

**T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK-ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ ÇOCUK-ERGEN RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN VE DİKKAT
EKSİKLİĞİ -HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI KONULAN
ÇOCUKLARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE
KOMORBİD PSİKİYATRİK TANILAR**

UZMANLIK TEZİ

DR. SERKAN KARADENİZ

TRABZON-2016

**T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK-ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ ÇOCUK-ERGEN RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN VE DİKKAT
EKSİKLİĞİ -HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI KONULAN
ÇOCUKLARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE
KOMORBİD PSİKİYATRİK TANILAR**

UZMANLIK TEZİ

DR. SERKAN KARADENİZ

**TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. SEMA TANRIÖVER KANDİL**

TRABZON-2016

ÖNSÖZ

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu(DEHB) hastalarının asistanlık hayatım boyunca en çok gördüğüm ve beraber çalışmaktan en çok keyif aldığım hasta grubu olması bu tez konusunu seçmemdeki ana sebebi. Bu çalışmada bu gruba ait sosyodemografik özellikleri ve DEHB'ye ek psikiyatrik hastalıkları saptayarak bu hastaların tedavilerinde daha etkin modaliteler oluşturabilmeyi hedefledik. Bu yüzden sık görülen bu hastalıkla ilgili saptadığımız verilerin literatüre katkı sağlayacağını düşünmekteyim.

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi, deneyim, sevgisi başta olmak üzere her türlü özverisini tüm içtenliğiyle yanımda hissettiğim, gerek mesleki gerek insani yönünü kendime her zaman örnek aldığım anabilim dalı başkanımız ve tez danışmanım saygıdeğer hocam Prof.Dr. Sema KANDİL'e,

Yine uzmanlık eğitimine başladığım ilk günden bu yana bilgi ve deneyimlerinin yanı sıra dostluğunu da esirgemeyen, mesleğime olan ilgim ve sevgimde büyük payı olan Yrd.Doç.Dr Mutlu KARAKUŞ'a teşekkür ederim.

Çocuk Nöroloji rotasyonum sırasında ve sonrasında tecrübeleriyle ve yakın ilgileriyle eğitimime katkıda bulunan Prof.Dr.Ali Cansu ve Yrd.Doç.Dr.Tülay KAMAŞAK'a, Erişkin Psikiyatri rotasyonumda birlikte çalıştığım değerli hocalarıma ve her koşulda yardımlarını esirgemeyen değerli arkadaşım Dr.Hasret KARABULUT GÜL'e,

Uzmanlığa giden bu uzun ve zorlu yolda omuz omuza yürüdüğüm acıyı tatlıyı birlikte paylaştığım, birlikte bir aile olduğumuz başta Dr.Canan İNCE olmak üzere çalışma arkadaşlarım Dr.Çilem BİLGİNER, Dr.Büşra DURAN, Dr.Sümeysra KARAGÖZ, Dr.Gülşah BAKİ, Dr.Emirhan ASLAN, Dr.Damla BULUT, Dr.Yasemin ÇELİK'e teşekkürü borç bilirim.

Gerek biz hekimlerin gerek hastaların her türlü stresini yansıttığı buna rağmen özverili çalışmalarından ödün vermeyen bölümümüzün olmazsa olmaz gizli kahramanları sekreterlerimiz Ülker YAZICI ve Sefa AKSU'ya,

Her sabah hastaneye gittiğimde enerjileriyle, neşeleriyle beni motive eden, beni hayatlarının bir parçası yapan koca yürekli hastalarım ve ailelerine de teşekkür ediyorum.

Sevgileriyle her türlü zorluğu aşmamda yardımcı olan annelerim Züleyha KARADENİZ ve Sevgül KÜÇÜKTEPE'ye , onlar gibi fedakar bir baba olabilmek için uğraştığım babalarım Mustafa KARADENİZ ve Cihat KÜÇÜKTEPE'ye, sevgili kardeşlerim Özlem KARADENİZ ve Burak KÜÇÜKTEPE'ye, 15 yıl önce ilk gördüğümde aşık olduğum ve hayatımın en büyük şansını olan biricik eşim Zehra Merve KARADENİZ'e ve 2014 yılının onuncu ayının onuncu

gününde hayatımıza güneş gibi doğan, yaşam enerjimi tazeleyen, gözlerinde tüm dertlerimi unuttuğum canım kızım Ela'ma sonsuz teşekkürler...

Dr.Serkan KARADENİZ

Trabzon-Haziran 2016



İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
1. Giriş	1
2. Genel Bilgiler	2
2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	2
2.1.1. Tanımlama ve Tarihçe	2
2.1.2. Epidemiyoloji	4
2.1.3. Etiyopatogenez	6
2.1.3.1. Genetik	6
2.1.3.1.1. Moleküler Genetik Çalışmalar	6
2.1.3.2. Nöroanatomik Faktörler	7
2.1.3.3. Nörotransmitterler İle İlgili Değişiklikler	8
2.1.3.4. Çevresel Risk Faktörler	9
2.1.3.5. Nörolojik Hastalıklar	10
2.1.3.6. Nöropsikolojik Veriler	11
2.1.3.7. Nörofizyolojik Veriler	11
2.1.3.10. Diğer Hastalıklar	11
2.1.4. Klinik Özellikler	12
2.1.5. Değerlendirme	16
2.1.6. Tanı	18
2.1.7. Eşlik Eden Hastalıklar	20
2.1.7.1. DEHB ve Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu	21
2.1.7.2. DEHB ve Davranım Bozukluğu	22
2.1.7.3. DEHB ve Uyku Bozuklukları	23
2.1.7.4. DEHB ve Anksiyete Bozuklukları	24
2.1.7.5. DEHB ve Depresyon	24
2.1.7.6. DEHB ve Bipolar Bozukluk	25
2.1.7.7. DEHB ve Öğrenme Bozuklukları	25
2.1.7.8. DEHB ve Tik Bozuklukları	26

2.1.7.9. DEHB ve Gelişimsel Koordinasyon Bozukluğu	26
2.1.7.10. DEHB ve Zeka Geriliği	27
2.1.7.11. DEHB ve Epilepsi	27
2.1.7.11. DEHB ve Kafa Travması	28
2.1.8. Ayırıcı Tanı	28
2.1.9. Tedavi yaklaşımları	29
2.1.9.1. Psikososyal Eğitim	30
2.1.9.2. Aile Tedavisi, Davranış Yönetim Teknikleri	30
2.1.9.3. Okul Görüşmeleri	30
2.1.9.4. Sosyal Eğitim	31
2.1.9.5. Bilişsel Davranışçı Terapi	31
2.1.9.6. İlaç tedavisi	32
2.1.9.6.1. Kısa Etkili Uyarıcılar	33
2.1.9.6.2. Uzun Etkili Uyarıcılar	34
2.1.9.6.3. Diğer ilaç Tedavileri	34
2.1.10. Gidiş ve Sonlanım	35
2.1.11. Sonuç	37
3. Materyal ve Metod	38
3.1. Araştırmanın Tipi	38
3.2. Araştırmanın Evreni	38
3.3. Örneklem Büyüklüğü ve Yöntemi	38
3.4. Veri Toplama Araçları	39
3.4.1. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	39
3.4.2. DSM-IV'e Dayalı Tarama-Değerlendirme Ölçeği (Turgay 95)	39
3.4.3. Çocuklar için Depresyon Envanteri (CDI)	39
3.4.4. Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇATÖ)	40
3.5. Çalışmanın İstatistiksel Analizi	41
3.6. Sınırlılıklar ve Sınırlama	41
3.7. Etik	41

4. Bulgular	42
4.1. Tanımlayıcı Bulgular	42
4.1.1. Örneklemin Kendisine Ait Tanımlayıcı Bulgular	42
4.1.2. Örneklemin Anne-Babalarına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	45
4.1.3. Örneklemin Kardeşlerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	50
4.1.4. Diğer Aile Değişkenlerine Yönelik Tanımlayıcı Bulgular	50
4.1.5. Örneklemin Gelişimsel Özellikleri ile ilgili Bulgular	51
4.1.6. Ekonomik Değişkenler İle İlgili Tanımlayıcı Bulguları	54
4.2. Uygulanan Test ve Ölçeklere İlişkin Bulgular	55
4.2.1. WISC-R Testi Sonuçlarına İlişkin Bulgular	55
4.2.2. Çocuklar için Anksiyete Tarama Ölçeğine İlişkin Bulgular	56
4.2.3. Çocuklar için Depresyon Ölçeği Sonuçlarına İlişkin Bulgular	56
4.2.4. Turgay Ölçeğine İlişkin Bulgular	57
4.3. Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklara İlişkin Bulgular	58
4.4. İlaç Tedavilerine İlişkin Bulgular	65
5. Tartışma	68
6. Sonuçlar ve Öneriler	82
7. Özet	85
8. Summary	87
9. Kaynaklar	88
Ekler	89
Ek-1: Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	
Ek-2: Yıkıcı Davranım Bozuklukları Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (Turgay 95)	
Ek-3: Çocuklar için Depresyon Envanteri (CDI)	
Ek-4: Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇATÖ)	
Ek-5: Etik Kurul Onayı	

KISALTMALAR

- DEHB:Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DEHB-D: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Dikkatsizlik alt tipi
DEHB-B: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Bileşik tip
DEHB-H: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Hiperaktivite-Dürtüsellik alt tipi
FDA: Amerikan Gıda ve İlaç Birliği
DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DSM-IV-TR: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı.
DSM-V: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı.
ICD10: Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması'nın gözden geçirilmiş 10'uncu versiyonu
BT: Bilgisayarlı Beyin Tomografisi
MRI: Manyetik Rezonans Görüntüleme
SPECT: Tek Foton Yayılımlı Bilgisayarlı Tomografi
PET: Pozitron Yayılımlı Tomografi
Q-EEG: Kantitatif Elektroensefalogram
DA: Dopamin
NA: Noradrenalin
MAOI: Monoaminoksidaz inhibitörleri
CBCL/4-18: 4-18 Yaş Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği
TRF: Öğretmen Bilgi Formu
KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
DB: Davranım Bozukluğu
BPB: Bipolar Bozukluk

TABLO DİZİNİ

Tablo1:Gruplardaki hastaların yaşlara göre dağılımı

Tablo 2: Gruplardaki hastaların sınıflara göre dağılımları

Tablo3:Gruplardaki hastaların kendilerine ait tanımlayıcı bulgular

Tablo 4:Gruplardaki hastaların anne-babalarına ait tanımlayıcı bulgular

Tablo 5: Gruplardaki hastaların doğum, gelişimsel öyküleri ve diğer aile değişkenlerine yönelik bulgular

Tablo 6:Gruplardaki hastaların kardeş ve diğer aile fertleri ile ilgili bulgular

Tablo 7: Gruplara uygulanan test ve ölçüklere ilişkin bulgular

Tablo 8: DEHB'ye ek psikiyatrik bozukluk görülme oranları

Tablo 9: DEHB'ye ek olarak görülen psikiyatrik hastalıkların gruplardaki dağılımları

Tablo 10: DEHB'ye ek olarak görülen psikiyatrik hastalıkların cinsiyetler arası dağılımları

Tablo 11: DEHB'de ek olarak psikiyatrik bozukluk görülen ve görülmeyenlerin yaş ortalamaları

Tablo 12:DEHB'de kullanılan ilaç tedavilerine ilişkin bulgular

1. GİRİŞ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), sosyal ilişkilerde sorun, okul başarısızlığı gibi psikososyal işlevsellikte bozulmaya yol açan çocukluk çağıının sık görülen nöropsikiyatrik bozukluklarından birisidir.(1) DEHB, çocuk ruh sağlığı alanında en sık karşılaşılan ve en çok araştırılan bozukluklardan biridir.Okul çağı çocuklarda genel olarak prevalansı %5-12 arasında bildirilmektedir.(2) DEHB diğer psikiyatrik ve nörolojik problemlerle sık görülen bir bozukluktur. DEHB'li hastaların %60-100'ün de bir veya daha fazla eş tanı olduğu öne sürülmektedir(3) DEHB'ye eşlik eden başka bir psikiyatrik bozukluk olduğunda klinik tablo ağırlaşmakta, tedavi maliyeti artmakta, tedavi güçleşmekte, kliniklere başvurma ve tedavi arama oranları artmaktadır.(4)

DEHB'ye eşlik eden psikiyatrik bozukluklar için çok sayıda yerli ve yabancı yayınlar olmasına ve konu hakkında önemli bilgiler elde edilmiş olmasına rağmen, bu konu günümüzde hala çoğu araştırmacının ilgisini çekmeye devam etmektedir. Özellikle farklı ülkelerde ve kültürlerde eşlik eden bu hastalıkların oranlarında farklılık olduğunu tespit eden çalışmalar mevcuttur. Yazında DEHB'ye en sık eşlik eden bozuklukların karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB), davranım bozukluğu, öğrenme bozuklukları, anksiyete bozuklukları, depresif bozukluk, enürezis olduğu belirtilmiştir (4).

Bu çalışmada hastanemiz Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran ve DEHB tanısı konulan hastaların sosyodemografik özelliklerini ve komorbid psikiyatrik tanılarını belirleyip bunların DEHB alttıpleri ile arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amaçlanmıştır.

Çalışma hipotezimiz DEHB bileşik alt tip ve hiperaktif-dürtüsellik önde gelen alt tipi olan çocuk ve ergenlerde dikkat eksikliğinin önde gelen alt tipe oranla daha fazla KOKGB, Davranım bozukluğu gibi ek tanıların mevcut olacağı, bunun sonucunda da daha fazla ek tedaviye ihtiyaç duyulmasının gerekeceğidir.

Bu çalışma ile ülkemizde DEHB'ye eşlik eden psikiyatrik hastalıklar ile ilgili bir kesit sunulması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

2.1.1. Tanımlama ve Tarihçe

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun temel özelliği, kalıcı ve sürekli olan dikkat süresinin kısalığı, engellemeye yönelik denetim eksikliği nedeniyle davranışlarda ya da bilişte ortaya çıkan ataklık ve huzursuzluktur. Bunun sonucu olarak çocukta gelişimsel olarak uygunsuz dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik ve ataklık vardır. Dikkatsizlik ile ilgili sorunlar gündüz düşleri, kurallı bir ortamda uzun süre bir etkinliğe odaklanamama şeklinde ortaya çıkarken, hiperaktivite ile ilgili yakınmalar yerinde duramama (kıpır kıpır olma), çok konuşma ve huzursuzluk şeklinde görülmektedir. Belirtiler sıklıkla kazalara neden olur, kişiler arası ilişkilerde gerginlik ve uygunsuz davranışlar yaratır (5).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) üzerinde son yıllarda büyük bir klinik, bilimsel ve toplumsal ilgi olmuştur. Aslında Margaret Weis ve Gabriel Weiss'in işaret ettiği gibi 1957 ve 1960 arasında hiperaktivite üzerine 31 makale yayınlanmışken 1996'dan bu yana DEHB'ye ilişkin her yıl yaklaşık 400 makale yayınlanmaktadır. Yayın sayısındaki artış sürmektedir (2). Ancak DEHB'nin yeni bir durum olmadığı bilinmelidir. Literatür bilgileri gözden geçirildiğinde DEHB'nin yıllar boyunca çeşitli terimlerle anıldığı görülmektedir. Bozukluk 19.yüzyılın sonlarında tıp literatüründe "çılgın aptallar (mad idiots)", "dürtüsel delilik (impulsive insanity)", "yetersiz engellenme (defective inhibition)" olarak adlandırılmıştır. DEHB ile ilgili ilk kaynak 1865 yılında Alman hekim Heinrich Hoffman'ın hekimlik uygulamaları sırasında çocukluk dönemine ilişkin bozuklukları kaleme aldığı eserinden "kıpır kıpır Phil" şiiri iken, bilimsel olarak ilk kaynaklar George Stil ve Alfred Tredgold tarafından bildirilmiştir. 1902'de Stil, bugün kullanılabilecek benzeyen kolay anlaşılır bir tanımlama yapmıştır (5).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1917 yılında ortaya çıkan ensefalit salgını DEHB'ye olan ilgiyi arttırmıştır. Çünkü bu salgında hastalanan kişilerde DEHB belirtilerine benzer hareketler saptanmıştır. Bunun üzerine, bu bozukluğun beyindeki bir hasardan kaynaklandığı düşünülmüştür. Lewin, 1930'da zihinsel özürlü çocuk ve erişkinlerde beyin hasarı ile huzursuzluk, hareketlilik arasında bağlantı olduğunu

söylemiştir. Lehtinen 1947’de organik neden hipotezini tanımlamıştır. Straus ve arkadaşları bu çocuklardaki durumu “Minimal Beyin zedelenmesi Sendromu” olarak adlandırmıştır (3,4). 1950’lerde bozukluğun oluşumunda nörolojik düzeneklerin anlaşılmasına çalışıldığı ve böylesi davranış sorunlarının "hiperkinetik dürtü bozukluğu" olarak tanımlandığı görülmektedir. 1960’larda koordinasyonu zayıf, öğrenme güçlüğü olan ve duygusal dengesizlik gösteren, ancak belirlenmiş nörolojik bir bozukluğu olmayan bir grup çocuk için "minimal beyin disfonksiyonu" tanımı kullanılmıştır (5).

1965’de Dünya Sağlık Örgütü ICD-9 ile ve 1968’de Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-II ile hastalığı bilimsel sınıflandırma çabalarına başlamış ve hastalığın adı "Çocukluk Çağının Hiperkinetik Sendromu” olarak değiştirilmiştir. Eğer "Davranım Bozukluğu" ile birlikte ise "Hiperkinetik Davranım Bozukluğu" olarak kullanılmıştır. Bu terimler bozukluğun esas işlev sorunu yaratan belirtisinin hiperaktivite olduğu inancını yansıtıyordu (2). 1970’lerde yapılan araştırmalar bu çocukların dikkatin sürdürülmesi ve dürtü kontrolü ile ilişkili sorunlarının esas zorluğu oluşturduğunu ve hiperaktivitenin ikincil olduğunu düşündürmüştür. Bu nedenle DSM-III’te (1980) bozukluk dikkat eksikliği bozukluğu olarak yeniden adlandırılmıştır. DSM-III’teki dikkat eksikliği bozukluğu dikkatsizlik, hiperaktivite, dürtüsellik semptomu kategorilerini içeriyordu. Ayrıca üç farklı alt tip vardı. Bu alt tipler hiperaktivite ile birlikte olan ya da olmayan dikkat eksikliği ve yetişkinleri ya da rahatsız edici şikayetleri olup bozukluğun tüm ölçütlerini karşılamayanları içeren rezidüel tip. DSM-III’ün gözden geçirilmiş halinde (DSM-III-R) bozukluğun ismi dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olarak değişti ve tanı ölçütlerinde de belirgin değişiklikler yapıldı. Hastaların 14 olası hiperaktivite, dürtüsellik ve/veya dikkatsizlik belirtisinden herhangi bir bileşimde en az sekiz tanesini karşılaması gerekiyordu. Bu davranışların 7 yaşından önce var olması ve aynı zihinsel gelişimdeki çocuklardan belirgin olarak daha sık olması ve en az 6 ay süreyle devam etmesi gerekiyordu. Alt tipler yoktu ve hiperaktivite olmadan dikkat eksikliği artık bir tanı kategorisi sayılmıyordu. Alandaki uzmanlardan oluşan bir komite DSM-III ve DSM-III-R ölçütlerini oluşturmuştur. Ortaya çıkan ölçütler nesnel alan çalışmalarının sonuçlarını değil bu uzmanların uzlaşısını yansıtmaktaydı (6,7).

DSM'nin dördüncü baskısı hazırlanırken (DSM-IV) önerilen DEHB tanı ölçütlerinin geçerliliğinin belirlenebilmesi için klinikte izlenen 600 çocukta bu ölçütlerin yapılandırılmış tanısal gereçler ve yapılandırılmamış klinik görüşmelerle değerlendirilmesini içeren çok merkezli alan çalışmaları başlatılmıştır. Öğretmen ve ailelerle yapılan çalışmalarda dürtüsellik, hiperaktivite ile yüksek birliktelik gösterdiği görülmüş ve DSM-IV'de tek başına tanımlanması sonlandırılmıştır. DSM-IV'de bozukluk, Yıkıcı Davranım Bozuklukları başlığı altına alınmıştır (4). DSM-IV'de DSM-III-R'a ek önemli tanısal açıklamalar yer almıştır. DEHB'nin de dahil edildiği yıkıcı davranış bozuklukları içinde, davranım bozukluğu ve karşıt olma karşıt gelme bozukluğuna da yer verilmiştir. Bu durumlar yüksek birlikteliklerine karşın farklı klinik durumlar olarak bildirilmiştir. DSM-IV ile tanılamadaki değişiklik, yaygınlığın artmasına, kızlara daha fazla tanı konmasına, okul öncesi ve erişkin olguların daha fazla tanınmasına yol açmıştır (6).

ICD-10'da "Hiperkinetik Bozukluk" olarak adlandırılan durumun 5 yaşından önce başlaması gerektiği, hemen her alanda dikkat süresi ve yoğunluğuna ilişkin sorunların bulunduğu ve aşırı motor hareketliliğin olduğu bildirilmiştir. ICD-10'da DSM-IV'e ek olarak, sıklıkla motor ve dil gelişiminin geciktiği bildirilmiştir.(5) 2013 yılı mayıs ayında yayınlanan DSM V'e göre ise DEHB dikkat süresi kısalığı/dağınıklığı, kaotik hareketlilik ve fevrilik ile seyreden, belirtileri büyük oranda, hayat boyu süren nörogelişimsel bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır. DSM-IV'e görülen en büyük değişiklik ise başlangıç yaşının 7 yaş öncesinden 12 yaş öncesine çekilmesi olarak görülmektedir. (8)

2.1.2. Epidemiyoloji

Bu alanda pek çok araştırma yapılmıştır. Bu araştırmalarda DEHB sıklığına ilişkin birbirinden oldukça farklı sonuçlar elde edilmiştir. Yapılan pek çok çalışmada çocuklarda DEHB'nin erkeklerde daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir. Bunun sebebinin erkeklerde bileşik alt tipin daha fazla görülmesi olduğunu öne sürenler mevcuttur. Yine kızlarda dikkat eksikliği alt tipin daha sık görülmesi de tanının atlanma ihtimalini arttırmaktadır. Dikkat eksikliği alt tipi olan olguların %50'sinin tanı konmadan atlandığı ancak hiperaktivitesi olan olguların ise sadece %5'i tanı konmadan atlanmaktadır. Epidemiyolojik verilere göre çocuk ve ergenlerde

DEHB'nin erkek/kadın oranının 2-3 olduğu, klinik çalışmalar da ise bu oranın 2-9 arasında değiştiği söylenmektedir. (9) DEHB'nin erkeklerde kızlara göre görölme oranı Aşkın ve arkadaşlarının çalışmasında 5/1 (10), şenol ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada 6/1 (11) olarak bulunmuştur.

Son yıllarda yapılan iki meta-analiz çalışmasında DEHB'nin tüm dünyadaki birleştirilmiş sıklığı %5,29 ve 5,9-7,1 olduğu ileri sürölmüştür.(9)

Yetişkinlerle yapılan çalışmalarda ise bu oranın %3,4 olduğu (yüksek gelirli ölkelerde %4,4, düşük gelirli ölkelerde %1,9) bildirilmiştir. Yetişkinlerde yapılan çalışmalarda ise, kadın erkek oranının birbirine çok yakın olduğu, sadece erkeklerde çok az düzeyde daha fazla olduğu tespit edilmiştir.(9)

1994 yılında Motavallı ve ark. İstanbul'da ilkokul çocukları arasında yaptığı iki aşamalı epidemiyolojik bir çalışmada DEHB sıklığı ebeveynin boyutsal yaklaşımı ile %6,2, ebeveyn ile klinik görüşme ile %5, öğretmenleri DSM III R kriterlerini değerlendirmeleri ile %10,6 olarak tespit edilmiştir.(9)

2013 yılında Ercan ve ark. ilkokul öğrencilerinde, DSM IV tanı ölçütleri ve yarı yapılandırılmış tanı görüşmesi kullanarak (K-SADS), çocuklardan, ebeveynlerden ve öğretmenlerden bilgi alarak, DEHB prevalansını 4 yıl boyunca değerlendirmişlerdir. İlk yıl için DEHB prevalansı %13,38, ikinci yıl için %12,53, üçüncü yıl için %12,22 ve dördüncü yıl için %12,91 olarak saptamışlardır. (12)

Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda farklı sonuçlar olmasına karşın son çalışmalarda DEHB alt tipleri arasında dikkat eksikliği alt tipinin en sık görölen alt tip olduğu ve onu takiben bileşik alt tip olduğu ve en son olarak hiperaktivite-fevrilik alt tipinin göröldüğu tespit edilmiştir.(9)

DEHB her türlü zeka düzeyinden bireyde görölebilmektedir.(9) Yapılan bir araştırmada IQ ile DEHB arasında negatif bir korelasyondan söz edilmiştir. Yani zihinsel engellilerde daha fazla DEHB görölmektedir. (13) Ancak parlak zekalı olmak bireyi DEHB'den korumamaktadır. Hatta parlak zekası olan DEHB'li bireylerde DEHB tanısı yüksek akademik başarıları nedeniyle gecikebilmekte ve yıkıcı davranım sorunları ile sonlanabilmektedir. (9)

2.1.3. Etyopatogenez

DEHB nörobiyolojik bir bozukluktur. Tarihsel olarak bakıldığında ilk tanımlandığı yıllardan beri minimal beyin hasarı ve sonra beyin işlev bozukluğu bu nörobiyolojik temeli gündeme getirmiştir.

2.1.3.1. Genetik Etkenler

DEHB etyopatogenezinde temel sebebin genetik olduğunda dair kanıtlar güç kazanmaktadır. Bu alanda yapılmış ikiz çalışmaları (n:20) genetik geçişin %76 civarında etkili olduğunu bildirmektedir. Aile çalışmaları ise DEHB' nin aynı aile bireyleri arasında özellikle kardeşler arasında yaygın olduğunu göstermektedir. (9)

2.1.3.1.1.Moleküler Genetik Çalışmalar

Şu ana kadar ki moleküler genetik çalışmalarının çoğu dopamin ve noradrenalin sistemlerine odaklanmıştır. Bu alanda 8 gen tanımlanmıştır. Bu genlerden DRD4, DRD5, Dopamin transporter 1(DAT-1), dopamin beta hidroksilaz(DBH), serotonin transporter enzim (5-HTT), serotonerjik reseptör(HTR1B) ve synaptosomal associated protein -25 KDA(WW-25) DEHB ile istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Dopamin beyin inhibisyon veya fren sistemini uyardığı ve dolayısıyla genetik olarak belirlenmiş bir hipodopaminerjik geçişin DEHB ile bağlantılı olduğu savunulmaktadır.

DAT1, metilfenidat ve benzer ilaçların dopamin taşınması üzerine etkilerinin sağlandığı protein bölgesidir. DAT1 geni 5. kromozomda yer almaktadır ve bu genin 480bp'lik 10 tekrar aleli incelenmiştir. Türkiye ve İngiltere'de DEHB tanısı almış çocukların incelendiği bir çalışmada İngiliz çocuklarının DAT1 genin 480bp aleli ile DEHB arasında ilişki saptanmış ancak bu ilişki Türk çocuklarında bulunamamıştır (5).

Dopamin D4 reseptör geni (DRD4) 11 kromozom üzerinde yerleşmiş olup bu genin 7 tekrar aleli DEHB'de en çok çalışılan ve DEHB etyolojisinde ümit veren bir gendir. Hiperaktivite ve DRD4 arasında bir ilişki olabileceği fare çalışmalarında da gösterilmiştir. Faraone ve arkadaşlarının yaptığı metaanalizde bu konuda yapılan 8 olgu kontrol çalışması ve 14 aile temelli çalışma değerlendirilmiş, DEHB ve DRD4 7 tekrar aleli arasında küçük ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (14).

Bağlantı çalışmalarında, ailede hem DEHB olan hem de olmayan bireylerde DNA işaretlerine bakılarak genom taraması ile 5p13, 6q, 7p, 11q, 12q ve 17 p ile DEHB bağlantılı bulunmuş. Bazı çalışmalar, otizm ve şizofrenide görülen nadir kopya sayısı değişkenliğinin DEHB'de rolü olduğunu bildirmektedir. (15)

2.1.3.2. Nöroanatomik Çalışmalar

Yapılan çalışmalarda DEHB'li bireylerin çocukluktan itibaren normallere oranla beyin hacimlerinin daha küçük olduğu ve bu hacim azlığının genelde yürütücü işlevlerle ilgili bölgelerde olduğu gösterilmiştir.(9)

Bilgisayarlı beyin tomografisi sonuçları tutarsızdır. Korpus kallosumun iki ön bölgesi olan rostrum ve rostral cisim DEHB'li çocuklarda kontrol grubundan belirgin olarak küçük bulunmuştur. Bu bulgular frontal lob gelişim ve işlevinde bozukluk olduğu görüşünü desteklemektedir. Korpus kallosumun splenial bölgesinin normalden küçük olmasının dikkat sorunlarını açıklayabileceği ileri sürülmektedir. Ana belirtilerden olan dürtüsellüğün prefrontal korteksin dorsolateral kısmının dışı ile ilişkili olabileceği bildirilmektedir (16).

Manyetik rezonans görüntüleme (MRI) çalışmaları sonucunda sağ kaudat hacimde azalma tespit edilmiştir. Mostofsky ve arkadaşları, DEHB'li çocuklarda yaptıkları MRI çalışmasında, serebral volümün kontrol grubundan ortalama %8.3 daha küçük olduğunu ve özellikle sol frontal lobda belirgin olmak üzere beyaz cevherde azalma olduğunu bildirmişlerdir.(17)

Uzun süreli MRI takip çalışmaları, DEHB'de beyin hacminin küçüldüğünü özellikle frontal lob, serebellum, korpus kallasumun bazı bölümleri ve bazal gangliyanın aynı yaş grubundaki DEHB olmayan bireylerden daha küçük olduğu bildirilmiştir. Bu hacim küçüklüğünün pubertede aynen devam ettiği ve olgunlaşmanın veya yaşlılarını yakalamanın söz konusu olmadığı ifade edilmiştir. DEHB'nin kardeşlerini de kapsayan çalışmalar, bu grupta daha küçük bir beyine genetik bir yatkınlık olduğunu ve bundan serebellumun da etkilendiğini ortaya koymaktadır. Bazal gangliyanın hacim küçüklüğü DEHB'si olmayan aile bireylerinde de görülürken, serebellum hacim azalmasının DEHB'li bireylerde görülmesi, DEHB ile serebellum arasında anlamlı bir bağlantıyı akla getirmektedir.(9)

11 fMRI çalışmasının regresyon metaanalizi, ilaç almamış DEHB'lilerde sağ dorso prefrontal kortekste aktivasyonda azalma olduğunu ancak uzun süreli psikostimülan ilaçları kullanan grupta bu aktivasyonun normal olduğu kaydedilmiştir. Böylece uzun süreli psikostimülan kullanımının prefrontal korteks aktivasyonunu normaleştirebileceği ileri sürülmektedir.(18)

fMRI çalışmaları DEHB'de beyin iki network bölgesi olan fronto-amigdala-okspital ve fronto-temporal-okspital arasındaki bağlantıda değişimden söz etmektedir. Bu bulgularda artık DEHB kavramının frontostriatal networkün ötesinde geniş bir şekilde ele alınması gerektiğini göstermektedir. (9)

SPECT (single photon emission tomography) çalışmalarında striatumda bölgesel kan akımında azalma, duyu ve motor bölgelerde ise artma olduğu gözlenmiştir (5). Ülkemizde yapılan SPECT çalışmasının birinde sol temporal, diğerinde ise sağ frontal lob kan akımında azalma bildirilmiş, metilfenidat tedavisi sonrası bu bölgelerdeki kan akımının arttığı gösterilmiştir. PET (Pozitron emission tomography) değerlendirmelerinde frontal kortekste aktivite azalması ve bazal ganglionlarda şeker metabolizmasında azalma olduğu ve uyarıcı ilaç uygulamasından sonra bu değişikliklerin düzeldiği bildirilmiştir.(19)

2.1.3.3. Nörotransmitter İle İlgili Değişiklikler

Pek çok psikiyatrik bozuklukta olduğu gibi DEHB'nin etiolojisinin araştırılmasında da nörotransmitterler önemli bir yer almıştır. Özellikle DEHB tedavisinde kullanılan uyarıcı ilaçların nörotransmitterler üzerindeki etkileri bu görüşü desteklemektedir (20). En sık kullanılan ilaçlar olan uyarıcılar hem dopamin (DA) hem de norepinefrini (NA) etkilediğinden her iki sistemde bozukluk olabileceği görüşü hakimdir. Ancak durumdan sorumlu tek bir nörotransmitter belirlenememiştir (7). Bugüne kadar üzerinde en fazla durulan nörotransmitterler dopamin ve noradrenalin'dir. Birçok çalışmada, beyin omurilik sıvısı, kan ve idrarda dopamin, noradrenalin ve bu nörotransmitterlerin yıkım ürünlerinin, DEHB olanlarda sağlıklı kontrollerden düşük olduğu bulunmuştur (21).

DEHB'de önemli olduğu düşünülen nöroanatomik bölgeler (kortikal-striatal-talamik-kortikal ağ) dopamin yoğunluğu olduğu bilinen bölgelerdir. Mezo-limbo-kortikal dopamin sistemindeki bozukluk davranışsal belirtilerle, dikkat ve dürtüsellelikle, nigro-striatal dopamin sisteminde bozukluk yürütücü işlevler ve motor

kontrol alanlarındaki belirtiler ile ilişkili bulunmuştur (22). Dopamin DEHB’de sorunlu olduğu düşünülen operan ödül mekanizmalarında ve çalışma belleğinde önemli olduğu düşünülen nörotransmitterdir (5). Moleküler genetik çalışmalar dopamin taşıyıcı geninin ve özellikle DRD4 olmak üzere çeşitli dopamin reseptör genlerinin önemli olduğunu düşündürmektedir. SPECT çalışmalarında, DEHB’li çocukların bazal ganglionlarında bir dopaminerjik sistem bozukluğu olduğu bildirilmiştir (23).

Noradrenerjik sistem tutulumuna ilişkin kanıtlar mevcuttur ama dopamin sistemi için olanlardan daha zayıftır. Tonik epinefrin seviyesindeki bir dengesizliğin lokus sereleus nöronlarının normal inhibisyonunu bozacağı ve bunun da DEHB’de olabilecek dikkatsizlik, uykusuzluk ve bazı bilişsel bozukluklara neden olabileceği iddia edilmiştir. Plazma ve idrar epinefrin seviyelerini inceleyen çok sayıda çalışmanın gözden geçirilmesi ile DEHB olan çocukların daha yüksek norepinefrin ve daha düşük epinefrin aktivitesi gösteriyor olabileceği ortaya konmuştur. Trisiklik antidepresanlar (TCA), bupropion, monoamin oksidaz inhibitörleri (MAOI), atomoksetin ve alfa-2 noradrenerjik agonistler (klonidin ve guanfasin) gibi noradrenerjik ajanların tedavide etkin olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Bu nedenle noradrenerjik sistemin bozuklukta önemli olabileceği düşünülmektedir (4).

DEHB’de serotoninin önemli şekilde etkili olduğunu düşündüren fazla bulgu yoktur. Serotonin hipotezine destek olarak serotonin metabolizmasına etkili bazı ilaçların (TCA ve MAOI) DEHB’de orta derecede etkin olması gösterilmektedir. Ancak, diğer ilaçlar örneğin seçici serotonin geri alım inhibitörleri etkili değildir (24).

Sonuç olarak DA ve NA’nin ve bunların metabolitlerinin DEHB sendromundaki rolü konusundaki bilgilerimiz halen kısıtlıdır. Genel olarak DA ve NA metabolizmasında bir azalmadan söz edilmektedir. DEHB’daki nörokimyasal düzensizliğin kesin açıklaması henüz yapılamamıştır (5).

2.1.3.4. Çevresel Risk Faktörleri

Bu alanda yapılan çalışmalar, pek çok pre-peri ve postnatal risk faktörünü DEHB ile bağlantılı bulmuştur. İleri anne yaşı, yetersiz anne eğitimi, ailede DEHB öyküsü, sosyal problemler, ebeveynin sigara veya alkol kullanımı, hamilelikte

enfeksiyon, annede kaygı stres, düşük doğum tartısı, doğum komplikasyonları ve neonatal komplikasyonlar, ebeveyn stersi, erken duygusal yoksunluklar, ayrılıklar, evlat edinme, erken doğum, hamilelikte sigara, parçalanmış aile, genç yaşta anne olma, ebeveynin antisosyal davranışları, anne depresyonu, hamilelikte düşük folat düzeyi, DEHB ile ilişkili bulunan çevresel risk faktörleridir. Özellikle erken yaş ihmallerinin nasıl DEHB'ye yol açabileceğini araştıran bir grup, erken yaşam evrelerinde yoksunluğun kortikal gelişimi bozabildiğini, dikkat ile ilgili bölgelerde atipik işleve yol açtığını bildirmektedir. Duygusal yoksunluk kortikal kalınlıkta azalmaya, özellikle inferior paryetal kortexte, precuneus ve superior temporal kortexte incelmeye yol açmaktadır. Kurumlarda yetişen çocuklarda bu mekanizmanın DEHB gelişimine yol açtığı düşünülmektedir. (9)

Diyetin davranış sorunlarının başlaması ya da artmasında rolünün olup olmadığı tartışmalıdır. Diyet hipotezini destekleyen ve desteklemeyen bilgiler vardır. Diyetin davranışları etkilendiğini destekleyen çalışmalar şekerin rolü, dondurulmuş ya da yapay gıdalar ve allerjik gıdalara dikkat çekmektedir (25). Diyet ve bazı vitamin tedavilerinin etkili olabileceğini bildiren çalışmalar bulunmaktadır (26). Her ne kadar boya maddeleri ve koruyucular gibi gıda katkılarının, şekerlerin ya da kurşunun bu bozukluğa neden olabileceği öne sürülse de, bunlarla ilgili bilimsel kanıtlar yoktur (27). Bu alanda başka bir görüşte bu bireylerde bazı maddelerin emiliminin normal bireylerde farklı olduğu yönündedir. Bu görüşe göre en çok omega-3, omega-4, omega-6 yağ asitlerinin normal kontrollerden farklı emildiği bulunmuştur. (9)

Allerjik çocuklarda DEHB riskinin arttığına dair görüş günümüzde tam olarak açık desteklere sahip değildir (25,26). Allerjik hastalıklarda DEHB bulguları artmış olabilir (25).

2.1.3.5. Nörolojik Hastalıklar

DEHB'nin ortaya çıkmasında nörolojik hastalıkların rolüne ilişkin, silik bulgulu nörolojik hastalıklar, anormal beyin fonksiyon bulgularına yol açan hastalıklar ile ilgili araştırmalar bulunmaktadır. DEHB bulunan çocuklarda sağını solunu karıştırma, hantallık, algısal motor diskoordinasyon ve disgrafi gibi silik nörolojik belirtiler yaygındır. Septik menenjit geçiren hastalarla yapılan kontrolsüz

prospektif çalışmada yüksek oranda DEHB geliştiği bildirilmiştir. Bu durum erken merkezi sinir sistemi hasarının DEHB için risk oluşturduğu fikrini desteklemektedir (28). Normal çocuklara göre DEHB'li çocukların beyinlerindeki farklılık güncel görüntüleme çalışmaları tarafından desteklenmektedir. Kaudat nükleustaki beklenen asimetride azalma ve korpus kallosumun bölgesel anormallikleri tanımlanmıştır (25).

2.1.3.6.Nöropsikolojik Veriler

Uzun yıllardan bu yana DEHB'nin bilişsel değerlendirmeleri yapılarak, farklı biçimlerde açıklanmaya çalışılmıştır. Bazen DEHB'nin temelini "dikkat eksikliği" olduğu, bazen "inhibisyon bozukluğu" olduğu söylenmiş, bazen yavaş bilişsel yanıtları çalışan bellekte yetersizlikle açıklamaya çalışılmış bazen de motivasyon bozukluğu olarak ele alınmıştır. Son yıllarda daha çok gündeme gelen görüş ise DEHB'nin yürütücü işlev bozukluğu olduğudur. Yürütücü işlevler aslında problemlere uygun çözümler bularak, gelecek hedeflere ilerleme becerileridir. (9)

Barkley bu becerileri 5 boyutta tanımlamıştır. İnhibisyon, kurulumu değiştirme, akıcılık, planlama ve çalışan bellek.(9)

2.1.3.7.Nörofizyolojik Veriler

Nörofizyolojik çalışmalar ve olay bağlantılı potansiyeller (ERP) DEHB'lilerde normalden bazı farklılıklar olduğunu savunmaktadır. ERP çalışmaları DEHB'li çocuklarda ve yetişkinlerde normal kontrollere kıyasla daha küçük N2 ve P3 amplitüdü bildirmektedir. DEHB'de inhibisyon eksikliği bu veri ile bağdaşmaktadır. Metilfenidatın pariyatal P3'ü belli işlemler esnasında normalize ettiği bildirilmiştir. (31)EEG çalışmaları DEHB'yi teta dalgalarında artış, alfa ve beta dalgalarında azalma ile bağlantılı bulmuştur. Psikostimulanlar teta ve beta dalgalarını normalize ettiğini ve EEG paterninde değişimin tedaviye yanıtın prediktörü olduğunu iddia eden çalışmalar da mevcuttur.(32)

2.1.3.8. Diğer Hastalıklar

DEHB nedenleri arasında tiroid hastalıkları dikkat çeken bir alandır. DEHB'lilerde genetik olarak geçen tiroid hormonlarına genel direnç durumunun

daha yüksek sıklıkta olduğunu destekleyen çalışmalar vardır. Ancak, sadece 2500 DEHB olgusundan birinde bu tiroid anormalliği vardır ve bu grup DEHB'liler arasında küçük bir grubu oluşturmaktadır (5). Elia ve arkadaşları, DEHB tanısı konan 53 çocuğun tiroid fonksiyonlarını değerlendirmiş ve tiroid hormonuna direnç bulamadıklarını bildirmişlerdir (29). DEHB'li olgularda uyku bozukluklarının daha sık olduğunu bildiren çalışmalar vardır ancak uyku bozukluklarının DEHB gelişiminde rolü tartışmalı bir konudur (30). Viral ensefalitler, kafa travmaları, beyin tümörleri ve beyin ameliyatlarından sonra DEHB bulguları ortaya çıkabilmektedir (28).

2.1.4. Klinik Özellikler

DEHB'de görülen gelişimsel aksaklıkların iki boyutta seyrettiği pek çok faktör analizi çalışması ile ortaya konulmuştur. Bu boyutlar sınıflandırma sistemlerinde de belirtildiği gibi, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite-Dürtüselliktir. (9) Özellikle ilkokul döneminde uyumsuz davranışlar nedeni ile polikliniğe getirilmektedirler. Ergenlik döneminde yakınma olarak motor etkinliklerdeki artış yerine huzursuzluk hissi olabilmekte ve riskli davranışlar (araba, motorsiklet kazaları vb) sergileyebilmektedirler. Dikkatsizlik ve bilişsel sorunlar nedeniyle okul başarıları etkilenebilmektedir (33) Daha ileri yaşlarda ve erişkinlikte ise dikkat eksikliği, planları tamamlayamama, bir etkinliği bitirmeden diğerine geçme ve değişken duygudurum gibi belirtiler görülmektedir.(5)

Dikkatsizlik:

Dikkat tanım itibariyle öğrenmek için odaklanabilme becerisi ve aktif bir zihinsel süreçtir. Aynı zamanda inanılmaz düzeyde karmaşık ve çok boyutlu zihinsel bir süreçtir. Dikkat bir bireyde organizasyon, öncelikleri ayırt etme, odaklanma, uyanıklığı ayarlama, zihin çalışma hızı ve verimi, engellenme ve hayal kırıklığı ile baş etme sistemi, gerçekleri hatırlama, kısa süreli hafıza, kendini ve eylemlerini kontrol etme ile ilintili önemli bir zihinsel süreçtir. Kısaca dikkat beynin yürütücü işlevlerinin bütünü için kullanılabilen bir ad olabilir. DEHB'li bireylerde sıklıkla konsantre olamama dikkatin kısa süreli oluşu veya çabuk dağılması gündeme gelmekte ve aşırı odaklanma meselesi de aileler tarafından bildirilmektedir. Dikkat problemleri olan bireylere tanımlayıcı düzeyde bakıldığında, bu bireylerin detaylara

dikkat etmekte zorluk çektikleri, çok fazla dikkatsizlik hatası yaptıkları, herhangi bir zorunlu etkinliğe dikkat vermekte güçlük çektikleri, başladıkları etkinlikleri bitirmekte zorlandıkları ve bu işlerden genelde kaçındıkları görülmektedir. DEHB'li bireylerle konuşulduğunda sıklıkla dinlemekte zorlandıkları, eşyalarını sahiplenmekte sıkıntı yaşadıkları ve unutkan oldukları belirtilmektedir.

Hiperaktivite:

Çocuklar erişkinlere göre daha canlı ve hareketlidir. Ancak bu durumun aşırı hareketlilik olarak adlandırılabilmesi için; çocuğun kendi yaşlarıyla karşılaştırıldığında belirgin olarak fazla hareketli olması; bu davranışlarının, oyun, anaokulu, okul gibi günlük işlevlerde, aile veya öğretmenler için sorun oluşturması gerekmektedir. Barkley DEHB'lilerin birincil sorununu inhibisyon eksikliği olarak tanımlamıştır. (34)

Oyun çağı ve okul öncesi çocuklardaki belirtiler, kendi yaşlarına göre sürekli çok daha hareketli olmaları, her şeye karışma, ileri geri zıplama, kıyafetini tam giymeden dışarıya fırlama, mobilyaların üzerinden atlama, zıplama, ev içinde koşurma, sakinlik isteyen grup etkinliklerine katılmada (örn: bir öykü dinlerken) zorlanmalarla kendini gösterir. Okul yaşındaki çocuklar da benzer davranışlar gösterirler, ancak bu belirtiler daha küçük çocuklara göre daha düşük şiddette ve sıklıktadır. Oturmada, beklemede zorluk çekerler, sık sık ayağa kalkıp gezinirler ya da mobilyaların kenarlarına asılırlar. Elllerinde sürekli bir şeylerle oynarlar, ellerini ve ayaklarını sallarlar. Yemek yerken, TV seyrederken ya da ödev yaparken sık sık yerinden kalkar gezinip tekrar otururlar. Çok konuşur ve sessiz etkinlikler sırasında gürültü yaparlar. Ergen ve yetişkinlerde hiperaktivite belirtileri ise huzursuzluk ve sessiz etkinliklere yoğunlaşmada zorlanmalar şeklindedir.(14)

Dürtüsellik:

Dürtüsellik düşünmeden eyleme geçme anlamına gelmektedir. DEHB'lilerde dürtüsellik gerek sözel gerekse eylemsel fevrilik olarak görülür. Düşünmeden eyleme geçtikleri için, eylemleri sıklıkla nahoş sonuçlar doğurur. Genelde sabırsızdırlar, bekleyemezler, bu da küçük yaşlarda oyun ilişkilerinde probleme yol açar. Daha büyük yaşlarda ise kuralları yok sayarlar. Sözel fevrilik, genellikle düşünmeden konuşma, sorulara düşünmeden yanıt verme, sık sık başkalarının sözünü kesme şeklinde görülür. Bu bireyler genelde bir yenilik arayışı içindedir ve bu özellik

genetik olarak dopamin D4 reseptör gen-7 tekrarlayıcı allel ile ilişkili bulunmuştur. (9)

DEHB olan çocuklarda hiperaktivite, dikkat eksikliği ve dürtüsellik ana belirtileri ile ilişkili olmayan alanlarda da bozukluk olabilir. Bu ilişkili alanlar davranışsal, duygusal, sosyal ve yürütücü işlevler alanlardır.

Davranışsal: Genel olarak, DEHB olan çocuklar bir yetişkinle birebir oldukları ortamlarda arkadaşları ile grup halinde oldukları ortamlara göre daha iyi işlev gösterirler. Açık bir şekilde hemen geri bildirim, pekiştiriciye ve yol göstermeye gereksinim duyarlar. DEHB olan çocuklarda devamlılık azdır. Projelere başlarlar ancak bitiremezler. Bir oyun ya da aktiviteye başlarlar ama çabuk “sıkılırlar” ve dürtüsel bir şekilde bırakırlar. Ödülün gecikmesine dayanamazlar ve böyle bir durumda davranışı sürdürmezler. DEHB olan çocuklar akademik ve diğer görevlerde çok değişken bir performans gösterirler. Bu değişken performans benlik algısında kırılganlığa ve bıkkınlığa yol açar (4,5).

Duygusal: DEHB sıklıkla duygulanımın düzenlenmesindeki bozukluklarla beraber görülür ve bu durum duygudurumda oynaklık, tepkisellik ve öfke patlamalarına neden olur. Duygulanım açık bir çevresel neden olmadan dramatik şekilde değişebilir ve patlayıcı, yoğun ve bulaşıcı olabilir. Diğerlerinin tepkileri ve olayların sonuçları kendisi başka bir konuya geçmiş olan ve bu gürültünün neden koştüğünü göremeyen DEHB’li birey tarafından genelde iyi anlaşılır (4).

Sosyal: DEHB olan çocuklar sıklıkla arkadaşlarıyla, anne babalarıyla, kardeşleriyle ve öğretmenlerle sorun yaşarlar. DEHB olan bireyler sosyal ipuçlarını anlamada sorun yaşarlar, sosyal durumları sıklıkla yanlış yorumlarlar ve uygunsuz yanıtlar verirler.

DEHB olan çocuklar sıklıkla diğer insanların ihtiyaçlarına duyarsız, patronluk taslayan ve rahatsız edici kişiler olarak tanımlanırlar. Diğer çocuklarla uyum sağlamakta, sosyal hiyerarşiye saygı göstermede ve kuralları izlemede zorlukları vardır. Reddedilme ve alayla karşı karşıya kalabilirler ve sözel, fiziksel olarak saldırgan olabilirler. Bu çocuklar ortamlara aşırı tepki verirler. Bir tartışmayı kendi haline bırakamazlar ve diğer çocuklarla sorun çıkarmadan beraber olamazlar. Genelde bir yetişkinle beraberken ya da kendilerinden daha büyük ya da daha küçük

çocuklarla beraberken daha iyidirler. Bu sosyal sorunlar uzun dönemde gelişime ve benlik saygısına olumsuz etkide bulunabilir ve bu nedenle ele alınmalıdır (4).

Yürütücü İşlevler

DEHB'de yürütücü işlevlerde görülen defisitler pek çok kuramcı tarafından kabul görmektedir. Ancak bazı araştırmacılar arasında bu konuda görüş ayrılığı bulunmaktadır. Barkley bu yürütücü işlev bozukluğunun temelinde "inhibisyon defisiti" olduğunu söylemekte, Brown ise temel sorununun dikkatle ilgili olduğunu söylemektedir. Barkley'in yaklaşımı sadece hiperaktif ve bileşik alt tipi tanımlaması ve dikkatsizlik alt tipinin tanımlayamaması nedeniyle eleştirilmektedir. (9)

- **Planlamada sorunlar:** Dikkat problemi yaşayan bireylerde organizasyon problemlerime söz konusudur. Zamanında randevuya gidememe, öncelikleri ayırt edememe, aciliyeti anlamakta güçlük çekme, faturaları zamanında yatıramama, hesabını bilememe gibi özellikler söz konusudur. Bu özellikler ilaca iyi yanıt verir.(9)
- **Odaklanma problemi:** Odaklanma ve neye odaklanacağını seçme ile ilgili sorunu vardır. Kendi seçimleri olmayan konulara odaklanmakta güçlük çekerler. Sıklıkla okuma konusunda da odaklanma sorunu yaşarlar. Çoğu zaman pasif okuyucu konumundadırlar ve ne okuduklarını çabucak unutup yeniden başa dönerler.(9)
- **Uyanıklığı sağlamada problem:** Oturmak zorunda kalırlarsa uyuma eğilimi gösterirler. Genelde dinleyici konumundayken uykuları gelir. Bu gruba borderline narkoleptikler denebilir.(9)
- **Zihin çalışma hızında problem:** İşle ilgili görevlerde çaba göstermekte zorluk çekerler. Okuma ve yazmada hızları yavaştır. Bazen de hızlı okudukları için çok hata yaparlar. Yani kısacası hız ayarları bozuktur. (9)
- **Engellenme ile baş etmede sorun:** Duygusal oynaklık DEHB'de her yaşta sık görülen bir durumdur. Sinirlilik, öfke patlaması, duyguların yoğun yaşanması, anksiyete, çabuk incinme ve alınma bu grupta sık görülür. Bir grup DEHB'lide psikostimülanlar ile duygudurumda düzelme bildirilmiştir.(9)

- **Çalışan bellekte sorun:** Çalışan hafıza ve çalışan dikkatin kombinasyonudur. Bu alandaki sorun bir konuyla uğraşırken bir sürü bilgiyi akılda tutabilme, bunun ötesinde son edinilen bilgileri geçmiş bilgiler ile birleştirme alanında güçlük ile sonuçlanır.(9)
- **Özdenetimde sorun:** DEHB'de kronik biçimde özdenetimde zorluk ve davranışları kontrol edememe sıklıkla bildirilmiş olup bu durum Barkley'in inhibisyonda defisit kuramı ile açıklanabilmektedir. (9)

2.1.5. Değerlendirme

Değerlendirmede ebeveynler, öğretmenler ve diğer özel kişilerden ölçekler yardımı ile bilgi toplanır. Achenbach tarafından geliştirilen “Child Behavior Check List” (CBCL) ebeveyn ve öğretmen formları (35), Conners ebeveyn ve öğretmen formları (36,37), Pelham ve arkadaşlarının “Disrupture Behavior Disorder Scale” (38), Turgay ve arkadaşlarının “Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV’e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği” (39) tanı ve bozukluğa eşlik eden bir başka tanıyı koymada yardımcı araçlardır. Adı geçen ölçeklerden CBCL (40), Conners (41, 42), Turgay Ölçekleri (43) Türkçeye çevrilmiş, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır.

Genellikle aile ve öğretmenden alınan bilgiler çocukta davranım bozukluklarının tanımlanmasında yeterlidir. Bazen iki kaynaktan alınan bilgiler arasında uyumsuzluk olabilir. Bunun nedeni her bilginin elde edildiği, gözlemlerin yapıldığı yerlerin farklı olmasıdır, ancak bu durum duygulanım ile ilgili sorunlar için genellikle geçerli değildir. Anne ve babadaki psikopatoloji, aile tarafından doldurulan davranış raporlarını etkileyip yanıtlanabilir. Aile ve öğretmen raporları eşlik eden davranım bozukluğu ve kültürel farklılıklardan da etkilenebilir (25). Öğretmenden alınan bilgiler tanı ve tedavinin her aşamasında önemlidir. DEHB belirtilerinin klinik özelliklerinin, sınıf ve okul ortamında, çocuğun bireysel olarak değerlendirildiği ortamlara oranla çok daha belirginleştiği bilinmektedir (44). Öğretmen skalalarında bildirilen DEHB'nin derecesi ile hastalığın seyri arasında ilişki olduğunu ve eşlik eden bozuklukların belirlenmesinde yardımcı olduğunu bildiren çalışmalar vardır (45).

DEHB tanısında en önemli ilk aşamalar öykü ve fizik muayenedir. Öykü alınırken hastalığın ana belirtileri; dikkat süresi, yaşlarına göre farklı ortamlarda hareketlilik, dürtüsellik, duygulanım ile ilgili farklılıklar (üzüntü, kaygı) ve davranış sorunları ayrıntılı olarak sorgulanır. Okul başarısı sorgulanırken, el yazısı, okuma hızı ve niteliği, ev ödevleri, sınavlar, ders başarısı ve notlar, sınıf geçmekte zorlanıp zorlanmadığı öğrenilir. Sosyal becerilerini anlamak amacıyla arkadaşlık kurma ve sürdürme becerileri, arkadaş grupları ve etkinlikleri, hobiler, spor ve diğer etkinlikler sorgulanır. Ayrıntılı gelişim öyküsü önemlidir. Yürüme, konuşma, tuvalet eğitimi yaşı, dil gelişim aşamaları, regresyon ve ketlenmenin varlığı araştırılır (44).

Anne baba ile yapılan ilk görüşmeden sonra çocukla görüşülür. Bu görüşme çocuğun yaşına, beceri düzeyine ve işbirliğine girip girmemesine göre değişiklik gösterir. Çocuğun genel görünümü, gelişimi ve davranışları gözlemlenir (44,46). İlk görüşmede çocuk soruları doğru yanıtlamayabilir ya da genel davranış özelliklerini görüşme esnasında sergilemeyebilir. Çünkü pek çok çocuk, ailesi tarafından bir çocuk psikiyatristine getirildiğinin farkındadır (44).

Küçük çocuklarla, çocuğun gelişimini, dikkat ve hareketliliğini anlamak için oyunlar oynanabilir. Daha büyük çocuklarda ise algı, dikkat, planlama ve organizasyon yeteneklerini değerlendirmeye yönelik oyunlar seçilir (44). Hastalığın bulgularının belirlendiği bu görüşmelerden sonra ikinci basamak nedenlere yönelik öykünün tanımlanmasıdır. Gebelik ve doğum öyküsünde fetal aktivite, gebelik döneminde toksine maruz kalma, erken doğum, bebeklik döneminde kolik ya da huzursuzluk belirtilerinin varlığı, beslenme sorunları, geçirilen önemli hastalıklar, kafa travmasının varlığı sorgulanır (25). Aile ile ilgili nedenler araştırılırken ailedeki nörolojik (epilepsi, tik gibi) ve psikiyatrik bozukluklar, alkol-madde kullanım öyküsü, anne, baba ve kardeşlerde eğitim başarısı ve güçlükleri, ailedeki genetik bozukluklar sorgulanır (25,44).

Öykü tamamlandıktan sonra fizik muayene tanıdaki diğer basamaktır. Fizik ve nörolojik muayene yapılır. Nörolojik muayene sırasında özgün olmayan bulgular olabilir. Bu bulgular sili nörolojik bulgular olarak adlandırılır; reflekslerde asimetri, minör koreateotik hareketler, tekrarlayıcı hareketleri hızlı yapamama ve koordinasyonda güçlük seklindedir. Bu bulgular DEHB tanısı koymada yardımcı değildir (28). Gelişim düzeyi taranırken, çocuğun ilgi duyduğu alanlarda konuşularak

dil gelişim düzeyi ve becerisi belirlenir. Anlık ve uzak bellek değerlendirilir. Çizim testleri ile motor beceri test edilir (25). Öykü ve fizik muayene sonucunda tanıda DEHB düşünülüyorsa yardımcı ölçekler kullanılır. Bunlar anne baba ya da öğretmenlere yönelik hazırlanmış olan soru listeleri seklindedir. Tanı koyarken öğretmenden bilgi alınması son derece önemlidir. DEHB belirtilerinin sınıf ve okul ortamında, çocuğun bireysel olarak değerlendirildiği ortamlara göre çok daha belirginleştiği bilinmektedir. Öğretmene gönderilen soru listeleri yeterli olabilir ancak olanak varsa yüz yüze görüşmek çok daha faydalıdır (44,47).

Değerlendirmede son aşama laboratuvar incelemeleridir. Anemi varlığını araştırmak için kan sayımı ve gerekirse demir değerleri incelenir. Tiroid fonksiyonlarının rutin değerlendirilmesi bazı araştırmacılar tarafından önerilir (29). DEHB için rutin bir genetik ve metabolik tarama yoktur. Eğer ilaç tedavisi başlanacaksa öncesinde karaciğer ve böbrek fonksiyonlarının değerlendirilmesi önerilir (6). EEG özellikle aile ve çocukta nöbet öyküsü varsa ya da öyküde organik temeli vurgulayan ayrıntılar varsa ve absans nöbetleri düşünülüyorsa mutlaka yapılmalıdır. Beyin görüntülemesi her hastada gerekli değildir. Kafa travması ve eşlik eden nörolojik hastalıkların varlığında kullanılırlar (7).

2.1.6. Tanı

DEHB klinik bir tanı olup tanıyı kesinleştirmeye yönelik herhangi bir laboratuvar ya da özgün bir tanı testi yoktur. Klinisyenin tanı araçları aile ve çocuk görüşmeleri, klinik gözlem, fizik ve nörolojik inceleme, davranış değerlendirme ölçekleri ile bilişsel testlerdir.(5)

Tanı araçlarından psikometrik testlerde yavaşlamış ya da değişken tepki süresi, dürtüsel hatalar ve ihmalden kaynaklanan hatalarda artma, çeldiriciye karşı koyamama, hatalara karşı azalmış duyarlılık, zihinsel hesaplama ve sözel bellek güçlükleri (zeka testlerinin sayı dizisi bölümünün özellikle duyarlı olabileceği belirtilmektedir), uzamsal bellek bozuklukları, konuşmanın içselleştirilmesinde gecikme, zamansal temsilde güçlükler ve koku ayırımında güçlükler saptanabilmektedir (48). Kantitatif Elektroensefalogram'ın (Q-EEG) bozukluğun dikkat eksikliği ve hiperaktivite alt tiplerini belirlemede yardımcı olabileceği bildirilmektedir (49).

Mayıs 2013'te yayınlanan DSM-V'te DEHB tanı kriterlerinde çok fazla değişiklik yapılmamış olup en büyük değişikliğin yaş kriterinde olduğunu gördük. DSM IV'te DEHB tanısı için 7 yaş önce başlama kriteri varken DSM V'te 12 yaş öncesi başlama kriteri getirilmiş. Bu yaşı ileri çekmelerindeki sebebi bazı hastaların geçmişe dönük olarak semptomlarını belirlemenin zor olması olarak belirtmişlerdir.(8)

DSM-V DEHB Tanı Ölçütleri(8)

A. A-1' de ve/veya A2'de belirtilen işlevler ve gelişimi etkileyen süregiden dikkatsizlik ve/veya hiperaktivite-dürtüsellik

1)Dikkatsizlik: Aşağıda belirtilen septomların altı tanesinin veya daha fazlasının gelişimsel düzeye uymayacak biçimde sosyal,akademik/mesleki etkinlikleri olumsuz etkileyecek biçimde en az 6 ay süre ile görülmesi.

- Çoğu kez detaylara dikkat etmekte zorluk çeker veya okul ödevlerinde, işte ve diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.
- Çoğu kez işlerine veya oyun aktivitelerine dikkatini vermekte güçlük çeker.
- Çoğu kez onunla konuşurken dinliyormuş gibi görünmez.
- Çoğu kez talimatları sırası ile izlemekte güçlük çeker ve uğraştığı ödevi, işi bitiremez.
- Çoğu kez görevlerini ve faaliyetlerini düzenlemekte güçlük çeker.
- Çoğu kez fazla odaklanma ve zihinsel çaba gerektiren görevlerden kaçınır veya bunları sevmez.
- Çoğu kez işleri ve faaliyetleri için gerekli şeyleri kaybeder.
- Çoğu kez etraftaki diğer şeylerden dikkati kolayca dağılır.
- Çoğu kez günlük faaliyetlerinde unutkanlır.

2)Hiperaktivite ve dürtüsellik: Aşağıda belirtilen septomların altı tanesinin veya daha fazlasının gelişimsel düzeye uymayacak biçimde sosyal,akademik/mesleki etkinlikleri olumsuz etkileyecek biçimde en az 6 ay süre ile görülmesi.

- Çoğu kez elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.
- Çoğu kez oturması istenildiğinde, yerini terkeder.
- Çoğu kez uygunsuz olan durumlarda koşuşturup durur ya da tırmanır (ergenlerde ya da erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir).
- Çoğu kez sessizce oynamakta veya eğlenmekte güçlük çeker.
- Çoğu kez hareket halindedir ya da bir motor takılmış gibidir.
- Çoğu kez aşırı konuşur.
- Çoğu kez sorulan soru tamamlanmadan önce cevabını yapıştırır.
- Çoğu kez grup faaliyetlerinde sırasını bekleme güçlük çeker.
- Çoğu kez başka kişilerin faaliyetlerine müdahale eder.

B. 12 yaştan önce dikkatsizlik ve hiperaktivite-dürtüsellığe dair bazı semptomların başlaması.

C.Dikkatsizlik ve hiperaktivite-dürtüsellığın pek çok semptomunun en az iki ortamda görülmesi.

D. Sosyal ilişkileri, okul ilişkilerini ve iş kalitesini bu belirtilerin bozduğuna dair açık kanıtların bulunması.

E. Bu belirtilerin sadece Şizofreni ya da diğer bir Psikotik Bozukluğun gidişi sırasında görülmemesi veya başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaması (örn. Duygu Durum Bozukluğu, Anksiyete Bozukluğu, Dissosiyatif Bozukluk ya da Kişilik Bozukluğu, Madde intoksikasyonu veya çekilmesi).

Aşağıdakilerden hangisi olduğunu belirtiniz:

Bileşik tip: Hem A hem B kriterlerini son 6 ayda karşılıyorsa

Dikkat eksikliğinin önde olduğu tip: Eğer A kriterlerini karşılıyor ama B kriterinin son 6 ayda karşılamıyorsa

Hiperaktivitenin önde olduğu tip: Eğer B kriterlerini karşılıyor ama A kriterinin son 6 ayda karşılamıyorsa

DEHB bileşik tipte, uygunsuz huzursuzluk, davranışsal ve duygusal engellenme eşliğinde düşme, farklı düzeylerde etkilenmiş dikkat yer alır. Bu belirtiler çocuğun hem ev hem okul yaşamında ciddi güçlükler neden olur. Yaşa bağlı kültür normlarına göre dürtülerini denetleme, aktivitelerini düzenleme, dikkat ve sosyal ilişkiler alanlarında sorunlar yaşarlar. Sıklıkla erişkin yasama kadar devam eder (6). Her iki cinsiyette en sık görülen tiptir (14).

DEHB dikkat eksikliğinin önde geldiği tipte, DSM-V'ın dikkat eksikliği tanı ölçütleri vardır, ancak hiperaktivite ve dürtüsellik ölçütlerini tam olarak karşılamazlar. Bu çocukların dikkatin odaklanması, sürdürülmesi ve organizasyonu ile ilgili güçlükleri vardır. Aile ilişkileri ve sosyal alanda bazı güçlükleri olabilir ancak esas sorun okulda yaşanır. Öğretmenleri, bu çocukları sürekli geç kalan, organize olamayan, ödevlerini tamamlayamayan, rüyada gibi, unutkan olarak tanımlarlar. Dikkat sorunu farklı derecelerde performans kaybı, motivasyon eksikliği ve anlama güçlüğüne neden olabilir. Sonuç, kendi zekalarının altında başarıdır. Diğer iki tipten farklı olarak okula başlayana kadar belirti vermeyebilir ve genellikle ilk kez ilkokul döneminde tanı alır (6). Kızlarda erkeklere göre daha sık görülür (49).

DEHB hiperaktivitenin önde geldiği tipe dahil olan çocuklar dikkat eksikliği tanı ölçütlerini karşılamaz. Genellikle dikkat eksikliği alt tipinden daha erken tanı alırlar. Çocuktaki aşırı hareketlilik gelişim dönemi normlarına göre uygunsuzdur. DEHB'si olan bir çocuğun klinisyen tarafından ilk muayenesi sırasında hareketlilik gözlenmeyebilir. Genellikle okul ve evdeki durum sorgulanarak ortaya konur. Okul öncesi çocuklarda ilk muayene sırasında aktivite daha sık gözlenir. Okul öncesi dönemde DEHB'si olan çocuklar yapılandırılmış oyunları oynamakta güçlük çekerler. Yaş arttıkça motor aktivite azalabilir ve erişkinlikte yerini duygusal huzursuzluk alabilir. Engellenme eşikleri diğer tiplerden daha düşüktür. Erkeklerde kızlara göre daha sıktır (50).

2.1.7. Eşlik Eden Hastalıklar

Komorbidite çalışmalarında, DEHB'si olan çocuklarda, ergenlerde ve erişkinlerde hep yüksek oranda kaygı bozukluğu, depresyon, yıkıcı davranım bozuklukları, madde, sigara ve alkol kötüye kullanımı bildirilmiştir. Bütün yaş dilimlerinde DEHB'lilerde %60-80 arasında en azından bir komorbid durum bildirilmektedir. (9)

Bu alanda Danimarka'da yapılmış en geniş katılımlı çalışmada, DEHB tanılı 4-17 yaş arası çocuk-ergenlerin %52'sinde en az bir komorbid psikiyatrik hastalık saptanmış. Bu hastalarda DEHB'ye sık eşlik eden komorbid tanıların davranım bozukluğu (%16,5), özgül öğrenme bozukluğu (%15), otizm spektrum bozukluğu (%12) ve zihinsel yetersizlik (%7,9) olduğu tespit edilmiştir.(51)

DEHB'ye eşlik eden ikinci ya da üçüncü bir bozukluğun saptanması daha kötü bir sonlanımı olan ciddi bir sorunu göstermektedir. Tedavi planlanırken bu bozukluklar da göz önüne alınmalıdır. Çocuğun yaşı, cinsiyeti, sosyoekonomik düzeyi, anne babasında saptanan bozukluklar, örneklemin klinik ya da toplumdan alınması gibi pek çok neden eşlik eden bozuklukların oranlarını etkilemektedir (5).

Çalışmalar bu çocukların diğer tanıları da almasının şu anlamlara gelebileceğini belirtmiştir; eşlik eden bozukluk ve DEHB aynı bozukluğun farklı görünüşleri olabilirler, ayrı birer tanı olabilirler, ortak bir yatkınlığı paylaşabilirler, heterojen bir DEHB sendromunun alt tiplerini temsil edebilirler, DEHB birlikte bulunan bozukluğun erken görünümü olabilir ya da DEHB çocuğun diğer bozuklukları geliştirmesi için çocuğu riske sokabilir.(4)

Kadınlarda ve erkeklerde komorbidite paternine bakıldığında; kadınlarda kaygı, depresyon, yeme bozukluğu, erkeklerde ise otizm, tik bozukluğu ve gelişimsel bozukluklar daha sık görülmektedir. (9)

2.1.7.1. DEHB ve Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu

DSM-V karşıt olma bozukluğunu(KOB) en az 6 ay süren gergin/sinirli davranışlarla seyreden bir bozukluk olarak tanımlamaktadır. Sıklıkla en azından aşağıdaki davranışlardan dört tanesinin bulunması ile belirlidir; sık sık hiddetlenir, sık sık büyükleriyle tartışmaya girer, büyüklerin isteklerine veya kurallara uymaya karşı gelir veya reddeder, kasıtlı olarak başkalarını rahatsız edecek bir biçimde davranır, kendi hataları veya yaramazlıkları için başkalarını suçlar, alıngan ve hassastır, kolaylıkla incinebilir, çoğu zaman içerlemiş, kızgın ve kırgındır ya da kincidir ve intikam almak ister. (8)

KOB'un en sık başlangıç yaşı okul öncesidir ve ergenlikte artık başlamaz. Bu bozukluğun çeşitli epidemiyolojik çalışmalara göre görülme oranı %1-11 ve ortalama %3,3 olduğu söylenmektedir ve erkeklerde daha sık görülmektedir. (8)

Mukaddes ve arkadaşlarının İstanbulda yaptığı iki aşamalı bir çalışmada KOB yaygınlığı %2,2 olarak bulunmuştur.(52) Son zamanlarda İzmir'de Ercan ve ark. yaptığı ve 1500 çocuğu kapsayan bir çalışmada 4 yıllık izlem sonucu ortalama prevalans %3,84 olarak bulunmuştur.(12)

KOB'nun DEHB'ye en sık eşlik eden komorbid durum olduğu söylenmektedir. (%40-60) Bu sık komorbidite mevcut işlevselliği olumsuz etkilemekte ve prognoz açısından olumsuz bir faktördür. Russel Barkley'e göre DEHB bileşik tip eşikteki DEHB + KOB'dur; DEHB+KOB ise eşikteki DEHB+Davranım Bozukluğudur. (9) Harada ve arkadaşlarına göre, DEHB'ye KOKGB'u eşlik ettiğinde okul reddi ve arkadaş sorunlarının daha sık olduğunu belirtmişlerdir (53).

2.1.7.2. DEHB ve Davranım Bozukluğu

DSM-V'e göre 4 major grupta tekrarlayan ve süreğen biçimden yaşından beklenen sosyal ve ahlaki değerleri ihlal ederek başkalarının haklarına saldırı ile seyreden bir tablodur.

- Agresif davranımlar:Hayvanlara ve insanlara fiziksel saldırı ve zarar
- Agresif olmayan davranımlar: Mala zarar verme
- Sahtekarlık ve hırsızlık
- Kuralları ihlal etme (8)

7-9 yaşları arasındaki 576 DEHB olan çocuğu (birleşik tip) kapsayan çok merkezli çok yöntemli DEHB tedavi çalışmasında (DEHB'li Çocuklarda Çok Yöntemli Tedavi Çalışması, Multimodal Treatment Study of Children with DEHB, MTA) davranım bozukluğu eş tanı sadece %14,3 olarak bulunmuştur (4).

Wilson ve Morcotte (54), 14-18 yaşlarında DEHB tanısı almış olguları, davranım bozukluğu olan ve olmayan şeklinde ayırmışlar ve okul başarısı, benlik algısı, davranış sorunları, alkol madde kötüye kullanımı ve uyum davranışları açısından karşılaştırmışlardır. Davranım bozukluğu olan olgular olmayanlara göre belirgin derecede düşük okul başarısı, daha fazla dışa vurum davranışı, duygusal güçlükleri ve düşük uyum davranışları olduğunu göstermişlerdir. DEHB'ye eşlik eden davranım bozukluğu bulgularının varlığının daha önemli belirtiler ile ilişkili

olduğunu ve bu olgularda antisosyal kişilik bozukluğu, madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı riskinin arttırdığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır (55).

Gillberg ve arkadaşları 6-7 yaşlarındaki DEHB'li hastalarda davranım bozukluğu sıklığının %10 olduğunu bu birliktelik oranının 10 yaşlarına geldiklerinde %30-40 ve 13 yaş civarında ise bu grubun yarısında davranım bozukluğu görüldüğünü göstermişlerdir. Bu grubun genç yetişkinlikte antisosyal kişilik bozukluğu için çok yüksek risk taşıdığı da bu çalışmanın sonuçlarındandır.(18) Davranım bozukluğu komorbiditesi, DEHB gidişini olumsuz etkilemekle kalmayıp, ciddi düzeyde ailevi ve toplumsal zararlara yol açmaktadır. (9)

2.1.7.3.DEHB ve Uyku Bozuklukları

Her insanda olduğu gibi uyku bozukluklarının DEHB'li bireylerde de hayati olumsuz etkilediği gösterilmiş ve DEHB'lilerde uyku bozukluklarının topluma göre daha fazla görüldüğü bulunmuştur.(56)

DEHB tanılı çocukların ve ebeveynlerinin bildirimlerine göre yatağa gidip uykuya dalmakta ve sabah dinlenmiş uyanmakta sorunları vardır. Bu da gündüz saatlerinde uyku haline neden olur. (9)

DEHB tüm çocukluk çağı ruh sağlığı bozuklukları içinde en yüksek uyku bozukluğu oranlarına sahip hastalıklarındandır.(57) Çocuklar ve aileleri tarafından yaygın olarak bildirilen uyku problemleri arasında gecikmiş uyku başlangıcı, yatma zamanına direnç, sık gece uyanmaları, huzursuz uyku, gündüz uykulu olma hali vardır. (58) DEHB'li çocuklarda primer uyku bozukluklarına ek olarak, uykusuzluk semptomlarına neden olan komorbid psikiyatrik bozukluklar da yaygındır. Duygudurum bozuklukları (%15-20), anksiyete bozuklukları (%20-25) ve tik bozuklukları (%20) gibi komorbid durumlar önemli uyku bozuklukları ile ilişkilidir.(59) DEHB ya da eşlik eden durumların tedavisinde verilen ilaçlar başlangıçtaki uykusuzluğu şiddetlendirebilir. Bir çalışmada stimulan ile tedavi edilmiş DEHB'li çocukların uykuya dalmada gecikme ve uykusuzluk açısından, tedavi edilmemiş DEHB'li çocuklara oranının neredeyse üç kat olduğu bulunmuştur.(60) Uyku problemlerinin DEHB alt tipleri ile ilişkisi gösterilmiştir. Pek çok araştırmaya göre DEHB bileşik tip tanısı konulan çocuklar diğer iki tip ile karşılaştırıldığında daha fazla uyku problemlerine sahiptir.(61,62) Yakın zamanda

yapılan bir çalışmada dikkat eksikliği önde gelen tipte hipersomnianın daha sık görüldüğü ve bileşik tipte sirkadian ritm problemlerinin daha sık olduğu gösterilmiştir.(63)

2.1.7.4.DEHB ve Anksiyete Bozuklukları

DEHB ve kaygı bozuklukları pek çok semptom açısından benzerlik göstermektedir. Her ikisinde de motor huzursuzluk, sinirlilik ve konsantrasyon sorunu görülür.(9) Sık olarak bu iki durum beraberde görülebilmektedir.

DEHB'de anksiyete bozuklukları ile eş tanı %25 olarak bildirilmiştir (64). Barkley ve Steingard anksiyete bozuklukları ve depresyonun DEHB'ye daha geç yaşlarda eklendiğini bildirmişlerdir (65).

2014'te yapılan bir çalışmada DEHB'li çocukların %26'sında bir anksiyete bozukluğu, %39'unda en az iki anksiyete bozukluğu bildirilmiştir. Bu bozukluklar sırası ile %48 sosyal fobi, %34 yaygın anksiyete bozukluğu, %32 ayrılık anksiyetesi bozukluğu, %8 obsesif kompulsif bozukluk, %6 travma sonrası stres bozukluğu ve %2 panik bozukluk olarak bildirilmiştir. (66)

- **DEHB ve Sosyal Fobi:** Türkiye'de yapılan bir çalışmada 130 DEHB'li bireyde sosyal fobi oranı %72 olarak bulunmuş. Bu tanının özellikle dikkat eksikliği alt tipi ile birliktelik gösterdiği de bildirilmiştir.(67)
- **DEHB ve Ayrılık Kaygısı:** Bu sık birliktelik tedavisinde önceliğin DEHB tedavisine verilmesinin gidişat açısından daha olumlu olduğu gösterilmiştir.(68)

2.1.7.5. DEHB ve Depresyon

DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde depresyon oranı %12-50 arasında bildirilmektedir. Genelde bu bireylerin ergenlikte depresyon geliştirme riski DEHB olmayanlardan 5,5 kat fazladır. (9) Yetişkin DEHB'li olguların %55'inde tekrarlayıcı depresif bozukluk mevcuttur. (69)

Uykusuzluk, irritabilite, duygulanımda oynaklık, öfke, duygu dışı vurumunda azalma ve konsantrasyon güçlüğü gibi belirtiler DEHB bulguları ile karışabilir. DEHB'li çocukların bir bölümünde ileri yıllarda bir duygudurum bozukluğu gelişebilir. İki durum bir arada olduğunda dikkat sorunları daha fazladır.

DEHB'lilerde benlik saygısı genellikle normal kişilerden daha düşüktür ve bu durum depresyon gelişmesi için zemin hazırlayabilir.(6,25)

Aile çalışmalarında, DEHB ve duygudurum bozukluğunun bir arada olduğu olguların birinci derece yakınlarında depresyon sıklığı artmış olarak bulunmuştur. DEHB ve depresyondaki bağlantı yaygın ailesel özellik gösterir. Klinisyenler DEHB'li çocukları tedavi ederken sıklıkla ailelerini de depresyon nedeniyle tedavi ederler. Ailedeki depresyonun tedavi edilmemesi, çocuktaki depresyon belirtilerini arttırabilir (25,69).

2.1.7.6. DEHB ve Bipolar Bozukluk

DEHB'lilerde BPB gelişme riski olmayanlara göre 6,5 kat fazladır.(9) DEHB ve BPB komorbiditesi gerek sıklığı gerek semptomlarının binişikliği ve zaman zaman ayırıcı tanıdaki güçlükler nedeniyle tartışmaya neden olmaktadır. Çocuk ve ergen grubunda DEHB' de BPB oranı %8,3-%22 olarak saptanmıştır.(70,71,72)

Çocukluk çağı örnekleminde DEHB sıklığı BPB'dan oldukça yüksektir ve DEHB varlığında bipolarite yordayıcıları tam olarak belirlenemeyebilir. Duygudurumda düzensizlik, saldırganlık ve önemli DEHB belirtileri bipolarite için yordayıcı olabilir. Bu konudaki az sayıdaki çalışmada erken başlangıçlı manide DEHB'nin sıklıkla eşlik eden bir durum olduğu üzerinde durulmaktadır. DEHB ve BPB birlikteliğinin oldukça yüksek ailesel geçiş gösteren durum olduğu düşünülmektedir (73).

2.1.7.7.DEHB ve Öğrenme Bozuklukları

Özgül öğrenme bozukluğu biyolojik kökenli bilişsel anormalliklerin davranışsal belirtilere de yol açabildiği bir nörogelişimsel bozukluktur. Genelde okul eğitimine başlayan yıllarda fark edilir. DSM V'de tek başlık altında toplanmıştır. Alt tip olarak ise okumada yetersizlik, yazılı ifade yetersizlik ve matematikte yetersizlik belirtilmiştir. ÖÖG prevalansı çocuklarda %5-15 arasında bildirilmektedir. (8) DEHB ve öğrenme bozukluğu birlikteliği kullanılan tanımlama aracının farklılığına göre %10-90 sıklığında bildirilmiştir (6,25) Morgan ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada matematik öğrenme güçlüğünün dikkat eksikliğinin önde olduğu tipte daha sık olduğunu bildirmişlerdir.(74) Klinik özelliklerine bakıldığında okuma bozukluğunun kızlarda daha çok dikkatsizlik alt

tipi, erkeklerde ise hem dikkatsizlik hem de bileşik tip DEHB ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. (9) Araştırmalar ve klinik deneyimlerin sonucuna göre tek başına okuma güçlüğü, uyarıcılara yanıt vermez ancak DEHB ile birlikte ise olumlu yanıt verir. Öğrenme güçlüğünde uyarıcıların bazı özel etkileri bildirilmiştir. Bu olgularda çalışma belleği ve el becerisinde iyileşme bulunmuştur. Öğrenme güçlüğü olan olgularda özel eğitim yöntemleri de faydalı olabilir (6).

2.1.7.8. DEHB ve Tik Bozuklukları

Tik bozuklukları genelde çocukluk çağında başlayan ailevi geçişi olan, göz kırpma, yüz buruşturma, omuz oynatma, karın germe gibi tekrarlayıcı motor tikler ve boğaz temizleme, öksürme veya başka sesler çıkartma gibi vokal tiklerle karakterizedir.(9) DEHB'lilerde %50 oranında tiklerin görüldüğü söylenmektedir. Bu sık komorbidite muhtemel genetik ortak zemini düşündürmektedir.(9) Özellikle Tourette Bozukluğunda daha fazla DEHB komorbiditesi olduğu gösterilmiştir.(%50) (18)

2.1.7.9. DEHB ve Gelişimsel Koordinasyon Bozukluğu

Gelişimsel koordinasyon bozukluğu, günlük aktivitelerde bozukluk yapacak kadar motor koordinasyonun gelişim normlarının gerisinde kalması olarak tanımlanır. Sıralama, yargılama, zamanlama sorunlarını kapsayan beyin yapısında bozukluğun açık olarak gösterilemediği beyin fonksiyonlarında özgül olmayan bozulmayı yansıtır. Epidemiyolojik çalışmalarda çocuklarda sıklığı %5-15 olarak bulunmuştur. Gelişimsel koordinasyon bozukluğunda tedavi psikolojik ve eğitimsel desteği içerir. Klinik araştırmalar göstermiştir ki beceriksizlik, sakarlık, hantallık, çocuğu pek çok alanda ciddi olarak etkilemektedir. Bu çocuklar okulda bazı etkinlikleri yaşlıları ile aynı hızda yapmakta zorlanırlar. Bazı beceriksiz çocuklar arkadaşları tarafında “geri” olarak adlandırılır, oysa çoğu günlük etkinlikleri yerine getiremeseler de zihinsel sorunu olmayan çocuklardır (6).

Pek çok çalışmada DEHB ve Gelişimsel koordinasyon bozukluğu arasında yüksek ilişki gösterilmiştir. Bu bozuklukların birine sahip çocukların %50'sinde aynı zamanda diğer bozukluğun bulunduğunu bildiren çalışmalar vardır (75). Blondis ve arkadaşları DEHB'li 477 olgu ile yaptıkları çalışmada, olguların en az 1/3'ünde aynı zamanda gelişimsel koordinasyon bozukluğu olduğu gösterilmiştir. DEHB'li çocuk büyüdükçe sıklıkla beceriksizliği azalır ve spor etkinliklerinde başarılı olabilir.

Ancak eşlik eden gelişimsel koordinasyon bozukluğu varsa bu gerçekleşemez ve genellikle dikkatsizlikle birlikte devam eder (75). Tervo ve arkadaşları DEHB'ye eşlik eden gelişimsel koordinasyon bozukluğu olanlar ile sadece DEHB olanların metilfenidata cevabını karşılaştırdıkları çalışmalarında her iki grupta ilaca cevabın benzer olduğunu ve uyarıcıların bu bozukluğun tedavisinde de etkili olduğunu bildirmişlerdir (76).

2.1.7.10. DEHB ve Zeka Geriliği

Zihinsel yetersizliği olan bireylerde zeka geriliği oranı genel populasyondan yüksek olarak bildirilmiştir.(77) 4-7 yaş DEHB'lileri inceleyen bir çalışmada DEHB'de zihinsel yetersizlik oranı %7,9 olarak tespit edilmiştir. (51) İki durumun birlikte bulunması DEHB'nin seyrini olumsuz etkileyen ve başka psikiyatrik sorunların eklenme riskini artıran bir durumdur. Bu çocuklarda metilfenidatın etkinliğini araştıran iki önemli çift kör, plasebo kontrollü izlem çalışması vardır. Çalışmalarda, olguların %64-75'inde uyarıcı ilaç tedavisi ile dikkat ve hiperaktivite bulgularında düzelme bildirilmiştir. Ancak sosyal beceri alanında anlamlı iyileşme kaydedilememiştir (78). IQ'su 45-75 arasında olan çocuklarda uyarıcılar normal çocuklardakine benzer olarak dürtüsellik, hiperaktivite, dikkat eksikliğini düzeltici etkiye sahiptir. Öğrenme ve hafıza gibi alanlarda daha az iyileştirici etkileri olabilir. Zeka geriliği olan okul öncesi çocuklarda iyileştirici etki olmakla birlikte daha fazla yan etki görülür.(78)

2.1.7.11. DEHB ve Epilepsi

Epilepsi tanısı olanlarda DEHB prevalansının %12-39 olduğu bildirilmektedir. (79) DEHB'li bireylerde de normal popülasyonun 2,7 katı daha fazla (%0,5-1) epilepsi riski olduğu bildirilmiştir.(80) Bu sık birlikteliği açıklayacak bazı teoriler öne sürülmektedir.

- Antiepileptikleri bilişsel ve davranışsal olumsuz etkileri
- DEHB ve epilepsinin muhtemel ortak nörobiyolojik zemini
- Kronik ve subklinik epileptik deşarjların etkisi (9)

DEHB ve epilepsi bir arada olduğunda metilfenidat kullanımı ile ilgili çalışmalarda, uyarıcı ilaçların nöbet riskini anlamlı bir şekilde artırmadığı, antiepileptik ilaç kan seviyelerini etkilemediği ve EEG incelemelerinde değişiklik olmadığı bildirilmiştir. (78).

2.1.7.12. DEHB ve Kafa Travması

Orta şiddette kafa travması DEHB'ye neden olmaz ancak DEHB'li çocuklarda sık kaza riski olduğu için geçirilmiş kafa travması öyküsü şaşırtıcı değildir (81). Önemli kafa travması DEHB ile ilişkili olabilir. Önemli kafa travması olan çocukların 2 yıllık takibi sonucunda %20 olguda bilişsel ve davranışsal etkilenme bildirilmiştir. Bu çocuklarda sıklıkla tıbbi duruma ikincil olarak gelişen, kişilik değişikliğini de içeren frontal lob sendromu ya da disinhibisyon görülür. Dikkat eksikliği ve bellek sorunları çocukluk çağı kapalı beyin travmalarının en sık sekeleridir. Bu alandaki zorluk, travma öncesi dikkat bilinmediği için kıyaslama yapılamamasıdır. Kafa travmasına bağlı dikkat eksikliğinin tedavisinde uyarıcıların olumlu etkilerini bildiren çalışmalar vardır. Travmanın tipi ve yerinin tedavideki rolü bilinmemektedir (78).

2.1.8. Ayırıcı Tanı

Üç yaşından küçük çocuklarda, aşırı hareketlilik ve dikkatsizlik gibi belirtilerin DEHB'de sıklıkla gözlenen görsel-motor ve algı ile ilgili yetersizliğe mi, yoksa normalde tam olarak gelişmemiş sinir sisteminin klinik görünümüne mi bağlı olduğunun ayrımı oldukça güçtür. Ayırıcı tanıda gelişim dönemine uygun bu aşırı hareketliliğin göz önüne alınması gerekir. Bazı anne babalar normal bir çocukta, özellikle erkek çocukta yaşa uygun hareketliliği, yoğunlaşma süresinin kısalığını ve kurallara uyma becerisinin azlığını bir yakınma olarak getirebilirler. Gerçek DEHB olanlarda belirtiler kalıcıdır ve genellikle öfke patlamaları, kavgacılık, saldırgan tutumlar, yaralanmalara neden olabilecek korkusuz hareketler ve gürültücülük eşlik etmekte, karşı gelme tutumları izlenmektedir (5).

Dikkat eksikliği dışında okuma ya da matematik beceriksizliğine bağlı olarak ortaya çıkabilen değişik tipteki öğrenme bozuklukları da DEHB'den ayırt edilmelidir. Öğrenme bozukluğu olan çocuklar okulda sıkılmakta ve hevesleri kırılmaktadır. Yeterli yardımı almadıkları okul ortamlarında ise çocuklarda huzursuzluk ve dikkat eksikliği ortaya çıkmaktadır. Bu durum zeka geriliği olan çocuklar içinde geçerlidir. Zeka geriliği olan çocuklarda DEHB tanısı, ancak dikkatsizlik hiperaktivite belirtileri o zeka yaşından beklenenden çok daha fazla ise konmalıdır (82).

Davranım bozukluğuna çeşitli derecede huzursuzluk ve dikkatsizlik eşlik edebilmektedir. Genellikle DEHB ile ilgili belirtiler ayrı tanı konulamayacak kadar hafiftir. DEHB'den ayrılması gereken önemli bir tanıda uyum bozukluğudur. Her iki bozuklukta benzer belirtiler bulunmaktadır. Uyum bozukluğunda süre genellikle altı aydan kısadır ve ortaya çıkışı yaşamın daha geç dönemlerindedir. DEHB olan çoğu çocukta ise yaşamın ilk yıllarında sorunlar başlamaktadır (5).

Çocuklardaki anksiyetenin de ayırıcı tanı için araştırılması gerekmektedir. Anksiyete de aşırı hareketlilik ve dikkatin kolay dağılmasına neden olabilmektedir. DEHB olan çocukların ders çalışma ve öğrenme ile ilgili güçlükleri nedeniyle anne baba ile çocuk arasında sürekli bir sürtüşme yaşanmaktadır. Bunun sonucunda çocuk örselenmekte, bazen aşağılanmakta ve giderek benlik saygısı düşmektedir. Bu çocuklarda klinik duruma sıklıkla depresyon eşlik etmektedir. DEHB'ye ikincil olarak ortaya çıkan bu depresyon, hareketlerde azalma ve sosyal geri çekilmenin olduğu birincil depresyondan ayırt edilmelidir (83).

DEHB ve bipolar bozukluğun da ayırıcı tanısının yapılması gerekmektedir. Grandiosite, cinsel ilgilerde ve düşüncü hızında artma, uyku gereksiniminde azalma, neşe ya da duygulanımda kabarma gibi maniye ilişkin belirtilerin varlığı ayrıca ataklar halinde ortaya çıkması bipolar bozukluğu DEHB'den yüksek ölçüde ayırabilecek özgül ölçütlerdir (5).

Ayırıcı tanıda diğer psikiyatrik, gelişimsel, tıbbi ve nörolojik bozukluklar da düşünölmelidir. Dikkat eksikliğinin önde geldiği tip için ayırıcı tanıda başta asperger bozukluğu olmak üzere yaygın gelişimsel bozukluklar, iletişim bozuklukları ve travma sonrası stres bozukluğunun göz önünde bulundurulması, ayrıca çeşitli tıbbi durumlar için kullanılacak semptomimetikler, steroidler, teofilin, antihistaminikler ve fenobarbital gibi ilaçların kullanımının, madde kötüye kullanımını, kurşun ve çinko gibi çevresel toksinlerin de bozukluğun ayırıcı tanısında önemli olduğu bildirilmektedir (48)

2.1.9. Tedavi Yaklaşımları

DEHB'nin takip ve tedavisinde çok yönlü yaklaşım gereklidir (5). Connors ve arkadaşlarının gözden geçirdiği çok yönlü tedaviler arasında; anne baba eğitimi, ilaç tedavisi, bilişsel-davranışçı tedaviler ve eğitimsel girişimler yer almaktadır.

Turgay'ın geliştirdiği bütünleyici girişimler şunları kapsamaktadır: Çocuğun ve ailesinin eğitimi, okulu tedaviye ortak etme, özel eğitim, çevreyle ilgili girişimler, davranış değişiklikleri, bilişsel davranışçı terapi, içgörü yönelimli psikoterapi, ailenin desteklenmesi, danışmanlık ve grup tedavileri (50).

2.1.9.1. Psikososyal Eğitim

Bu yaklaşım DEHB'nin tedavisinin ana parçalarından biridir. İlk görüşmede tanışma ile birlikte psikososyal girişimler başlar. DEHB tanısının hem ocuk hem aile üzerinde etkileri olacaktır. Bunlar olumlu ve olumsuz etkiler olabilir. Olumlu etkiler zorlukları anlama ve bilgilenmenin verdiği rahatlama ile ilgilidir. Olumsuz etkiler ise çocuğun diğer çocuklardan değişik olduğunu anlamanın yarattığı duygulardır. Her aile durumla ilgili bilgilenme ihtiyacı duyar. Hastalığın doğası, tedavisi ve gidişi merak edilen konular arasındadır. Tedavi planının ana hatları aile ve ocuk ile birlikte çizilmelidir. Tedavi devam ederken de aktif bilgilendirme sağlanır. Aile dinamikleri, sosyal beceriler, kişisel farklılıklar, kişiye uygun öğrenme yöntemleri gibi özellikler belirlenir, tedavi planlanırken her biri göz nnde bulundurulur (84).

2.1.9.2. Aile Tedavisi ve Davranış Yönetim Teknikleri

DEHB'li çocuklar ile aileleri arasındaki ilişki genellikle olumsuz ve engelleyicidir. Bu ocuklar aileleri tarafından diğer çocuklara oranla daha sık uyarılırlar. Aile tedavisini diğer tedavilere eklemek gerekli olabilir (85). Bu yöntem bireysel ya da gruplar arasında uygulanabilir. Aile grupları oldukça etkilidir, haftalık oturumlar seklinde 8-20 oturumda gerçekleştirilir. DEHB'li olguların ailelerinde psikiyatrik bozukluklar daha sık görülür (47). Bu nedenle ailenin ayrıca değerlendirilmesi ve tedavisi önemlidir. Aile tedavisi sonucunda çocuktaki DEHB bulgularında anlamlı azalma bildiren çalışmalar bulunmaktadır (55).

2.1.9.3. Okul Görüşmeleri

Tedavi sürecinde ğretmen eğitimi önem kazanır. İdeal olan terapistin öğretmenle bireysel olarak tanışması ve aralıklı olarak yardımlaşmasıdır. Öğretmene

çocuğun öğrenme ile ilgili özel güçlükleri, bireysel yardıma ihtiyaç duyabileceği, bilgisayar kullanımıyla daha başarılı olabileceği anlatılır. Davranışla ilgili günlük rapor kartları kullanılabilir. Aile ve öğretmen arasında anlaşmazlık olduğunda terapist dengeleyici rolüne girebilir (86). DEHB olan çocuklarda eğitim başarısı diğer çocuklara göre belirgin olarak düşüktür. Yoğunlaştırılmış yaz uygulamaları faydalıdır. Genellikle okula benzer ortamlar hazırlanarak çocuğa davranış eğitimi verilir (25).

2.1.9.4. Sosyal Eğitim

Sosyal beceriler DEHB’de etkilenmiş pek çok alandan biridir ve tedaviye oldukça dirençlidir. Bu eğitim çocuğun kendi sosyal çevresinde iletişim kurma becerilerini arttırmayı amaçlar. Sosyal eğitim, genellikle çocuğun kendi yaş ve okul grubundan diğer çocuklarla oluşan küçük gruplarda bilişsel davranışçı teknikler kullanılarak yapılır. Model alma, öğretici anlatımlar, sembolik oyun, rol oynama, davranış provalarını içerir (6,87).

2.1.9.5. Bilişsel Davranışçı Terapi

Bu yöntemlerle çocuk kendini ve davranışlarını denetlemeyi öğrenir. Öfkenin, dışa vuran davranışların kontrolü ve sosyal durumlarla ilgili problem çözme yöntemleri öğretilir. Bunlarla ilgili ödevler verilir ve alıştırmalar yapılır (4). Dikkat üzerine bilişsel davranışçı tedavinin etkileri ile ilgili deneyimler vardır. DEHB bulguları üzerinde davranışçı terapi bilişsel terapiden daha etkilidir. Davranışçı terapide, olumlu davranışı artırmak ve istenmeyen davranışı azaltmak hedeflenir. Çocuk hareketlerini ve dürtülerini kontrol ettiğinde ve dikkatini uzun süre sürdürdüğünde olumlu pekiştiriciler verilir. Davranışçı terapi tek başına ya da daha etkili olarak ilaç tedavisi ile birlikte kullanılabilir. Aile ve öğretmen çocuğa nasıl davranmaları gerektiği konusunda eğitilir ve davranışçı teknikler onlara da öğretilir. Özel sınıf olayları, yaz kampları gibi yerlerde olası beklenen sorunlara karşı geliştirilmiş özel davranış terapi tekniklerinin kullanılması ile risk yönetimi eğitimi verilebilir. Bilişsel davranışçı terapi DEHB’ye eşlik eden psikiyatrik bozuklukların tedavisinde de etkili olabilmektedir (6).

2.1.9.6. İlaç Tedavisi

Öncelikle Kuzey Amerika olmak üzere tüm dünyada ilaç tedavisi tercih edilmektedir. Bu durum DEHB'nin daha iyi tanınması, medya ve diğer yayın organlarında uyarıcıların davranışlar üzerine olumlu etkilerinin sıkça yayınlanması ile de ilgilidir. Tüm dünyada DEHB tanısı konulan çocukların $\frac{3}{4}$ 'ü ilaç kullanmaktadır. Uyarıcı ilaç kullanım süresi ortalama 2.5 yıl olarak tahmin edilmektedir. Günümüzde okul öncesi, ergenlik ve erişkinlik dönemlerinde de ilaç kullanımı önemli oranda artmıştır. Ek olarak uyarıcı kullananlar arasında dikkat eksikliği alt tipinde olanların oranı da giderek artmaktadır (88).

Ülkemizde Gazi Üniversitesi hastanesinde yapılan araştırmada DEHB tanısı konulan hastaların % 94'üne farmakolojik tedavi planlandığı, ilk seçilen ilaç grubunun da uyarıcılar olduğu belirlenmiştir (11).

Gerek ilaç kullanımına karşı önyargıların olması, gerekse anne babaların ve hekimlerin bu hastalara yardımcı olabilmek için yeni yollar araması sonucu, tedavide kafeinden, şeker alımının kısıtlanmasına kadar birçok yöntemin denenmesine neden olmuştur. Ancak, çocuk, genç ve ailesinin bilimselliği kanıtlanmamış böylesi yöntemlerle oyalanmasının zararlı olabileceği vurgulanmaktadır (5).

SSS uyarıcıları, antidepresanlar, antipsikotikler, anksiyolitikler, antikonvülsanlar, lityum, fenfluramin, klonidin ve guanfasin bu amaçla kullanılan ilaçlardır. Çift kör plasebo kontrollü araştırmalar uyarıcı ilaçlar olan metilfenidat ve amfetaminin üstünlüğünü kanıtlamıştır (4).

Uyarıcılar (amfetamin,metilfenidat) DEHB tedavisinde en sık kullanılan, hakkında en çok çalışma yapılmış ve en etkili ilaçlardır (4,6,25). Metilfenidat ve dekstroamfetamin DEHB tedavisinde en sık yeğlenen uyarıcı ilaçlardır. Amerikan Gıda ve İlaç Birliği (FDA) uyarıcı ilaçlardan dekstroamfetamin üç yaşından, metilfenidatın ise altı yaşından sonra kullanımını onaylamıştır. Metilfenidat (MPH) ve amfetamin sinir uçlarındaki depolanma bölgelerinden dopamin ve norepinefrin salınımını artırır ve bunların geri alımını (dopamin taşıyıcı proteini inhibe ederek) bloke eder. Bu, sinaptik aralıktaki dopamini artırır. 1960'lardan sonra, yaklaşık 3000 çocuğu kapsayan 350'den fazla iyi düzenlenmiş plasebo kontrollü çalışma, uyarıcıların DEHB'li çocukların %75-80'inde dürtüselliği, dikkatsizliği, okuldaki davranışları ve okul başarısını düzelttiğini, cevap vermeyen çocukların çoğunun da

(%90) doz ya da stimulan değişimine cevap verdiğini göstermiştir (89). Okul öncesi dönemde etkinlik sınırlı ve yan etkiler sıktır. Ergenlerde ilaca verilen yanıt oranları iyidir. Erişkinlerin %80'i metilfenidata iyi yanıt verir (6). 10 yıllık izlem çalışmasında Biederman ve arkadaşları stimulan kullanımının DEHB' ye eşlik edebilen psikiyatrik bozuklukların gelişiminde de etkili olduklarını bulmuşlardır (90).

Uyarıcıların tümü iştah azalması, bas ağrısı, mide ağrısı, uykusuzluk yapabilir. Önemli psikiyatrik yan etkiler; obsesif kompulsif davranışlar, sosyal geri çekilme, irritabilite ve disforiyi içerir (6,25).

Uyarıcı tedavisi olguların çoğunda etkilidir ancak tam düzelme sağlanamayabilir. Bu yetersizlik psikiyatrik ve bedensel yan etkiler, ilaçların eşlik eden diğer bozukluklara etki etmemesi, tedavi süresi, tolerans ve rebound ile ilgili olabilir (88). Uyarıcı ilaçlar etki sürelerine göre kısa ve uzun etkili olmak üzere ayrılır (6).

2.1.9.6.1. Kısa Etkili Uyarıcılar

Metilfenidat, 10 mg'lık tabletler halinde bulunur. Ülkemizde bulunan tek kısa etkili metilfenidat formudur. Etki ilaç uygulamasından 30-45 dakika sonra başlar, 3-4 saat sonra biter (6,91). İlaç tedavisine düşük dozda başlanır ve yavaş yavaş arttırılır. Doz metilfenidat için 1mg/kg'dan günde en fazla 60 mg şeklindedir (6). Volkow ve arkadaşları (92) pozitron emission tomografi (PET) kullandıkları çalışmada, Metilfenidatın dopamin taşınmasını %50 oranında engellediğini, hücreler arasındaki alanda dopamin miktarını arttırdığını ve dopamin salınımını düzenlediğini bildirmişlerdir. İlacın hızlı yıkımı nedeniyle ilk uygulamadan sonra belirtilerde artma olasılığı vardır (rebound hiperaktivite). Bu durumda daha sık ilaç uygulaması ya da uzun etkili formlardan birine geçilmesi önerilir (7,25).

Dekstroamfetamin, 5 mg'lık tabletler şeklindedir. 5 mg dekstroamfetaminin etkisi 10 mg metilfenidatın etkisine benzerdir. Etki süresi 5-6 saattir (6).

Adderall, dekstroamfetamin ve metilfenidat karışımından oluşur. Etki süresi 6-8 saattir (6). Günde iki doz uygulama gerekebilir ancak genellikle kahvaltıdan sonra tek doz yeterli olur. Metilfenidata yanıtız olgularda etkili olabilir (86).

Focalin; (Deksmetifenidat) Metilfenidata göre daha düşük doz yeterli olmakta ve böylece teorik olarak yan etkilerde azalma sağlanmaktadır (89).

2.1.9.6.2. Uzun Etkili Uyarıcılar

Adderall-XR (dilamfetamin) amfetaminlerin en yenisidir. Hastalara günde bir kez ilaç uygulama şansı sağlamaktadır. Hızlı ve yavaş salınan tuzların bir arada bulunması etki süresinin uzamasını sağlar (6).

Ritalin SR ilk yapılan uzun etkili metilfenidat formudur. Daha sonra geliştirilen osmotik pompa gibi teknolojiler ile üretilen ilaçlar kullanılmaya başlanmıştır, bu yeni teknoloji ile üretilen ilaçlarla 12 saatlik etki süresi sağlanmıştır. Bu formda etki hızlı başlar, azalmadan uzun süre devam eder. İlaç uygulandıktan 12 saat sonra kan düzeyi yeterlidir ve gün sonunda etki biter (89). Wilens ve arkadaşları DEHB'li çocuklarda tek doz uzun etkili metilfenidatın etkinliğini çok merkezli açık, randomize bir çalışma ile araştırmışlar ve olguların %71'nin 12 aylık tedavi süresini tamamladıktan sonra, ilacı iyi tolere ettikleri, etki ve yan etkilerin kısa etkili olanlara benzer olduğunu bildirmiştir (93).

2.1.9.6.3. Diğer İlaç Tedavileri

İmipramin ve desipramin DEHB tedavisinde, hakkında en çok çalışma yapılmış olan trisiklik antidepresanlardır (TSAD). Yirmi beşten fazla çalışmada TSAD'nin DEHB tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir. Bu ilaçlar DEHB'nin bilişsel belirtileri üzerine etkili değildir. DEHB ile birlikte anksiyete ve tik bozukluğu olan hastalarda olumlu etkileri olabilir. TSAD'lerin yüksek dozlarda kalp üzerine toksik etkileri ve nöbet eşliğini düşürme gibi riskleri vardır bu sebeple son yıllarda tercih edilmemektedirler. (95).

Venlafaksin, serotonin ve noradrenalin geri alım inhibitörüdür. Yetişkinlerde antidepresan etkileri için kullanılmakta olup klinik olarak DEHB belirtilerinin tedavisinde de kullanılmaktadır. Ancak etkinliğine ilişkin veriler oldukça azdır (4).

Bupropion ile ilgili DEHB tedavisinde olumlu etkinliği olduğunu bildiren çalışmalar vardır. Özellikle depresyonun eşlik ettiği durumlarda tercih edilmekte ve eşlik eden bipolar bozukluğu olan olgularda maniyi tetikleyici etkisi daha düşük olmaktadır (4).

Atomoksetin norepinefrin geri alım önleyicisidir ve FDA tarafından DEHB'nin uyarıcı olmayan ilaç tedavilerinde çocuk ve yetişkin olgular için onaylanmıştır. Çift kör plasebo kontrollü çalışmalarda atomoksetin DEHB'nin temel belirtilerinde günlük tek doz kullanım ile belirgin düzelme sağlamıştır. İştah azalması, bulantı ya da kusma ve yorgunluk görülebilmekte, uykuyu geciktirici etkisi uyarıcılardan daha az ortaya çıkmaktadır (5). İlacın etkisinin doza bağlı olduğu; 1.2 mg/kg /gün dozda 0.5 mg/kg/gün dozuna ve plaseboya üstün olduğu gösterilmiştir. İzlem çalışmalarında ilacın etkili olduğu bildirilmektedir (96).

SSRI'ların DEHB'de kullanılması ile ilgili yeterli bilgi bulunmamaktadır. Eşlik eden depresyon ve anksiyete bozukluklarının varlığında uyarıcılarla birlikte kullanılmasını öneren çalışmalar bulunmaktadır (86).

Antipsikotiklerin, özellikle aşırı hareketlilik, ataklık, dikkati sürdürme zorluğu ve engellenme eşiğinin düşüklüğü gibi belirtilerde etkin olduğu bildirilmiştir. Ancak etkileri uyarıcı ilaçlardan daha düşüktür. Uyarıcılarla tam düzelme sağlanamayan davranış sorunları olan olguların ve eşlik eden tik bozukluğu olan olguların tedavisinde sıklıkla kullanılırlar (86,88). Atipik antipsikotiklerin DEHB ile birlikte zihinsel sınırlılıkları olan çocuklarda olumlu sonuçları olduğunu bildiren yayınlar bulunmaktadır (97).

Klonidin ve guanfasin alfa-2 noradrenerjik agonisttir. Özellikle uyarıcı ilaçlara yanıt alınamayan, uyarıcılarla ağır yan etkilerin çıktığı ya da kronik tik bozukluklarının eşlik ettiği olgularda klonidin ve guanfasinden yarar sağlanmıştır. Klonidin antihipertansif bir ilaçtır, bu nedenle en önemli yan etkisi genel olarak klinik açıdan önemli olmayan hipotansiyon ve ortostatik hipotansiyon şeklindedir. Klonidin ve metilfenidatın birlikte kullanılması gereken karma belirtilerin olduğu şiddetli olgularda metilfenidat dozu % 40 oranında azaltılmalıdır (4). Prince ve arkadaşları, DEHB ile birlikte uyku bozukluğu olanlarda klonidin kullanımını araştırdıkları çalışmada, %85 düzelme bildirmişlerdir (98).

2.1.10. Gidiş ve Sonlanım

İzlem çalışmaları DEHB'nin belirtilerde değişiklik olabilmekle birlikte ömür boyu sürebildiğini göstermiştir. Motor hiperaktivite geç çocukluk veya erken gençlik döneminde iyileşebilir. Orta sidette veya şiddetli rezidüel DEHB belirtileri

(huzursuzluk, yerinde duramama, kıpırdanma) dışarıyla iyi uyum yapmış bazı erişkinlerde bile devam edebilir (5).

DEHB belirtilerinin sıklığı yaşla azalır. Dahası DSM'de sıralanmış olan birçok DEHB belirtisi ergenler ve yetişkinler için gelişimsel olarak uygun değildir. Birleşik tip DEHB olan birçok çocuk orta ergenlik döneminden itibaren daha az hiperaktif-dürtüsel belirti gösterirler ve yetişkinlikte dikkat eksikliğinin baskın olduğu tip haline gelirler. DEHB olan çocukların %30-40'ı yetişkinlikte DEHB ilişkili sorun yaşamazlar. Yine de DEHB olan yetişkinlerin çoğu bozukluğun sonuçları ile hayat boyu uğraşırlar (4).

DEHB'nin klinik gidisini izlemek için, Amerika Birleşik Devletleri, Kanada ve bazı Avrupa ülkelerinde, DEHB olan çocukların sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı ve 2, 4, 8 ve 12 yıl gibi belirli aralıklarla değerlendirildiği uzun süreli izlem çalışmaları yapılmıştır. Bu araştırmaların sonucunda, çocukluklarında DEHB olanların % 80'inin ergenlik dönemlerinde de DEHB belirtilerini göstermeye devam ettikleri; bu çocukların % 30-65' lik bölümünün ise erişkinlikte de DEHB belirtilerini taşıdıkları belirlenmiştir (47).

Biderman ve arkadaşları DEHB olan çocukları 4 yıl süre ile izledikleri araştırmalarında 4 yıl sonra çocukların %85'inin bozukluğu sergilemeye devam ettiğini bulmuşlardır. Bu çalışmada bozukluğun kalıcı olmasında aile içi güçlüklerin ve DEHB'ye eşlik eden bozuklukların belirleyici olduğu ileri sürülmüştür (55).

Çalışmalarda DEHB olan olguların % 90'ında akademik başarısızlık gözlenebileceği, %30-40'ının eğitimlerini yarıda bıraktıkları bildirilmektedir. Genç erişkin dönemine geldiklerinde akademik başarıları, yıllık gelirleri, yüksek öğrenime gidebilmeleri ve bitirebilme oranları da kontrollere göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Daha sık iş değiştirdikleri, daha çok işten atıldıkları, sürücülük becerilerinin daha düşük olduğu ve daha fazla kaza yaptıkları bildirilmektedir. Kontrollere oranla daha erken cinsel etkinliğin başladığı, daha sık ve daha fazla eş değiştirdikleri, doğum kontrol yöntemlerini daha az kullandıkları, cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanma ve erken hamilelik risklerinin arttığı bildirilmektedir (5,48). Sonuç olarak DEHB yaşam boyu işlev bozukluğu riskini artırır. Tersine yetişkin DEHB olgularının bazıları işlev kaybını en aza indirecek şekilde yaşam

ortamlarını uyarlamayı başarmaktadır. Bireyler kendilerine uygun işler bulurlar, yalnız yaşayabilir ya da uygun uzun süreli ilişkiler geliştirebilirler (4).

DEHB olan yetişkinler kontrollerle karşılaştırıldığında belirgin olarak daha fazla beraber görülen psikopatoloji ve uyum işlemlerinde belirgin azalma yaşarlar. Klinik ve klinik olmayan DEHB çalışmaları çocuklukta yüksek oranda davranım bozukluğu gösterilmiştir, bu hastaların bir kısmı antisosyal kişilik bozukluğu gösterirler. DEHB olmayan yetişkinlerle karşılaştırıldığında psikoaktif madde kullanım bozukluğu riskini artmış olduğu gösterilmiştir. DEHB olgularının herhangi bir maddeyi diğerine tercih ettiği gösterilememiştir ama bunlar DEHB olmayanlara göre madde kullanımını bırakmakta daha fazla zorlanmaktadırlar. DEHB olan yetişkinler sigara kullanımına daha erken başlarlar, hayat boyu nikotin bağımlılığı riski daha yüksektir ve sigarayı bırakmayı sürdürmede daha fazla zorlanırlar. DEHB olan yetişkinlerde yaşam boyu depresyon ve anksiyete bozukluğu riski daha yüksektir (4).

2.1.11. Sonuç

Bütün DEHB olgularında etyolojiyi açıklayabilecek tek bir hipotez bulunmamaktadır. DEHB belirtileri genellikle stres altında, kişinin alışık olmadığı durumlarda, yapılandırılmamış ortamlarda ve yapılması gereken işlerin karmaşık olduğu durumlarda şiddetlenir. Çocuğuna destekleyici ve tutarlı bir ortam sağlayabilen bir erişkin, çocuğunun bazı belirtileri ile başa çıkmasına yardımcı olabilir. DEHB belirtilerinin baskılanması için uygun dozda ilaç tedavisi yeterli olurken; okul başarısı sosyal beceriler gibi konularda çocuğun psikososyal tedaviler ilaç tedavisi kadar başarılı olmaktadır. DEHB'ye sıklıkla başka psikiyatrik bozukluklar eşlik etmektedir ve bu bozuklukların ayırıcı tanısının ve tedavisinin yapılması önemlidir (5).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi:

Araştırmada, K.T.Ü. Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde DEHB tanısı konulan yaşları 6-18 arasında bulunan çocuk ve ergenlerde DEHB alt tipleri arasında sosyodemografik özellikleri, komorbid ek psikiyatrik tanıları ve kullanılan ilaç tedavilerini karşılaştırmak amaçlanmıştır

3.2. Araştırmanın Evreni:

Araştırmanın evreni 1 Ocak 2014- 31 Haziran 2014 tarihleri arasında Trabzon ilinde eğitim-öğretim kurumlarına devam eden, 6-18 yaş grubu çocuk ve ergenler, bunların anne-babaları ve öğretmenlerinden oluşmaktadır.

3.3. Örneklem Büyüklüğü ve Yöntemi:

Araştırmanın örneklemini Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvuran, ilk kez DEHB tanısı konmuş, en az 3 poliklinik görüşmesi yapılmış, 6-18 yaş grubu 164 çocuk ve ergenden, bunların anne-babaları ve öğretmenlerinden oluşmaktadır.

Çalışmadan dışlanma ölçütleri; çalışmaya katılmayı kabul etmemiş olmak, 6 yaşın altında olmak, psikotik belirtili depresyonu, psikotik bozukluğu, yaygın gelişimsel bozukluğu, mental retardasyonu veya kronik fiziksel hastalığı olmak olarak belirlenmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları:

Bu araştırmada çocuk ve ebeveynlerle ilgili sosyodemografik bilgileri elde etmek amacıyla Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne ait Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu kullanılmıştır. Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği ebeveyn ve öğretmenlerine uygulanmıştır. Ergenlerin zihinsel durumları WISC-R testi ile değerlendirilmiştir. Çocuk ve ergenlerde depresyon ve anksiyete semptomlarının belirlenmesi için Çocuklar için Depresyon Envanteri (CDI) ve Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği uygulanmıştır.

3.4.1. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu: Ek-1

Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne ait bu form, anne-babaya, varsa kardeşlere ait yaş, eğitim, medikal ve ruhsal sağlık, varsa madde kullanımı gibi verileri; ayrılık/boşanma/ölüm, aylık gelir, kaldıkları konut, ailenin özelliği (çekirdek/geniş aile), çocuğa ait oda, evde bilgisayar varlığı gibi aileye ait verileri; annenin hamilelik ve doğum öyküsünün, çocuğun gelişim basamaklarının ve medikal öyküsünün sorgulandığı verileri; çocuğa ait psikiyatrik muayene bulgularının değerlendirildiği klinik verileri içermektedir. Bu form, çalışmayı yürüten doktor tarafından doldurulmuştur (Ek 1).

3.4.2. Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (Turgay 95): Ek-2

Bu ölçek DSM-IV tanı ölçütlerine dayalı olarak yıkıcı davranış bozuklukla bozukluklarının taranması için Turgay (1995) tarafından geliştirilmiş (50), Ercan ve arkadaşları tarafından Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği gösterilmiştir (54).

Bu ölçek çocuğun anne-babası ve öğretmenleri tarafından doldurulmaktadır. Ölçeğin birinci bölümü dikkatsizliği sorgulayan 9 madde ve aşırı hareketlilik-dürtüsellik sorgulayan 9 maddeden oluşurken, ikinci bölümü karşıt olma-karşı gelme bozukluğunu sorgulayan 8 maddeden, üçüncü bölümü ise davranım bozukluğunu sorgulayan 15 maddeden oluşmaktadır.

Sıfırdan üçe kadar derecelendiren ölçekte 0 ve 1 seçenekleri normal durum ve davranışları belirtir. 2 ve 3 seçenekleri ise klinik olarak önemli durumları gösterir. Dokuz ölçütten "altısının" 2 ya da 3 olarak seçilmesi, bu "altı" belirtinin okul ve evde yeterince ciddi sorun olarak görülmesi ve "en az altı aydan beri" kendini göstermesi DEHB açısından yol göstericidir (Ek 2).

3.4.3. Çocuklar için Depresyon Envanteri (CDI)

CDI çocukluk depresyonunu araştırmada kullanılan, 6-17 yaş arası çocukların kendini değerlendirme ölçeğidir. Kovasc tarafından Beck Depresyon Envanteri esas alınarak geliştirilmiş olan bu ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Öy tarafından yapılmıştır (99,100). 27 maddelik ölçeğin her maddesinde depresyonla ilgili bir belirtinin son iki

hafta içinde şiddetinin işaretlendiği 0, 1 veya 2 puanlık üç ayrı seçenek bulunmaktadır. Maksimum puan 54'tür. Major Depresyon açısından 19 ve üzeri puanlar değerlendirilir.(Ek 3)

3.4.4. Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇATÖ):

Boris Birmaher ve arkadaşları tarafından geliştirilen orijinali “The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)” ölçeğin Türkçeye geçerlik ve güvenilirlik çalışması Karaceylan Çakmakçı tarafından yapılmıştır (101,102). Çocuk tarafından okunarak ya da çocuğa okunarak doldurulur. Çocuktan her cümle için kendisine en uygun seçeneği işaretlemesi istenir. Her bir madde 0 ile 2 arasında puan alır. Doğru değil ya da nadiren doğru seçeneği 0 puan, biraz ya da bazen doğru seçeneği 1 puan, doğru ya da çoğu zaman doğru seçeneği 2 puan alır. Alınan puan ne kadar yüksek ise, genel anksiyete düzeyi o kadar yüksektir. (Ek 4)

3.5. Çalışmanın istatistiksel analizi:

İstatistiksel değerlendirmeler için SPSS for Windows 13.0 (SPSS Inc., Chicago, USA) paket programı kullanılmıştır. Ölçümle elde edilen veriler aritmetik ortalama (X) ve standart sapma (SD); sayımla elde edilen veriler (%) olarak gösterilmiştir. Değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir. Anlamlılık düzeyi çoklu karşılaştırmalarda (post hoc) ise “0.05/karşılaştırma sayısı” olarak alınmıştır.

Üç grubun (DEHB Dikkatsizlik alt tipi, DEHB Bileşik alt tipi, DEHB Hiperaktif-İmpulsif alt tipi) ölçümsel değişkenleri için One Way ANOVA testi uygulanmış olup, grupların ikili olarak karşılaştırılması için post-hoc normal dağılıma uyanlarda Tukey testi uymayanlarda ise Tamhane testi uygulanmış ve gruplar ikili olarak da karşılaştırılmıştır. Komorbiditelerin olup olmamasına göre yaş ortalamalarının ölçümsel değerleri student t testi ile hesaplanmıştır.

Cinsiyet, anne-baba eğitimi, gibi ordinal verilerin frekansları bakımından gruplar arasındaki farklar X^2 (chi-square) testi ile incelenmiştir.

Saptanan komorbid bozuklukların yaş grubu (çocuk-ergen), cinsiyet (kız-erkek) ve DEHB alt tipleri (bileşik, dikkatsizliğin önde geldiği,

hiperaktivite/impulsivite önde geldiği) ile arasındaki ilişkinin varlığı X^2 (chi-square) testi ile incelenmiştir.

3.6. Sınırlılıklar ve Sınırlama:

Bu çalışmada elde edilen veriler ağırlıklı olarak Trabzon ili il merkezinden başvuran DEHB'li çocuk-ergenlerden elde edilen bulgular ile sınırlıdır. Sonuçlar küçük bir örnekleme saptanmıştır. Bu nedenle bulgular genellenemez.

3.7. Etik: Ek-5

Araştırma konusu KTÜ Tıp Fakültesi Etik Kuruluna sunulmuş, onay alındıktan sonra çalışma yürütülmüştür. Çalışmayı yürüten hekim tarafından çalışma gruplarına alınması planlanan çocuk ve ergenlere ve anne-babalarına aydınlatılmış onam sunulmuş, katılmayı kabul edenler çalışmaya alınmıştır (Ek-5).

4. BULGULAR

Araştırma K.T.Ü. Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran 164 DEHB tanısı konulan çocuk ve ergende yapıldı.

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

4.1.1. Örneklemin Kendisine Ait Tanımlayıcı Bulgular

164 DEHB tanısı konulan çocuğun 69'u (%42,1) DEHB Dikkat eksikliği önde gelen alt tip (DEHB-D grubu), 81'i (%49,4) DEHB bileşik alt tip (DEHB-B grubu) ve 14'ü (%8,5) ise DEHB hiperaktif-impulsivite önde gelen alt tip (DEHB-H grubu) kriterlerini karşılamaktaydı. Gruplar arası ilk başvuru yaşı ortalamaları karşılaştırıldığında DEHB-D grubunun yaş ortalaması $10,00\pm 3,020$, DEHB-B grubunun $9,05\pm 2,484$ ve DEHB-H grubunun ise $8,71\pm 2,091$ olarak saptandı. Grupların ilk başvuru yaşı ortalamaları açısından farklılıkları istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. (F:2,841 p:0,61)Örneklemdaki tüm hastaların yaş ortalaması ise $9,42\pm 2,727$ olarak saptandı. Grupların yaş ortalamaları ve yaşlara göre dağılımları Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo1:Gruplardaki hastaların yaşlara göre dağılımı

Tanı		Dikkatsizlik alt tip	Hiperaktif-İmpulsif alt tip	Bileşik alt tip	TOPLAM	F:2,841 p:0,61
YAŞ	Ortalama (SD)	<i>10,00±3,020</i>	<i>8,71±2,091</i>	<i>9,05±2,484</i>	<i>9,42±2,727</i>	
6	3		2	8	13	
7	15		2	20	37	
8	12		3	19	34	
9	5		2	4	11	
10	8		4	6	18	
11	5		0	9	14	
12	7		0	5	12	
13	3		0	4	7	
14	5		1	4	10	
15	1		0	2	3	
16	2		0	0	2	
17	3		0	0	3	
TOPLAM	69(%42,1)		14(%8,5)	81(%49,4)	164(%100)	

Araştırmada karşılaştırılan grupları oluşturan tüm DEHB alt tiplerinde en yüksek başvuru yapılan sınıf seviyesinin 1. sınıf olduğu görülmüş olup DEHB-D grubu hastalarının 17'si, DEHB-B grubu hastalarının 27'si ve DEHB-H grubu hastalarının ise 4'ünün polikliniğe ilk başvuru sınıfı 1.sınıf olarak saptanmıştır.(Tablo 2)

Tablo 2: Gruplardaki hastaların sınıflara göre dağılımları

SINIF	Dikkatsizlik alt tip	Hiperaktif-İmpulsif alt tip	Bileşik alt tip	TOPLAM
1.sınıf	17	4	27	48
2.sınıf	13	4	18	35
3.sınıf	6	1	5	12
4.sınıf	7	4	6	17
5.sınıf	5	0	12	17
6.sınıf	7	0	3	10
7.sınıf	3	1	5	9
8.sınıf	4	0	3	7
9.sınıf	3	0	1	4
10.sınıf	1	0	1	2
11.sınıf	3	0	0	3
TOPLAM	69	14	81	164

Çalışmaya dahil edilen 164 hastanın 120'si (%73,2) erkek, 44'ü (%26,8) kız olarak saptandı.Gruplar içinde cinsiyet oranlarına bakıldığında 69 DEHB-D grubu hastasının 45'i(%65,2) erkek, 24'ü (%34,8) kız, 81 DEHB-B grubu hastasının 61'i (%75,3) erkek, 20'si (%24,7) kız ve 14 DEHB-H grubu hastasının 14'ünün de (%100) erkek olduğu saptanmıştır.(x²:7,545 p:0,023**) Gruplar cinsiyet dağılım oranları farklılığı açısından ikili olarak karşılaştırıldığında DEHB-H grubunda erkeklerin DEHB-D ve DEHB-B gruplarına göre anlamlı oranda yüksek olduğu saptandı. (DEHB-D*DEHB-H p:0,008**) (DEHB-B*DEHB-H p:0,036**) DEHB-D grubu ve DEHB-B grubu arasında ise cinsiyet dağılım farklılığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.(p:0,176) (Tablo 3)

Cinsiyetlerde DEHB alt tipi yaygınlıklarını karşılaştırıp analizini yaptığımızda **erkeklerin 61(%50,8)'ine DEHB Bileşik tip**, 45(%37,5)'ine DEHB Dikkat eksikliği önde gelen tip ve 14(%11,7)'üne DEHB Hiperaktivite ve impulsivitenin önde geldiği tip tanısı konulduğu saptandı. **Kızların ise24(%54,5)'üne DEHB Dikkat eksikliği**

önde gelen tip ve 20(%45,5)'sine DEHB Bileşik tip tanısı konulduğu saptandı. Kızlarda DEHB- Hiperaktivite ve impulsivitenin önde geldiği tip tanısı konulan olmadı.

Örneklemdaki çocuk ve ergenlerin okul öncesi eğitim durumu anaokulu ya da kreşe gidip gitmediği sorgulanarak, “gitmiş (kreş ya da anaokuluna gitmiş)” ya da “gitmemiş (kreş ya da anaokuluna gitmemiş)” olarak tanımlandı. Gruplar bu açıdan karşılaştırıldığında DEHB-D grubunda hastalarının 52'sinin (%75,4), DEHB-B grubunda hastalarının 59'unun (%72,8) ve DEHB-H grubunda hastalarının 11'inin (78,6) okul öncesi eğitim aldığı saptandı ve gruplarda bu açıdan istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. (p:0,876)(Tablo 3)

Örneklemdaki çocuk ve ergenler tırnak yeme davranışına göre “evet (tırnak yemesi var)” ya da “hayır (tırnak yemesi yok)” olarak tanımlandı. DEHB-D grubunda 27 hastada(%39,1), DEHB-B grubunda 48 hastada (%59,3) ve DEHB-H grubunda 7 hastada(%50,0) tırnak yeme davranışı saptanmış olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. (p:0,049**) Gruplar ikili olarak karşılaştırıldığında ise istatistiksel anlamlı farklılığın sadece DEHB-D grubu ve DEHB-B grubu arasında olduğu ve DEHB-B grubunda DEHB-D grubuna oranla daha fazla tırnak yeme davranışının görüldüğü saptandı. (p:0,014**) DEHB-D*DEHB-H, DEHB-B*DEHB-H grupları arasında ise tırnak yeme davranışı görülme sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. (Tablo 3)

Örneklemdaki çocuk ve ergenler uyku sorunu olup-olmamasına göre “var (uyku sorunu var)” ya da “yok (uyku sorunu yok)” olarak tanımlandı. DEHB-D grubunda 6(%8,7), DEHB-B grubunda 17(%21) ve DEHB-H grubunda ise 8(%57,1) hastada uyku sorunu saptandı. Gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı olarak saptandı.(p:0,000107**) Uyku sorunlarının en çok DEHB-H alt tipte görüldüğü ve diğer iki gruba göre bu farklılığın anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı. (DEHB-B ile p:0,008**, DEHB-D ile p:0,00014**) Aynı zamanda DEHB-B grubunda görülen uyku sorunlarının da DEHB-D alt tipine oranla anlamlı düzeyde yüksek olduğu da saptandı.(p:0,037**) (Tablo 3)

Örneklemdaki çocuk ve ergenler yeme sorunu olup olmamasına göre "var(yeme sorunu var)" ya da "yok(yeme sorunu yok)" olarak tanımlandı. DEHB-D grubunda 19(%27,5), DEHB-B grubunda 30(%37) ve DEHB-H grubunda 4(%28,6) hastada yeme sorunu olduğu saptandı. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda yeme sorunu olup olmamasına göre gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı.(x²:1,636 p:0,441) (Tablo 3)

Örneklemdaki çocuk ve ergenler ameliyat olup-olmamasına göre “var (ameliyat olmuş)” ya da “yok (ameliyat olmamış)” olarak tanımlandı. DEHB-D grubunda 17(%24,6), DEHB-B grubunda 11(%13,6) ve DEHB-H grubunda 2(%14,3) hastanın daha önce ameliyat geçirdiği bulunmuş olup gruplar arasında bu açıdan istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.(p:0,201) (Tablo 3)

4.1.2. Örneklemin Anne-Babalarına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular:

DEHB alt tiplerinde çocuk ve ergenlerin anne-babalarının yaş ortalamaları, eğitim düzeyleri, meslek, madde kullanım alışkanlığı değişkenleri sorgulandı ve gruplar arası farklılıklar değerlendirildi.

Öncelikle örneklemdaki çocuk ve ergenlerin anne-baba yaşı aritmetik ortalamalarının dağılımı analiz edilerek karşılaştırılması yapıldı. DEHB-D grubunda anne yaş ortalaması 37,6(5,8 SD), DEHB-B grubunda 35,1 (6,3 SD) ve DEHB-H grubunda ise 36,5 (5,3 SD) olarak saptandı. (f:3,179 p:0,044**) Tüm hastaların anne yaşı ortalaması ise 36,3 (6,1 SD) olarak hesaplandı. Post-hoc analizler sonucunda anne yaşı ortalamaları arasındaki istatistiksel farklılığın sadece DEHB-D grubu ile DEHB-B grubu arasında olduğu ve DEHB-D grubundaki annelerin yaş ortalamalarının DEHB-B grubundaki annelerin yaş ortalamalarından anlamlı düzeyde büyük olduğu saptandı. (p:0,034**) DEHB-D*DEHB-H ve DEHB-B*DEHB-H grupları arasında anne yaşı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. (sırasıyla p:0,821, p:0,693) (Tablo 4)Grupları annelerinin eğitim yılı ortalamaları açısından da karşılaştırdık. Annelerin eğitim yılları ortalamaları DEHB-D grubunda 7,5(3,6 SD), DEHB-B grubunda 7,4(3,1 SD) ve DEHB-H grubunda 7,8(3,5 SD) yıl olarak saptandı. Gruplar arasında anne eğitim yılı ortalamaları açısından istatistiksel bir farklılık saptanmadı. (f:0,124 p:0,883)

Tablo3:Gruplardaki hastaların kendilerine ait tanımlayıcı bulgular

<i>TABLO3</i>	Dikkatsizlik alt tip	Hiperaktif-İmpulsif alt tip	Bileşik alt tip	Toplam	p
Tanı	69(%42,1)	14(%8,5)	81(%49,4)	164(%100)	
Cinsiyet					
Kız	24(%34,8)	0(%0)	20(%24,7)	44(%26,8)	X2 : 7,545 P:0,023**
Erkek	45(%65,2)	14(%100)	61(%75,3)	120(%73,2)	
Ev Mülkiyeti					
Kira	43(%62,3)	7(%50,0)	47(%58,0)	97(%59,1)	X2:0,814 P:0,666
Mülk	26(%37,7)	7(%50)	34(%42,0)	67(%40,9)	
Oda Mülkiyeti					
Var	51(%73,9)	11(%78,6)	62(%76,5)	124(%75,6)	X2:0,213 P:0,899
Yok	18(%26,1)	3(%21,4)	19(%23,5)	40(%24,4)	
Eğitim					
İlkokul	43(%62,3)	13(%92,9)	56(%69,1)	112(%68,3)	
Ortaokul	19(%27,5)	1(%7,1)	23(%28,4)	43(%26,2)	
Lise	7(%10,1)	0	2(%2,5)	9(%5,5)	
Sosyo-ekonomik düzeyi					
Düşük	52(%75,4)	9(%64,3)	67(%82,7)	128(%78,0)	X2:2,868 P:0,238
Orta- Yüksek	17(%24,6)	5(%35,7)	14(%17,3)	36(%22,0)	
Aylık gelir					
<1000	20(%20,9)	5(%35,7)	25(%30,9)	50(%30,5)	
1001-2000	32(%46,4)	4(%28,6)	42(%51,9)	78(%47,6)	
2001-3000	6(%8,7)	5(%35,7)	9(%11,1)	20(%12,2)	
>3001	11(%15,9)	0	5(%6,2)	16(%9,8)	
Anaokulu eğitimi					
Gitmiş	52(%75,4)	11(78,6)	59(%72,8)	122(%74,4)	X2:0,265 P:0,876
Gitmemiş	17(%24,6)	3(21,4)	22(%27,2)	42(%25,6)	
Tırnak yeme					
Evet	27(%39,1)	7(%50)	48(%59,3)	82(%50)	X2:6,039 P:0,049**
Hayır	42(%60,9)	7(%50)	33(%40,7)	82(%50)	
Uyku sorunları					
Var	6(%8,7)	8(%57,1)	17(%21)	31(%18,9)	X2:18,274 P:0,000107**
Yok	63(%91,3)	6(%42,9)	64(%79)	133(%81,1)	
Yeme sorunları					
Var	19(%27,5)	4(%28,6)	30(%37,0)	53(%32,3)	X2:1,636 P:0,441
Yok	50(%72,5)	10(%71,4)	51(%63,0)	111(%67,7)	

Post hoc analizlerde grupların ikili karşılaştırılmalarında da gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Her üç gruptaki çocuk ve ergenlerin annelerinin çalışma hayatı sorgulandı. Örneklemin toplandığı süre içinde aktif çalışma hayatı olan anneler “çalışıyor”, ev hanımı olup, örnekleme kabul edildiği sırada aktif çalışma hayatı bulunmayan anneler de “çalışmıyor” olarak tanımlandı ve gruplar karşılaştırıldı. DEHB-D grubunda hastaların 60'ının(%87), DEHB-B grubunda 68'inin(%84,0) ve DEHB-H grubunda 11'inin(%78,6) annesinin çalışmadığı saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmadı. ($\chi^2:0,714$ p:0,700)(tablo 4) Grupları annelerinin madde kullanımları açısından da karşılaştırdık. Örnekleminimizdeki hastaların annelerinde sigara harici madde kullanımına rastlanmadığı için sigara kullananlar "var" sigara kullanmayanlar "yok" olarak tanımlandı ve gruplar karşılaştırıldı. DEHB-D grubunda 12(%17,4), DEHB-B grubunda 18(%22,2) ve DEHB-H grubunda 1(%7,1) annenin sigara kullandığı saptandı. Gruplar arasında annelerinin sigara kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. ($\chi^2:1,948$ p:0,378)(tablo4)

Örneklemdaki çocuk ve ergenlerin baba yaşı aritmetik ortalamalarının dağılımı analiz edilerek karşılaştırılması yapıldı. DEHB-D grubunda baba yaş ortalaması 42,6(6,2 SD), DEHB-B grubunda 39,3(6,2 SD) ve DEHB-H grubunda ise 41(6,03 SD) olarak saptandı. (f:5,439 p:0,005**) Tüm hastaların baba yaşı ortalaması ise 40,8 (6,3 SD) olarak hesaplandı. Post-hoc analizler sonucunda baba yaşı ortalamaları arasındaki farklılığı sadece DEHB-D grubu ile DEHB-B grubu arasında olduğu ve DEHB-D grubundaki babaların yaş ortalamalarının DEHB-B grubundaki babaların yaş ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı. (p:0,003**) DEHB-D*DEHB-H ve DEHB-B*DEHB-H grupları arasında baba yaşı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. (sırasıyla p:0,657, p:0,591) (Tablo 4) Grupları babalarının eğitim yılı ortalamaları açısından da karşılaştırdık. Babalarının eğitim yılı ortalamaları DEHB-D grubunda 8,9(3,9 SD), DEHB-B grubunda 8,6(3,3 SD) ve DEHB-H grubunda 8,7(4,06 SD) yıl olarak saptandı. Gruplar arasında baba eğitim yılı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. (f:0,102 p:0,903) Post hoc analizlerde grupların ikili karşılaştırılmalarında da anlamlı farklılık saptanmadı. Her üç gruptaki çocuk ve ergenlerin babalarının meslek durumu “işsiz, memur, işçi, esnaf, emekli” olarak

tanımlandı ve dağılımı analiz edildi. Tüm gruplarda en yüksek oranın "işçi" mesleğinde olduğu bulundu.(DEHB-D 33(%47,8), DEHB-B 45(%55,6) ve DEHB-H 9(%64,3)) Babaların çalıştığı diğer mesleklerle ilgili oranlar Tablo 4'te yer almaktadır. Örneklemimizdeki hastaların babalarını madde kullanımı olmayanları "yok", sadece sigara kullanımı olanları "sigara" ve sigara ve alkol kullanımı olanları da "sigara- alkol" olarak tanımladık ve grupları bu şekilde karşılaştırdık. DEHB-D grubundaki hastaların 28'inin(%40,6), DEHB-B grubunda 37'sinin(%45,7) ve DEHB-H grubunda 5'inin(%35,7) babasında herhangi bir madde kullanımı saptanmadı. DEHB-D grubundaki hastaların 37'sinin(%53,6), DEHB-B grubunda 38'sinin(%46,9) ve DEHB-H grubunda 7'sinin(%50) babasında sadece sigara içimi saptandı. Son olarak babaların madde kullanımı açısından DEHB-D grubundaki hastaların 4'ünün(%5,6), DEHB-B grubunda 6'sının(%7,4) ve DEHB-H grubunda 2'sinin (%14,3) babasında alkol ve sigara kullanımı birlikte saptandı. İstatistiksel analizler sonucunda gruplardaki hastaların babalarının madde kullanımları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı. ($\chi^2:1,885$ p:0,757) Ayrıca gruplardaki tüm anne ve babaların tahsil durumlarına baktığımızda hem annelerde hem de babalarda en çok görülen tahsil durumunun tüm gruplarda ilkökul mezuniyeti olduğu görüldü. Anne-babaların tahsil durumları ile ilgili diğer bilgilerde tablo 4'te yer almaktadır.

Tablo 4:Gruplardaki hastaların anne-babalarına ait tanımlayıcı bulgular

TABLO4	Dikkatsizlik alt tip	Hiperaktif-İmpulsif alt tip	Bileşik alt tip	Toplam	p
ANNE					
Yaş (Ortalama)(SD)	37,6±5,8	36,5±5,3	35,1±6,3	36,3±6,1	F:3,179 P:0,044**
Eğitim yılı (ortalama)(SD)	7,5±3,6	7,8±3,5	7,4±3,1	7,5±3,3	F:0,124 P:0,883
Tahsil					
İLKOKUL	38(%55,1)	8(%57,1)	45(%55,6)	91(%55,5)	
ORTAOKUL	4(%5,8)	0	14(%17,3)	18(%11,0)	
LİSE	18(%26,1)	5(%35,7)	16(%19,8)	39(%23,8)	
YÜKSEK OKUL	7(%10,1)	1(%7,1)	6(%7,4)	14(%8,5)	
OKUR YAZAR DEĞİL	2(%2,9)	0	0	2(%1,2)	
Çalışma Durumu					
Çalışmıyor + Emekli	60(%87,0)	11(%78,6)	68(84,0)	139(%84,8)	X2:0,714 P:0,700
Çalışıyor	9(%13,0)	3(%21,4)	13(16,0)	25(%15,2)	
Sigara kullanımı					
Var	12(%17,4)	1(%7,1)	18(%22,2)	31(%18,9)	X2:1,948
Yok	57(%82,6)	13(%92,9)	63(%77,8)	133(%81,1)	P:0,378
BABA					
Yaş (Ortalama)(SD)	42,6±6,2	41 ±6,03	39,3±6,2	40,8±6,3	F:5,439 P:0,005**
Eğitim yılı (ortalama)(SD)	8,9±3,9	8,7±4,06	8,6±3,3	8,7±3,6	F:0,102 P:0,903
Tahsil					
İLKOKUL	27(%39,1)	7(%50)	32(%39,5)	66(%40,2)	
ORTAOKUL	8(%11,6)	0	10(%12,3)	18(%11,0)	
LİSE	18(%26,1)	4(%28,6)	28(%34,6)	50(%30,5)	
YÜKSEK OKUL	15(%21,7)	3(21,4)	11(%13,6)	29(%17,7)	
OKUR YAZAR DEĞİL	1(%1,4)	0	0	1(%0,6)	
Meslek					
ÇALIŞMIYOR	2(%2,9)	0(%0)	3(%3,7)	5(%3,0)	
İŞÇİ	33(%47,8)	9(%64,3)	45(%55,6)	87(%53,0)	
MEMUR	15(%21,7)	2(%14,3)	13(%16,0)	30(18,3)	
ESNAF	17(%24,6)	2(%14,3)	19(%23,5)	38(23,2)	
EMEKLİ	2(%2,9)	1(%7,1)	1(%1,2)	4(%2,4)	
Sigara ve alkol kullanımı					
Yok	28(%40,6)	5(%35,7)	37(%45,7)	70(%42,7)	X2:1,885 P:0,757
Sigara	37(%53,6)	7(%50,0)	38(%46,9)	82(%50,0)	
Sigara-Alkol	4(%5,8)	2(%14,3)	6(%7,4)	12(%7,3)	

4.1.3. Örneklemin Kardeşlerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Gruplardaki çocuk ve ergenlerin varsa kardeşleri, kaçınıcı çocuk olduğu, ilk çocuk olup olmama durumu değişkenleri saptandı.

Gruplardaki çocuk ve ergenler ilk çocuk olup olmamalarına göre karşılaştırıldı. DEHB-D grubunda 27(%39,1), DEHB-B grupta 46(%56,8) ve DEHB-H grupta 8(%57,1) hastanın ilk çocuk olduğu saptandı.(x²:5,017 p:0,081) DEHB-B grubunda, DEHB-D grubuna oranla ilk çocuk olma oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla bulundu. (p:0,031**) DEHB-D*DEHB-H ve DEHB-B*DEHB-H grupları arasında ise bu açıdan anlamlı düzeyde bir farklılık saptanmamıştır. (sırasıyla p:0,213 ve p:0,980) (Tablo 5)

Gruplardaki çocuk ve ergenler tek çocuk olup olmamalarına göre de karşılaştırıldı. DEHB-D grubunda 5(%7,2), DEHB-B grubunda 8(%9,9) ve DEHB-H grubunda ise 3(%21,4) hastanın tek çocuk olduğu saptandı. Gruplar arasında bu açıdan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık saptanmadı.(x²:2,661 p:0,264) (Tablo 5)

Örneklemdaki gruplardaki çocuk ve ergenler kardeş sayıları açısından da analiz edildi. Tüm gruplarda en çok görülen kardeş sayısı 1 olarak saptandı. (DEHB-D 34(%49,3), DEHB-B 39(%48,1) ve DEHB-H 6(%42,9)) Gruplarda görülen diğer kardeş sayıları, oranları ve gruplardaki hastaların doğum sıralarına ait analizler Tablo 6'da görülmektedir.

4.1.4. Örneklemin Diğer Aile Değişkenlerine Yönelik Tanımlayıcı Bulgular

Gruplardaki çocuk ve ergenlerin ailelerindeki toplam kişi sayısı, aile tipi, aile üyelerinin herhangi birinde psikiyatrik hastalık varlığı ya da öyküsü sorgulandı. Öncelikle örneklemin ailelerindeki toplam kişi sayısı dağılımının analizi yapıldı. DEHB-D grubunun %49,3'ünün 4 kişilik, %29'unun 5 kişilik ve %8,7'sinin 6 kişilik bir ailede yaşadığı saptandı. DEHB-B grubunun %49,4'ünün 4 kişilik, %19,8'inin 5 kişilik ve %12,3'ünün 6 kişilik bir ailede yaşadığı saptandı. DEHB-H grubunun ise %57,1'inin 4 kişilik, %21,4'ünün 5 kişilik ve %14,3'ünün 3 kişilik ailede yaşadığı

saptandı. (Grupların ailelerindeki toplam kişi sayılarına göre en yüksek 3 oran yazıldı, diğer oranlar Tablo 6'da mevcut)

Örneklemdaki çocuk ve ergenlerin içinde yaşadıkları aile ortamı eğer yalnızca anne-babası ve kardeşleri ile birlikte yaşıyor ise “çekirdek aile tipi”, yaşadıkları ortamda anneanne, babaanne, dede, ya da diğer yakın ya da uzak akrabalar bulunuyorsa “geniş aile tipi” olarak tanımlandı ve değişkenler gruplar arasında karşılaştırıldı. DEHB-D grubunda 63(%91,3), DEHB-B grubunda 73(%90,1) ve DEHB-H grubunda 13(%92,9) hastanın çekirdek ailede yaşadığı tespit edildi. Gruplar arasında bu açıdan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmadı. (x²:0,136 p:0,934)(Tablo 5)

Örneklemdaki çocuk ve ergenlerin aile üyelerinde bilinen takipli psikiyatrik bir hastalık varlığı ya da öyküsü sorgulandı. Psikiyatrik hastalık olup olmamasına göre var-yok şeklinde tanımlandı. DEHB-D grubunda 20(%29), DEHB-B grubunda 32(%39,5) ve DEHB-H grubunda ise 4(%28,6) hastanın ailesinde bilinen bir psikiyatrik hastalık saptandı. Gruplar arası oransal farklılıklara rağmen gruplar arasında bu açıdan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmamıştır. (x²:2,046 p:0,360)

4.1.5. Örneklemin Gelişimsel Özellikleri ile İlgili Bulgular

Örneklemdaki çocuk ve ergenlerin gelişimsel özellikleri değişkenleri ile ilgili olarak doğum öyküleri (doğumun zamanı, şekli, doğum ağırlığı), anne sütü alma süreleri ve nörogelişimsel basamakları değerlendirmek amacıyla yürüme yaşı, konuşma yaşı, sfinkter kontrolü yaşı (ay olarak) değişkenleri sorgulandı.

Örneklemin doğum öyküleri alınırken önce doğumun zamanı sorgulandı. Prematür (37 haftalık olmadan önce doğanlar), matür (37. ve 42. haftalar arasında doğanlar) ve postmatür (42. haftadan sonra doğanlar) tanımlamaları yapılarak dağılımları analiz edildi. Örneklemdaki hiç bir hastada postmatürite öyküsüne rastlanmadı. DEHB-D grubunda 7(%10,1), DEHB-B grubunda 5(%6,2) ve DEHB-H grubunda 1(%7,1) hastada prematürite öyküsü saptandı. Yapılan analizlerde gruplar arasında bu açıdan istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. (x²:0,818 p:0,664)(Tablo5)

Örneklemin doğum şekilleri “vajinal yol” ve “sezaryen” değişkenleri olarak tanımlanıp, gruplar arasındaki dağılımı analiz edilerek karşılaştırıldı. DEHB-D grubunda 37(%53,6), DEHB-B grubunda 46(%56,8) ve DEHB-H grubunda 5(%35,7) hasta normal spontan vajinal yolla doğmuş olarak saptandı. Bu değişkenler açısından da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. (x²:2,132 p:0,344) (Tablo 5)

Örneklemdenki çocuk ve ergenlerin doğum ağırlıklarının (gram cinsinden olarak) aritmetik ortalaması hesaplanarak, gruplar arasında dağılımları karşılaştırıldı. Doğum ağırlıklarının aritmetik ortalamaları DEHB-D grubunda 3199(585,6 SD), DEHB-B grubunda 3331(625,7 SD) ve DEHB-H grubunda 3267(548,6 SD) gram olarak saptandı. Gruplar arasında doğum ağırlık aritmetik ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. (f:0,890 p:0,413) Gruplar, doğum ağırlıkları 1500 gram altı, 1501-3000 gram arası, 3001-4000 gram arası ve 4000 gram üstü olacak şekilde 4 gruba ayrılarak da sınıflandırıldı. Örneklemdenki tüm gruplarda en çok görülen doğum ağırlığı aralığı 3001-4000 gram arası olarak saptandı.(DEHB-D 50(%72,5), DEHB-B 59(%72,8) ve DEHB-H 10(%71,4)(tablo5)

Örneklemdenki çocuk ve ergenlerin anne sütü alma süreleri ay olarak kaydedildi ve aritmetik ortalamaları gruplar arasında karşılaştırıldı. Bu süre DEHB-D grubunda 13,2(11,2SD), DEHB-B grubunda 13,5(10,07 SD) ve DEHB-H grubunda 12,5(10,1) ay olarak saptandı. Gruplar arasında bu ortalama değerler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. (f:0,66 p:0,937) (Tablo 5)

Örneklemdenki çocuk ve ergenlerin nörogelişimsel basamaklarını değerlendirmek amacıyla yürümeye başlama yaşı, konuşmaya başlama yaşı, sfinkter kontrolünü sağlamaya başladığı yaşı (gece ve gündüz bezinden kurtulması) ay olarak sorgulandı ve elde edilen aritmetik ortalamalar gruplar arasında karşılaştırıldı. Gruplar arasında yürümeye başlama (f:0,24 p:0,976), konuşmaya başlama(f:0,261 p:0,771), gündüz bezden çıkma(f:0,971 p:0,381) ve gece bezden çıkma(f:0,057 p:0,945) ortalama ayları açısından istatistiksel olarak farklılık saptanmamış olup grupların bu gelişimsel basamaklar için ortalama değerleri Tablo 5'te yer almaktadır

Tablo 5: Gruplardaki hastaların doğum, gelişimsel öyküleri ve diğer aile değişkenlerine yönelik bulgular

	Dikkatsizlik alt tip	Hiperaktif-İmpulsif alt tip	Bileşik alt tip	Toplam	p
Doğum sırası					X2:5,017 P:0,081
İlk çocuk	27(39,1)	8(57,1)	46(56,8)	81(49,4)	D-B: 0,031** D-H 0,213 B-H0,980
Diğer sıra	42(60,9)	6(42,9)	35(43,2)	83(50,6)	
Kardeş					
Yok	5(7,2)	3(21,4)	8(9,9)	16(9,8)	X2:2,661
Var	64(92,8)	11(78,6)	73(90,1)	148(90,2)	P:0,264
Aile tipi					
Çekirdek	63(91,3)	13(92,9)	73(90,1)	149(90,9)	X2:0,136
Geniş	6(8,7)	1(7,1)	8(9,9)	15(9,1)	P:0,934
Ailede psikiyatrik hastalık					
Var	20(29)	4(28,6)	32(39,5)	56(34,1)	X2:2,046
Yok	49(71)	10(71,4)	49(60,5)	108(65,9)	P:0,360
Doğum şekli					
NSVY	37(53,6)	5(35,7)	46(56,8)	88(53,7)	X2:2,132
C/S	32(46,4)	9(64,3)	35(43,2)	76(46,39)	P:0,344
Doğum zamanı					
Prematür	7(10,1)	1(7,1)	5(6,2)	13(7,9)	X2:0,818
Matür	62(89,9)	13(92,9)	76(93,8)	151(92,1)	P:0,664
Doğum kilosu					
<1500	1(1,4)	0	0	1(1,4)	
1501-3001	16(23,2)	4(28,6)	13(16,0)	33(20,1)	
3001-4000	50(72,5)	10(71,4)	59(72,8)	119(72,6)	
>4000	2(2,9)	0	9(11,1)	11(6,7)	
Ortalama(SD)	3199±585,6	3267,8±548,6	3331,7±625,7	3270,8±602,9	F:0,890 P:0,413
Tuvalet eğitimi(ortalama ay)(SD)					
Gündüz	28,5±8,8	30,8±7,3	27,6±7,9	28,3±8,2	F:0,971 P:0,381
Gece	36,83±18,9	38,1±12,5	37,6±16,4	37,3±17,1	F:0,057 P:0,945
Anne sütü (ortalama ay)(SD)	13,2±11,2	12,5±10,1	13,5±10,07	13,3±10,5	F:0,66 P:0,937
Yürüme(ortalama ay)(SD)	12,7±3,05	12,6±2,6	12,6±2,8	12,6±2,9	F:0,24 P:0,976
Konuşma (ortalama ay)(SD)	20,8±7,8	21,3±5,7	21,7±8,9	21,3±8,2	F:0,261 P:0,771
Travma Öyküsü					
Var	4(5,8)	2(14,3)	13(16,0)	19(11,6)	X2:3,932
Yok	65(94,2)	12(85,7)	68(84,0)	145(88,4)	P:0,140

Tablo 6:Gruplardaki hastaların kardeş ve diğer aile fertleri ile ilgili bulgular

	Doğum sırası			Kardeş sayısı			Evde yaşayan kişi		
	Dikkatsizlik alt tip	Hiperak tif-İmpulsif alt tip	Bileşik alt tip	Dikkatsizlik alt tip	Hiperak tif-İmpulsif alt tip	Bileşik alt tip	Dikkatsizlik alt tip	Hiperak tif-İmpulsif alt tip	Bileşik alt tip
1	27(39,1)	8(57,1)	46(56,8)	34(49,3)	6(42,9)	39(48,1)	0	0	0
2	28(40,6)	2(14,3)	20(27,4)	21(30,4)	3(21,4)	22(27,2)	0	0	0
3	7(10,1)	3(21,4)	9(11,1)	6(8,7)	1(7,1)	8(9,9)	3(4,3)	2(14,3)	7(8,6)
4	6(8,7)	0	3(3,7)	0	1(7,1)	3(3,7)	34(49,3)	8(57,1)	40(49,4)
5	1(1,4)	1(7,1)	3(3,7)	3(4,3)	0	1(1,2)	20(29,0)	3(21,4)	16(19,8)
6	0	0	0	0	0	0	6(8,7)	1(7,1)	10(12,3)
7	0	0	0	0	0	0	3(4,3)	0	6(7,4)
8	0	0	0	0	0	0	2(2,9)	0	0
9	0	0	0	0	0	0	1(1,4)	0	2(2,5)

4.1.6. Örneklemde Ekonomik Değişkenler ile İlgili Tanımlayıcı Bulguları

Örneklemdeki çocuk ve ergenlerin ailelerinin sosyoekonomik durumlarını tanımlamaya yönelik eve giren aylık gelir düzeyi, ev mülkiyeti, oda mülkiyeti sorgulandı. Eve giren aylık gelir düzeyi 4 alt grupta toplandı ve gruplar “0-1000TL, 1001-2000 TL, 2001-3000 TL, 3001 ve üzeri” şeklinde tanımlandı. Bu değişkenlere göre DEHB-D ve DEHB-B gruplarının ailelerinde görülen en sık gelir düzeyi 1001-2000 TL(DEHB-D %46,4, DEHB-B%51,9), DEHB-H grubunda ise 2001-3000 TL (%37,5) olduğu saptandı.(Gruplardaki diğer gelir düzeylerinin görünme oranları için tablo 3'e bakınız) Ayrıca aileler eve giren aylık gelir 2000 TL altında olanlar düşük sosyoekonomik düzey 2000 TL üzerinde olanları da orta-yüksek sosyoekonomik

düzey olacak şekilde de tanımlandı. Düşük sosyoekonomik düzeyin DEHB-D grubunda %75,4, DEHB-B grubunda %82,7 ve DEHB-H grubunda %64,3 olduğu saptandı. Gruplar arasında bu açıdan yapılan analizlerde istatistiksel bir farklılığa rastlanmadı.(x²:2,868 p:0,238) (Tablo3)

Örneklemdaki çocuk ve ergenlerin ailelerinin ev mülkiyeti, kendilerinin oda mülkiyeti sorgulandı. Ev mülkiyeti değişkeni kendi evlerinde yaşayanlar için “mülk”, kiralık evlerde yaşayanlar için “kira” şeklinde tanımlandı. DEHB-D grubundakilerin 43'ünün(%62,3), DEHB-B grubundakilerin 47'sinin(%58) ve DEHB-H grubundakilerin 7'sinin(%50) ailesiyle kirada yaşadığı saptandı. Bu değişken açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. (x²:0,814 p:0,666) (Tablo3)

Oda mülkiyeti değişkeni kendi odası olanlar için “odası var”, kendine ait odası olmayanlar için “odası yok” şeklinde tanımlandı. Odası olanların oranı DEHB-D grubunda %73,9, DEHB-B grubunda %76,5 ve DEHB-H grubunda %78,6 olarak saptandı. Gruplar arasında oda mülkiyeti açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.(x²:0,213 p:0,899) (Tablo 3)

4.2. Uygulanan Test ve Ölçeklere İlişkin Bulgular

Örneklemin değerlendirilmesi sırasında kullanılan WISC-R zeka testi, Çocuklar için Anksiyete Tarama Ölçeği, Çocuklar için CDI Ölçeği puanları ortalamaları analiz edilerek, elde edilen veriler gruplar arasında karşılaştırıldı.

4.2.1. WISC-R testi Sonuçlarına İlişkin Bulgular:

Örneklemin her üç grubundaki çocuk ve ergenlere uygulanan WISC-R zeka testi değişkenleri “sözel alt puanı, performans alt puanı ve WISC-R toplam puanı” şeklinde 3 alt başlıkta tanımlandı. Değişkenlerin aritmetik ortalamaları saptanarak sonuçları karşılaştırıldı. Gruplardaki WISC-R Sözel puan ortalamaları DEHB-D grubunda 96,3(4,9 SD), DEHB-B grubunda 98,1(5,1 SD) ve DEHB-H grubunda 97,5(4,5 SD) olarak saptadı ve gruplar arasında istatistiksel farklılık saptanmadı. (f:2,284 p:0,095) WISC-R Performans puan ortalamaları DEHB-D grubunda 98(4,8 SD), DEHB-B grubunda 98,9(4,9 SD) ve DEHB-H grubunda 98,2(3,9 SD) olarak

saptadı ve gruplar arasında istatistiksel farklılık saptanmadı. (f:0,755 p:0,472) WISC-R Total puan ortalamaları DEHB-D grubunda 97,2(4,7 SD), DEHB-B grubunda 98,5(4,8 SD) ve DEHB-H grubunda 97,8(4,1 SD) olarak saptadı ve gruplar arasında istatistiksel farklılık saptanmadı. (f:1,342 p:0,264) (Gruplar üçlü analizlerin ardından post-hoc ikili olarak da analiz edildi. Tüm zeka puanı türlerinde ikili analizlerde de gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı)(Tablo7)

4.2.2. Çocuklar için Anksiyete Tarama Ölçeği Sonuçlarına İlişkin Bulgular:

Örneklemin anksiyete skorları çocuk ve ergenlerin kendilerine verilen Çocuklar için Anksiyete Tarama Ölçeği sonuçları değerlendirilerek saptandı. Anksiyete ölçeği puan ortalamaları DEHB-D grubunda 17,19 (11,02 SD), DEHB-B grubunda 12,4 (10,3 SD) ve DEHB-H grubunda 12,57 (6,7 SD) olarak saptadı. (f:4,085 p:0,019**) Gruplar arası farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı saptandı. Post hoc analizlerde gruplar ikili olarak da karşılaştırıldığında sadece DEHB-D grubu ile DEHB-B grup arasında anksiyete tarama ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ve DEHB-D grubunda bu puan DEHB-B grubundan anlamlı düzeyde fazla olarak saptandı.(p:0,017**) DEHB-D*DEHB-H ve DEHB-B*DEHB-H ikili karşılaştırmalarında anksiyete puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık saptanmadı. (sırasıyla p:0,852, p:0,632) (Tablo 7)

4.2.3. Çocuklar için CDI Ölçeği Sonuçlarına İlişkin Bulgular:

Örneklemin depresyon CDI ölçeği sonuçları değerlendirilerek ortalamaları alındı. Bu ölçek ortalama puanları DEHB-D grubunda 8,07 (4,9 SD), DEHB-B grubunda 6,21 (4,4 SD) ve DEHB-H grubunda ise 6,07 (3,4 SD) olarak saptandı. (f:3,352 p:0,037**) Gruplar arası farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı saptandı. Post hoc analizlerde gruplar ikili karşılaştırıldığında sadece DEHB-D grubu ile DEHB-B arasında CDI ölçek puan ortalamaları açısından istatistiksel anlamlı fark bulunduğu ve DEHB-D grubunda bu puanın DEHB-B grubundan anlamlı düzeyde fazla olduğu saptandı. (p:0,038**) DEHB-D*DEHB-H ve DEHB-B*DEHB-H ikili karşılaştırmalarında CDI puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık saptanmadı. (sırasıyla p:0,301, p:0,994)

4.2.3. Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği Sonuçlarına İlişkin Bulgular:

Örneklemimizde DEHB tanısını ve alt tiplerini belirlediğimiz ölçeğimiz olan Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeğinde dikkatsizliği sorgulayan 9 madde ve aşırı hareketlilik-dürtüsellik sorgulayan 9 madde bulunmaktadır. Bu ölçek hastaların aileleri ve hastayı iyi tanıyan öğretmeni tarafından dolduruldu. Her maddedeki belirti 0-3 arasında derecelendirilerek işaretlendi. Ölçeklerdeki maddelerde 2 ve 3 seçenekleri işaretlenmiş ise klinik olarak önemli durumları göstermekteydi. Dokuz ölçütten en az "altısının" 2 ya da 3 olarak seçilmesi, bu en az "altı" belirtinin okul ve evde yeterince ciddi sorun olarak görülmesi ve "en az altı aydan beri" kendini göstermesi DEHB açısından yol gösterici olarak alındı. Örneklemimizde bu ölçeğe ve DSM V'e göre klinik görüşmeler sonucu DEHB tanısı konulan hastaların ölçek puan ortalamaları da analiz edildi. (Tablo7)

Tablo 7: Gruplara uygulanan test ve ölçeklere ilişkin bulgular

	Dikkatsizlik alt tip	Hiperaktif alt tip	Bileşik alt tip	
	X(SD)	X(SD)	X(SD)	
TURGAY ÖLÇEKLERİ PUANLARI				
Dikkatsizlik (A)	6,64(0,9)	1,21(1,5)	6,88(1,1)	
Hiperaktif-impulsif(A)	1,16(1,7)	6,93(1,2)	7,12(1,2)	
Dikkatsizlik (Ö)	6,87(1,0)	0,93(1,2)	7,48(1,2)	
Hiperaktif-impulsif(Ö)	0,77(1,2)	7,79(1,1)	7,20(1,3)	
WISC-R				P
Performans puan	98±4,8	98,2±3,9	98,9±4,9	F:0,755 P:0,472
Sözel puan	96,3±4,9	97,5±4,5	98,1±5,1	F:2,284 P:0,095
Toplam puan	97,2±4,7	97,8±4,1	98,5±4,8	F:1,342 P:0,264
ÇÇAÖ	17,19±11,02	12,57±6,7	12,4±10,3	F:4,085 P:0,019**
CDI	8,07(4,9)	6,07±3,4	6,21±4,4	F:3,352 P:0,037**

4.3. Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklara İlişkin Bulgular

Bu araştırmanın temelini oluşturan değişkenlerden biri de DEHB'ye eşlik eden diğer psikiyatrik bozuklukların dağılımını saptamak ve bunların DEHB alt tipleri ile ilişkisini incelemektir. Bu amaçla gruplarda tanısı DSM-V ölçütlerine göre konulan ek psikiyatrik bozuklukların dağılımının analizi yapıldı. Öncelikle komorbid durumların sayısal dağılımı yapıldı. DEHB örneklemimizde genel olarak en az 1 komorbidite görülme oranı %75,6(124) olarak saptandı. DEHB'ye ek 1 komorbiditesi olanlar %42,1(69), 2 komorbiditesi olanlar %31,7(52) ve 3 komorbiditesi olanlar ise %1,8'lik(3) kısmı oluşturuyordu. Tüm örneklemin %24,4'ünde komorbid bir psikiyatrik tanı saptanmadı. (Tablo 8)

Tablo 8: DEHB'ye ek psikiyatrik bozukluk görülme oranları

DEHB'YE EK PSİKIYATRİK TANI	HASTA SAYISI	YÜZDE	
0 EK TANI (sadece DEHB tanısı var)	40	24,4	
1 EK TANI	69	42,1	EN AZ 1 EK TANI % 75,6
2 EK TANI	52	31,7	
3 EK TANI	3	1,8	
TOPLAM	164	100	

Örneklem gruplarındaki çocuk ve ergenlerin eşlik eden psikiyatrik bozukluklarının tanısız dağılımları analiz edilerek tablo 9'da verilmiştir. Gruplardan DEHB-D grubunda %68,1, DEHB-B grubunda %80,2 ve DEHB-H grubunda ise %85,7 oranında en az bir komorbid psikiyatrik bozukluk mevcuttu.

Örneklemimizin genelinde en sık gördüğümüz ek psikiyatrik tanı KOKGB olup tüm örnekleme 43(%26,2) hastada ek tanı olarak karşımıza çıktı. KOKGB'nin DEHB-D grubunda 2(%2,9), DEHB-B grubunda 35(%43,2) ve DEHB-H grubunda 6(%42,9) hastada görüldüğü saptandı ve gruplar arası bu farklılık istatistiksel olarak

anlamli bulundu.(x²:33,489 p:0,0001**) Gruplar ikili olarak karşılaştırıldığında DEHB-B ve DEHB-H gruplarında KOKGB ek tanısının görülme oranının DEHB-D grubunda görülme oranından anlamli düzeyde yüksek olduğu saptandı.(DEHB-D*DEHB-B p:0,0001**, DEHB-D*DEHB-H p:0,00018**) DEHB-B ve DEHB-H grupları arasında ise KOKGB ek tanısı görülme sıklığı açısından anlamli farklılık saptanmadı.(p:0,980) (Tablo 9)

rneklemimizin genelinde ikinci sıklıkta gördüğümüz ek psikiyatrik tanı Davranım Bozukluğu(DB)olup 41(%25) hastada ek tanı olarak saptandı. DB'nin DEHB-D grubunda 4(%5,8), DEHB-B grubunda 33(%40,7) ve DEHB-H grubunda 4(%28,6) hastada görüldüğü saptandı ve gruplar arasında bu farklılık istatistiksel olarak anlamli bulundu. (x²:24,369 p:0,0001**) Gruplar ikili olarak karşılaştırıldığında DEHB-B ve DEHB-H grubunda DB ek tanısının görülme oranı DEHB-D grubunda görülme oranına göre anlamli düzeyde yüksek bulundu.(DEHB-D*DEHB-B p:0,0001**, DEHB-D*DEHB-H p:0,025**) DEHB-B ve DEHB-H grupları arasında ise DB ek tanısının görülme sıklığı açısından anlamli farklılık saptanmadı.(p:0,389) (Tablo 9)

rneklemimizin genelinde üçüncü sıklıkta gördüğümüz ek tanı Anksiyete Bozuklukları(AB) olup 36(%22) hastada ek tanı olarak saptandı. AB'nin DEHB-D grubunda 22(%31,9), DEHB-B grubunda 12(%14,8) ve DEHB-H grubunda 2(%14,3) hastada görüldüğü saptandı ve gruplar arasında bu farklılık istatistiksel olarak anlamli bulundu.(x²:6,861 p:0,032**) Gruplar ikili olarak karşılaştırıldığında sadece DEHB-D grubunda AB görülme oranının DEHB-B grubunda AB görülme oranından fazla olmasının istatistiksel olarak anlamli olduğu saptandı. (p:0,013**) DEHB-D*DEHB-H, DEHB-B-DEHB-H grupları arasında AB ek tanısının görülme oranları açısından istatistiksel olarak anlamli farklılık saptanmadı. (sırasıyla p:0,331, p:1,000) Anksiyete bozukluklarının alt tiplerine baktığımızda 36 AB ek tanısı olan hastanın18'inin sosyal fobi(%50), 10'unun ayrılık anksiyetesi bozukluğu(%27,7), 8'inin yaygın anksiyete bozukluğu(%22,3) tanısı aldığı saptandı. (Tablo 9)

rneklemimizde ek tanı olarak Depresif bozukluk 10(%6,1) hastada saptandı. Depresif bozukluk DEHB-D grubunda 8(%11,6), DEHB-B grubunda 2(%2,5) hastada saptandı ve DEHB-H grubunda hiçbir hastada depresif bozukluk tanısı

konulmadı. DEHB-D grubunda DEHB-B grubuna göre depresif bozukluk ek tanısı görülme oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı.(x²:4,986 p:0,044**) Diğer ikili karşılaştırmalarda depresif bozukluk ek tanısı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. (DEHB-D*DEHB-H p:0,340, DEHB-B*DEHB-H p:1,000) (Tablo 9)

Örnekleminizde ek tanı olarak Tik bozukluğu 17(%10,4) hastada saptandı. Tik bozukluğu DEHB-D grubunda 6(%8,7), DEHB-B grubunda 9(%11,1) ve DEHB-H grubunda 2(%14,3) hastada saptandı. Gruplar arasında tik bozukluğunun ek tanı olarak görülme oranları açısından anlamlı farklılık saptanmadı. (x²:0,487 p:0,784) (ikili karşılaştırmalarda DEHB-D*DEHB-B p:0,623, DEHB-D*DEHB-H p:0,617, DEHB-B*DEHB-H p:0,663) (Tablo 9)

Dışa atım bozukluklarına ek tanı olarak baktığımızda örnekleminizde enkoprezis vakası saptanmadı. Örnekleminizde 22(%13,4) hastada ek tanı olarak entürezis saptandı. Entürezis DEHB-D grubunda 9(%13), DEHB-B grubunda 11(%13,6) ve DEHB-H grubunda 2(%14,3) hastada tespit edildi. Gruplarımızda dışa atım bozukluklarının ek tanı olarak görülme oranları açısından istatistiksel olarak farklılık saptanmadı.(x²:0,019 p:0,990)(DEHB-D*DEHB-B p:0,923, DEHB-D*DEHB-H p:1,000, DEHB-B*DEHB-H p:1,000) (Tablo 9)

Örnekleminizde Özgül Öğrenme Güçlüğü(ÖÖG) ek tanısına 12 (%7,3) hastada saptandı. ÖÖG DEHB-D grubunda 9(%13), DEHB-B grubunda 3(%3,7) hastada mevcuttu ve DEHB-H grubunda ÖÖG ek tanısı saptanmadı. (x²:6,001 p:0,050) Gruplar ikili olarak karşılaştırıldığında DEHB-D grubunda ÖÖG görülme sıklığı DEHB-B grubunda göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla bulundu.(p:0,036**) DEHB-D*DEHB-H ve DEHB-B*DEHB-H grupları arasında ÖÖG'nin görülme sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. (sırasıyla p:0,345, p:1,000) (Tablo 9)

Ayrıca örnekleminizde bulundan 164 hastada DEHB'ye ek olarak Bipolar Bozukluk ek tanısına rastlanmadı.

Tablo 9: DEHB'ye ek olarak görülen psikiyatrik hastalıkların gruplardaki dağılımları

	Dikkatsizlik alt tip	Hiperaktif-impulsif alt tip	Bileşik alt tip	EK tanının genel sıklığı	P
Psikiyatrik boz. yok	22(%31,9)	2(%14,3)	16(%19,8)	40(%24,4)	
KOKGB	2(%2,9)	6(%42,9)	35(%43,2)	43(%26,2)	X2:33,489 P:0,0001**
Davranım bozukluğu	4(%5,8)	4(%28,6)	33(%40,7)	41(%25)	X2:24,369 p:0,0001**
Anksiyete bozukluğu	22(%31,9)	2(%14,3)	12(%14,8)	36(%22)	X2:6,861 P:0,032**
Dışa atım bzk	9(%13,0)	2(%14,3)	11(%13,6)	22(%13,4)	X2:0,019 P:0,990
Tik Bozukluğu	6 (%8,7)	2 (%14,3)	9(%11,1)	17(%10,4)	X2:0,487 P:0,784
ÖÖG	9(%13)	0	3(%3,7)	12(%7,3)	X2:6,001 P:0,050**
Depresif Bozukluk	8(%11,6)	0	2(%2,5)	10(%6,1)	DEHB-D *DEHB-B x2:4,986 p:0,044**
TOPLAM KOMORB. ORANI	47(%68,1)	12(%85,7)	65(%80,2)		

Çalışmamızda örnekleminizdeki hastalarda görülen ek tanılarının cinsiyetlerdeki sıklıklarını da değerlendirip karşılaştırdık.

Örnekleminizdeki 44 kız hastanın 34'ünde(%77,3), 120 erkek hastanın ise 89'unda(%74,2) DEHB'ye ek psikiyatrik tanı olduğu saptandı. Yapılan analizler sonucunda cinsiyetler arasında DEHB'ye ek psikiyatrik tanının bulunup bulunmaması açısından anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı.(x2:0,166 p:0,684) (Tablo 10)

Örnekleminizdeki 43(%26,2) hastada ek tanı olarak görülen KOKGB'nin kızların 9(%20,5)'unda erkeklerin 34(%28,3)'ünde görüldüğü saptandı. Yapılan analizler sonucunda KOKGB ek tanısının sıklığı açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmadı.(x2:1,033 p:0,309) Örnekleminizdeki 41 Davranım Bozukluğu ek tanısı olan hastanın 7(%15,9)'sini kızlar 34(%28,3)'ünü erkekler oluşturmaktaydı. DB ek tanısı için cinsiyetler arası saptanan bu oransal farklılığın istatistiksel analizler sonucunda anlamsız olduğu saptandı.(x2:2,651 p:0,104) (Tablo 10)

Örnekleminizdeki 36 Anksiyete bozukluğu ek tanı hastanın 16(%36,4)'sı kız 20(%16,7)'si erkek olarak saptandı. Cinsiyetler arası bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu saptadık ve DEHB'ye komorbid olarak görülen Anksiyete bozukluğunun kızlarda erkeklere göre daha sık görüldüğünü tespit ettik.(x²:7,291 p:0,007**) Örnekleminizde ek tanı olarak tespit edilen 10(%6,7) depresif bozukluk tanısının 2(%4,5)'sinin kızlarda 8(%6,7)'inin erkeklerde olduğu görüldü. Yapılan analizler sonucunda DEHB'ye ek tanı olarak saptanan depresif bozukluğun cinsiyet farklılığı ile istatistiksel olarak anlamlı bir değişikliğinin olmadığı saptandı.(x²:0,253 p:1,000) (Tablo 10)

Örnekleminizdeki 17(%10,4) Tik bozukluğu ek tanısına sahip hastanın 5(%11,4)'inin kız 12(%10)'sinin erkek olduğu saptandı. DEHB'ye komorbid olarak görülen Tik bozukluğunun cinsiyetler arasında görülme sıklığı açısından anlamlı farklılığının olmadığı saptandı. (x²:0,064 p:0,778) Dışa atım bozuklukları(enürezis) ek tanısı konulan 22(%13,4) hastanın 8(%18,2)'i kız, 14(%11,7)'ü erkek olarak saptandı. Yapılan analizler sonucunda bu ek tanının da cinsiyetler arasında görülme sıklığı açısından anlamlı farklılığının olmadığı saptandı. (x²:1,177 p:0,278)

Örnekleminizdeki 12(%7,3) Özgül Öğrenme Güçlüğü ek tanı hastanın 3(%6,8)'ü kız, 9(%7,5)'u erkek olarak saptandı. DEHB'ye komorbid olarak görülen ÖÖG'nün de cinsiyetler arasında görülme sıklığı açısından anlamlı farklılığının olmadığı saptandı.(x²:0,022 p:1,000)

Tablo 10: DEHB'ye ek olarak görülen psikiyatrik hastalıkların cinsiyetler arası dağılımları

<u>TABLO 10</u>	Kız	Erkek	P
Davranım bozukluğu	7(% 15,9)	34(%28,3)	X2:2,651 P:0,104
KOKGB	9(% 20,5)	34(%28,3)	X2:1,033 P:0,309
Depresif Bozukluk	2(% 4,5)	8(% 6,7)	X2:0,253 P:1,000
Anksiyete bozukluğu	16(%36,4)	20(%16,7)	X2:7,291 P:0,007**
Tik Bozukluğu	5(% 11,4)	12(% 10)	X2:0,064 P:0,778
Dışa atım bzk	8(% 18,2)	14(% 11,7)	X2:1,177 P:0,278
ÖÖG	3(% 6,8)	9(% 7,5)	X2:0,022 P:1,000

Çalışmamızda komorbid ek tanısı olan ve olmayan hastaların yaş ortalamalarını da karşılaştırıp analizini gerçekleştirdik.

Örnekleminizdeki 43 KOKGB ek tanısı konulan hastanın yaş ortalaması 9,05(2,4SD), KOKGB olmayan hastaların yaş ortalaması ise 9,55(2,8SD) olarak saptandı. Analizler sonucunda KOKGB ek tanısı olan ve olmayan gruplar arasında yaş ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı.(t:1,048 p:0,296) Yaş ortalamaları açısından Davranım bozukluğu ek tanısı olan 41 hastayı ve olmayan hastaları karşılaştırdığımızda DB ek tanısı olanların yaş ortalamasının 9,78(2,8SD), olmayanların yaş ortalamasının 9,30(2,6SD) olduğu saptandı. İstatistiksel analizler sonucunda Davranım bozukluğu ek tanısı olan ve olmayanların yaş ortalamaları açısından anlamlı farklılığının olmadığı saptandı.(t:-0,975 p:0,331) (Tablo 11)

Örnekleminizdeki 10 depresyon ek tanısı konulan hastanın yaş ortalaması 12,50(2,2SD), depresyon ek tanısı olmayanların yaş ortalaması ise 9,22(2,6SD) olarak saptandı. Yapılan analizler sonucunda DEHB'ye eşlik eden depresyon ek tanısı konulan hastaların yaş ortalamasının depresyon ek tanısı olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde büyük olduğu saptandı.(t:-3,837 p:0,0001**)

Örnekleminizdeki Anksiyete bozukluğu ek tanısı konulan hastaların yaş ortalaması 9,83(2,3SD), Anksiyete bozukluğu olmayanların yaş ortalaması ise 9,30(2,8SD) olarak saptandı. İstatistiksel analizler sonucunda ek tanı olarak Anksiyete bozukluğu olan ve olmayanların yaş ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı.(t:-1,028 p:0,306) (Tablo 11)

Örnekleminizdeki 17 Tik bozukluğu ek tanısı konulan hastanın yaş ortalaması 9,06(2,1SD), Tik bozukluğu ek tanısı olmayanların yaş ortalaması ise 9,46(2,7SD) olarak saptandı. . İstatistiksel analizler sonucunda ek tanı olarak Tik bozukluğu olan ve olmayanların yaş ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı.(t:0,577 p:0,565) Örnekleminizdeki 22 enürezis ek tanısı konulan hastanın yaş ortalaması 8,27(1,9SD), enürezis ek tanısı olmayanların yaş ortalaması ise 9,60(2,7SD) olarak saptandı. . Yapılan analizler sonucunda DEHB'ye eşlik eden enürezis ek tanısı konulan hastaların yaş ortalamasının enürezis ek tanısı olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde küçük olduğu saptandı.(t:2,825 p:0,008**) Örnekleminizde ÖÖG ek tanısı konulan hastaların yaş ortalaması 8,17(1,6SD), ÖÖG ek tanısı olmayanların yaş ortalaması ise 9,52 (2,7SD) olarak saptandı. İstatistiksel analizler sonucunda ek tanı olarak ÖÖG olanların ÖÖG olmayanlara göre yaş ortalamaları anlamlı düzeyde küçük olarak saptandı. (t:2,578 p:0,020**) (Tablo 11)

Tablo 11: DEHB'de ek olarak psikiyatrik bozukluk görülen ve görülmeyenlerin yaş ortalamaları

TANI	YOK (YAŞ ORT.)	VAR(YAŞ ORT)	t	P
DAVRANIM BOZ.	9,30(2,6SD)	9,78(2,8SD)	-0,975	0,331
KOKGB	9,55(2,8SD)	9,05(2,4SD)	1,048	0,296
DEPRESYON	9,22(2,6SD)	12,50(2,2SD)	-3,837	0,0001**
ANKSİYETE	9,30(2,8SD)	9,83(2,3SD)	-1,028	0,306
TİK	9,46(2,7SD)	9,06(2,1SD)	0,577	0,565
ENÜREZİS	9,60(2,7SD)	8,27(1,9SD)	2,825	0,008**
ÖÖG	9,52(2,7SD)	8,17(1,6SD)	2,578	0,020**

4.3. İlaç Tedavilerine İlişkin Bulgular

Örnekleminizdeki gruplar önerilen tedaviler açısından da karşılaştırılıp analizleri yapıldı. Örnekleminizdeki 164 hastanın 107(%65,3)'sinin uzun etkili metilfenidat(MPH), 33(%20,1)'ünün kısa etkili metilfenidat, 14(%8,5)'ünün atomoksetin kullandığı ve 10(%6,1)'unun da tedavi almadığı saptandı. DEHB-D grubundaki 69 hastanın 45(%65,2)'inin uzun etkili MPH, 13(%18,8)'ünün kısa etkili MPH, 7(%10,1)'sinin atomoksetin kullandığı ve 4(%5,8)'ününde tedavi almadığı saptandı. DEHB-B grubundaki 81 hastanın 52(%64,2)'sinin uzun etkili MPH, 17(%21,0)'sinin kısa etkili metilfenidat, 7(%8,6)'sinin atomoksetin kullandığı ve 5(%6,2)'inin tedavi almadığı saptandı. DEHB-H grubundaki 14 hastanın ise 10(%71,4)'unun uzun etkili MPH, 3(%21,4)'ünün kısa etkili MPH kullandığı ve 1(%7,2)'inin tedavi almadığı saptandı. DEHB-H grubunda atomoksetin kullanımı saptanmadı.(Tablo 12)

Örnekleminizdeki hastaların kullandıkları ilaçların cinsiyetlerdeki kullanım oranları analiz edildi. Örnekleminizdeki 44 kızın 17(%38,6)'sinin uzun etkili MPH, 8(%18,2)'inin atomoksetin, 12(%27,3)'sinin kısa etkili MPH kullandığı ve 7(%15,9)'sinin ise tedavi almadığı saptandı. Örnekleminizdeki 120 erkeğin 90(%75)'inin uzun etkili MPH, 6(%5)'sının atomoksetin, 21(%17,5)'inin kısa etkili MPH kullandığı ve 3(%2,5)'ünün ise tedavi almadığı saptandı. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda uzun etkili MPH kullanım oranlarının erkeklerde kızlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu bunun yanında atomoksetin ve kısa etkili MPH kullanım oranlarının ise kızlarda erkeklerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu gösterildi. (x²:15,046 p:0,001**) (Tablo 12)

Örnekleminizdeki hastalar önerilen tedavilerin başlangıç yaşı ortalamaları açısından da karşılaştırılıp analiz edildi. Tedavi başlangıç yaş ortalamaları uzun etkili MPH için 9,83(2,6SD), atomoksetin için 10,7(2,6SD), kısa etkili MPH için 7,4(1,4SD) ve tedavi almayan grup için ise 9,5(3,7SD) olarak saptandı. Yaş ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. (f:8,577 p:0,0001**) Post hoc analizler sonucunda ilaç grupları ikili olarak karşılaştırıldı. Analizlerde uzun etkili MPH başlanan hastaların yaş ortalamalarının kısa etkili MPH başlanan hastaların yaş ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı

düzyeyde büyük olduğu saptandı.(p:0,0001**) Atomoksetin başlanan hastaların yaş ortalamalarının da kısa etkili MPH başlanan hastaların yaş ortalamalarına göre anlamlı düzeyde büyük olduğu saptandı. (p:0,003**) Uzun etkili MPH-atomoksetin, uzun etkili MPH-tedavi almayan grup, atomoksetin-tedavi almayan grup ve tedavi almayan grup-kısa etkili MPH ikili karşılaştırmalarında ise yaş ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. (sırasıyla p:0,791, p:1,000, p:0,935, 0,552) (Tablo 12)

Örnekleminimizdeki hastalar DEHB tedavilerine ek olarak başlanan ilaç tedavileri açısından da değerlendirilip analiz edildi. Örnekleminimizdeki 164 hastanın 112(%68,3)'sine ek tedavi önerilmediği saptandı. Ek tedavi önerilen 52(%31,7) hastanın 29(%17,7)'una antipsikotik, 22(%13,4)'sine antidepresan ve 1(%0,6)'ine antihistaminik grubundan ek tedavi önerildiği saptandı. DEHB-D grubunda 50(%72,5), DEHB-B grubunda 55(%67,9) ve DEHB-H grubunda 7(%50) hastaya ek tedavi önerilmediği saptandı. Gruplarda DEHB tedavisine ek tedavi önerilme oranları açısından farklılık olsa da istatistiksel olarak farklılık saptanmadı.(x²:2,724 p:0,256) DEHB-D grubunda 5(%7,2), DEHB-B grubunda 19(%23,5) ve DEHB-H grubunda 5(%35,7) hastaya ek tedavi olarak antipsikotik ilaç önerildi. DEHB-D grubunda 13(%18,8), DEHB-B grubunda 7(%8,6) ve DEHB-H grubunda 2(%14,3) hastaya ek tedavi olarak antidepresan ilaç önerildi. Sadece DEHB-D grubundan 1(%1,4) hastaya ek tedavi olarak antihistaminik ilaç önerildiği görüldü. Ek tedavi alanları cinsiyet değişkenine göre de analiz ettik. Örnekleminimizdeki 44 kızın 24(%54,5)'ünün, 120 erkeğin 88(%73,3)'inin ek tedavi almadığı saptandı. Ek tedavi alma oranları açısından erkekler ve kızlar karşılaştırıldığında kızların ek tedavi alma oranının erkeklere göre anlamlı düzeyde fazla olduğu saptandı.(x²:5,248 p:0,022**)Antipsikotik tedavi kullanımı kızlardan 10(%22,7) ve erkeklerden 19(%15,8) hastada saptandı. Antidepresan kullanımı ise kızlardan 10(%22,7) ve erkeklerden 12(%10) hastada saptandı. Örnekleminimizde DEHB tedavisine ek olarak tedavi alan hasta gruplarının yaş ortalamaları da analiz edildi. Ek tedavi almayan grubun yaş ortalaması 9,42 (2,8SD), antipsikotik ek tedavisi alan grubun 9,03 (2,5SD) ve antidepresan ek tedavisi alan grubun ise 9,95 (2,4SD) olarak saptandı. Ek tedavi alan gruplar ve almayanlar arasında yaş ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. (f:0,706 p:0,495) (Tablo

Tablo 12:DEHB'de kullanılan ilaç tedavilerine ilişkin bulgular

Tedaviler	Dikkatsizlik alt tip	Hiperaktif-impulsif alt tip	Bileşik alt tip	Kız (n:44)	Erkek (n:120)	Toplam	Yaş ortalaması (SD)
DEHB tedavisi							
OROS MPH	45(%65,2)	10(%71,4)	52(%64,2)	17(%38,6)	90(%75)	107(65,3)	9,83(2,6)
Atomoksetin	7(%10,1)	0	7(%8,6)	8(%18,2)	6(%5)	14(8,5)	10,7(2,6)
Kısa etkili MPH	13(%18,8)	3(%21,4)	17(%21,0)	12(%27,3)	21(%17,5)	33(20,1)	7,4(1,4)
Tedavi almıyor	4(%5,8)	1(%7,2)	5(%6,2)	7(%15,9)	3(%2,5)	10(6,1)	9,5(3,7)
P				X2:15,046	P:0,001**		F:8,577 P:0,0001**
Ek tedaviler							
Yok	50(%72,5)	7(%50)	55(%67,9)	24(%54,5)	88(%73,3)	112(%68,3)	9,42(2,8SD)
Antipsikotik	5(%7,2)	5(%35,7)	19(%23,5)	10(%22,7)	19(15,8)	29(%17,7)	9,03(2,5SD)
Antidepresan	13(%18,8)	2(%14,3)	7(%8,6)	10(%22,7)	12(%10,0)	22(%13,4)	9,95(2,4SD)
Antihistaminik	1(%1,4)	0	0	0	1(%0,9)	1(0,6)	F:0,706 p:0,495

5. TARTIŞMA

Bu çalışmadaki amacımız DEHB tanısı konulmuş çocuk ve ergenlerde sosyodemografik özellikler ve DEHB'ye eşlik eden psikiyatrik bozuklukların sıklığını araştırmak ve bunların DEHB alt tipleri arasındaki farklılıklarını karşılaştırmaktı.

Bu amaçla polikliniğimize belli bir süre içinde başvuran, dışlama kriterlerindeki durumları bulundurmeyen, en az 3 poliklinik görüşmesi yapılmış, dosyasından yeterli bilgi edinilebilen ve ilk kez DEHB tanısı konulan 120(%73,2) erkek ve 44(%26,8) kız toplam 164 çocuk ve ergen çalışmaya dahil edildi. Çalışmamızdaki gruplar DEHB'nin 3 alt tipi olarak belirlendi. DEHB-Dikkat eksikliğinin önde geldiği alt tipinden 69(%42,1), DEHB-Bileşik alt tipinden 81 (%49,4) ve DEHB-Hiperaktivite impulsivite önde gelen alt tipinden 14(%8,5) hasta çalışmamızın gruplarını oluşturacak şekilde belirlendi. Bir çok çalışmada DEHB alt tip dağılım oranları araştırılmış ve farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Byun ve arkadaşlarının (101) yaptıkları çalışmada DEHB olgularının %66.7' sinde bileşik tip, %21' inde dikkatsizliğin önde geldiği tip, %1' inde hiperaktivite/impulsivitenin önde geldiği tip, %11.4' ünde başka türlü adlandırılmayan DEHB tanısı saptamışlardır. Ghanizadeh'in 2009 yılında yayımlanan çalışmasında 171 DEHB'li çocukta alt-tip dağılımını bileşik tipi %42.7, dikkatsizliğin önde geldiği tip %26.3, hiperaktivite/impulsivitenin önde geldiği tipi %31.0 olarak rapor etmiş ve alt tip dağılımında cinsiyetler arasında bir farklılığın bulunmadığını rapor etmiştir(102). Ülkemizde yapılmış yine klinik temelli bir çalışmada DEHB alt tip dağılımı bileşik tip %56.6, dikkatsizliğin önde geldiği tip %20.8 ve hiperaktivite/impulsivitenin önde geldiği tip %22.6 sıklıkta olduğu bildirilmiştir (103). Görüldüğü gibi literatürde alt tiplerin sıklıkları açısından çok farklı sonuçlu çalışmalar mevcut. Son çalışmalarda DEHB Dikkat eksikliğinin önde geldiği alt tipin en sık görülen tip olduğu, onu DEHB Bileşik alt tipin takip ettiği ve en son DEHB Hiperaktivite ve impulsivitenin önde geldiği alt tipin olduğunu söylenmektedir.(104)

Örnekleminizdeki gruplar başvuru yaş ortalamaları açısından değerlendirildiğinde, DEHB-D grubunun yaş ortalaması 10,00(3,020SD), DEHB-B grubunun 9,05(2,484SD) ve DEHB-H grubunun ise 8,71(2,091SD) olarak saptandı

ve başvuru yaş ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel farklılık saptanmadı. İstatistiksel farklılık olmasa da DEHB-D grubunun yaş ortalamasının DEHB-B grubundan yaklaşık 1, DEHB-H grubundan ise yaklaşık 1,3 yaş büyük olduğunu saptadık. DEHB belirtileri okul öncesi dönemde başlamakla birlikte çoğu olgunun tanısı ancak okul hayatı başladığında konulmaktadır. Bu çocuklardaki ataklık, hiperaktivite ve dikkat eksikliği okul başarısını ve arkadaş ilişkilerini olumsuz yönde etkilemektedir. Özellikle DEHB-B ve DEHB-H gruplarında görülen ataklık, hiperaktivite, dürtüsellik gibi durumlar çocuğun akademik başarısını ve akran uyumunu daha erken yaşlarda bozabilmektedir. DEHB-D grubunda bu tarz durumlar görülmemekte ve sorun genelde akademik alanda yaşanmaktadır. Bu durumun DEHB-B ve DEHB-H grubunda başvuru yaşı ortalamasının DEHB-D grubuna göre daha küçük olmasının sebebi olarak yorumlanabilir. Başvuru yaş ortalamaları farklı olsa dahi grupların kendi içlerinde en sık başvuru yaptığı sınıf 1.sınıf olarak görüldü. DEHB-D grubunda 17(%24,6), DEHB-B grubunda 27(%33,3) ve DEHB-H grubunda ise 4(%28,5) çocuğun 1. sınıfta polikliniğimize getirildiği görüldü.

Örnekleminizdeki cinsiyet dağılımına baktığımızda 164 hastanın 120(%73,2)'si erkek ve 44(%26,8)'ü kız olarak saptandı. Buradan yola çıktığımızda polikliniğimize başvuran ve DEHB tanısı konulan çocuk ve ergenlerde erkek/kız oranının yaklaşık olarak 3/1 olduğu ortaya çıktı. Daha önce bu konu ilgili yapılan pek çok çalışmada çocuklarda ve ergenlerde DEHB'nin erkeklerde daha fazla görüldüğü gösterilmiştir. Bunun sebebinin erkeklerde bileşik alt tipin daha fazla görülmesi olduğunu öne süren çalışmalar mevcuttur. Epidemiyolojik verilere göre çocuk ve ergenlerde DEHB'nin erkek/kadın oranının 2-3 olduğu, klinik çalışmalar da ise bu oranın 2-9 arasında değiştiği söylenmektedir. (9) DEHB'nin erkeklerde kızlara göre görülme oranı Aşkın ve arkadaşlarının çalışmasında 5/1 (10), Şenol ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada 6/1 (11) olarak bulunmuştur. Gruplarımız arasında cinsiyet dağılımlarını karşılaştırdığımızda DEHB-D grubundaki hastaların %65,2'sinin erkek %34,8'inin kız, DEHB-B grubundakilerin %75,3'ü erkek %24,7'si kız ve DEHB-H grubundakilerin ise %100'ünün erkek olduğu saptandı. Çalışmamızda cinsiyetlerde DEHB alt tipi sıklığı farklılıklarına baktığımızda erkeklerde en sık DEHB Bileşik (%50,8) alt tipin daha sonra sırası ile

DEHB Dikkat eksikliğinin önde geldiği(%37,5) ve DEHB Hiperaktivite impulsivite önde gelen(%11,7) alt tipinin görüldüğünü saptadık. Kızlarda ise en sık DEHB Dikkat eksikliği önde gelen(%54,5) alt tipin daha sonra da DEHB Bileşik (%45,5) alt tipin görüldüğünü saptadık. Bu bulgularımız literatürdeki erkeklerde daha çok DEHB Bileşik alt tipin, kızlarda ise daha çok DEHB Dikkat eksikliği önde gelen alt tipinin görüldüğü bilgileri ile uyumlu olarak değerlendirildi.

Örneklemin kendisine ait tanımlayıcı değerşkenlerinden okul öncesi eğitim almaları açısından gruplar karşılaştırıldığında, okul öncesi eğitim alma oranları DEHB-D grubunda %75,4, DEHB-B grubunda %72,8 ve DEHB-H grubunda 78,6 olarak bulundu. Çalışma öncesinde hipotezlerimizden birisi DEHB-B ve DEHB-H gruplarındaki çocuk ve ergenlerin okul öncesi dönemde aşırı hareketli, uyumsuz ve dürtüsel davranışları nedeniyle DEHB-D grubuna göre daha az okul öncesi eğitimi almış olacaklarıydı. Ancak çalışmamızda gruplar arasında okul öncesi eğitim alma oranları açısından farklılık saptanmadı.

Örneklemin kendisine ait tanımlayıcı diğer bir değerşken olan tırnak yeme davranışı olup olmamasına göre gruplar karşılaştırıldığında DEHB-D grubunun %39,1'inde, DEHB-B grubunun %59,3'ünde ve DEHB-H grubunun ise %50'sinde tırnak yeme davranışı saptandı ve DEHB-B grubunda DEHB-D grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek oranda tırnak yeme davranışı tespit edildi. Bu durumun sebebi DEHB-B grubundaki hastaların dikkat sorunlarının yanında sosyal ve akademik uyumlarını bozabilecek dürtüsellik ve hiperaktivite gibi ek sorunlarının bulunması ve bunlarla mücadele etmenin tek başına dikkat sorunları ile mücadele etmekten zor olabileceği şeklinde yorumlanabilir .

Örneklemin kendisine ait tanımlayıcı değerşkenlerden uyku sorunu olup olmamasına göre gruplar karşılaştırıldığında DEHB-D grubunda %8,7, DEHB-B grubunda %21 ve DEHB-H grubunda ise %57,1 oranında uyku sorununa rastlandı. DEHB-H grubunda hem DEHB-D grubundan hem de DEHB-B grubundan, DEHB-B grubunda ise DEHB-D grubundan istatistiksel olarak daha fazla uyku sorunu görüldüğü saptandı. Yapılan çalışmalarda DEHB'li çocuklarda melatonin salınımı 45 dakika geciktiği için uykuya dalma sorunları olabileceği bildirilmiş. Yine

çalışmalarda bizim çalışmamızla da uyumlu olarak en çok DEHB-Bileşik ve DEHB-Hiperaktivite impulsivite önde gelen alt tipte uyku sorunlarının olduğu, DEHB-Dikkatsizlik alt tipinde ise uyku sorunlarının az grldğu bildirilmiştir. (9)

Örneklemin anne-babalarına ait tanımlayıcı değişkenlerden anne yaş ortalamaları DEHB-D grubunda 37,6(5,8 SD), DEHB-B grubunda 35,1 (6,3 SD) ve DEHB-H grubunda ise 36,5 (5,3 SD) yaş olarak saptandı. DEHB-D grubundaki annelerin yaş ortalamalarının DEHB-B grubundan istatistiksel olarak, DEHB-H grubundan ise aritmetik olarak büyük bulundu. rneklemdaki annelerin eğitim yılları ortalamaları DEHB-D grubunda 7,5 (3,6 SD), DEHB-B grubunda 7,4 (3,1 SD) ve DEHB-H grubunda 7,8 (3,5 SD) yıl olarak saptandı. Gruplar arasında anne eğitim yılı ortalamaları açısından anlamlı farklılık saptanmadı.

rneklemdaki ocuk ve ergenlerin annelerin bir işte çalışıp çalışmamaları araştırıldı. DEHB-D grubunda 60(%87), DEHB-B grubunda 68(%84,0) ve DEHB-H grubunda 11(%78,6) hastanın annesinin çalışmadığı saptandı. Gruplarımız bu açıdan da homojen olarak değerlendirildi. rneklemdaki annelerin çalışma oranlarındaki genel düşüklüğün yaşadıkları yörenin sosyokültürel durumuna ve anne eğitim düzeylerinin düşüklüğüne bağlı olduğu dşnld. rneklemdaki ocuk ve ergenlerin annelerin madde kullanım oranları açısından da gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı.

rneklemdaki ocuk ve ergenlerin babalarının yaş ortalamaları DEHB-D grubunda 42,6(6,2 SD), DEHB-B grubunda 39,3 (6,2 SD) ve DEHB-H grubunda ise 41 (6,03 SD) saptandı ve DEHB-D grubundaki ocuk ve ergenlerin babalarının yaş ortalamaları DEHB-B grubundakilerden anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Gruplarda babaların eğitim yılları DEHB-D grubunda 8,9 (3,9 SD), DEHB-B grubunda 8,6 (3,3 SD) ve DEHB-H grubunda 8,7 (4,06 SD) yıl olarak saptandı ve gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Gruplardaki babalar madde kullanımları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı.

Örneklemin kardeşlerine ve ailesine ilişkin tanımlayıcı değişkenlerinden ilk ocuk olup olmama durumu DEHB-D grubunda %39,1, DEHB-B grupta %56,8 ve DEHB-H grupta %57,1 oranında ilk ocuk olma saptandı ve DEHB-B grubunda

DEHB-D grubuna göre ilk çocuk olma oranı anlamlı düzeyde fazla bulundu. Örneklemimizdeki çocukların tek çocuk olma oranları DEHB-D grubunda %7,2, DEHB-B grubunda %9,9 ve DEHB-H grubunda ise %21,4 olarak saptandı ve gruplar arası anlamlı farklılık saptanmadı. Çalışmamızdaki DEHB-B grubundaki %56,8 ve DEHB-H grubundaki %57,1 gibi yüksek ilk çocuk olma oranları DEHB için risk faktörlerinden biri olan "ilk çocuk olma" bilgisi ile uyumlu olarak değerlendirildi.(6)

Örneklemdaki çocuk ve ergenlerin aile üyelerinde bilinen takipli psikiyatrik bir hastalık varlığı ya da öyküsü DEHB-D grubunda %29, DEHB-B %39,5 ve DEHB-H grubunda ise %28,6 oranında saptandı ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Örneklemdaki çocuk ve ergenlerin gelişimsel özellikleri değişkenleri ile ilgili olarak doğum öyküleri (doğumun zamanı, şekli, doğum ağırlığı), anne sütü alma süreleri ve nörogelişimsel basamakları değerlendirmek amacıyla yürüme yaşı, konuşma yaşı, sfinkter kontrolü yaşı (ay olarak) değişkenleri değerlendirildi. Üçlü analizler ve post-hoc ikili analizler sonucunda bu değişkenler açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı.

Örneklemdaki grupların ekonomik değişkenlerinin değerlendirildiği ev, oda sahibi olma, sosyoekonomik düzey dağılımları açısından da grupların birbirlerinden farksız olduğu saptandı.

Örneklemdaki çocuk ve ergenlere uygulanan test ve ölçekler WISC-R zeka testi, Çocuklar için Anksiyete Tarama Ölçeği, Çocuklar için CDI Ölçeğiydi. Örneklemdaki çocuk ve ergenlere uygulanan WISC-R zeka testi sonuçlarının “sözel alt puanı, performans alt puanı ve WISC-R toplam puanı” ortalamaları karşılaştırıldı. Her üç grubun sonuçlarının birbirine benzer olduğu görüldü. WISC-R Sözel puan ortalamaları DEHB-D grubunda 96,3(4,9 SD), DEHB-B grubunda 98,1(5,1 SD) ve DEHB-H grubunda 97,5(4,5 SD), WISC-R Performans puan ortalamaları DEHB-D grubunda 98(4,8 SD), DEHB-B grubunda 98,9(4,9 SD) ve DEHB-H grubunda 98,2(3,9 SD), WISC-R Total puan ortalamaları ise DEHB-D grubunda 97,2(4,7 SD), DEHB-B grubunda 98,5(4,8 SD) ve DEHB-H grubunda 97,8(4,1 SD) olarak saptandı. Zeka geriliği saptanan hastalar çalışmaya alınmadı. Literatüre göre zeka geriliği olan

olgularda DEHB daha sık görülmektedir.(9) Pineda ve arkadaşları, DEHB'li olgularda zeka geriliğinin oranını %3.9 olarak bildirmişlerdir (99). DEHB ya da zeka geriliği tek başına bulunduğu bile çocuğun okul başarısını etkileyen durumlardır. Bir arada bulduklarında durum daha da zorlaşır. İki durumun birlikte bulunması DEHB'nin seyrini olumsuz etkileyen ve başka psikiyatrik bozuklukların eklenmesi riskini artıran bir durumdur. Zeka geriliği saptandığında DEHB'nin tedavisinin yanı sıra çocuğun akademik, sosyal ve temel beceriler gibi alanlarda destekleneceği özel eğitim teknikleri de önem kazanır (100).

Örneklemdaki çocuk ve ergenlere uygulanan Çocuklar için Anksiyete Tarama Ölçeği ortalama puanları DEHB-D grubunda 17,19 (11,02 SD), DEHB-B grubunda 12,4 (10,3 SD) ve DEHB-H grubunda 12,57 (6,7 SD) olarak saptandı ve DEHB-D grubunda DEHB-B grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Örneklemdaki çocuk ve ergenlere uygulanan CDI ölçeği ortalama puanları DEHB-D grubunda 8,07 (4,9 SD), DEHB-B grubunda 6,21 (4,4 SD) ve DEHB-H grubunda ise 6,07 (3,4 SD) olarak saptandı ve yine DEHB-D grubunda DEHB-B grubuna göre CDI puanları da anlamlı düzeyde yüksek bulundu.

Bu iki ölçekteki DEHB-D grubunda görülen anlamlı yüksekliğin bu gruptaki başvuru yaşı ortalamasının daha büyük olmasına ve bu sebeple kronik başarısızlık ile ilgili sorunlara daha uzun maruziyete bağlı anksiyete düzeyleri ve depresif belirtilerinin artmasına bağlı olduğu düşünüldü. Bu sebeple DEHB-Dikkat eksikliği önde gelen alt tipi konusunda öğretmenlerin ve ailelerin daha dikkatli olmaları sağlanarak çocukları böyle bir şüphe halinde gecikmeden çocuk psikiyatristlerine getirmeleri sağlanmalıdır. Böylece bu çocukların dikkat sorunlarına sekonder anksiyete bozuklukları, depresif bozukluk gelişmeden önce DEHB tedavileri başlanabilecek bu da anksiyete bozukluğu ve depresif bozukluk gelişimi açısından koruyucu olacaktır.

Çalışmamızda DEHB'ye eşlik eden en az bir psikiyatrik ek tanısı olan hasta oranı %75,6 olarak saptandı.Örneklemda DEHB yanında bir ek tanısı olanlar %42,1'lik, iki ek tanısı olanlar %31,7'lik ve üç ek tanısı olanlar %1,8 lik kısmı oluşturuyordu.DEHB'ye psikiyatrik eş tanı eşlik etmeyenlerin oranı %24,4 olarak saptandı.Literatür incelendiğinde DEHB'ye %60-80 arası bir oranda en az bir

psikiyatrik ek tanı eşlik ettiği söylenmektedir.(9) Bizim verilerimiz bu açıdan literatür ile uyumlu olarak değerlendirildi.DEHB'ye ek bozukluklar tabloyu ağırlaştırdığı için bu grupta kliniklere başvurma oranları daha yüksek olabilir ve eşlik eden bozukluklar oranı yapay olarak yüksek görülebilir. Bizim çalışmamız klinik temelli bir çalışmadır ve bu eleştiri bizim çalışmamız içinde geçerlidir. DEHB'ye başka herhangi bir bozukluğun eşlik etmesi klinik tabloyu ağırlaştıran, seyri kötüleştiren, tedaviyi güçleştiren ve tedavi maliyetini arttıran bir durumdur.(6) Çalışmamızda çıkan yüksek ek tanı oranları polikliniğe gelen ve DEHB tanısı konulan hastalarda her zaman komorbid psikiyatrik tanılar açısından da dikkatli olmamız gerekliliğini göstermektedir.

Çalışmamızda DEHB'ye en sık eşlik eden ek psikiyatrik tanının Karşıt olma karşıt gelme bozukluğu (KOKGB) olduğu ve tüm örneklemin %26,2'sinde görüldüğünü saptadık. KOKGB'nin DEHB-D grubunda %2,9, DEHB-B grubunda %43,2 ve DEHB-H grubunda %42,9 oranında görüldüğü saptandı ve DEHB-B ve DEHB-H gruplarında DEHB-D grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek KOKGB ek tanısı olduğu tespit edildi.Genel popülasyonda KOKGB görülme oranları ortalama %3,3 olarak bildirilmektedir.(8) Çalışmamızdaki KOKGB oranlarına baktığımızda DEHB-B ve DEHB-H gruplarında genel popülasyona oranla ciddi düzeyde yüksek oranda KOKGB görüldüğü söylenebilir. Yine çalışmalarda bizim çalışmamızla paralel şekilde çocuklarda DEHB'ye en sık eşlik eden komorbid durumun KOKGB olduğu söylenmektedir(%40-60 arası değişen oranlarda).(9) Bu sık komorbidite hem işlevselliği ciddi oranda bozmakta hem de olumsuz prognostik faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Son yıllarda Russel Barkley DEHB-Bileşik alt tipi eşikteki DEHB+KOKGB, DEHB+KOKGB'yi ise eşikteki DEHB+DB olarak değerlendirmekte ve erken aşamada tedavi başlanmadığı takdirde ağır sonuçlarla karşılaşılabilceğini bildirmektedir.(12) KOKGB'yi ergenliğe kadar takip eden çalışmalarda KOKGB'nin sinirlilik, inatçılık ve incitcilikten ibaret olduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışmalardan birinde 13 yaşındaki inatçılığın 16 yaşındaki zalimane davranışlar ve suçluluk ile, 13 yaşındaki sinirliliğin ise 16 yaşındaki depresyon ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmaya göre KOKGB'nin özellikle inatçılık boyutu ileride ciddi sorunlara yol açıyor gibi görülmektedir.(105) Bu açıdan bakıldığında DEHB'ye eşlik eden KOKGB tanısının saptanıp tedavi edilmesinin

ileride bu hastalarda görülebilecek olası Davranım bozukluğu ve Depresif bozukluk ek tanıları açısından koruyucu olabileceği öngörülebilir.

Çalışmamızda DEHB'ye sık eşlik eden diğer bir durum olan Davranım Bozukluğu'nun (DB)tüm örnekleminizde %25 oranında görüldüğünü saptadık. DB'nin DEHB-D grubunda %5,8, DEHB-B grubunda %40,7 ve DEHB-H grubunda %28,6 hastada görüldüğü saptandı ve DEHB-B ve DEHB-H gruplarında DEHB-D grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek DB ek tanı oranlarının olduğu tespit edildi. DB'nin genel populasyonda prevalansı %4 civarında bildirilmektedir.(8) Çalışmamızda DEHB-B ve DEHB-H gruplarında görülen DB oranları genel populasyon oranlarının çok üstünde saptanmıştır. Biederman ve arkadaşları DEHB'li çocuklarda davranım bozukluğunun eşlik etme sıklığını %30-50 olarak rapor etmişlerdir.(106) Bizim çalışmamızda da DEHB-B ve DEHB-H grubundaki DB oranları bu çalışmadaki DB oranları ile benzerlik göstermektedir. DEHB'de görülen DB sıklığı 6-7 yaşlarında %10, 10 yaşlarına geldiklerinde %30-40 ve 13 yaşa geldiklerinde ise neredeyse %50 oranındadır. (18) Bu komorbidite DEHB'nin gidişini olumsuz etkilemekle kalmayıp, ciddi düzeyde ailevi ve toplumsal zararlara yol açmaktadır. Erişkin yaşamdaki psikiyatrik bozuklular için davranım bozukluğunun varlığının erken bir belirleyici olduğunu, alkol madde bağımlılığı ve antisosyal kişilik bozukluğunun daha sık geliştiğini belirten çalışmalar bulunmaktadır.(9) Erken yaşlarda tanı konulan DEHB hastalarında görülen düşük Davranım Bozukluğu oranları bu durumun tedavisiz kalan DEHB'lilerde ileriki yaşlarda daha yaygın olarak ortaya çıkan bir komorbidite olduğunu düşündürmektedir ve erken tanının önemini tekrar hatırlatmaktadır.

Çalışmamızda DEHB'ye eşlik eden Anksiyete bozukluğu(AB) oranı tüm örneklemin %22'sini oluşturmaktaydı. DEHB-D grubunda %31,9, DEHB-B grubunda %14,8 ve DEHB-H grubunda %14,3 oranında AB saptandı. DEHB-D grubunda DEHB-B grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek oranda AB ek tanısı görüldüğü saptandı. DEHB ve AB eş tanı oranları, klinik örneklemlerde %10-40 ve ortalama %25 olarak bildirilmektedir.(48) Çalışmamızda tespit etmiş olduğumuz AB ek tanı oranları bu bilgiler ışığında literatür ile uyumlu olarak görülmektedir. 2011 yılında Türkiye'de yapılan bir çalışmada AB ek tanısının DEHB-Dikkat eksikliği

önde gelen alt tipte %35,2, DEHB Bileşik alt tipinde ise %11,2 oranında görüldüğü gösterilmiş.(107) Lahey ve arkadaşları (108) anksiyete bozukluğu görülme sıklığının DEHB dikkatsizliğin önde geldiği tip tanısı konulan çocuklarda DEHB'nin diğer alt tipleri olan çocuklara göre daha fazla olduğunu saptamışlardır. Çalışmamızdaki sonuçlarda bu bilgilerle uyumlu şekilde DEHB-D grubunda AB ek tanısının diğer gruplardan daha fazla olduğunu göstermektedir. DEHB-D grubunda AB ek tanı oranlarının yüksek olmasının geç başvuru yaşı ortalamaları nedeniyle benlik saygısında azalmanın ve kronik başarısızlık sonucunda ortaya çıkan sorunlar nedeniyle olabileceği düşünülebilir.Örneğimizdeki anksiyete bozukluklarının tipine baktığımızda örneğimizde sosyal fobi %50, ayrılık anksiyetesi bozukluğu %27,7, yaygın anksiyete bozukluğu %22,3 oranında saptandı. 2014 yılında yapılan bir çalışmada DEHB'ye eşlik eden AB oranları %48 sosyal fobi, %34 yaygın anksiyete bozukluğu, %32 ayrılık anksiyetesi bozukluğu, %8 OKB olarak bulunmuş(66) ve bu bilgiler ile bizim çalışma bulgularımız benzerlik göstermektedir. Türkiye'de yakın zamanda yapılan bir çalışmada Sosyal fobi tanılı bireylerde de %72 oranında DEHB görüldüğü saptanmış.(67) Bu çift yönlü birliktelik nedeniyle klinik uygulamalarda hem sosyal fobik bireylerde DEHB'yi hem de DEHB'li bireylerde sosyal fobiyi araştırmak çok önemlidir.(9) AB ve DEHB komorbiditesinin klinik düzeyde etkilerini inceleyen çalışmalar, bu komorbiditeyi taşıyan bireylerin daha az dürtüsel olduğunu, daha fazla yürütücü işlev ve bilişsel alanda bozukluk taşıdıklarını, bilişsel yetersizliği fazla olanlarda daha fazla sosyal kaçınma davranışı görüldüğünü ileri sürmektedir.(9)

Çalışmamızda DEHB'ye ek depresif bozukluk tanısı sıklığı tüm örnekte %6,7 olarak saptandı. DEHB-D grubunda %11,6, DEHB-B grubunda %2,5 hastada depresif bozukluk saptandı ve DEHB-D grubunda depresif bozukluk eşlik etme oranı DEHB-B grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu. 1999 yılında yapılan bir çalışmada DEHB tanılı çocuklarda Depresif bozukluk oranı %12-50 olarak bildirilmiştir.(109) Bizim çalışmamızda depresif bozukluk ek tanı oranının düşük olmasının sebebinin örneğin yaş ortalamasındaki düşüklüğe bağlı olduğu düşünülmektedir. DEHB'li bireylerin depresyon ek tanısı için riskinin ergenlik döneminde 5,5 kat arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur. (9) Bu bireylerde çocukluktan itibaren DEHB'nin yol açtığı yetersizlikler, olumsuz çevresel risk

faktörleri, reddedilişler, sürekli olumsuz mesajlar bu bireyleri ilerleyen yıllarda depresyona yatkın kılmaktadır.(9) Depresyonda görülen uyku sorunları, konsantrasyon güçlüğü, iritabilite ve anksiyete bozukluklarında görülen sürekli huzursuzluk, dikkati toplayamama gibi belirtiler DEHB ile karışabilir ve kimi zaman yanlış tanı almaya neden olur. DEHB'ye depresyon ya da anksiyetenin eklenmesi hem tanı koymayı zorlaştırır hem de belirtilerin ağırlaşmasına neden olur(6,25) Bu bozukluklar DEHB ile birlikte olduğunda tedavinin nasıl olması gerektiği tartışmalı bir konudur. Genel yaklaşım tabloya hakim olan bozukluğun öncelikli olarak tedavi edilmesi şeklindedir.(9)

Çalışmamızda DEHB'ye ek Tik bozukluğu sıklığı tüm örnekleme %10,4 olarak saptandı. DEHB-D grubunda %8,7, DEHB-B grubunda %11,1 ve DEHB-H grubunda %14,3 oranında saptandı. Gruplar arasında bu ek tanı açısından farklılık yoktu. Türkiye'de 2011'de yapılan bir çalışmada DEHB'ye eşlik eden tik bozukluğu oranı %9,8 olarak bildirilmiş olup çalışmamızdaki oranlar ile benzerlik göstermekteydi.(107) Yakın zamanlı başka çalışmalarda DEHB'ye tik bozukluğu eşlik etme oranının %50'ye yakın olduğu da bildirilmektedir.(9) Tiklerin eklenmesinin DEHB'nin seyrini etkilediğine dair davranım bozukluğunda olduğu kadar kesin deliller yoktur ancak tiklerin eşlik ettiği DEHB olgularının önemli kısmına ergenlik döneminde obsesif kompulsif belirtilerin eklendiğini bildiren çalışmalar bulunmaktadır(110) DEHB ve Tik bozukluğu tedavisinde eski bilgiler metilfenidatın tikleri kötüleştirdiği yönündeydi ancak plasebo kontrollü olarak metilfenidat kullanılan bir çalışmada metilfenidat kullanımı ile tiklerde anlamlı kötüleşme olmadığı bildirilmiştir.(111) Tedavide tikler çok şiddetli ve sık değilse önce DEHB tedavisi, tikler şiddetli ve sık ise önce tik bozukluğunun tedavisi yapılmalıdır. (9)

Çalışmamızda DEHB'ye ek enürezis sıklığı tüm örnekleme %13,4 olarak saptandı. DEHB-D grubunda %13, DEHB-B grubunda %13,6 ve DEHB-H grubunda %14,3 oranında saptandı. Gruplarda enürezis görülme sıklığı açısından farklılık yoktu. Primer enürezis nokturna sık karşılaşılan bir problemdir. 7 yaşındaki çocukların %10'u bu bozukluktan etkilenir. İlerleyen yaşlarda enürezis nokturna sıklığı azalmaktadır. Primer enürezis nokturnanın, DEHB'li hastalarda sık olarak

bulunduğu bilinmektedir ama enürezis ve bu hastalık arasındaki ilişki tam olarak anlaşılammıştır. DEHB'li hastalarda primer enürezis nokturna sıklığını %10-32 saptayan çalışmalar bulunmaktadır. Çalışmalarda primer enürezis nokturna ve DEHB arasındaki ilişkinin, paylaşılan bir genetik mekanizmayı yansıtabileceği bildirilmiştir (112, 113). Çalışmamızda bulduğumuz enürezis ek tanı oranları da literatür ile uyum sağlamaktaydı.

Çalışmamızda DEHB'ye ek ÖÖG sıklığı tüm örnekleme % 7,3 olarak saptandı. ÖÖG DEHB-D grubunda %13, DEHB-B grubunda %3,7 oranında mevcuttu ve DEHB-H grubunda ÖÖG ek tanısı saptanmadı. DEHB-D grubunda DEHB-B grubuna göre ÖÖG ek tanısı anlamlı düzeyde fazla bulundu. ÖÖG prevalansının genel populasyonda %5-15 arasında olduğu söylenmektedir.(8) Literatürde DEHB'lilerde okuma bozukluğunun oranı %20-40, matematiksel bozukluğunun oranı %10-60 ve yazı bozukluğunun oranı ise %65 olarak belirtilmektedir.(9) Bizim çalışmamızda DEHB'ye eşlik eden ÖÖG oranları literatürdeki oranlardan düşük olarak saptanmıştır. Her ne kadar ÖÖG olan hastalarda DEHB sıklığı çok az bildirilse de bütün ÖÖG olan hastalarda DEHB tanı kriterlerini karşılayamayacak düzeyde dikkat sorunları bulunmaktadır. Bu sebeple ÖÖG tanısı konulan grupta DEHB tedavisi başlanıp 1-3 ay sonra tedaviye yanıt neticesinde dikkat sorunu dışındaki öğrenme bozukluklarına yönelik özel eğitim programlarına yönlendirmeler yapılması önerilmektedir.(9)

Çalışmamızda DEHB'ye komorbid psikiyatrik tanıların cinsiyetlerdeki oranlarına baktığımızda Davranım Bozukluğunun kızların %15,9'unda erkeklerin %28,3'ünde, KOKGB'nin kızların %20,5'inde erkeklerin %28,3'ünde, Depresif bozukluğun kızların %4,5'inde erkeklerin %6,7'sinde, Anksiyete Bozukluğunun kızların %36,4'ünde erkeklerin %16,7'sinde, Tik bozukluğunun kızların %11,4'ünde erkeklerin %10'unda, Dışa atım bozuklukları kızların %18,2'sinde erkeklerin %11,7'sinde ve ÖÖG'nin kızların %6,8'inde erkeklerin %7,5'inde görüldüğü saptanmıştır. Cinsiyet açısından anlamlı farklılığın bir tek Anksiyete Bozukluğu için saptandığı ve bu komorbid durumun kızlarda erkeklere oranla anlamlı düzeyde fazla görüldüğü saptandı. Bu durumun kız çocuklarında anksiyete bozukluğuna

yatkınlığının fazla olması ile ilişkili olabileceği düşünöldü. Diğer komorbid tanı oranlarını cinsiyetler arasında anlamlı düzeyde farkının olmadığı saptandı.

Çalışmamızda DEHB'ye komorbid psikiyatrik tanıları olan ve olmayanların ortalama yaşları da karşılaştırılmıştı. Davranım bozukluğu olan grubun yaş ortalamasının 9,78, olmayan grubun 9,30, KOKGB olan grubun yaş ortalamasının 9,05, olmayan grubun 9,55, Anksiyete bozukluğu olan grubun yaş ortalamasının 9,83, olmayan grubun 9,30, Tik bozukluğu olan grubun yaş ortalamasının 9,06, olmayan grubu 9,46 olarak saptandı ve bu ek tanıları olan ve olmayan grupları arasında yaş ortalamaları açısından anlamlı farklılık saptanmadı.

DEHB'ye komorbid olarak depresif bozukluk görölenlerin yaş ortalamaları 12,50, görölmeyenleri yaş ortalamaları ise 9,22 olarak saptandı ve DEHB'ye komorbid depresif bozukluk görölenlerin görölmeyenlere göre yaş ortalamaları anlamlı düzeyde büyük bulundu. Depresyon ek tanısı olanlardaki büyük yaş ortalamasının DEHB tanısının geç konulmasının çocuk ve ergende DEHB'nin yol açtığı yetersizlikler, olumsuz çevresel faktörler, reddedilişler, sürekli olumsuz mesaj almaları daha fazla maruziyete ve benlik saygısında azalma sonucunda depresyona yatkınlığın artması ile ilişkili olduğu düşünölmüştür.(9) Bu sebeple DEHB'nin erken tanısı ve tedavisi bu hastalıktaki ana hedeflerimizden olan akademik başarı, sosyal ve ailesel uyumun arttırmanın yanında depresyon gibi ciddi bir psikiyatrik hastalıktan korumak açısından da önemli görölmektedir.

DEHB'ye komorbid olarak Enürezis görölenlerin yaş ortalamaları 8,27, görölmeyenlerin yaş ortalamaları ise 9,60 olarak saptandı ve DEHB'ye komorbid enürezis görölenlerin görölmeyenlere göre yaş ortalamaları anlamlı düzeyde küçük bulundu. Primer enürezis nokturna 7 yaşındaki çocukların %10'unda bulunmaktadır. İlerleyen yaşlarda enürezis nokturna sıklığı azalmaktadır. Bu sebeple çıkan sonuç önceki çalışmalarda bulunan bulgularla uyumludur.

DEHB'ye komorbid olarak ÖÖG görölenlerin yaş ortalamaları 8,17, görölmeyenlerin yaş ortalamaları ise 9,52 olarak saptandı ve DEHB'ye komorbid ÖÖG görölenlerin görölmeyenlere göre yaş ortalamaları anlamlı düzeyde küçük bulundu. DEHB tek başına akademik hayatı olumsuz etkileyen bir hastalıkken bu

duruma ek olarak ÖÖG'nin de bulunması çocuğun eğitim hayatını daha da zora sokmaktadır. Bu iki durum bir arada görüldüğünde yaşanan sorunlar daha erken gün yüzüne çıkmakta ve aileler daha erken yardım arayışına girmekte. Çalışmamızda çıkan sonuç bu şekilde yorumlanabilir.

Örnekleminizde son olarak da kullanılan ilaç tedavileri analiz edilmişti. Tüm örnekleminizin %65,3'ünde uzun etkili MPH, %20,1'inde kısa etkili MPH, %8,5'inde atomoksetin kullanıldığını ve %6,1'lik kısımda ise ilaç tedavisi kullanılmadığını tespit etmiştik. Gruplar arasında ilaç kullanım sıklığı açısından belirgin farklılık saptanmamış olup gerek anında etki etmesi, gerek uzun etki süresi, gerekse de tek doz kullanım kolaylığı nedeniyle tüm gruplarımızda ilk tercih olarak uzun etkili MPH tercih edilmişti. Uzun etkili MPH kullanım oranları DEHB-D grubunda %65,2, DEHB-B grubunda %64,2 ve DEHB-H grubunda %71,4 olarak saptandı. Gruplarımızda ikinci en çok tercih edilen ilaç grubu da kısa etkili metilfenidat olarak saptandı.

Örnekleminizde tercih edilen DEHB tedavilerinin cinsiyetler içindeki dağılımlarına baktığımızda kızların %38,6'sının uzun etkili MPH, %18,2'sinin atomoksetin, %27,3'ünün kısa etkili MPH kullandığı, erkeklerin ise %75'inin uzun etkili MPH, %5'inin atomoksetin, %17,5'inin kısa etkili MPH kullandığı saptandı ve uzun etkili MPH kullanımının erkeklerde, atomoksetin ve kısa etkili MPH kullanımının ise kızlarda anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edildi.

Örnekleminizde tercih edilen DEHB tedavi gruplarının tedavi başlangıç yaş ortalamaları uzun etkili MPH için 9,83(2,6SD), atomoksetin için 10,7(2,6SD), kısa etkili MPH için 7,4(1,4SD) ve tedavi almayan grup için ise 9,5(3,7SD) yaş olarak saptandı. Kısa etkili MPH'nin ortalama başlangıç yaşları, uzun etkili MPH ve atomoksetin tedavilerinin ortalama başlangıç yaşlarından anlamlı düzeyde küçük olarak saptandı. Bu küçüklüğün nedeninin kısa etkili MPH'nin bölünerek doz ayarının kolayca yapılabilmesi ve küçük yaşlarda düşük dozların bu şekilde daha rahat verilebilmesi olarak yorumlandı. İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da atomoksetin tedavisi başlangıç yaşı ortalaması uzun etkili MPH başlangıç yaşı ortalamasından yaklaşık 1 yaş büyük çıkmıştır. Bu durum yaşla birlikte ortaya çıkan

bazı komorbid psikiyatrik tanılar nedeniyle atomoksetinin bu yaş gruplarında kullanımının artması şeklinde yorumlanabilir.

Örnekleminizde hastalarda DEHB tedavisine ek olarak tercih edilen ilaç tedavileri değerlendirildiğinde tüm örneklemin %31,7'sine DEHB tedavisine ek ilaç tedavisi önerildiği saptandı. Ek tedavilerin %17,7'sinin antipsikotik, %13,4'ünün antidepresan ve %0,6'sının antihistaminik ilaç grubundan olduğu saptanmıştır. DEHB-D grubunda %7,2, DEHB-B grubunda %23,5 ve DEHB-H grubunda %35,7 oranında hastaya ek tedavi olarak antipsikotik ilaç önerildi. DEHB-D grubunda %18,8, DEHB-B grubunda %8,6 ve DEHB-H grubunda %14,3 oranında hastaya ek tedavi olarak antidepresan ilaç önerildi. Sadece DEHB-D grubundan %1,4 oranında hastaya ek tedavi olarak antihistaminik ilaç önerildiği görüldü. DEHB-B ve DEHB-H gruplarında DEHB-D grubunda göre yüksek antipsikotik ek tedavi ihtiyacının DEHB-B ve DEHB-H gruplarında anlamlı düzeyde yüksek olan komorbid DB ve KOKGB ile ilişkili olduğu düşünüldü. DEHB-D grubunda DEHB-B grubuna göre yüksek antidepresan ek tedavi ihtiyacının ise DEHB-D grubunda DEHB-B grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olan Anksiyete bozukluğu ve Depresif bozukluk komorbiditeleri ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Antipsikotik tedavi kullanımı kızlarda %22,7 ve erkeklerde %15,8 oranında saptandı. Antidepresan kullanımı ise kızlarda %22,7 ve erkeklerde %10 oranında saptandı. Kızlardaki antidepresan kullanımının fazla olmasının kızlarda anlamlı düzeyde fazla görülen Anksiyete Bozukluğu ek tanısı ile ilişkili olduğu düşünülmüştür.

Örnekleminizde DEHB tedavisine ek olarak tedavi alan hasta gruplarının yaş ortalamaları antipsikotik ek tedavisi alan grubun 9,03(2,5SD) ve antidepresan ek tedavisi alan grubun ise 9,95(2,4SD) olarak saptandı ve bu açıdan ek tedavi grupları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

SONUÇLAR

Polikliniğimizde yapılan bu araştırmanın anlamlı sonuçları aşağıda verilmiştir.

1.DEHB-D grubundaki hastaların ilk başvuru yaşı ortalamaları DEHB-B ve DEHB-H grubundaki hastalardan büyük olarak saptandı.

2.DEHB'nin erkeklerde kızlara oranla 3 kat daha fazla görüldüğü saptandı.

3. Örneklemimizdeki hastaların 69'u (%42,1) DEHB Dikkat eksikliği önde gelen alt tip, 81'i (%49,4) DEHB bileşik alt tip ve 14'ü (%8,5) ise DEHB hiperaktivite-impulsivite önde gelen alt tip kriterlerini karşılamaktaydı.

4. Erkeklerde en sık görülen DEHB alt tipi %50,8 oranla DEHB-Bileşik alt tip olarak saptandı. Kızlarda en sık görülen alt tip ise %54,5 oranla DEHB-Dikkat eksikliği önde gelen alt tipi olarak saptandı.

5.DEHB-B grubundaki hastalarda DEHB-D grubundaki hastalara göre tırnak yeme davranışı daha yüksek oranda saptandı.

6.Uyku sorunlarının DEHB-B ve DEHB-H gruplarında DEHB-D grubuna göre daha yüksek oranda görüldüğü saptandı.

7.DEHB-D grubundaki hastaların anne ve baba yaşları ortalamaları DEHB-B ve DEHB-H gruplarındaki hastaların anne ve baba yaşları ortalamalarından büyük olarak saptandı.

8.DEHB-B ve DEHB-H gruplarındaki hastaların ilk çocuk olma oranları DEHB-D grubuna göre yüksek olarak saptandı.

9.DEHB-D grubunda Çocuklar için anksiyete tarama ölçeği puan ortalamaları DEHB-B grubundan yüksek olarak saptandı.

10. DEHB-D grubunda CDI ölçeği puan ortalamaları DEHB-B grubundan yüksek olarak saptandı.

11.Tüm örnekleminizde DEHB'ye ek olarak en az bir psikiyatrik hastalık görülme oranı %75,6 olarak saptandı.

12.DEHB-B ve DEHB-H gruplarında KOKGB ek tanısının görülme oranı DEHB-D grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olarak saptandı.

13. DEHB-B ve DEHB-H gruplarında DB ek tanısının görülme oranı DEHB-D grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olarak saptandı.

14.DEHB-D grubunda Anksiyete Bozukluğu ek tanı oranı DEHB-B grubuna göre anlamlı derecede yüksek saptandı.

15. DEHB-D grubunda Depresif Bozukluk ek tanı oranı DEHB-B grubuna göre anlamlı derecede yüksek saptandı.

16. DEHB-D grubunda ÖÖG ek tanı oranı DEHB-B grubuna göre anlamlı derecede yüksek saptandı.

17.Örnekleminizde ek tanı olarak Anksiyete bozukluğunun kızlarda anlamlı düzeyde daha fazla görüldüğü saptandı.

18.Örnekleminizde ek tanı olarak Depresif Bozukluk görülenlerin yaş ortalaması görülmeyenlere göre anlamlı düzeyde büyük olarak saptandı.

19. Örnekleminizde ek tanı olarak Enürezis görülenlerin yaş ortalaması görülmeyenlere göre anlamlı düzeyde küçük olarak saptandı.

20. Örnekleminizde ek tanı olarak ÖÖG görülenlerin yaş ortalaması görülmeyenlere göre anlamlı düzeyde küçük olarak saptandı.

21.Örnekleminizde ilk kez başvuran DEHB hastalarının tedavisinde en sık uzun etkili metilfenidatın, ikinci sıklıkta ise kısa etkili metilfenidatın kullanıldığı saptandı.

22.Kızlarda atomoksetin ve kısa etkili metilfenidat kullanımının erkeklerle oranla anlamlı düzeyde fazla olduğu saptandı.

23. Erkeklerde uzun etkili metilfenidat kullanımının kızlara oranla anlamlı düzeyde fazla olduğu saptandı.

24. Kısa etkili metilfenidat kullanan hastaların yaş ortalamalarının diğer ilaç tedavisi alan grupların yaş ortalamalarına göre anlamlı düzeyde küçük olduğu saptandı.

25. DEHB tedavisine ek olarak tedavi alma oranlarının kızlarda erkeklere oranla anlamlı düzeyde fazla olduğu saptandı.

ÖNERİLER

1. Bu çalışmada DEHB'ye çok büyük oranda ek tanı eşlik ettiği bulunmuştur. DEHB'ye eşlik eden psikiyatrik ek tanı varlığı, anne-babanın ve öğretmenin DEHB ile baş etmelerini daha da zorlaştırmaktadır. Anne-babanın ve öğretmenin tedavi sürecindeki katkısını arttırmak ve bozuklukla baş etmelerini kolaylaştırmak için eşlik eden psikiyatrik bozukluklarla ilgili anne-babanın ve öğretmenin çok iyi bilgilendirilmesi önerilir.
2. DEHB'ye sahip çocuk-ergenin akademik, sosyal gelişimini ve DEHB'nin ileriye dönük prognozunu olumlu yönde etkilemek için eşlik eden psikiyatrik bozuklukların çok iyi değerlendirilip tedavide işlevselliği esas olarak bozan tanıya öncelik verilerek tedavi modaliteleri oluşturulmalıdır.
3. Klinik temelli yapılan çalışmalara göre daha farklı ve gerçekçi sonuçlar vermesi nedeniyle bu konu ile ilgili toplum temelli çalışmalara ihtiyaç vardır.

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ ÇOCUK-ERGEN RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN VE DİKKAT EKSİKLİĞİ -
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI KONULAN ÇOCUKLARIN
SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE KOMORBİD PSİKİYATRİK
TANILAR

ÖZET

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), sosyal ilişkilerde sorun, okul başarısızlığı gibi psikososyal işlevsellikte bozulmaya yol açan çocukluk çağıının en sık görülen nöropsikiyatrik bozukluğudur. Son yıllarda yapılan çalışmalarda prevalansının %5,9-7,1 arasında olduğu düşünülmektedir. Çeşitli çalışmalarda DEHB'ye ek psikiyatrik hastalıkların sıklıkla eşlik ettiği, bu hastalıkların DEHB semptom şiddetini artırdığı ve tedaviye yanıtı olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir.

Çalışmamızın amacı Karadeniz Teknik Üniversitesi(K.T.Ü.) Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde DEHB tanısı konulan yaşları 6-18 arasında bulunan çocuk ve ergenlerde DEHB alt tipleri arasında sosyodemografik özellikleri, komorbid ek psikiyatrik tanıları ve hastaların aldıkları tedavileri karşılaştırmaktır. Bu çalışmada 1 Ocak 2014- 31 Haziran 2014 tarihleri arasında KTÜ Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvurmuş, DSM V'e göre ilk kez DEHB tanısı konulmuş, en az 3 poliklinik görüşmesi yapılmış, dışlama kriterlerini karşılamayan, 6-18 yaş grubu 164 çocuk ve ergen vaka değerlendirilmiştir.

Araştırmaya dahil edilen 164 DEHB hastasının 120'si (%73,2) erkek, 44'ü (%26,8) kız olarak saptandı. Bu hastaların 69'u (%42,1) DEHB Dikkat eksikliği önde gelen alt tip(DEHB-D grubu), 81'i (%49,4) DEHB bileşik alt tip(DEHB-B grubu) ve 14'ü (%8,5) ise DEHB hiperaktivite-impulsivite önde gelen alt tip(DEHB-H grubu) tanı kriterlerini karşılamaktaydı. Gruplar arası ilk başvuru yaşı ortalamaları karşılaştırıldığında DEHB-D grubunun yaş ortalaması $10,00 \pm 3,020$, DEHB-B grubunun $9,05 \pm 2,484$ ve DEHB-H grubunun ise $8,71 \pm 2,091$ olarak saptandı. DEHB'ye ek komorbid psikiyatrik tanılarına baktığımızda bu hastalarda en az 1 komorbidite görülme oranı %75,6 (124) olarak saptandı. Örneklemimizin genelinde en sık gördüğümüz ek psikiyatrik tanı Karşıt Olma Bozukluğu olup tüm örneklemde 43 (%26,2) hastada ek tanı olarak karşımıza çıktı. Diğer komorbid durumlardan Davranım Bozukluğu 41(%25), Anksiyete Bozuklukları 36(%22), Enürezis 22(%13,4), Tik Bozuklukları 17(%10,4), Özgül Öğrenme Güçlüğü 12(%7,3) ve Depresif Bozukluk 10(%6,1) hastada saptandı.

DEHB sosyal ilişkilerde sorun, okul başarısızlığı gibi psikososyal işlevsellikte bozulmaya yol açan çocukluk çağıının sık görülen nöropsikiyatrik bozukluklarından birisidir. DEHB ile birlikte eş tanıya sahip çocukların tedaviye direnç göstermeleri

daha muhtemeldir ve bu çocuklarda hem DEHB hem de eş tanının başarılı bir şekilde tedavi edilmesi gerekmektedir.Bizim çalışmamızda çıkan yüksek komorbidite oranları DEHB'yi tedavi ederken bu tanılarında etkin bir şekilde tedavi edilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: DEHB, komorbidite, sosyodemografik



THE SOCİODEMOGRAPHIC FEATURES and COMORBİD PSYCHİATRİC
DIAGNOSIS OF CHILDREN DİAGNOSED ATTENTION DEFICIT and
HYPERACTIVITY DISORDER WHO APPLIED TO CHILD AND
ADOLESCENT PSYCHIATRY POLICLINICS OF a UNIVERSITY HOSPITAL

SUMMARY

Attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) is the most frequent neuropsychiatric disorder which causes impairment in psychosocial functioning like problems in social relationships and unsuccess at school. It's prevalence is thought to be %5,9-7,1 in studies made in recent years. In various studies it is reported that additional psychiatric diseases aggravate ADHD's symptoms and effect the response to treatment negatively. The aim of this study is to compare the sociodemographic features, comorbid psychiatric conditions and treatment between ADHD subtypes in children between 6-18 years who diagnosed ADHD in Child and Adolescent Psychiatry Policlinics of Blacksea Technical University Faculty of Medicine.

164 child and adolescent who applied to Child and Adolescent Psychiatry Policlinics of Karadeniz Technical University Faculty of Medicine between 1 January 2014 nad 31 June 2014, diagnosed ADHD according to DSM V, had at least three policlinics interview and did not meet the exclusion criterias are evaluated in this study.

It is determined that 120 (%73,2) of the 164 ADHD patients are boys and 44 (%26,8) of them are girls. 69 (%42,1) of these patients are attention deficiency (AD) subtype of ADHD (ADHD group A), 81(%49,4) of them are combined subtype of ADHD (ADHD group C)and 14 (%8,5) of them are hyperactivity-impulsivity predominant subtype of ADHD (ADHD group H). The mean age of ADHD-A group is $10\pm 3,020$, ADHD-C group is $9,05\pm 2,484$ and ADHD-H group is $8,71\pm 2,091$. If we examine for the comorbid psychiatric diagnosis, the ratio of having at least one comorbid psychiatric conditions is %75,6 (124). Oppositional defiant disorder is the most frequent psychiatric comorbid condition overall the sample. It is the comorbid condition in 43 (%26,2) patients. In 41(%25) patients behavioral disorders, in 36 (%22) patients anxiety disorder, in 22 (%13,4) patients nocturnal enuresis, in 17 (%10,4) patients tic disorders and in 10 (%6,1) patients depressive disorder is the comorbid condition. Children have diagnosis of ADHD with comorbid psychiatric conditions are possibly more resistant to treatments. In these patients both ADHD and comorbid psychiatric condition must be treated successfully. The high ratio of comorbid conditions in our study shows that both diagnosis must be treated.

Keywords: ADHD, comorbidity, sociodemographic

KAYNAKLAR:

1. Polanczyk G, Rohde LA. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Curr Opin Psychiatry*. 2007 Jul;20(4):386-92.
2. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B et al (2011) The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 21(9):655–679.
3. Rommelse NNJ, Altink ME, Fliers EA, Martin NC, Buschgens CJM, HartmanCA, et al. (2009) Comorbid problems in ADHD: Degree of association, shared endophenotypes, and formation of distinct subtypes. Implications for a future DSM. *J Abnorm Child Psychol*; 37(6):793-804
4. Lily Hechtman: Bölüm 39. Dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu Kaplan Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Güneş Kitapevi Basım Yayın, sayfalar: 3183-3198,
5. Şenol S: Bölüm 30. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. Çuhadaroğlu Çetin F.(ed) Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. HYB Basım Yayın. Ankara, sayfalar:293-294, 2008.
6. Weis M, Weis G: Attention deficit hyperactivity disorder. In: Lewis M (ed). *Child and Adolescent Psychiatry* (3. ed). Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, pp: 645-670, 2002.
7. Canat S: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. Güleç C, Köroğlu E (ed). *Psikiyatri Temel Kitabı* (1. baskı). Ankara, Hekimler Yayın Birliği, sayfalar: 1119-1131. 1998.
8. American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th edition). Washington, DC.
9. Mukaddes MN. Yaşam Boyu Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Eşlik Eden Durumlar. Mukaddes MN, editör. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2015.
10. Aşkın R, Akdağ R, Banoğlu R, Karakelleoğlu C, Kahya H, Ulaşmış Y: Erzurum'da 7-12 yaş arası çocuklarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun yaygınlığı. *Karadeniz Tıp Dergisi*, 6(2):207-210, 1993.
11. Şenol S: Dikkat eksikliği yıkıcı davranış bozukluklarının klinik özellikleri, aynı grup ve diğer DSM-IV tanılarıyla birliktelikleri, risklerin ve tedavi eğilimlerinin belirlenmesi. *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi*. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Ankara, 1997.

- 12.Ercan ES(2013) Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Epidemiyolojisi. DEHB uzman görüşü raporu- Türkiye 2013.
13. Kuntsi J, Eley TC, Taylor A, Hughes C, Asherson P, et al. (2004) Co-occurrence of ADHD and low IQ has genetic origins. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsych Genetics* 124: 41–47.
14. Faraone SV, Doyle AE, Mick E, Biederman D: Meta-analysis of the association between the 7 repeat allele of the dopamin D(4) receptor gene and attention deficit hyperactivity disorder. *Am d Psychiatry* 158: 1052-1057, 2001.
- 15.Asherson P, Gurling H.(2012), Quantitative and moleculer genetics of ADHD. *Curr Top Behav Neurosci.* 2012;9:239-72.
16. Turgay A: Gençlerde dikkat eksikligi ve hiperaktivite bozuklugu. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*, 3: 413-453, 1997.
17. Mostofsky SH, Coopera KL, Katesc WR, Denclaa MB, Kaufmanna WE: Smaller prefrontal and premotor volumes in boys with attentiondeficit/hyperactivitydisorder. *Biol Psychiatry.* 52(8): 785-794, 2002.
- 18.Gillberg C.(2014). ADHD and its many associated problems. Oxford University Press.
19. Schweitzer JB, Lee DO, Hanford RB, Tagamets MA, Hoffman JM, Grafton ST et al. A positron emission tomography study of methylphenidate in adults with ADHD: alterations in resting blood flow and predicting treatment response. *Neuropsychopharmacology*, 28(5):967-973, 2003.
- 20.Cantwell DP. Attention deficit disorder: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 35(8): 978-987, 1996.
- 21.Castellanos FX, Rapoport JL: Etiology of attention deficit hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am.* 1: 373-384, 1992.
- 22.Stahl SM: Neurotransmission of cognition, part 3. Mechanism of action of selective NRIs: both dopamine and norepinephrine increase in prefrontal cortex. *J Clin Psychiatry.* 64(3):230-231, 2003.

23. Konrad K, Gauggel S, Schurek K: Catecholamine functioning in children with traumatic brain injuries and children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Brain Res Cogn.* 16(3):425-433, 2003.
24. Sharp WS, Gottesman RF, Greenstein DK, Ebens CL, Rapaport JL, Castellanos FX: Monozygotic twins discordant for attention deficit/hyperactivity disorder: ascertainment and clinical characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 42(1):93-97, 2003.
25. Waslick B, Greenhill L: Attention deficit hyperactivity disorder. In: Wiener J, Dulcan M (eds). *Text Book of Child and Adolescent Psychiatry* (3.ed). Washington DC, American Psychiatric Press, pp: 485-509, 2004.
26. Schnool R, Burshteyn D, Cea-Aravena J: Nutrition in the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder: a neglected but important aspect. *Appl Psychophysiol Biofeedback.* 28(1):63-75, 2003.
27. Şenol, S, Şener S: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. Yüksel N (ed). *Ruhsal Hastalıklar* (2. baskı). Ankara, Çizgi Tıp Yayınevi, sayfalar:747-759, 2001.
28. Wait JW, Stanton L, Schoeman JF: Tuberculosis meningitis and attention deficit hyperactivity disorder in children. *J Trop Pediatr.* 48(5):294-299, 2002.
29. Elia J, Gulatta C, Rose SR, Mavin B, Rapaport JL: Thyroid function and attention-deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 33(2):169-172, 1994.
30. Gau SS, Chiang HL. Sleep problems and disorders among adolescents with persistent and subthreshold attention-deficit/hyperactivity disorders. *Sleep,* 32(5):671-9, 2009.
31. Bekker EM, Overtom CC, Kenemans JL, Kooij JJ, De Noord I, Buitelaar JK ve ark (2005). Stopping and changing in adults with ADHD. *Psychol Med.* Jun;35(6):807-16.
32. Pliszka S, AACAP Work Group on Quality Issues (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescent with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* Jul;46(7):894-921.
33. Weiss G Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Child and Adolescent Psychiatry Second Edition* Williams and Wilkins Baltimore, Maryland USA. pp: 544-563, 1996.
34. Barkley RA: ADHD and The Nature of Self Control. New York, The Guilford Press, pp: 29-65, 1997.

35. Achenbach TM: Empirically Taxonomy: How to Use Syndromes and Profile Types Derived from the CBCL from 4 to 8, TRF, and, WSR. University of Vermont Department of Psychiatry, Burlington, 1993.
36. Conners CK: A teacher rating scale for use in drug studies with children. *Am J Psychiatry*, 126:884-888, 1969.
37. Conners CK: Symptoms patterns in hyperkinetic, neurotic and normal children. *Child Dev*, 41:667-682, 1970.
38. Pelham WE, Gnagy EM, Greenslade KE, Milich R: Teacher ratings of DSM-III-R symptoms for the disruptive behavior disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31:210-218, 1992.
39. Turgay A: Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (Yayınlanmamış ölçek). Integrative Therapy Institute Toronto, Kanada, 1995.
40. Erol N, Şimşek Z, Öner Ö, Münir K: Behavioral and emotional problems among Turkish children at ages 2 to 3 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44:80-87, 2005.
41. Şener Ş, Dereboy Ç, Dereboy IF ve ark: Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Uyarlaması-1. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2:131-141, 1995.
42. Dereboy Ç, Şener Ş, Dereboy IF, Sertcan Y: Conners öğretmen derecelendirme ölçeği Türkçe uyarlaması-2: Dikkat eksikliği, hiperaktivite ve davranım alt-ölçeklerinin uyarlanmasına doğru. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derg.* 4(1); 10-18, 1997.
43. Ercan ES, Amado S, Somer O, Çıkoğlu S: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin Bir Test Bataryası Geliştirme Çabası. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 8(3):132-144, 2001.
44. Ercan ES, Aydın C: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Özellikleri Tedavisi Çocuklarda ve Erişkinlerdeki Belirtileri (11. baskı). İstanbul, Gendas A. sayfalar:25-63, 2005.
45. McGee R, Prior M, Williams S, Smart D, Snsen A: The long-term significance of teacher-rated hyperactivity and reading ability in childhood: findings from two longitudinal studies. *J Child Psychol Psychiatry*. 43(8): 1004-1017, 2002.

- 46.Tahiroglu Yolga A: Dikkat eksikligi hiperaktivite bozuklugu olan çocukların sosyodemografik özellikleri, eslik eden bozukluklar ve tedavi yaklaşımları. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fak. Adana, 2003.
- 47.Ercan ES, Aydın C: Dikkat eksikligi hiperaktivite bozukluğu. Ekşi A. Ben Hasta Degilim Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitap Evleri, sayfalar:270-284, 1999.
- 48.Barkley RA: History. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. Third Edition. Barkley RA (Ed.) Guilford Pres, New York, pp:3-75, 2006.
- 49.Kuperman S, Johnson B, Arndt S, Lindgren S, Wolraich M: Quantitative EEG differences in a nonclinical sample of children with ADHD and undifferentiated ADD. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 35:1009-1017, 1996.
- 50.Biederman J: Attention-Defisit/hyperactivity Disorder: a selective overview. Biol Psychiatry pp:1215-1220, 2005.
51. Jensen, C M., & Steinhausen, H-C. (2015). Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study. Attention Deficit and Hyperactivity Disorders, 7, S. 27-38.
- 52.Motavallı NM, Öztürk M, Zoroğlu S, Bilge S.: Kentsel Kesimdeki Türk İlkokul Çocuklarında Yıkıcı Davranış Bozuklukları Sıklığının İncelenmesi. Düşünen Adam, 1999, 12 (2) 19-22.
- 53.Harada Y, Yamazaki T, Saitoh K: Pyschosocial problems in attentiondeficit hyperactivity disorder with oppositional defiant disorder. Psychiatry Clin Neurosci. 56(4):365-369, 2002.
- 54.Wilson JM, Morcotte AC: Psychosocial adjusment and educational outcome in adolescent with a childhood diagnosis of attention deficit disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 35(5);579-587, 1996.
- 55.Biederman J, Faraone S, Milberger S, Curtis S, Chen L, Marrs A et al: Predictors of persistence and remission of ADHD into adolescence: results from a four-year prospective follow-up study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 35(3):343-351, 1996.
56. Vurring A, Lambek R, Jennum PJ, Møller LR, Thomsen PH. Sleep Problems and Daily Functioning in Children With ADHD: An Investigation of the Role of Impairment, ADHD Presentations, and Psychiatric Comorbidity. J Atten Disord. 2014 Jul 11.

57. Meltzer LJ, Mindell JA. Sleep and sleep disorders in children and adolescents. *Psychiatr Clin North Am.* 2006 Dec;29(4):1059-76.
58. Sung V, Hiscock H, Sciberras E, Efron D. Sleep problems in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: prevalence and the effect on the child and family. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2008 Apr;162(4):336-42. doi: 10.1001/archpedi.162.4.336.
59. Ivanenko A, Johnson K. Sleep disturbances in children with psychiatric disorders. *Semin Pediatr Neurol* 2008; 15: 70-8.
60. Stein MA. Unravelling sleep problems in treated and untreated children with ADHD. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 1999;9(3):157-68.
61. Corkum P, Moldofsky H, Hogg-Johnson S, Humphries T, Tannock R. Sleep problems in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: impact of subtype, comorbidity, and stimulant medication. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999 Oct;38(10):1285-93.
62. Mayes SD, Calhoun SL, Bixler EO, Vgontzas AN, Mahr F, Hillwig-Garcia J, Elamir B, Edhere-Ekezie L, Parvin M. ADHD subtypes and comorbid anxiety, depression, and oppositional-defiant disorder: differences in sleep problems. *J Pediatr Psychol.* 2009 Apr;34(3):328-37.
63. Chiang HL, Gau SS, Ni HC, Chiu YN, Shang CY, Wu YY, Lin LY, Tai YM, Soong WT. Association between symptoms and subtypes of attention-deficit hyperactivity disorder and sleep problems/disorders. *J Sleep Res.* 2010 Dec;19(4):535-45.
64. Ishii T, Takahashi O, Kawamura Y, Ohta T: Comorbidity in attention deficit-hyperactivity disorder. *Psychiatry Clin Neurosci.* 57(5):457- 463, 2003.
65. Conner DF, Edwards G, Fletcher KE, Baidn J, Barkley RA, Steingard RJ: Correlates of comorbid psychopathology in children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 42(2):193-200, 2003.
66. Sciberras, E., Lycett K., Efron, D., Mensah, F., Gerner, B., & Hiscock, H. (2014). Anxiety in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 133(5), 801-808.
67. Koyuncu A, Ertekin E, Yüksel C, Ertekin B, Çelebi F, Tükel R. Inattention predominant type ADHD is associated with social anxiety disorder. *J. Attention Disorder.*
68. Golubchik P, Sever J, Weizman A. Methylphenidate treatment in children with attention deficit hyperactivity disorder and comorbid social phobia. *Int Clin Psychopharmacol.* 2014;29(4):212-5.
69. Kooij ET et al (2004) Safety of methylphenidate in 45 adults with attention deficit/hyperactivity

- disorder. A randomized placebo-controlled double blind cross over trial. *Psychol Med* 34(6):973–982.
69. Gadow KD, Nolan EE, Sverd J, Sprafkin J, Schwartz J: Anxiety and depression symptoms and response to methylphenidate in children with attention deficit hyperactivity disorder and tic disorder. *J Clin Psychopharmacol.* 22 (3):349-354, 2002.
70. Wilens TE, Spencer TJ, Biederman J (2002) Attention deficit/hyperactivity disorder across the life span. *Ann Rev Med* 53:113–131.
71. Diler RS, Daviss WB, Lopez A, Axelson DA, Iyengar S, Birmaher B: Differentiating major depressive disorder in youths with ADHD. *Journal of Affective Disorders*, 102:125-30, 2007.
72. Lus G, Mukaddes NM. (2009). Co-morbidity of bipolar disorder in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in an outpatient Turkish sample. *World Journal of Biological Psychiatry* 10(4 PART 2):488-494.
73. Wilder-Willis KE, Sax KW, Rosenberg HL, Fleck DE, Shear PK, Strakowski SM: Persistent attentional dysfunction in remitted bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 3(2):58-62, 2001.
74. Morgan AE, Hynd GW, Ricco CA, Hall J: Validity of DSM-IV ADHD predominantly inattentive and combined types: relationship to previous. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 35(3); 325-333, 1996.
75. Blondis TA: Motor disorders and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatr Clin North America.* 46(5):899-913, 1999.
76. Tervo RC, Azuma S, Fogas B, Fiechtner H: Children with ADHD and motor dysfunction compared with children with ADHD only. *Dev Med Child Neurol.* 44(6):383-390, 2002.
77. Neece, C. L., Baker, B. L., Crnic, K., & Blacher, J. Examining the validity of ADHD as a diagnosis for adolescents with intellectual disabilities: Clinical presentation. *Journal of Abnormal Child Psychology* 41(4):597-612.
78. Weber P, Lütschg J: Methylphenidate treatment. *Pediatr Neurol.* 26(4): 261-266, 2002.
79. Davis SM, Katusic SK, Barbaresi WJ, Killian J, Weaver AL, Ottman R, Elaine WC (2010) Epilepsy in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatr Neurol* 42:325–30
80. Hamoda HM, Guild DJ, Gumlak S, Travers BH, Gonzalez-Heydrich J. Association between attention-deficit/hyperactivity disorder and epilepsy in pediatric populations. *Expert Review of Neurotherapeutics* 2009 Dec;9(12):1747-54.

81. Byrne JM, Bawden HN, DeWolfe NA: Risk for injury in preschoolers: relationship to attention deficit hyperactivity disorder. *Neuropsychol Dev Cogn B Aging Neuropsychol Cogn.* 9(2):142-151, 2003.
82. Faraone SV, Sergeant J, Gillberg, Biederman J: The worldwide prevalence of ADHD: *World Psychiatry*, 2: 104-113, 2003.
83. Kaplan HI, Sadock BJ, Greeb JA: *Attention Defisit Disorders Synopsis of Psychiatry.* Seventh edition, Williams and Wilkins, Baltimore, pp:1063-1069, 1994.
84. Barkley RA: Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *J Clin Psychiatry.* 63(12):36-43, 2002.
85. Huang HL, Chao CC, Tu CC, Yang PC: Behavioral parent training for Taiwanese parents of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Clin Neurosci.* 57(3):275-281, 2003.
86. Cyr M, Brown CS: Current drug therapy recommendations for the treatment attention deficit hyperactivity disorder. In: Palmer KJ (ed). *Topics in Pediatric Psychiatry* (1.ed). Hong Kong, Adis Boks, pp: 69-79, 2000.
87. Tutty S, Gephart H, Wurzbacher K: Enhancing behavioral and social skill functioning in children newly diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder in a pediatric setting. *Journal Dev Behav Pediatr*, 24(1):51-57, 2003.
88. Şener S, Şenol S: Karacan E. Çocukluk ve ergenlik çağı psikofarmakolojisi. Yüksel N (ed). *Psikofarmakoloji* (2.baskı). Ankara, Çizgi Tıp Yayın Evi, sayfalar: 427-461, 2003.
89. Özgür Ö, Ayla SA: Bölüm 23. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Aysev S, Taner YI (eds). *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*, Golden Print, İstanbul, sayfalar: 399-419, 2007.
90. Biederman J, Monuteaux MC, Spencer T, Wilens TE, Faraone SV: Do stimulants protect against psychiatric disorders in youth with ADHD? A 10-year follow-up study. *Pediatrics.* 124(1):71-8, 2009.
91. Bhatia MS, Nigan VR, Bohra N, Malik SC: Attention defisit disorder with hyperactivity Among Pediatric Outpatient. *J Child Psychol Psychiatr* 32:297-306, 1991.

- 92.Volkow ND, Fowlerb JS, Wang GJ, Ding YS, Gatley SJ. Mechanism of action of methylphenidate: insights from PET imaging studies. *J Atten Disord.* 6(1):31-43, 2002.
- 93.Wilens T, Pelham W, Stein M, Conners K, Abikoff H, Atkins M et al: ADHD treatment with once-daily OROS methylphenidate: in term 12-month results from a long term open label study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 42(4):424-433, 2003.
- 95.Pliszka SR: Non-stimulant treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *CNS Spectr.* 8(4):253-258, 2003.
- 96.Weiss M, Tannock R, Kratochvil C et al: A randomized, placebo-controlled study of once-daily atomoxetine in the school setting in children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 44(7):647-655, 2005.
- 97.Syncer R, Turgay A, Aman M, Binder C, Fisman S, Carroll A: Effects of risperidone on conduct and disruptive behavior disorders in children with subaverage IQs. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 41(9): 1026-1036, 2002.
- 98.Prince JB, Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ, Wozniak JR: Clonidine for sleep disturbances associated with attention-deficit hyperactivity disorder: a systematic chart review of 62 cases. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 35(5):599-605, 1999.
- 99.Lesesne CA, Visser SN, White CP: Attention-deficit/hyperactivity disorder in school-aged children: association with maternal mental health and use of health care resources. *Pediatrics,* 111(5): 1232-1237, 2003.
- 100.Flory K, Milich R, Iyman D R, Leukfeld C, Clayton R: Relation between childhood disruptive behavior disorder and substance use and dependence symptoms in young adulthood: individuals with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder are uniquely at risk. *Psychol Addict Behav.* 17(2): 151-158, 2003.
- 101Byun H, Yang J, Lee M, Jang W, Yang JW, Kim JH et al: Psychiatric comorbidity in Korean children and adolescents with attention – deficit hyperactivity disorder: Psychopathology according to subtype. *Yonsei Med J.* 28;47(1): 113-121, 2006.
- 102Ghanizadeh A: Psychiatric comorbidity differences in clinic-referred children and adolescents with ADHD according to the subtypes and gender. *J Child Neurol.* 24(6):679-84, 2009.

103Türkbay T, Erman H, Söhmen A: Çocuk ve ergenlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun alt tipleri ile sürekli performans testi degiskenleri arasındaki ilişki. *Gülhane Tıp Dergisi*, 43(2):186-189, 2001.

104. Willcutt, E.G., Nigg, J.T., Pennington, B.F., Solanto, M.V., Rohde, L.A., Tannock, R., ... & Lahey, B.B. (2012). Validity of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder symptom dimensions and subtypes. *Journal of Abnormal Psychology*, 121, 991–1010.

105.Stringaris A, Goodman R. Longitudinal outcome of youth oppositionality: irritable, headstrong, and hurtful behaviors have distinctive predictions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009; 48:404-412.

106. Biederman J, Faraone S, Lapey K: Comorbidity of diagnosis in attentiondeficit hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am*, 1: 335-60, 1992.

107. Aktepe E., Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Konan Çocuk ve Ergenlerde Eş Tanılar ve Sosyodemografik Özellikler, *New Symposium Journal*, 2011, 49;201-208.

108. Lahey BB, Pelham WE, Schaughency EA, et al: Dimensions and types of attention deficit disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 27: 330-335, 1998.

109. Angold A et al (1999) Comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry* 49:57–88.

110 Peterson BS, Pine DS, Cohen P, Brook JS: Prospective, longitudinal study of tic, obsessive-compulsive, and attention deficit hyperactivity disorder in an epidemiological sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 40(6):685-695, 2001.

111 Kurlan R: Tourette's syndrome: are stimulants safe? *Curr Neurol Neurosci Rep*. 3(4):285-288, 2003.

112.Bailey JN, Ornitz EM, Gehricke JG, Gabikian P, Russell AT, Smalley SL: Transmission of primary nocturnal enuresis and attention deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatr*. 88(12):1364-8, 1999.

113.Ghanizadeh A: Comorbidity of Enuresis in Children With Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Atten Disord*. Apr 20, doi: 10.1177/ 1087054709332411, 2009

EKLER

EK 1 Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

ANNE (ÖZ-UYEY) BABA		KARDEŞLER
Yaş	.....	1-.....
Meslek	.....	2-.....
Tahsil	.....	3-.....
Sağlık	.....	4-.....
Alkol-Sigara	.....	5-.....
Soy Hastalıkları	.....	6-.....
Suçluluk	.....	7-.....
Akrabalık	.....	8-.....
Geçimsizlik-Ayrılık	.....	.....
HAMİLELİK	DOĞUM	BÜYÜK EBEVEYN AKRABALAR (aynı evde)
Normal	Zamanında	Kilo
Kanama	Premature	Boy
Hastalık	Postmature	Siyanoz
Ruhi Trauma	Provoke	Asfiksi
Primipar	Forceps	Ağlama
Multipar	Sectio	Emme ref
Doğum Yaşı	Normal	Kuvöz
Annanın Aktiviteleri	Evde-Klinikte	Sarılık
ÖNEMLİ NOTLAR		ÇOCUK DURUMU
		Kısa
		Uzun
		Oda sayısı
		Çocuk odası
		Nüfus
		Ayık gör
		Çocuk Not

GELİŞİM	Okul öncesi eğit.
Anne Sözü	İlk Okul
Oturma	Orta Okul
Diş Çıkarma	Öğretmen ilişkileri
Yürüme	Arkadaş ilişkileri
İlk Hece	Önemli notlar
Konuşma	
Tualet Eğit.	
Gündüz	Gece

MEDİKAL

PATOLOJİK HUYULAR

PSIKİYATRİK MUAYENE

ÖZET	Konuşma	Günlük İşler
Görüş.	Yok	Tualet
Apatik	Heceleme	Yemek
Sakin	Tek kelimeler	Giyim
Neşeli	Eksik cümleler	Oyun
Hiperaktif	Basit cümleler	Çevre - Okul Bilgisi
Ajte	Normal	Organ
Agresiv	Zeka (Klinik)	Henk
Negativist	Yüksek	Okuma
Autistik	Normal	Yazma
	Geni	Arıtmek
		Diğer

SOMATİK MUAYENE

ÖZET	Motor	Refleks
Solunum	Görme	Trofik
Dolaşım	İşitme	Dengi

LABORATUVAR

KAN

İDRAR

RÖNTGEN

EEG

ZEKA TESTİ

SAHSİYET TESTİ

TEDAVİ :

İLK TANI :

KALITSAL

GEBELİK OLAYLARI

DOĞUM

DOĞUM SONRASI

AİLE İNCELEMESİ

TARİH	TAKİP

EK 2 Yıkıcı Davranım Bozuklukları Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (Turgay 95)

Adı-Soyadı:	Çocuk ve Ergen	- Aile ()
Yaşı:	Psikiyatri Polikliniği	- Öğretmen ()
Tarih:		

- Adı geçen kişinin son altı ay ve öncesindeki sorunları için uygun yeri (X) işareti ile işaretleyiniz.
- 0 = Yok 1= Biraz 2 = Fazla 3 = Çok Fazla

YIKICI DAVRANIM BOZUKLUKLARI TARAMA VE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

I. BÖLÜM

A- DİKKATSİZLİK

Sorunun Derecesi

SORUN	0	1	2	3
1. Dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde işinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.				
2. Üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı oyunlarda dikkatini sürdürmekte zorluk çeker.				
3. Kendisine doğrudan hitap edildiğinde dinlemiyormuş gibi görünür.				
4. Yönergeleri gerektiği gibi izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da işyerindeki görevlerini tamamlayamaz.				
5. Görev ve etkinliklerini düzenlemede güçlük çeker.				
6. Uzun süreli dikkat gerektiren işlerden (okul ödevi/ev ödevi vb) kaçırır.				
7. Üzerine aldığı görev ya da etkinlikler için gerekli olan eşyaları (kalem, kitap, oyuncak, araç-gereç vb) kaybeder.				
8. Dikkati kolayca dağılır.				
9. Günlük etkinliklerde unutkanır.				

B- AŞIRI HAREKETLİLİK-DÜRTÜSELLİK

SORUN	0	1	2	3
10. Elleri ayakları kırıp kırırdır ya da oturduğu yerde kırıp dırar.				
11. Sınıfta ya da oturması gereken diğer durumlarda yerinde oturmaz				
12. Uygun olmayan durumlarda sağa sola koşuşturur ya da tırmanır.				
13. Sakince oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker				
14. Hep hareket halindedir ya da sanki motor takılmış gibi davranır.				
15. Çok konuşur.				
16. Sorulan soru tamamlanmadan yanıt verir.				
17. Sırasını beklemekte güçlük çeker				
18. Başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer. (başkalarının konuşmaları ya da oyunlarına burnunu sokar)				

II. BÖLÜM

SORUN	0	1	2	3
19. Kontrolünü kaybeder.				
20. Erişkinlerle tartışır.				
21. Kurallara ve isteklere karşı çıkar ya da reddeder.				
22. Başkalarını isteyerek rahatsız eder.				
23. Hataları ya da yanlış davranışları için başkalarını suçlar				
24. Alıngandır ve başkaları tarafından kolayca kızdırılır.				
25. Kızgın ve güceniktir.				
26. Çoğu zaman kincidir ve intikam almak ister.				

III. BÖLÜM

SORUN	0	1	2	3
27. Kabadayılık eder, tehdit eder ya da gözdağı verir				
28. Kavga döğüş başlatır.				
29. Başkalarına ciddi biçimde fiziksel zarar vererek silah (sopa, taş, kırık şişe, bıçak, tabanca, vb) kullanır.				
30. İnsanlara fiziksel olarak acımasız davranır.				
31. Hayvanlara fiziksel olarak acımasız davranır.				
32. Başkalarının gözü önünde hırsızlık (saldırganlıkla soygun, çanta kapıp kaçmak, tehdit ile soyma, silahlı soygun) yapar.				
33. Başka birisini cinsel etkinlikte bulunmak için zorlar.				
34. Ciddi hasar vermek amacıyla yangın çıkarır.				
35. Başkalarının malına mülküne isteyerek zarar verir. (yangın çıkarmak dışında)				
36. Başkalarının evine, binasına ya da aracına zorla girer.				
37. Bir şey elde etmek, bir çıkar sağlamak ya da sorumluluklardan kaçmak için yalan söyler. (başkalarını aldatır)				
38. Hiç kimse görmeden değerli şeyler çalar. (mağazalardan mal çalma, sahtekarlık)				
39. 13 yaşından önce başlayarak ailenin yasaklarına karşı geceyi dışarıda geçirir.				
40. Anne-babasının ya da onların yerini tutan kişilerin evinde yaşarken en az iki kez geceleyin evden kaçmış olma. (ya da uzun süreli dönmemişse bir kez)				
41. 13 yaşından önce başlayarak okuldan kaçma.				

EK 3 Çocuklar için Depresyon Envanteri (CDI)

Adı-Soyadı:

Tarih: / /

Yaşı:

- Size uygun olanı lütfen yuvarlak içine alınız!

ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ

- A) 1) Kendimi arada sırada kötü hissederim.
2) Kendimi sık sık üzgün hissederim.
3) Kendimi her zaman üzgün hissederim.
- B) 1) İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.
2) İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.
3) İşlerim yolunda gidecek.
- C) 1) İşlerimin çoğunu doğru yaparım.
2) İşlerimin birçoğunu yanlış yaparım.
3) Her şeyi yanlış yaparım.
- D) 1) Birçok şeyden hoşlanırım.
2) Bazı şeylerden hoşlanırım.
3) Hiçbir şeyden hoşlanmam.
- E) 1) Her zaman kötü bir çocuğum.
2) Çoğu zaman kötü bir çocuğum.
3) Arada sırada kötü bir çocuğum.
- F) 1) Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünürüm.
2) Sık sık başıma kötü şeylerin geleceğinden endişelenirim.
3) Başıma çok kötü şeylerin geleceğinden eminim.
- G) 1) Kendimden nefret ederim.
2) Kendimi beğenmem.
3) Kendimi beğenirim.
- H) 1) Bütün kötü şeyler benim hatam.
2) Kötü şeylerin bazıları benim hatam.
3) Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.

Çocuk ve Ergen
Psikiyatrisi Polikliniği

- D) 1) Kendimi öldürmeyi düşünmem.
2) Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam.
3) Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.
- İ) 1) Her gün içimden ağlamak gelir.
2) Birçok günler içimden ağlamak gelir.
3) Arada sırada içimden ağlamak gelir.
- J) 1) Her şey her zaman beni sıkır.
2) Her şey sık sık beni sıkır.
3) Her şey arada sırada beni sıkır.
- K) 1) İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.
2) Çoğu zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
3) Hiçbir zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
- L) 1) Herhangi bir şey hakkında karar vermem.
2) Herhangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir.
3) Herhangi bir şey hakkında kolayca karar veririm.
- M) 1) Güzel yakışıklı sayılırım.
2) Güzel yakışıklı olmayan yanlarım var.
3) Çirkinim.
- N) 1) Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.
2) Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.
3) Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.
- O) 1) Her gece uyumakta zorluk çekerim.
2) Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.
3) Oldukça iyi uyurum.
- Ö) 1) Arada sırada kendimi yorgun hissederim.
2) Birçok gün kendimi yorgun hissederim.
3) Her zaman kendimi yorgun hissederim.
- P) 1) Hemen her gün canım yemek yemek istemez.
2) Çoğu gün canım yemek yemek istemez.
3) Oldukça iyi yemek yerim.

- R) 1) Ağrı ve sızılardan endişe etmem.
2) Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
3) Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
- S) 1) Kendimi yalnız hissetmem.
2) Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.
3) Her zaman kendimi yalnız hissederim.
- Ş) 1) Okuldan hiç hoşlanmam.
2) Arada sırada okuldan hoşlanırım.
3) Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.
- T) 1) Bir çok arkadaşım var.
2) Birkaç arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterdim.
3) Hiç arkadaşım yok.
- U) 1) Okul başarımlı iyi.
2) Okul başarımlı eskisi kadar iyi değil.
3) Eskiden iyi olduğum derslerde çok başarısızım.
- Ü) 1) Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.
2) Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.
3) Diğer çocuklar kadar iyiyim.
- V) 1) Kimse beni sevmez.
2) Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.
3) Beni seven insanların olduğundan eminim.
- Y) 1) Bana söyleneni genellikle yaparım.
2) Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.
3) Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.
- Z) 1) İnsanlarla iyi geçinirim.
2) İnsanlarla çoğu zaman kavga ederim.
3) İnsanlarla her zaman kavga ederim.

TEŞEKKÜRLER...

Çocuk ve Ergen
Psikiyatrisi Polikliniği

EK 4 Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇATÖ)

ÇOCUKLARDA ANKSİYETE BOZUKLUKLARINI TARAMA ÖLÇEĞİ ÇOCUK FORMU

Ad ve Soyadı:

Tarih:/...../.....

Yaş:

Aşağıda, insanların kendilerini nasıl hissettiklerini tanımlayan maddelerden oluşan bir liste bulunmaktadır. Her madde için; eğer madde senin için doğru ya da çoğu zaman doğru ise 2'yi, biraz ya da bazen doğru ise 1'i, doğru değil ya da nadiren doğru ise 0'ı işaretle.

Şu anı ya da son 3 ayı göz önüne alarak sana en çok uyan seçeneğin altındaki kutuya (X) koy. Bazı ifadeler seni ilgilendirmese de, mümkün olduğunca her ifade için bir yanıt ver.

Bazı maddelerin sana uymadığını düşüncen de lütfen boş bırakma.

0: Doğru değil ya da nadiren doğru

1: Biraz ya da bazen doğru

2: Doğru ya da çoğu zaman doğru

1- Korktuğum zaman nefes almam zorlaşır.	0	1	2
2- Okuldayken başım ağrır.	0	1	2
3- İyi tanımadığım insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.	0	1	2
4- Evden uzak bir yerde uyursam korkarım.	0	1	2
5- Başka insanların beni sevip sevmediğinden endişelenirim.	0	1	2
6- Korktuğum zaman bayılacak gibi hissederim.	0	1	2
7- Huzursuzum.	0	1	2
8- Nereye giderlerse gitsinler annemin ve babamın peşinden giderim.	0	1	2
9- Birçok insan bana huzursuz göründüğümü söyler.	0	1	2
10- İyi tanımadığım insanların yanında kendimi huzursuz hissederim.	0	1	2
11- Okuldayken karnım ağrır.	0	1	2
12- Korktuğum zaman aklımı kaçıracak gibi hissederim.	0	1	2
13- Yalnız yatmaktan endişe duyarım.	0	1	2
14- Diğer çocuklar kadar iyi olmadığımından endişelenirim.	0	1	2
15- Korktuğum zaman olayları gerçek değilmiş gibi hissederim.	0	1	2
16- Annemin ve babamın başına kötü şeylerin geldiği kabuslar görürüm.	0	1	2

17- Okula gitmekten endişe duyarım.	0	1	2
18- Korktuğum zaman kalbim hızlı çarpar.	0	1	2
19- Titrerim.	0	1	2
20- Başına kötü şeylerin geldiği kabuslar (korkunç rüyalar) görürüm.	0	1	2
21- İşlerim yolunda gitmeyecek diye endişelenirim.	0	1	2
22- Korktuğum zaman çok terlerim.	0	1	2
23- Her şeyi kendime dert ederim.	0	1	2
24- Hiçbir neden olmadığı halde çok korktuğum olur.	0	1	2
25- Evde yalnız kalmaktan korkarım.	0	1	2
26- İyi tanımadığım insanlarla konuşmak bana zor gelir.	0	1	2
27- Korktuğum zaman boğuluyormuş gibi hissederim.	0	1	2
28- Birçok insan bana çok endişelendiğimi söyler.	0	1	2
29- Aileden uzakta olmaktan boşlanmam.	0	1	2
30- Heyacan nöbetleri geçirmekten korkarım.	0	1	2
31- Annemin ve babamın başına kötü şeyler gelecek diye endişelenirim	0	1	2
32- İyi tanımadığım insanların yanında utanırım.	0	1	2
33- Gelecekte olacaklar konusunda endişelenirim.	0	1	2
34- Korktuğum zaman kusacakmış gibi olurum.	0	1	2
35- İşlerimi ne kadar iyi yaptığımdan endişelenirim.	0	1	2
36- Okula gitmekten korkarım.	0	1	2
37- Olup bitmiş şeyler hakkında endişe duyarım.	0	1	2
38- Korktuğum zaman başım döner.	0	1	2
39- Başka çocuk ve yetişkinlerle birlikteyken ve onlar benim yaptığım şeyi seyrederken kendimi huzursuz hissederim. (ör: Yüksek sesle okurken, konuşurken, oyun oynarken, spor yaparken)	0	1	2
40- İyi tanımadığım insanların bulunacağı partiye, dansa ya da herhangi bir yere giderken kendimi huzursuz hissederim.	0	1	2
41- Utangacım.	0	1	2

EK 5 Etik Kurul Onayı

T.C. KARADENİZ
TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ KLİNİK
ARAŞTIRMALAR
ETİK KURUL BAŞKANLIĞI



KARADENİZ
TECHNICAL UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE
ETHIC COUNCIL

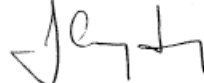
Sayı: 24237859- 1 r?
Konu:

Tarih:21/03/2014

Sayın; Prof.Dr.Sema TANRIÖVER KANDİL
Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD.

“Bir Üniversite Hastanesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine Başvuran ve Dikkat Eksikliği- Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Konulan Çocukların Sosyodemografik Özellikleri ve Komorbid Psikiyatrik Tanılar” başlıklı etik kurul 2013/156 no.lu tez çalışması raporör ve etik kurul görüşleri doğrultusunda; tıbbi etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilginizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Faruk AYDIN
Etik Kurul Başkanı

Eki : 1 onay belgesi