and Gender: Are Risks and Sequela of ADHD The Same for Boys and Girls?”, The Journal Of Child Psychology And Psychiatry, 48 (8), 831-839.
- Bilge, R. (2013). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanısı Olan Çocukların Anne Babalarının Kişilik Özelliklerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Yönetimi ve Denetimi Anabilim Dalı, İstanbul.
- Bilgiç A. (2011). “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Bir Grup Çocukta Anksiyete Bozukluklarının Görülme Sıklığı” Selçuk Tıp Dergisi; 28(1):39-41
- Byun, H., Yang, J., Lee, M., Jang, W., Kim, J.H., David, S., Joung, Y.S. (2006). “Psychiatric comorbidity in Korean Children and adolescents with ADHD: Psychopatology According to Subtype”. Yonsei Medikal Journal 47(1):113-121.
- Çalık T. (2003). “Eğitimde Stratejik Planlama Ve Okulların Stratejik Planlama Açısından Nitel Değerlendirilmesi.” Kastamonu Eğitim Dergisi, 251-268.
- Çayır, A. (2009). Öğrenme Güçlüğü Çeken Bir İlköğretim 3. Sınıf Öğrencisinin Kaynaştırma Sınıfındaki Sosyal Uyum Becerilerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İlköğretim Anabilim Dalı, Sınıf Öğretmenliği Bilim Dalı, Konya.
- Çuhadaroğlu, Ç.F., Ulay, T., Dinç, G., Tüzün Z., Evinç, G., Tasgın, E. (2007), Çocuklukta dikkat eksikliği hiperaktivite rahatsızlığı (DEHB) tanısı almış olan ergenlerde psikiyatrik komorbidite. HÜTF Bilimsel araştırmalar birimi destekli tamamlanmış proje, Proje no: 0501101008, Ankara.

- Çuhadaroğlu, Ç.F., Coşkun, A., İşeri, e., Miral S., Matavallı, N., Pehlivan Türk, B., Türkbay, T., Uslu, R., Ünal, F. (Ed.) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı, Ankara. Hekimler Yayın Birliği. (s.293-312)
- Deniz, M.E., Yorgancı, Z., Özyeşil, Z. (2009). “Öğrenme Güçlüğü Görülen Çocukların Sürekli Kaygı Düzeyleri Ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi Üzerine Bir Araştırma.” İlköğretim Online, 8(3), 694-708. <http://ilkogretim-online.org.tr>
- Dereboy Ç., Şenol, S., Şener, Ş., Dreboy, F. (2007). “Connors Kısa Form Öğretmen ve Ana Baba Derecelendirme Ölçeklerinin Geçerliliği” Türk Psikiyatri Dergisi, 18(1):48-58
- Doğaroğlu, T.K, (2013). Türkiye’de Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile İlgili Çalışmaların Yürütüldüğü Lisansüstü Tezlerin İncelenmesi.” Bilgisayar ve Eğitim Araştırmaları Dergisi. Cilt 1 Sayı 2, 90-112.
- Duran, Ş. (2007). 9.10.11 Yaşındaki Çocukların Zihinsel Gelişim Ve Benlik Saygısına Ailenin Sosyo-Ekonomik Düzeyinin Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Duran Ş., Fıstıkçı, N., Keyvan, A., Bilici, M., Çalışkan, M. (2013). “Ayaktan Psikiyatri Hastalarında Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu: Yaygınlık Ve Eş Tanılar.” Türk Psikiyatri Dergisi.
- Durukan, İ., Karaman, D., Kara, K., Türker, T., Tufan, A.E., Yalçın Ö., Karabekiroğlu K., (2011). “Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Hastalarda Tanı Dağılımı.” Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 24:113-120.
- Enç, M. (1978). Ruh Sağlığı Bilgisi, Bilim ve Kültür Eserleri Dizisi, İstanbul. İnkılap ve Aka Basımevi.
- Ercan S.E., Aydın C., (2007). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. (15. baskı). İstanbul: Gendaş Kültür Yayınları.
- Ercan, S., Aydın, C. (2012). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. (3. bs). İstanbul: Pupa Yayınları.
- Erman, O., Turgay, A., Öncü, B., Urdarivic, V. (1999). “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuk ve Gençlerde Yaş ve Cinsiyet Farklılıkları.” Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 6(1):12-18.
- Evrensel A., Alparslan S., Yorbik, Ö. (2015). “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Çocuklarda Doğum Sırası” Anadolu Psikiyatri Dergisi, 16:69-73
- Faraone, S., Biederman, J. (1998). “Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder.” Biol Psychiatry, 44:951-958.
- Fitzgerald, M., Bellgrove, M., Gill, M. (2007). Handbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. USA: John Wiley & Sons, Ltd.
- Güven, E. (2013). Çocuğun Davranış Sorunları İle Algıladığı Anne Baba Çatışması Arasındaki İlişkiler Duygu Sosyalleştirmenin Aracı Rolü. Yüksek Lisans Tezi,

Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji (Uygulamalı) Anabilim Dalı, Ankara.

- Hayta, M.K. (2011). Biraz Hiperaktifiz Galiba. (1. baskı). İstanbul, Timaş Yayınları.
- Hechtman L, McGough, JJ. (2007). Dikkat Eksikliği Bozuklukları. In: Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (Çev: Öner Ö, Aysev A.). Aydın H, Bozkurt A. (Editörler)., 8.baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi, 3183-3205.
- Kaner, S., Büyüköztürk, Ş., İşeri, E. (2013). "Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa: Türkiye Uyarlama Çalışması." Eğitim ve Bilim, cilt:38, Sayı:167.
- Karşlı, E. (2008). Kişiler Arası Tarz, Kendilik Algısı, Öfke ve Psikosomatik Bozukluklar. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji (Uygulamalı/Klinik Psikoloji) Anabilim Dalı, Ankara.
- Kayaalp, L. (2008). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi No:62. S:147-152
- Koptagel, G. (2001). Davranış Bilimleri Tıpsal Psikoloji, İstanbul, Nobel Kitapevleri.
- Köknel, Ö.,(1981). Aile de ve Toplumda Ruh Sağlığı. İstanbul, Hürriyet Yayınları.No:264
- Köroğlu, 2004., Özusta, Ş., (1993). Çocuklar İçin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterinin Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Köroğlu, E., (2000). Amerikan Psikiyatri Birliği, DSM- IV- TR Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı (Gözden geçirilmiş 2. bsk). Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- Köroğlu, E., (2013). Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-V), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- Kurt, N.B. (2010). Mobbing Ve Psikosomatik Belirtiler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Bir Kamu Kuruluşu Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, İnsan Kaynakları Programı, İzmir.
- Marshall, R., Neill, P., Theodosiou, L. (2011). "Prevalence Of Attention Deficit Hyperactivity Symptoms in Parents Of Children Diagnosed With The Condition." Procedia Social and Behavioral Sciences. 15, 3056-3058.
- Mesulam, M. M. (Ed) (2004). Dikkat Şebekeleri, Konfüzyonel Durumlar ve İhmal Sendromları: Davranışsal ve Kognitif Nörolojinin İlkeleri. 2. Ed. Gürvit, H. İstanbul, Yelkovan.
- Morgan, A.E., Hynd, G.W., Ricco C.A., Hall, J. (1996). "Validity of DSM-IV ADHD predominantly inattentive and combined types: relationship to previous." Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry, 35(3); 325-333.
- Öncü, B., Şenol, S. (2002) "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Etiyolojisi: Bütüncül Yaklaşım." Klinik Psikiyatri Dergisi, 5:111-119

- Öner, P., Aysev, A.S., Dikmeer, İ.A. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Ve Özgül Öğrenme Güçlüğü Bilgilendirme Kitapçığı. Sitede mevcut (www.turkpsikiyatri.org/arsiv/adhd-brosur-anababa.pdf)
- Öner, Ö., Aysev, A.S. (2007). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. İçinde: Aysev, A.S., Taner, Y.I. (Editörler). Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları,(1. Baskı) İstanbul, Golden Print, 397-421.
- Özen, Y., Gülaçtı F., Kandemir M. (2002). “Öğrenme Yetersizliği İle Dikkat Eksikliği Aşırı Hareketliliğin Karşılaştırılması.” Erzincan Eğitim Fakültesi Dergisi Cilt-Sayı: 4-1
- Özge, A., Toros, F., Çömelekoğlu, Ü., Kaleağası, H. (2007). “Quantitative EEG Analysis in Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorders [Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu olan Çocuklarda Kantitatif EEG Analizi].” Nöropsikiyatri Arşivi, 44, 19-27
- Özkan, T.S. (2012). Geleneksel Tıpta İyileşmenin İnanç Boyutu Üzerine Kuramsal Yaklaşımlar: Psikosomatik Tıp, Plasebo Etkisi ve Kuantum İyileşme. Milli Folklor. Sitede mevcut <http://www.millifolklor.com>
- Özmen, S.K. (2010). “Okulda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)”. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, Cilt 6, Sayı 2, ss.1-10.
- Öztürk, M., Kemal, S., Tüzün, Ü., Kandil, S.T. (2000). “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu’nda Metilfenidat ve Benlik Saygısı.” Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 10,139-143.
- Palmer, E.D., Finger, S., (2001). “An Early Description of Attention Deficit Hyperactivity Disorder.” Child Psychology and Psychiatry Review, 6 (2), 66-73.
- Pazvantoğlu, O., Akbaş, S., Sarısoy, G., Baykal, S., Korkmaz, I.Z., Karabekiroğlu K., Böke, Ö. (2014). “DEHB Tanılı Çocukların Ebeveynlerinde DEHB ile İlişkili Bazı Sorunlu Yaşam Olayları.” Düşünen Adam Dergisi, The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences. 27:61-68
- Polanczyk, G., and Jensen, P. (2008). “Epidemiologic Considerations in Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Review and Update.” Child And Adolescent Psychiatrc Clinics North America, 17 (2), 245-260.
- Seawell, M. (2010). Family Narratives of ADHD: Labels Promoting Change. Yayınlanmış Doktora Tezi, Our Lady Of The Lake University, Texas.
- Selçuk, Z. (2002). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktif Çocuklar. (3. baskı). Ankara, Pegem A Yayıncılık.
- Silver, L.B. (2004). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Clinical Guide to Diagnosis and Treatment for Health and Mental Health Professionals (Third edition). Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Stanton, B.F. and Behrman, R.E. (2007). The Field of Pediatrics. In R.M. Kliegman, R.E. Behrman, H.B. Jenson and B.F. Stanton (Eds.), Kliegman: Nelson Textbook of Pediatrics, (18th ed.) (p.5-34). Philadelphia, PA: Saunders Elsevier.

- Şengül, C.B., Şengül, C., Telci Ş., Dilbaz N. (2004). “Erken Erişkinlikte Tanı Konan İki Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olgusu.” Klinik Psikiyatri; 7:51-56
- Şenol, S. (2006). Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı. Ankara, HYB Yayıncılık.
- Şenol, S., İşeri, E., Koçkar, A.İ. (2006). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Dikkati Dağılık, Yerinde Duramayan Çocuklara Doğru Yaklaşımlar, Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- Tahiroğlu, A., Çelik, G., Avcı, A., Seydaoğlu G.(2009).“Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Kliniğine Başvuran Ergen Hastaların Özellikleri.” Türk Psikiyatri Dizin, 47(3):142-146.
- Tahiroğlu, A.Y., Avcı, A., Fırat, S., Seydaoğlu, G. (2005). “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Alt Tipleri.” Anadolu Psikiyatri Dergisi, 6:5-10.
- Tanör, Ö.Ö. (1982). “Anksiyetenin Öğrenme ve Hafızaya Etkisi”. Psikoloji Dergisi, 16. Cilt, Sf. 31-35. İstanbul.
- Toros, F., ve Tataroğlu, C. (2002). “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Sosyodemografik Özellikler, Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri.” Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi, 9 (1), 23-31.
- Torun, N.Y., Özşahin, A., Sütçügil, L. (2009). “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Yetişkinlikteki Yansımaları.” Klinik Psikiyatri; 12:43-50
- Türe F.S., (2010). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların (8-12 Yaş) Değişik Anne Tutumlarına Göre Benlik Saygı Düzeylerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.
- Türker, A.V. (2008). Çalışan Bireylerin Anne-Babalarına Yönelik Algıladıkları Çocuk Yetiştirme Davranışları İle Benlik Saygıları, Örgütsel Tutumları Ve Psikosomatik Şikâyetleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Bölümü, Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.
- Weis, M., Weis, G. (2002), Attention deficit hyperactivity disorder. In: Lewis M (ed). Child and Adolescent Psychiatry (3.ed). Philadelphia, Lippincott WilliamsveWilkins 605.
- Weiss, M., Murray C. (2003). “Assessment and Management of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Adults.” CMAJ, 168 (6), 715-722.
- Wender, P.H., Reimherr, F.W., Wood, D.R. (1981). “Attention Deficit Disorder ('Minimal Brain Dysfunction') in Adults. A Replication Study of Diagnosis and Drug Treatment.” Arch Gen Psychiatry, 38 (4), 449-456.
- Yalom, İ. (2008) Ergen Terapisi (1.basım) (çev. Şallı, Y.Ö) İstanbul, Prestij yayınları.
- Yılmaz, G. (2009) Cinsel İstismara Uğramış ve Uğramamış 6-12 Yaş Grubundaki Çocukların Aile Resmi Çizimleri, Davranış Sorunları ve Ailelerin İşlevsel Özelliklerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

EKLER

Ek-1: Conner's Aile Değerlendirme Formu

Çocuğun Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Formun doldurulduğu tarih:

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

	Hiç yok	Biraz	Oldukça fazla	Çok fazla
1. Cildinin, vücudunun veya eşyalarının bazı kısımlarıyla oynar veya yolar (ör: tırnaklar, parmaklar, saçlar veya kıyafetler)				
2. Kendinden yaşça büyüklere karşı küstahça davranır.				
3. Arkadaş edinmekte 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 duramaz, her an hareket halindedir.				
14. Zarar vericidir. (Eşyalara).				

	Hiç yok	Biraz	Oldukça fazla	Çok fazla
15. Gerçekle ilgisi olmayan hikâyeler uydurur veya yalan söyler.				
16. Utangaçtır.				
17. Yaşıtlarına göre konuşması farklıdır. (Ör: Bebeksi konuşma, kekeleme; anlaşılması güç konuşma)				
18. Yaşıtlarına göre başı daha çok derde girer.				
19. Hatalarını inkâr eder veya başkalarını suçlar.				
20. Kavgacıdır.				
21. Somurtur, surat asar veya küser.				
22. Çalma huyu vardır.				
23. Kurallara uymaz veya uyarken gönülsüzdür.				
24. Diğer çocuklara göre daha endişelidir. (Yalnızlık, hastalık ve ölümle 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 belli bir süre bir konu üzerinde toplayamaz, dikkatini sürdürmekte zorluk çeker.				
32. Baş ağrıları vardır.				
33. Mizacı ya da duyguları ani ve belirgin olarak değişir.				

	Hiç yok	Biraz	Oldukça fazla	Çok fazla
34. Kuralları veya sınırları 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 yenildiğinin hissine kapılır.				
46. Övünür, yüksekte atar.				
47. Kendisine kötü davranılmasına ses çıkarmaz.				
48. Bağırsakları sık sık bozulur, tuvalet alışkanlığı düzensizdir, kabız kalır.				

Ek-2: Özgeçmiş

Kişisel Bilgiler:

Adı/Soyadı: Meltem Sezer

Doğum Tarihi ve Yeri: 21.05.1988 – Kadıköy

Eğitim durumu:

Lise : Üsküdar Halide Edip Adıvar Lisesi 4,2 / 5 06.2005(Sosyal Bilimler)

Üniversite : Maltepe Üniversitesi - (Çift Ana Dal) Başarı Bursu (%100)

- Fen Edebiyat Fakültesi – Psikoloji (83,2/100) (09.2007- 06.2011)
- İletişim Fakültesi, Halkla İlişkiler ve Tanıtım Bölümü (91,3/100) (09.2006– 06.2011)

Yabancı Dil(ler) ve düzeyi:

İngilizce

Okuma: Orta Düzey **Yazma:** Orta Düzey **Konuşma:** Başlangıç Düzeyi

Fransızca

Okuma: Başlangıç Düzeyi **Yazma:** Başlangıç Düzeyi **Konuşma:** Okuma: Başlangıç Düzeyi

İş deneyimi:

- 09.2014 - ... Sihirli Orman Anaokulları – İstanbul, Psikolog (Yarı zamanlı)
- 04.2012 - ... Dr. Sima Arslan Konuşma Terapisi ve Psikoterapi Merkezi – İstanbul, Psikolog (Yarı Zamanlı)
- 10.2011 - 04,2012 Özel Avrupa Küçümen Gündüz Bakım Evi, İstanbul– Psikolog ve Sorumlu Müdür (Yarı Zamanlı)
- 08.2011 - 04,2012 Özel Avrupa Rehabilitasyon Merkezi, İstanbul - Psikolog (Tam Zamanlı)