

# Boy Kısalığı Olan Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozukluklarının Değerlendirilmesi

## Evaluation of Behavioral Disorders in Children and Adolescents with Short Stature

Soner Ölmez<sup>1</sup>, Hamit Sırrı Keten<sup>2</sup>, Salih Gençdoğan<sup>3</sup>, Mesut Parlak<sup>4</sup>, Ekrem Güler<sup>5</sup>, Hatice Altun<sup>6</sup>, Mustafa Çelik<sup>1</sup>, Mustafa Haki Sucaklı<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Kahramanmaraş

<sup>2</sup>Onikişubat Toplum Sağlığı Merkezi, Kahramanmaraş

<sup>3</sup>Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Van

<sup>4</sup>Akdeniz Üniversitesi, Çocuk Endokrinoloji Ana Bilim Dalı, Antalya

<sup>5</sup>Gazi Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

<sup>6</sup>Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Kahramanmaraş

### Özet

**Amaç:** Bu çalışmada boy kısalığı tanısı konulan hastalarda davranım bozukluklarının incelenmesi amaçlanmıştır.

**Materyal ve Metod:** Bu çalışmada Aralık 2012-Nisan 2013 tarihleri arasında pediatrik endokrinoloji ve pediatri polikliniğine başvuran hastalarda yapıldı. Çalışmaya boy kısalığı tanısı konulan 100 hasta ile kontrol grubu olarak normal boy ölçüsünde olan 100 olgu dahil edildi. Hastaların ve ailelerinin bilgilendirilmiş olurları alındı. Katılımcıların annelerine 'Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği' ile sosyodemografik verilerini araştıran anket uygulandı. İstatistiksel anlamlılık  $p < 0.05$  olarak belirlendi.

**Bulgular:** Çalışmamızda yaş ortalamaları kontrol grubunda  $11.67 \pm 2.04$ , boy kısalığı tanısı olan grupta  $11.86 \pm 2.63$  olarak belirlendi. Yaş ortalaması ( $p=0.356$ ) ve cinsiyet dağılımı ( $p=0.322$ ) her iki grupta benzerdi. Boy kısalığı olan grubun dikkat eksikliği ölçek puanı  $6.27 \pm 6.01$ , hiperaktivite ölçek puanı  $6.58 \pm 5.18$ , karşıt olma-karşıt gelme ölçek puanı  $5.68 \pm 4.85$ , davranım ölçek puanı ise  $1.59 \pm 3.18$  olarak (ortalama puan) tespit edildi. Kontrol grubunun dikkat eksikliği ölçek puanı  $5.64 \pm 4.64$ , hiperaktivite ölçek puanı  $5.30 \pm 4.88$ , karşıt olma-karşıt gelme ölçek puanı  $4.55 \pm 4.32$ , davranım ölçek puanı ise  $2.08 \pm 3.79$  olarak (ortalama puan) saptandı. Boy kısalığı olan grup ile kontrol grubunun dikkat eksikliği ölçek puanı ( $p=0.407$ ), hiperaktivite ölçek puanı ( $p=0.074$ ), karşıt olma-karşıt gelme ölçek puanı ( $p=0.084$ ) ve davranım ölçek puanı ( $p=0.324$ ) benzer olarak tespit edildi.

**Sonuç:** Çalışmamızda boy kısalığı tanısı konulan olguların davranım bozukluklarının boy kısalığı olmayan grupla benzer olduğunu ortaya koyduk.

**Anahtar kelimeler:** Boy kısalığı, hiperaktivite, dikkat eksikliği

### Abstract

**Aim:** The aim of this study was to evaluate the behavioral disorders in children and adolescents diagnosed with short stature.

**Materials and Methods:** The study included the patients presented to the pediatrics and the pediatric endocrinology clinics between December 2012-April 2013. A hundred patients diagnosed with short stature were assigned into the patient group and 100 patients with normal stature were assigned into the control group. Informed consents were obtained from the patients and their families. The participants were administered the DSM-IV based Disruptive Behavioral Disorders Screening and Rating Scale and a questionnaire composed of questions about socio-demographic features.  $p < 0.05$  was considered significant.

**Results:** The mean age of the control group and the patient group was  $11.67 \pm 2.04$  years and  $11.86 \pm 2.63$  years, respectively. The groups were similar in terms of the mean age ( $p=0.356$ ) and gender ( $p=0.322$ ). The patient group got  $6.27 \pm 6.01$  for the attention deficit subscale,  $6.58 \pm 5.18$  for the hyperactivity subscale,  $5.68 \pm 4.85$  for the oppositional-defiant subscale and  $1.59 \pm 3.18$  for the behavioral scale (mean scores). The control group received  $5.64 \pm 4.64$  for the attention-deficit subscale,  $5.30 \pm 4.88$  for the hyperactivity subscale,  $4.55 \pm 4.32$  for the oppositional-defiant subscale

and  $2.08 \pm 3.79$  for the behavioral scale. The two groups were similar in terms of their scores for the attention deficit subscale ( $p=0.407$ ), the hyperactivity subscale ( $p=0.074$ ), the oppositional-defiant subscale ( $p=0.084$ ) and the behavioral scale ( $p=0.324$ ) (mean scores). In addition, of all patients in the control group, 8 had attention deficit hyperactivity disorder, 7 had oppositional-defiant disorder and 6 had behavioral disorder. Of the patients in the patient group, 8 had attention-deficit-hyperactivity disorder, 15 had oppositional-defiant disorder and 2 had behavioral disorder. No significant differences were found according to deficit- hyperactivity disorder ( $p=1.000$ ), oppositional-defiant disorder ( $p=0.071$ ) and behavioral disorder ( $p=0.150$ ) between the groups.

**Conclusion:** The study revealed that the children and the adolescents diagnosed with short stature had similar behavioral disorders as the patients without short stature.

**Key Words:** Short stature, hyperactivity, attention deficit

## Giriş

Boy kısalığı (BK) çocuk ve ergenlik döneminde sık karşılaşılan problemlerden biridir. Büyüme süreci genetik, çevresel ve hormonal etkenlerden etkilenir ve büyüme fazlarında değişiklikler gösterir.<sup>2</sup> ‘Türkiye’de Okul Çağı Çocuklarında Büyümenin İzlenmesi Projesi’ kapsamında yapılan araştırmada, ülkemiz genelinde 5-10 yaş grubunda BK oranının erkeklerde %4.9, kadınlarda ise %5.2 olduğu saptanmıştır.<sup>2</sup> Ayrıca ülkemizde 5-15 yaş grubunda BK sıklığının %3.3-%16.2 aralığında değiştiği bildirilmiştir.<sup>3</sup> BK’nin %28.9’unun patolojik BK’dan, %71.1’inin ise normalden sapma BK etiyojisinden kaynaklandığı belirtilmiştir.<sup>4</sup> Beden imgesindeki negatif değişimin çocuk ve ergenlerde davranım bozuklukları, arkadaş ilişkilerinde bozulma, benlik saygısında azalma, okul başarısında düşme gibi sorunlar meydana getirebileceği ifade edilmiştir.<sup>5</sup> Davranım bozuklukları Çocuk psikiyatri polikliniklerine sık başvuru nedenlerinden biridir. Ayrıca çocuk ve ergenlerde psikiyatrik değerlendirmenin de en sık nedenidir.<sup>6</sup> Bu çalışmada BK tanısı konulan çocuk ve ergenlerde davranım bozukluklarını değerlendirmeyi amaçladık.

## Materyal ve Metod

Bu çalışma 1.Aralık.2012 ile 1.Nisan.2013 tarihleri arasında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastalıkları Polikliniği ile Kahramanmaraş Çocuk Hastanesi Çocuk Endokrinolojisi Polikliniği’ne başvuran çocuklarda yapıldı. Büyüme değerlendirme için Neyzi ve arkadaşları<sup>7</sup> tarafından geliştirilen Türk çocuklarında boy uzunluğu referans değerleri kullanıldı. Cinsiyet ve yaşa göre çocuğun boyunun 3 persentil altında veya ortalama boyun iki standart sapma (2 SD) altında olması BK olarak tanımlandı. Başka kronik hastalığı olanlar, psikiyatrik hastalık tanısı olan hastalar ve obezler çalışmaya alınmadı. Hasta ve kontrol grubuna çocuk ve ergenler

için düzenlenmiş olan DSM-IV’e Dayalı Yıkıcı Davranım Bozukluklarını Tarama ve Değerlendirme Ölçeği çocuk ve ergenlerin annelerine uygulandı. Bu ölçeğin yanı sıra ebeveynlerinin ve çocukların cevaplaması amacıyla sosyodemografik özellikleri sorgulayan anket uygulandı.

DSM IV’e dayalı Yıkıcı Davranım Bozukluklarını Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (YDBTDÖ): 38 sorudan oluşan bu ölçekte 9 dikkat eksikliği, 9 hiperaktivite ve dürtüsellik, 8 karşıt olma-karşı gelme bozukluğunu ve 15 davranım bozukluğunu sorgulayan sorular bulunmaktadır. Her madde 0: hiç yok, 1: biraz, 2: oldukça fazla, 3: çok fazla biçiminde puanlandırılmaktadır. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı için dikkat eksikliği sorgulayan maddelerden en az 6’sının ya da hiperaktivite ve dürtüsellik sorgulayan 9 maddenin en az 6’sının oldukça fazla/çok fazla olarak puanlanmış olması gerekmektedir. Karşıt olma-karşı gelme bozukluğunu tanısı için en az 4 maddenin, davranım bozukluğu için ise 15 maddenin en az 4 tanesinin oldukça fazla/çok fazla olarak puanlanmış olması gerekmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ercan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.<sup>8</sup>

İstatistiksel analiz SPSS 20.0 istatistik paket programı kullanılarak yapıldı. Verilerin analizinde ortalama, frekans ve standart sapma değeri belirlendi. İki grup arasındaki farklılığı ortaya koymak için Student t ve Mann Whitney U testi kullanıldı. İstatistiksel olarak  $p<0.05$  anlamlı kabul edildi.

Bu çalışma için Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan Helsinki bildiresine uygun olarak izin alındı.

## Bulgular

Çalışmaya dahil edilen 200 olgunun yaş ortalaması 11.76

$\pm 2.35$  SD (min.=7, max.=16) idi. Çalışmamızda yaş ortalamaları kontrol grubunda  $11.67 \pm 2.04$ , BK tanısı olan grupta  $11.86 \pm 2.63$  olarak belirlendi. Yaş ortalaması açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı görüldü ( $p=0.356$ ). BK tanısı konan grubun 53'ü (%53) kadın, 47'si (%47) erkeklerden oluşmaktaydı. Kontrol grubunun ise 46'sını (%46) kadın, 54'ünü (%54) erkekler oluşturdu. Her iki grubun cinsiyet dağılımı benzerdi ( $p=0.322$ ). BK tanısı konulan grup ile kontrol grubunun aile ekonomik gelir seviyesi ( $p=0.085$ ), yerleşim yeri ( $p=0.566$ ), kardeşe sahip olma ( $p=0.251$ ) özelliklerinin benzer olduğu saptandı. Anne eğitim seviyesi ( $p=0.009$ ), baba eğitim seviyesi ( $p=0.043$ ) ve anne sütü alım süresi ( $p<0.001$ ) BK olan grupta, kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşüktü. Grupların sosyodemografik verileri tabloda belirtildi (Tablo 1).

BK olan grubun ortalama dikkat eksikliği ölçek puanı  $6.27 \pm 6.01$ , hiperaktivite ölçek puanı  $6.58 \pm 5.18$ , karşıt olma-karşıt gelme ölçek puanı  $5.68 \pm 4.85$ , davranım ölçek puanı ise  $1.59 \pm 3.18$  olarak tespit edildi. Kontrol grubunun

ortalama dikkat eksikliği ölçek puanı  $5.64 \pm 4.64$ , hiperaktivite ölçek puanı  $5.30 \pm 4.88$ , karşıt olma-karşıt gelme ölçek puanı  $4.55 \pm 4.32$ , davranım ölçek puanı ise  $2.08 \pm 3.79$  olarak saptandı. BK olan grup ile kontrol grubunun dikkat eksikliği ( $p=0.407$ ), hiperaktivite ( $p=0.074$ ), karşıt olma-karşıt gelme ( $p=0.084$ ) ve davranım ( $p=0.324$ ) ölçek puanı benzer olarak tespit edildi. BK tanılı olgular ile kontrol grubunda yer alan olguların YDBTDÖ'den aldığı puanlar ortalama puan  $\pm$  SD olarak tabloda sunuldu (Tablo 2).

YDBTDÖ'ye göre kontrol grubunda yer alan olguların 8'inde DEHB, 7'sinde karşıt olma-karşıt gelme ve 6'sında davranım bozukluğu saptandı. BK tanısı konulan olguların ise 8'inde DEHB, 15'inde karşıt olma-karşıt gelme ve 2'sin de davranım bozukluğu tespit edildi. Kontrol grubu ile BK tanısı olan grubun arasında DEHB ( $p=1.000$ ), karşıt olma-karşıt gelme ( $p=0.071$ ) ve davranım ( $p=0.150$ ) bozukluğu açısından anlamlı bir fark tespit edilmedi (Tablo 3).

**Tablo 1.** Katılımcıların sosyodemografik verileri (n=100)

Veriler	Değişkenler	Kontrol Grubu n	Boy Kısıklığı Tanısı Olan Grup n	P
Yaş aralığı	8-12	55	55	1.000
	13-16	45	45	
Cinsiyet	Erkek	54	47	0.322
	Kadın	46	53	
Ailenin ekonomik gelir miktarı	<1000 TL	51	66	0.085
	1000-2000 TL	45	30	
	2001-3000 TL	4	4	
Yerleşim yeri	Kentsel	56	61	0.566
	Kırsal	44	39	
Anne eğitim seviyesi	İlkokul ve altı	75	90	0.009
	Ortaokul ve üzeri	25	10	
Baba eğitim seviyesi	İlkokul ve altı	52	67	0.043
	Ortaokul ve üzeri	48	33	
Anne sütü alım süresi	<6 ay	12	40	<0.001
	$\geq 6$ ay	88	60	
Kardeş durumu	Tek çocuk	9	4	0.251
	Çok kardeş	91	96	

**Tablo 2.** Boy kısalığı tanımlı olgular ile kontrol grubunda yer alan olguların YDBTDÖ'den aldığı puanlar (ortalama puan± SD)

	Kontrol Grubu (Ortalama±SD)	Boy Kısalığı Olan Grup (Ortalama±SD)	p
Dikkat eksikliği	5.64±4.64	6.27±6.01	0.407
Hiperaktivite	5.30±4.88	6.58±5.18	0.074
Karşıt olma-karşıt gelme	4.55±4.32	5.68±4.85	0.084
Davranım	2.08±3.79	1.59±3.18	0.324

**Tablo 3.** Kontrol grubunda ve boy kısalığı grubunda YDBTDÖ göre konulan tanılarının dağılımı (n=100).

	Kontrol Grubu n (%)	Boy Kısalığı Olan Grup (Ortalama±SD)	p
Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu	8(8)	8(8)	1.000
Karşıt olma-karşıt gelme	7(7)	15(15)	0.071
Davranım	6(6)	2(2)	0.150

Dikkat eksikliği ölçek puanı ortalaması BK tanısı olan erkeklerde 7.48±6.21, kadınlarda ise 5.17±5.65 olarak belirlendi. Kadın ve erkeklerin dikkat eksikliği ölçek puanı benzerdi (p=0.055). BK olan grupta hiperaktivite ölçek puanı erkeklerde 7.80±5.67, karşıt olma-karşıt gelme ölçek puanı 6.97±5.52, davranım ölçek puanı 2.63±4.30 olarak tespit edildi (Ortalama puan±SD). BK olan grupta kadınların hiperaktivite ölçek puanı 5.49±4.49, karşıt olma-karşıt gelme ölçek puanı 4.52±3.87, davranım ölçek puanı ise 0.66±1.03 olarak saptandı. BK tanısı alan erkek olguların hiperaktivite (p=0.025), karşıt olma-karşıt gelme (p=0.011) ve davranım (p=0.002) ölçek puanı kadınlara göre anlamlı derecede yüksekti. BK olan olguların sosyodemografik verileri ile YDBTDÖ'nün alt bölümlerinden aldıkları puanlar tabloda belirtildi (Tablo 4).

BK olan grupta 8-12 yaş aralığındakiler ile 13-16 yaş aralığında olan olguların dikkat eksikliği (p=0.459), hiperaktivite (p=0.626), karşıt olma-karşıt gelme (p=0.253) ve davranım (p=0.356) ölçek puanları benzer olarak saptandı. BK olan grupta çocukların yıkıcı davranım ölçeği alt bölümlerinden aldığı puanlar ile yerleşim yeri, anne eğitim seviyesi, baba eğitim seviyesi,

anne sütü alım süresi ve kardeş sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı (p>0.05). Kontrol grubunda yer alan olguların yıkıcı davranım ölçeği alt bölümlerinden aldıkları puanlar ile yerleşim yeri, anne eğitim seviyesi, baba eğitim seviyesi, anne sütü alım süresi ve ailenin ekonomik gelir seviyesi arasında anlamlı ilişki bulunmadı (p>0.05). Kontrol grubunda yer alan katılımcıların sosyodemografik verileri ile YDBTDÖ'nün alt bölümlerinden aldıkları puanlar tabloda sunuldu (Tablo 5).

#### Tartışma

Çalışmamızda BK olan grup ve kontrol grubunda ki olguların %8'inde DEHB saptandı. Kontrol grubunda yer alan olguların 7'sinde karşıt olma-karşıt gelme ve 6'sında davranım bozukluğu belirlendi. BK tanısı konulan olguların ise 15'inde karşıt olma-karşıt gelme ve 2'sin de davranım bozukluğu tespit edildi. Çocukluk çağıının en sık görünen nöropsikiyatrik bozukluklarından DEHB'nin dünyada yaygınlığı %8.0-%12.0 aralığında değişmektedir.<sup>9,10</sup> Ülkemizde yapılan toplum tabanlı çalışmalarda ise DEHB'nin çocuk ve ergenlik döneminde yaygınlığının %8.1-%8.6 olduğu belirtilmiştir.<sup>11,12</sup> Gul ve arkadaşlarının<sup>13</sup> Trabzon'da 6-12 yaş aralığındaki

**Tablo 4.** Boy kısalığı olan grupta yer alan olguların YDBTDÖ alt bölümlerinden aldıkları puanlar (ortalama puan± SD) ile sosyodemografik verilerinin ilişkisi.

Veriler	Değişkenler	Dikkat Eksikliği	Hiperaktivite	Karşıt olma-karşıt elme	Davranım
Yaş aralığı	8-12	5.84±6.38	6.41±5.76	5.16±4.74	1.33±2.40
	13-16	6.77±5.76	6.93±4.52	6.31±5.06	1.93±3.96
	p	0.459	0.626	0.253	0.365
Cinsiyet	Erkek	7.48±6.21	7.80±5.67	6.97±5.52	2.63±4.30
	Kadın	5.17±5.65	5.49±4.49	4.52±3.87	0.66±1.03
	p	0.055	0.025	0.011	0.002
Ailenin ekonomik gelir miktarı	<1000 TL	5.66±5.06	6.27±4.49	5.31±4.48	1.54±3.50
	1000-2000 TL	8.34±7.60	7.53±6.29	6.80±5.59	1.53±1.96
	2001-3000 TL	1.25±0.95	4.50±7.14	3.25±4.03	2.75±5.50
p	0.030	0.393	0.229	0.762	
Yerleşim yeri	Kentsel	5.93±5.52	6.19±4.70	5.45±4.57	1.59±3.75
	Kırsal	6.79±6.73	7.17±5.88	6.02±5.31	1.58±2.03
	p	0.489	0.358	0.572	0.999
Anne eğitim seviyesi	İlkokul ve altı	6.32±6.25	6.54±5.23	5.71±5.01	1.58±3.24
	Ortaokul ve üzeri	5.80±3.35	6.90±5.02	5.40±3.30	1.60±2.71
	p	0.795	0.838	0.849	0.992
Baba eğitim seviyesi	İlkokul ve altı	5.88±5.85	6.49±5.38	5.76±5.17	1.86±3.63
	Ortaokul ve üzeri	7.09±6.35	6.75±4.84	5.51±4.21	1.03±1.91
	p	0.350	0.812	0.813	0.219
Anne sütü alım süresi	<6 ay	6.42±6.23	6.25±5.27	4.97±4.12	1.22±1.52
	≥6 ay	6.16±5.90	6.80±5.16	6.15±5.27	1.83±3.91
	p	0.837	0.606	0.238	0.352
Kardeş durumu	Tek çocuk	3.50±3.69	3.75±2.98	3.75±4.11	3.50±5.06
	Çok kardeş	6.38±6.07	6.69±5.23	5.76±4.88	1.51±3.09
	p	0.218	0.140	0.420	0.223

çocuklarda yaptığı çalışmada, çocukların anne ve öğretmenlerine YDBTDÖ uygulanmış ve ölçek sonucunda çocukların %8.6'sında DEHB, %14.1'inde karşıt olma karşıt gelme, %4.4'ünde davranım bozukluğu saptanmış. Çalışmamız literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda BK olan grup ile kontrol grubunun dikkat eksikliği, hiperaktivite, karşıt olma-karşıt gelme ve davranım ölçek puanı benzer olarak tespit edildi. Literatürde yapılan çalışmalarda BK olan bireylerde dikkat eksikliğinin, normal bireylere göre artmış olduğu,

bazı çalışmalarda ise benzer olduğu belirtilmiştir.<sup>14-17</sup> Tanaka ve arkadaşlarının<sup>18</sup> japon çocuklarda yaptığı çalışmada 4-11 yaş aralığında BK tanısı alan çocukların dikkat eksikliği, davranım, suça yönelik davranım ve saldırgan davranım bozukluklarının, normal boylu çocuklardan anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bazı çalışmalarda ise bunun aksine kısa boylu olmanın saldırganlık davranışında azalmaya sebep olduğu belirtilmiştir.<sup>19,20</sup> Çalışmamız da davranım bozukluklarının kısa boylu çocuklarda ve sağlıklı kontrollerinde benzer olduğu ortaya konuldu. Literatürde

**Tablo 5.** Kontrol grubunda yer alan olguların YDBTDÖ alt bölümlerinden aldıkları puanlar (ortalama puan± SD) ile sosyodemografik verilerinin ilişkisi

Veriler	Değişkenler	Dikkat Eksikliği	Hiperaktivite	Karşıt olma-karşıt elme	Davranım
Yaş aralığı	8-12	5.71±4.79	4.91±4.82	4.27±3.99	1.75±3.25
	13-16	5.42±4.30	6.38±4.98	5.34±5.15	3.00±4.99
	p	0.784	0.189	0.277	0.152
Cinsiyet	Erkek	5.31±4.28	5.51±5.35	4.72±4.58	2.12±4.06
	Kadın	6.02±5.06	5.04±4.31	4.34±4.03	2.02±3.49
	p	0.451	0.630	0.668	0.888
Ailenin ekonomik gelir miktarı	<1000 TL	5.41±4.53	4.50±4.17	3.98±3.79	1.82±3.51
	1000-2000 TL	6.13±4.83	6.46±5.54	5.44±4.82	2.53±4.21
	2001-3000 TL	3.00±3.55	2.25±1.25	1.75±2.87	0.25±0.50
	p	0.387	0.064	0.105	0.410
Yerleşim yeri	Kentsel	5.28±4.50	4.96±4.56	4.82±3.92	2.44±4.00
	Kırsal	6.09±4.83	5.72±5.27	4.20±4.81	1.61±3.49
	p	0.393	0.441	0.482	0.279
Anne eğitim seviyesi	İlkokul ve altı	5.61±4.36	4.82±4.29	4.64±4.24	1.94±3.61
	Ortaokul ve üzeri	5.72±5.50	6.72±6.22	4.28±4.62	2.48±4.36
	p	0.921	0.093	0.720	0.546
Baba eğitim seviyesi	İlkokul ve altı	5.82±5.36	5.00±4.58	4.30±4.77	2.15±4.09
	Ortaokul ve üzeri	5.43±3.76	5.62±5.21	4.81±3.81	2.00±3.48
	p	0.678	0.525	0.562	0.841
Anne sütü alım süresi	<6 ay	5.08±4.58	5.58±3.36	5.66±3.14	1.41±1.44
	≥6 ay	5.71±4.67	5.26±5.06	4.39±4.45	2.17±4.00
	p	0.661	0.832	0.343	0.522
Kardeş durumu	Tek çocuk	5.33±5.22	9.22±8.55	6.00±6.24	2.77±3.59
	Çok kardeş	5.67±4.61	4.91±4.24	4.40±4.10	2.01±3.82
	p	0.837	0.011	0.294	0.566

ki bazı çalışmalar çalışmamızı desteklerken bazı çalışmalar da desteklememektedir. Bu duruma katılımcıların seçim metodu (toplum tabanlı, hastane kökenli), BK etiolojisi, sosyodemografik veriler ve değerlendirmede kullanılan ölçeğin (kendi bildirim ölçeği, farklı davranım bozukluğu ölçekleri) sebep olduğunu düşünmekteyiz. Her ne kadar çalışmamızda gruplar arasında anlamlı fark gözlenirse de BK gibi beden imgesinde negatif değişimin çocuk ve ergenlerde davranım bozukluğu, arkadaş ilişkilerinde bozulma, benlik saygısında azalma, okul başarısında düşme gibi

sorunlar meydana getirebileceği göz önüne alınıp bu gruba yönelik koruyucu sağlık önlemlerinin alınması önerilmektedir.<sup>5</sup>

BK olan grupta kadın ve erkeklerin dikkat eksikliği ölçek puanı benzerdi. BK tanısı alan erkek olguların hiperaktivite, karşıt olma-karşıt gelme ve davranım ölçek puanı kadınlara göre anlamlı derecede yüksekti. Hensley'in çalışmasında BK tanısı alan erkeklerin bu durumu kadınlara göre sosyal problem olarak daha fazla yaşadıkları belirtilmiştir.<sup>21</sup> Toplum tabanlı çalışmalarda erkeklerde DEHB'nin kadınlara göre daha fazla

görüldüğü saptanmıştır.<sup>22,23</sup> Literatürde karşıt olma-karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu bulgularının erkek çocuklarında daha şiddetli olduğu bildirilmektedir.<sup>24</sup> Çalışmamızda ve literatürde erkek cinsiyetin davranım bozukluğu riskini kadınlara göre daha fazla taşıdığı ortaya konulmuştur. Buna sebep olarak erkekler arasında uzun boylu olmanın takdir edilmede önemli bir kavram olarak karşılanmasından kaynaklandığı düşünmekteyiz.

Çalışmamızda olguların YDBTDÖ'nün alt bölümlerinden aldığı puanlar ile yerleşim yeri, anne eğitim seviyesi, baba eğitim seviyesi, anne sütü alım süresi ve ailenin ekonomik gelir seviyesi arasında anlamlı ilişki bulunmadı. Yıkıcı davranım bozukluklarının ortaya çıkmasında anne ve babanın kişilik özellikleri, arkadaş ilişkileri ve sosyoekonomik etmenler gibi psikososyal faktörler etkili olabilmektedir.<sup>25</sup> Bilgiç ve arkadaşlarının çalışmasında çocukların yıkıcı davranış bozuklukları ile anne ve baba eğitim düzeyi arasında ilişki bulunamamış.<sup>26</sup> Ailenin sosyoekonomik durumunun BK olanlarda davranımsal sorunları riskini arttırdığı saptanmıştır.<sup>14</sup> Çalışmamızda BK olan ve olmayan çocuk ve ergenlerin anne ve baba eğitim durumu, anne sütü alım öyküsü farklı olup diğer sosyodemografik ve ekonomik özelliklerinin benzer olması gruplar arasında ve içinde bu faktörlerin davranım bozukluklarına önemli etkisinin olmamasına yol açtığı kanısındayız.

### Sonuç

Çalışmamızda BK tanısı konulan olguların davranım bozukluklarının, normal boydaki çocuklarla benzer olduğunu ortaya koyduk. BK olan çocuk ve ergenlerde davranım bozukluklarını araştıran geniş örneklemler ve prospektif çok sayıda çalışmaya ihtiyaç vardır.

- Bu çalışma Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Sempozyumunda (2013, Adana) poster bildiri olarak sunulmuştur.
- Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

### Kaynaklar

1. Ölmez S, Ketten HS, Güler E, Parlak M, Sucaklı MH, Altun H, ve ark. Boy Kısıklığı Olan Çocuk ve Ergenlerde Depresyon ve Sosyal Kaygının Değerlendirilmesi. Ümraniye Tıp Dergisi 2013;6(1):1-6.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye'de Okul Çağı Çocuklarında (6-10 Yaş Gurubu) Büyümenin İzlenmesi (TOÇBI) Projesi Araştırma Raporu. Ankara, Temmuz 2011.
3. Kayıran PG, Taymaz T, Kayıran SM, Memioğlu N, Taymaz B, Gürakan B. Türkiye'nin üç farklı bölgesinde ilköğretim okulu öğrencilerinde kilo fazlalığı, obezite ve boy kısalığı sıklığı. Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 2011;45(1):13-18.
4. Demirel D, Bideci A, Çamurdan MO, Arga M, Cinaz P. Çocuklarda boy kısalığında etiyolojik etmenler. Türk Pediatri Arşivi 2005;40(1):39-43.
5. Shroff R, Wright E, Ledermann S, Hutchinson C, Rees L. Chronic haemodialysis in infants and children under 2 years of age. Pediatr Nephrol 2003; 18(4):378-383.
6. Thomsen PH. The prognosis in early adulthood of child psychiatric patients: a case register study in Denmark. Acta Psychiatrica Scandinavica 1990;81(1):89-93.
7. Neyzi O, Binyıldız P, Alp H. Türk çocuklarında büyüme gelişme normları I. İstanbul Tıp Fak Mecm 1978; 41(74):3-22.
8. Ercan ES, Amado S, Sommer O. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranım Bozuklukları için bir test Bataryası Geliştirme Çabası. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2001; 8(3):132-42.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth ed., Text Revision. APA, Washington DC, 2000. E Köroğlu (Çev.), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2001.
10. Barkley RA. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. New York, Guilford Press, 2006.
11. Erşan EE, Doğan O, Doğan S, Sümer H. The distribution of symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. Eur Child Adolesc Psychiatry 2004;13(6):354-361.
12. Tufan AE, Yalug İ. Erişkinlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Türkiye verilerine dayalı bir gözlem geçirme. Anadolu Psikiyatri Derg 2010;11(4):351-359.
13. Gul N, Tiryaki A, Cengel Kultur SE, Topbas M, Ak İ. Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Comorbid Disruptive Behavior Disorders Among School Age Children in Trabzon. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2010;20(1):50-56.
14. Skuse D, Gilmour J, Tian CS, Hindmarsh P. Psychosocial assessment of children with short stature: a preliminary report. Acta Paediatr Suppl 1994;406(Suppl):11-17.
15. Sandberg DE, Brook AE, Campos SP. Short stature: a psychosocial burden requiring growth hormone therapy? Pediatrics 1994;94(6):832-40.

16. Gilmour J, Skuse D. Short stature—the role of intelligence in psychosocial adjustment. *Arch Dis Child* 1996;75(1):25–31.
17. Huisman J. Medisch-psychologische bijdragen aan nieuwe behandelingswijzen in de kindergeneeskunde (The contribution of behavioral medicine to interventions in pediatrics), PhD thesis. Amsterdam: Free University, 1993.
18. Tanaka T, Tai S, Morisaki Y, Tachibana K, Kambayashi Y, Chihara K, et al. Evaluation of Quality of Life in Children with GH Deficiency and Idiopathic Short Stature Using the Child Behavior Checklist. *Clin Pediatr Endocrinol* 2009; 18(1): 15-22.
19. Law C. The disability of short stature. *Arch Dis Child* 1987;62(8):855-9.
20. Skuse D. The psychological consequences of being small. *J Child Psychol Psychiatry* 1987;28(5):641-50.
21. Hensley WE. Height as a basis for interpersonal attraction. *Adolescence* 1994;29(114):469-74.
22. Gaub M, Carlson CL. Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36(8):1036-1045.
23. Arnold L. Sex differences in ADHD: conference summary. *J Abnorm Child Psychol* 1996;24(5):555-569.
24. Newcorn JF, Halperin JM, Jensen PS, Abikoff HB, Arnold LE, Cantwell DP, et al. Symptom profiles in children with ADHD: Effects of comorbidity and gender. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40(2): 137-146.
25. Burke JD, Loeber R, Birmaher B. Oppositional defiant disorder and conduct disorder: a review of the past 10 years, part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41(11):1275-1293.
26. Bilgiç A, Kılıç BG, Gürkan K, Aysev A. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Konulan Bir Klinik Örnekte Yıkıcı Davranış Bozuklukları ve Özgül Öğrenme Bozuklukları. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2006;13(2):54-59.

**Yazışma Adresi/Correspondence**

Dr. Hamit Sırrı Ketan  
Aile Hekimliği Uzmanı  
Onikişubat Toplum Sağlığı Merkezi,  
46100, Kahramanmaraş  
Tel: 0553 538 55 01  
e-posta: hsketen@hotmail.com  
Geliş Tarihi: 09.08.2014  
Kabul Tarihi: 30.10.2014