

ARAŞTIRMA

Zuhal Uyan¹
A. Gülsen Ceyhan Peker²
A. Selda Tekiner²
Betül Ulukol³

¹Aile Hekimliği Uzmanı
Gölpazarı Devlet Hastanesi
Gölpazarı-Bilecik

²Ankara Üniversitesi Tıp
Fakültesi Aile Hekimliği AD.
Ankara

³Ankara Üniversitesi Tıp
Fakültesi Sosyal Pediatri BD.
Ankara

Yazışma Adresi:

Dr. Selda Tekiner
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği AD. Ankara
Tel: 03125082167
Faks: 03123106371
Email:seldatekiner@gmail.com

Konuralp Tıp Dergisi

e-ISSN1309-3878
konuralptipdergi@duzce.edu.tr
konuralpgeneltip@gmail.com
www.konuralptipdergi.duzce.edu.tr

Ergenlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Sıklığının Araştırılması

ÖZET:

Amaç: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) çocuklar ve ergenler arasında en sık görülen nörodavranışsal bozukluktur. Bu çalışmanın amacı ebeveyn ve öğretmen bildirimlerine göre ergenlerde DEHB ile bu duruma eşlik edebilen yıkıcı davranış bozukluklarından Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB) ve Davranım Bozukluğunun (DB) prevalansını araştırmaktır.

Yöntem: Bu kesitsel çalışma Ankara ilinde Nisan-Haziran 2007 tarihleri arasında 9 okulda 251 ergenle yürütüldü. Çocuk ve ergenlerde davranım bozuklukları için DSM-IV'e dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği ve sosyodemografik özellikler için anket formu kullanıldı. Her öğrenci için hem sınıf öğretmenlerine hem de ailelere ayrı ayrı ölçek formu doldurtuldu.

Bulgular: Aile ve öğretmenin ortak bildirimlerine göre, öğrencilerin %5,9'unda DEHB semptomları saptandı. DEHB sıklığı, ailelerin bildirimlerine göre %12,7, öğretmenlerin bildirimlerine göre ise %27,4 olarak tespit edildi. DEHB hem ailelerin, hem de öğretmenlerin bildirimlerine göre erkeklerde kızlara oranla anlamlı olarak daha fazla bulundu ($p<0.001$). DEHB semptomları ile sosyoekonomik düzey ve anne ve baba eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Ailelerin bildirimlerine göre DEHB semptomlarına sahip olan ergenlerin %46,4'ünde KOKGB, öğretmenlerin bildirimlerine göre DEHB semptomlarına sahip olan ergenlerin de %52,5'inde KOKGB semptomları saptandı.

Sonuç: DEHB ve diğer yıkıcı davranış bozuklukları ile bu bozuklukların ve yol açabileceği sorunlar hakkında öğretmenlerin ve ailelerin bilgilendirilmeleri sorunun daha erken fark edilip tedaviye erken başlanması ve ergene destek olunması açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB), Ergen, Prevalans

Investigation of Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder among Adolescents

SUMMARY

Aim: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is the most common neurobehavioral disorder of childhood and adolescence. The aim of this study is to investigate the prevalence of ADHD with oppositional defiant disorder (ODD) and conduct disorder (CD) which may accompany to ADHD according to parent and teacher statements.

Method: This cross-sectional research involving 251 adolescents from 9 different schools in Ankara was carried out between April and June 2007. Adolescents were assessed in Child and Adolescent Behavior Disorders Screening and Rating Scale based on DSM-IV. A questionnaire was used for sociodemographic attributes. Screening and rating scale was completed by both class teacher and parent of the students.

Results: According to the combined statements of parent and teacher 5.9% of the students had ADHD symptoms. The prevalence of ADHD was 12.7% and 27.4% on the basis of parent and teacher reports respectively. ADHD symptoms were significantly higher among boys on the basis of both teacher and parent reports ($p<0.001$). There was no significant difference between ADHD symptoms and socioeconomic status and parent education level. The prevalence of ODD was 46.4% and 52.5% among adolescents with ADHD symptoms according to parent and teacher assessments respectively.

Conclusion:

Informing parent and teachers about DEHB and other disruptive behaviors, and about the outcomes due these problems is important in view of early recognition of the problem, initiation of treatment and being supportive for the adolescent.

Key words: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Oppositional Defiant Disorder (ODD), Adolescent, Prevalence

GİRİŞ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) çocuklar ve ergenler arasında en sık görülen nörodavranışsal bozukluktur. Temel semptomlar; dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüselliktir (1-3).

DEHB'nin etyolojisi çok nedenlidir ve halen tam olarak anlaşılmış değildir. Kalıcı ve sürekli olan dikkat süresinin kısalığı, engellemeye yönelik denetim eksikliği nedeniyle davranışlarda ya da bilişte ortaya çıkan ataklık ve huzursuzluk sonucunda çocuğun içinde bulunduğu gelişim dönemine uymayan dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik vardır. Bu durum çocukların hem erişkinler, hem de yaşlıları ile ilişkilerinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. Bu çocukların en önemli sorunlarından biri zekâları ile orantısız bir başarısızlık göstermeleridir. DEHB başlangıcı genellikle üç yaş dolaylarında olmaktadır. Ancak tanı düzenli öğrenim için gerekli dikkat süresi ve yoğunlaşmanın gelişmesinin beklendiği ilkökul yıllarında konmaktadır (4). Saptandığı takdirde başarı ile tedavi edilebilen bu bozukluk eğer tedavi edilmezse ileri dönemlerde gelişebilecek psikiyatrik ve sosyal patolojilere yatkınlık yaratır. Olguların %30'luk bir bölümünde semptomlar ergenlik döneminde kaybolmaktadır. Geri kalan kısmında duygusal ve sosyal sorunlar eklenerek devam etmektedir. Özellikle davranım bozukluğu ile birliktelik gösteren bir kısmında madde kullanımı ve antisosyal kişilik bozukluğu gelişmekte ve sorunlar ileri yaşlarda giderek artmaktadır (5,6). Okul yaşındaki çocuklarda DEHB hakkında yapılmış çeşitli çalışmalarda, bu durumun sıklığının %1 ile %20'ler arasında değiştiği gösterilmektedir (7,8).

Ülkeler arasında, DEHB prevalansı açısından farklılık gözlemlenmektedir. Bunun nedenleri olarak; hastalığın sınıflandırılmasındaki metodolojik farklılıklar (DSM-ICD farklılıkları), tanı değerlendirme farklılıkları (tanı skalaları temelli, aileden alınan bilgi temelli ya da yönetim veri tabanına göre) ya da çalışılmış olan populasyon farklılıkları düşünülmektedir (9,10).

DSM-IV, DEHB'yi iki semptom kümesi halinde ele almaktadır. Bir kümede "dikkat eksikliği", diğesinde ise "hiperaktivite-impulsivite"ye ait belirtiler yer almaktadır. Tanımın konulabilmesi için bu kümeden herhangi birine ait 6 belirtinin en az 6 ay süreyle bulunması ve en az iki ortamda görülmesinin şart olduğu ve bazı belirtilerin 7 yaşından önce de var olması gerektiği ifade edilmektedir. DSM-IV-TR' de son 6 ay içinde ön planda olan belirtilere göre DEHB için 3 alt gruptan söz edilebilir:

1. *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu; Bileşik Tip (DEHB-B)*
2. *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu; Dikkatsiz Tip (DEHB-D)*
3. *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu; Hiperaktif Tip (DEHB-H) (11).*

Mayıs 2000'de Amerikan Pediatri Akademisi (American Academy of Pediatrics) tarafından DEHB için ilk defa bir klinik uygulama kılavuzu yayınlanmıştır. Ocak 2001'de tedavi için tavsiyeler içeren ikinci bir kılavuz yayınlanmıştır. Bu kılavuzlar, DEHB'nin çocuk hekimleri, gelişimsel pediatristler, çocuk ve ergen psikiyatristleri, psikologlar, çocuk nörologları ve aile hekimleri tarafından multidisipliner bir yaklaşımla birinci basamakta tanı ve yönetimi için odaklanarak hazırlanmıştır. Tanı koymak için DSM-IV tanı kriterlerinin kullanılması önerilmekle birlikte aileden ve okuldan verilecek bilgilerle tanının güçlendirilmesi gerekliliğini de vurgulamaktadır (12).

Toplumdan oluşan örneklerde DEHB olan çocuk ve adolesanların %44'ünde diğeri bir hastalık da mevcuttur. DEHB bileşik tipe sahip olan hastalarda en sık bulunan komorbid hastalıklar Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB) ve daha az olarak Davranım Bozukluğu'dur (DB). KOKGB, DB'nin sık olarak öncülüdür. DEHB ve DB'nin birlikte bulunması DEHB olan çocukların ergenlikte ve erişkin yaşta madde kullanımı bozuklukları için en güçlü tahmin aracıdır (13).

Ülkemizde DEHB ile ilgili çalışmalarda son yıllarda artış görülmekle birlikte epidemiyolojik çalışmalar oldukça sınırlıdır. Özellikle ergenlik dönemindeki DEHB sıklığı ile ilgili yeterli sayıda çalışma yoktur. Ergenleri kapsayan bu araştırma ülkemizde bu alanda yapılan ilk çalışmalardan biri olma özelliğindedir. Çalışmanın amacı ebeveyn ve öğretmen bildirimlerine göre DEHB sıklığını araştırmaktır.

YÖNTEM

Ankara ilinde Nisan-Haziran 2007 tarihleri arasında yürütülen bu kesitsel çalışma için İl Millî Eğitim Müdürlüğü'nün ve ilgili okulların yöneticilerinin izni alındı. Ayrıca ailelere dolduracakları ölçekle birlikte çalışmanın amacını anlatan bir form gönderildi ve çalışmaya kendi rızaları ile gönüllü olarak katıldıklarına dair bir yazılı onam formu imzalatıldı.

Ankara ilinde düşük, orta ve yüksek sosyoekonomik düzeydeki aile çocuklarının devam etmekte olduğu ve her düzeyden 5 okul olmak üzere toplam 15 okul belirlendi. Her okuldan rastgele belirlenecek olan 40 öğrenciden oluşan toplam 600 öğrenci popülasyonu hedeflendi. Ayrı ayrı 15 okula gidilerek çalışma anlatıldı. Ancak geribildirim vermeyen okullar oldu. Geri bildirim vermiş okulların da her birinden 40 öğrenci hedeflendi. Ancak bu okullardan da geri bildirimlerde hedeflenen sayıya ulaşamadı. Sonuç olarak 9 farklı okuldan yaşları 11-18 arasında olan 107 kız ve 144 erkek öğrenci olmak üzere toplam 251 ergen çalışmaya dahil edildi. Öğrencilerden 186'sı için hem aile hem öğretmen, 29'u için sadece öğretmen, 36'sı için de sadece aile formu doldurdu.

İstatistiksel değerlendirmede bu formlar ayrı ayrı değerlendirildi.

GEREÇ

Çalışmada çocuk ve ergenlerde davranım bozuklukları için DSM-IV'e dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (Atilla Turgay) ve sosyodemografik özellikler için anket formu kullanıldı.

Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, Dr Atilla Turgay tarafından DSM-IV tanı kriterleri ele alınarak hazırlanmıştır. Bu ölçekle yıkıcı davranım bozukluklarından DEHB, KOKGB ve Davranım Bozukluğu (DB) tarama ve değerlendirmesi yapılmaktadır. Toplam 41 sorudan oluşan bu ölçekte 9 soru dikkat eksikliği, 9 soru hiperaktivite, 8 soru KOKGB ve 15 soru DB tarama ve değerlendirmesi için bulunmaktadır. Her bir sorunun cevabı "yok, biraz, fazla ve çok fazla" şeklinde verilebilmektedir. Bu çalışmada "yok" ve "biraz" cevapları için 1, "fazla" ve "çok fazla" cevapları için ise 2 puan verildi. Dikkat eksikliği için 9 sorunun 6 tanesinden 2 puan almak, hiperaktivite için 9 sorunun 6 tanesinden 2 puan almak, KOKGB için olan 8 sorunun 4'ünden 2 puan almak, DB için olan 15 sorunun da 3'ünden 2 puan almak yeterli sayıldı (13).

Semptom listesi ele alınırken, sıklık saptanmasında esas olarak aile ve öğretmenin aynı öğrenci için doldurmuş oldukları ölçeklerin ikisinde de yeterli puanı almak gerekliliği göz önünde bulunduruldu. Ancak sadece ailelerin ya da sadece öğretmenlerin doldurdukları formların sonuçları da istatistiksel olarak değerlendirmeye alındı.

İstatistiksel Değerlendirme: Verilerin analizi SPSS 11.5 paket programında yapıldı. Bağımsız gruplar arasında yaş ortalamaları yönünden farkın anlamlılığı Student's t testi ile değerlendirildi. Anne babanın eğitim düzeyi, okul grupları ve ailedeki çocuk sayısı yönünden istatistiksel olarak anlamlı farkın olup olmadığı Student's t testi ile veya Mann Whitney U testi ile incelendi. Öğretmenler ile ebeveynlerin bozukluk saptama yaygınlıkları arasındaki farkın anlamlılığı McNemar testi ile değerlendirildi. $p < 0.05$ olan sonuçlar anlamlı olarak kabul edildi.

BULGULAR

Çalışma yaşları 11-18 arasında değişen 107'si kız, 144'ü erkek 251 öğrenci ile tamamlandı. Yaş ortalaması $14,3 \pm 1,66$ idi. Öğrencilerin cinsiyete göre sosyoekonomik düzeydeki okul gruplarına dağılımı Tablo 1'de verilmektedir.

Düşük, orta ve yüksek sosyoekonomik düzeylerdeki okullara göre öğrenciler ve bilgi edinilen kaynaklar Tablo 2'de verilmektedir. DEHB sıklığı, ailelerin bildirimlerine göre %12,7, öğretmenlerin bildirimlerine göre ise %27,4 olarak tespit edildi. Alt gruplara göre dağılıma bakıldığında ise ailelere göre hiperaktif tip %5 ile en üst düzeyde,

öğretmenlere göre ise bileşik tip %10,2 ile en üst düzeydeydi (Tablo 3).

Ailelerin ve öğretmenlerin DEHB bildirimlerinin cinsiyete göre dağılımı da Tablo 4'te verilmektedir. DEHB hem ailelerin, hem de öğretmenlerin bildirimlerine göre erkeklerde kızlara oranla anlamlı olarak daha fazladır ($p < 0.001$).

Ailelerin ve öğretmenlerin bildirimlerine göre DEHB ile yaş, sosyoekonomik düzeye göre okul grubu ve ailelerdeki çocuk sayısı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

Tablo 1. Öğrencilerin cinsiyet ve okul gruplarına göre dağılımı

Sosyoekonomik düzey	Kız n	Erkek n	Toplam n
Düşük	33	42	75
Orta	44	80	124
Yüksek	30	22	52
Toplam	107	144	251

Tablo 2. Bilgi edinilen kaynakların okul düzeyine göre dağılımı

Okulların sosyoekonomik düzeyi	Sadece Aile	Sadece Öğretmen	Aile ve Öğretmen	Toplam
Düşük	2	7	66	75
Orta	16	17	91	124
Yüksek	18	5	29	52

Tablo 3. Aileye ve Öğretmene Göre DEHB Bildirimleri

	Aileye Göre (n=222)		Öğretmene Göre (n=215)	
	n	%	n	%
Bozukluk yok	194	87.4	156	72.6
DEHB-D	9	4.1	17	7.9
DEHB-H	11	5.0	20	9.3
DEHB-B	8	3.6	22	10.2

Tablo 4. Ailelerin ve öğretmenlerin DEHB bildirimlerinin cinsiyete göre dağılımı

Bozukluk	Aileye Göre (n=222)				Öğretmene Göre (n=215)			
	Kız		Erkek		Kız		Erkek	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Yok	95	49	99	51	81	51.9	75	48.1
Var	4	14.3	24	85.7	11	18.6	48	81.4
DE	0	0	9	100	3	17.6	14	82.4
H	2	18.2	9	81.8	4	20.0	16	80.0
DE+H*	2	25.0	6	75.0	4	18.2	18	81.8

*DE+H: Dikkat eksikliği + hiperaktivite

Tablo 5. Aileye ve Öğretmene Göre KOKGB ve DB sıklığının dağılımı

	Aileye Göre (n=222)		Öğretmene Göre (n=215)	
	n	%	n	%
Bozukluk yok	189	85.1	170	79.1
KOKGB*	3	1.4	4	1.9
DB*	27	12.2	26	12.1
KOKGB + DB	3	1.4	15	7.0

*KOKGB: Karşı olma karşı gelme bozukluğu. **DB: Davranım bozukluğu.

DEHB saptanan çocuklarda anne ve baba eğitim durumu ilişkisi araştırıldığında hem aile, hem de öğretmen grubunda istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Aile ve öğretmenlere göre KOKGB ve DB bildirim durumu Tablo 5'te verilmektedir.

Ailelerin bildirimlerine göre DEHB semptomlarına sahip olan ergenlerin 13 tanesinde KOKGB (%46,4), 3 tanesinde de DB (%10,7) semptomları saptanmıştır. Öğretmenlerin bildirimlerine göre DEHB semptomlarına sahip olan ergenlerin 31 (%52,5) tanesinde KOKGB, 18 tanesinde de DB (%30,5) semptomları saptanmıştır. Ailelerin bildirimlerine göre KOKGB ve DB semptomları olan ergenlerde erkeklerin oranı kızlara göre daha fazla saptanmıştır, ancak bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildir. Öğretmenlerin bildirimlerine göre de KOKGB veya DB veya her ikisinin de semptomları olan ergenlerde de erkeklerin oranı kızlara göre istatistiksel olarak anlamlı daha fazladır.

TARTIŞMA

Bu çalışmada 11-18 yaş arası ilköğretim ve lise öğrencilerinde ebeveyn ve öğretmen bildirimlerine göre ve her iki kaynağın ortak bildirimlerine göre DEHB sıklığı ve etkileyen faktörler belirlenmeye çalışılmıştır.

Literatürde DEHB sıklığında, çalışmalardaki metodolojik farklılıklar nedeniyle büyük farklılıklara rastlanmaktadır. Yaşla birlikte semptomlarda azalma olmakla birlikte hiperaktivite impulsivite semptomları daha belirgin olarak dikkatsizlik ise daha az oranda azalmaktadır (14). DSM IV kriterlerine göre bu sendromun sıklığı %3-5 olarak düşünülmektedir (15). Tek kaynaktan bilgi alındığında DEHB sıklığının arttığı bilinmektedir. Ancak klinik görüşme ile ebeveyn ve öğretmen ölçek değerlendirmeleri birleştirildiğinde sıklık, tek kaynaktan bilgi alınmasına oranla azalmaktadır (16-18). DSM-III-R'de %3-5 olan prevalans DSM IV'te DEHB'nin 3 alt tipe ayrılmasıyla %12'lere çıkmıştır. Bu durum kısmen DEHB-D tipinin katılması ile birlikte daha fazla vakanın saptanmasıyla açıklanabilir (19).

Toplum ve okul çalışmaları incelendiğinde DEHB ortalama sıklığı toplum örneklerinde %10,3, okul örneklerinde %6,9 olarak bildirilmiştir (20). Bizim ergenlerle olan bu çalışmamızda ailelerin DSM-IV'e dayalı ölçek bildirimlerine göre DEHB semptom sıklığı; DEHB-D %4,1, DEHB-H %5,0 ve DEHB-B %3,6 olmak üzere %12,7; öğretmenlerin DSM-IV'e dayalı ölçek bildirimlerine göre ise; DEHB-D %7,9, DEHB-H %9,3, ve DEHB-B %10,2 olmak üzere %27,4 şeklinde bulunmuştur. Her iki kaynak birleştirildiğinde aile ve öğretmenin ortak olarak bildirimlerine göre alt tiplerde bazı farklılıklar olmasına rağmen 11 ergende DEHB kriterleri ortak olarak karşılanmıştır. Bu da aile ve öğretmenin ikisinin de ölçek doldurduğu 186 öğrencinin %5,9'unu oluşturmaktadır. Geri kalan

46 ergende ya aile ya da öğretmen DEHB'ye uyan semptom bildirilmiştir.

Çalışmamızda öğretmenler, ailelere göre hem dikkat eksikliği hem de hiperaktivite için daha fazla semptom bildirmişlerdir. Öğretmen ve aileler arasında semptom bildirme açısından uyumsuzluk vardır. Aynı öğrenci için hem aile hem öğretmenlerden alınan bilgilerde, öğretmenlere göre dikkat eksikliği olan bireyler 31 kişi olup toplamın %16,7'sini oluşturmaktadır. Ailelere göre ise dikkat eksikliği olan bireyler 16 kişi olup toplamın %8,6'sını oluşturur ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Aynı şekilde öğretmenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde hiperaktivite saptanmıştır ($p<0.05$). Bunun nedeni ergenlerin davranışları ortamın gerektirdiklerine göre farklılık göstermesi olabilir. Okulda semptomatik olan bir çocuk ailesi tarafından ortalama davranım gösteriyor şeklinde tanımlanabilir ya da sınıftaki organize işlerde dağınık olan çocuk evde bir bilgisayar oyunu oynarken ortalama bir davranış gösterebilir (21).

Bizim çalışmamıza benzer şekilde öğretmenlerin daha çok DEHB semptomu bildirdiği çalışmaların yanı sıra (16,17,22,23), ailelerin daha fazla semptom bildirdiği çalışmalar da mevcuttur. Örneğin Takahashi ve arkadaşları ile Erşan ve arkadaşlarının DEHB prevalans çalışmalarında ailelerin daha fazla semptom bildirdikleri belirtilmiştir (25, 26).

Ülkemizde DEHB sıklık çalışmaları kısıtlı sayıda olup çalışmalar arasındaki metodoloji ve örneklemin yaş grubu arasında da farklılıklar vardır. Motavallı'nın İstanbul'da 7-9 yaş arasındaki ilkökullü çocuklarıyla yaptığı araştırmasında DSM-III R ile DEHB sıklığı öğretmene göre %10,6, ebeveyne göre %6,2, bunların sonucunda yapılan klinik değerlendirmeye göre ise %5 olarak saptanmıştır (16). Bu çalışmadaki öğretmen ve ebeveyne göre sıklıkların (yaş grubunun bizim çalışmamızdan daha küçük olmasına rağmen) düşük olması DSM-III R kriterlerinin kullanılmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Literatürde de DSM-III ve DSM-III R kullanılarak yapılan çalışmalarda prevalanslar daha düşük bulunmuştur (26, 19). Klinik olarak saptadıkları sıklık ise bizim çalışmamıza benzemektedir. Albayrak'ın 1998 yılındaki çalışmasında 7-12 yaş arası öğrenciler değerlendirilmiş ve sıklık ebeveyn bildirimlerine göre %20,8, öğretmen bildirimlerine göre %27,8 bildirilmiştir. Her iki kaynak birleştirildiğinde sıklık %8,6'dır (17). Bu çalışma öğretmen bildirimleri açısından bizim çalışmamıza benzerlik göstermektedir. Her iki kaynak birleştirildiğinde DEHB prevalansı bizim çalışmamızdan fazladır. Literatür incelendiğinde ergen çalışmalarındaki prevalans, ergenlik öncesi yaş grubuna göre daha düşük bulunmaktadır (22, 27, 28).

Çalışmamızda anne ve baba eğitim düzeyi ile DEHB arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki

bulunmamıştır. Özcan ve arkadaşlarının araştırmalarında DEHB olan çocukların annelerinin %80'inin ev kadını, %66,4'ünün 8 yıl ve daha az eğitilmiş olması, çocukların tümünün düşük veya orta gelir düzeyindeki toplum kesiminden olması DEHB'nin ortaya çıkışının sosyoekonomik düzeyle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (29). Albayrak'ın çalışmasında annenin ve babanın eğitim durumu düştükçe dikkat eksikliği oranlarının anlamlı oranda arttığı bildirilmektedir (17). Çalışmamızın kısıtlılıklarından biri tespit edilen okulların hepsinden geri bildirim alınmaması ve çalışmaya katılan okullarda hedeflenen sayıya ulaşamamasıdır. Bunda öğretmenlerin ve ailelerin bu konuda yeterli bilgiye sahip olmamaları etken olabilir. Bir diğer kısıtlılık ise, DEHB tanısı için gerekli olan DSM-IV'e göre sosyal, akademik ve mesleki alanda bozulma kriteri ve bazı semptomların 7 yaşından önce de bulunması koşulu ve semptomların en az 6 aydan beri bulunması ve bu davranışların sadece bir psikotik bozukluk ya da duyu durum bozukluğunun gidişi sırasında ortaya çıkmaması kriterleri kullanılmamıştır. Ancak bu bir tarama çalışmasıdır ve DEHB için ergenlerde okul örnekleminde semptom sıklığı araştırılmıştır.

SONUÇLAR

Bu çalışmada öğretmenler ailelere göre hem dikkat eksikliği hem hiperaktivite için daha fazla semptom

bildirmişlerdir. Öğretmenler ve aileler arasında semptom bildirmede uyumsuzluk vardır.

Üç farklı sosyoekonomik düzeyde yer alan okullara yer verilen çalışmada DEHB ve sosyoekonomik düzeyin ilişkisi araştırıldığında orta sosyoekonomik düzeyde daha fazla bulunmuştur ancak istatistiksel olarak anlamlı değildir. Anne baba eğitim düzeyi ile DEHB sıklığı arasında da anlamlı ilişki yoktur.

Öğretmen ve aileler alt tiplerde uyum göstermediğinden sadece aile ya da sadece öğretmen bildirimlerine göre alt tiplerin semptomlarına bakıldığında ailelere göre hiperaktif tip en fazla, bileşik tip en düşük olmakla beraber oranlar birbirine çok yakındır. Öğretmenlere göre ise bileşik tip en yüksek, dikkatsiz tip en düşük olarak saptanmıştır. Bilgi alınan kaynaktan bağımsız olarak erkeklerde DEHB semptomları istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla görülmektedir. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve diğer Yıkıcı Davranış Bozuklukları toplumumuzda çok iyi bilinmemektedir. Ancak bu bozuklukların ve yol açabileceği sorunların ailelere ve öğretmenlere anlatılması gerekmektedir. Böylece öğretmenler ve aileler sorunu erken fark edebilir ve tedavisi için ergene destek olunarak tıbbi yardım sağlanabilir.

KAYNAKLAR

1. Lindemann C, Langner I, Kraut A, et al. Age-specific prevalence, incidence of new diagnoses, and drug treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in Germany. *J Child Adol Psychop* 2012; (22)4: 307-14.
2. Banaschewski T, Hollis C, Oosterlaan J, et al. Towards an understanding of unique and shared pathways in the psychopathophysiology of ADHD. *Developmental Science* 2005;(8)2: 132-40.
3. Witthöft I, Koglin U, Petermann F. Comorbidity of aggressive behaviour and ADHD. *Kindheit und Entwicklung* 2010;(19)4: 218-27.
4. Öncü B, Şenol S. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun etiyolojisi: Bütüncül yaklaşım. *Klinik Psikiyatri* 2002; 2002(5): 111-9.
5. Kayaalp L. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Türkiye'de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar sempozyum dizisi* 2008; 62: 147-52.
6. Cantwell DP. Hyperactive children have grown up. What have we learned about what happens to them? *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42(10): 1026-8.
7. Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, et al. The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry* 2003; 2(2): 104-13.
8. Polanczyk G, Lima MS, Horta BL, et al. The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry* 2007; 164(6): 942-8.
9. Polanczyk G, Rohde LA. Epidemiology of attention deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Current Opinion in Psychiatry* 2007; 20(4): 386-92.
10. Skounti M, Philalithis A, Galanakis E. Variations in prevalence of attention- deficit/hyperactivity disorder worldwide. *Eur J Pediatr* 2007; 166(2): 117-23.
11. Rushton J L, Fantve K E, Clark S J. Use of practice guidelines in the primary care of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2004; 114(1): 23-28.
12. Barkley R A. Adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: An overview of empirically based treatments. *Journal of Psychiatric Practice* 2004; 10(1): 39-56.
13. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Psikiyatride Hastalıkların Tanımlandırılması ve Sınıflandırılması El Kitabı. Yeniden Gözden Geçirilmiş 4. Baskı (DSM-IV TR), Köroğlu E (çev. ed). Ankara Hekimler Yayıncılığı; 2001.*

14. Spencer TJ, Biederman J, Mick E. Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis, lifespan, comorbidities and neurobiology. *Ambulatory Pediatrics* 2007; 7(1): 73-81.
15. Simms M. Attention deficit hyperactivity disorder. In: Behrman R, Kliegman R, Hal B, Jenson N, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 17th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co, 2004; 107-10.
16. Motavallı N. Kentsel kesimde Türk ilkokul çocuklarında dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun nörolojik bağlamda prevalansının araştırılması. Uzmanlık tezi. İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul, 1994.
17. Albayrak CE. Bursa ilinde bir ilkokul örnekleminde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu sıklığı ve ilgili sosyodemografik özellikler. Uzmanlık Tezi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı, Bursa, 1998.
18. Barbaresi WJ, Katusic SK, Colligan RJ. How common is attention deficit disorder? Incidence in a population based birth cohort in Rochester. *Arc Pediatr Adolesc* 2002; 156(3): 217-24.
19. Weiss M, Weiss G. Attention deficit hyperactivity disorder. In: Lewis M, ed. *Child and Adolescent Psychiatry*. 3rd ed. Philadelphia Pa: Lippincott Williams & Wilkins, 2002; 645-70.
20. Brown RT, Freeman WS, Perrin JM, et al. Prevalence and assessment of attention deficit hyperactivity disorder in primary care settings. *Pediatrics* 2006; 107(3); e43.
21. Schachar R, Tannock R. Syndromes of hyperactivity and attention deficit. In: Ruttel M, Taylor E, eds. *Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford: Blackwell Science, 2002; 399-418.
22. Szatmari P, Offord DR, Boyle MH: Ontario Child Health Study. Prevalence of attention deficit disorder with hyperactivity. *J Child Psychol Psychiat* 1989; 30(2): 219-23.
23. Offord DR. Ontario child health study: Corralates of disorder. *J Am Acad Child Adol Pshych* 1989; 28(6): 856-60.
24. Ersan EE, Doğan O, Doğan S, et al. The distribution of symptoms of attention- deficit/hyperactivity disorder and oppositional deficient disorder in school age children in Turkey. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004; 13(6): 354-61.
25. Takahashi K, Myawaki D, Suzuki F, et al. Hyperactivity and comorbidity in Japanese children with attention deficit hyperactivity disorder. *Pshychiatry and Clinical Neurosciences* 2007; 61(3): 255-62.
26. Baumgartel A, Wolraix M L, Dietrich M. Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a German elementary school sample. *J Am Acad Child Adol Pshych* 1995; 34(5): 629-38.
27. Biederman J. Impact of comorbidity in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *The Journal of clinical pshychiatry* 2004; 65(3): 3-7.
28. Costello J E, Mustillo S. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arc Gen Psychiatry* 2003; 60(8): 837-44.
29. Özcan E, Eğri M, Kutlu O ve ark. Okul çağı çocuklarında dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu yayınlığı: *Journal of İnönü University Medical Faculty* 1998; 5(2,3): 138-42.