

Zekâ Geriliği Olan Çocuk ve Ergenlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Özellikleri

Celalettin ÇMEL¹, Adnan ÖZÇETİN¹, Büşra Bahar ATAÖLÜ², Handan ANKARALI³

Öz

Zekâ geriliği tanısı konulan çocuk ve ergenlerin sosyodemografik özellikleri ile bunlarda görülen dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun (DEHB) varlığı ve sıklığının incelenmesi amaçlanmıştır. Kasım 2011 ile Ağustos 2013 tarihleri arasında Düzce Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğine zekâ özürlüğü nedeniyle başvuru yapıp, zekâ geriliği tanısı alan 205 çocuk ve ergen araştırma grubuna alınmıştır. Çalışmaya alınan çocukların ebeveynlerine yöneltilen sosyodemografik özellikleri kapsayan sorular yer almış, çocuk ve ergenlerde Porteus labirent zekâ testi ve DEHB tanısı için ebeveynlere yönelik tanı kriterleri ölçeği kullanılmıştır. Araştırma grubunu oluşturan 205 çocuğun %42'si kız %58'i erkekti. Bunların 1/3'ü 1-2 yıl eğitim almıştır. %75.2'si kırsal alanda yaşamaktaydı ve ailelerin gelir düzeyleri düşüktü. Annelerin %50.2'sinin hiç eğitim almamıştı görüldü. Çocukların yaklaşık yarısı normal doğum, diğer yarısı erken, zor ve sezaryen doğum ile dünyaya gelmişti. Zekâ grupları ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite arasında anlamlı ilişki bulundu. DEHB'si orta düzeyde olan çocuklar sınır zekâ grubunda sık görüldü. DEHB'si şiddetli olan çocuklar, orta ve hafif düzeyde zekâ geriliği olan çocuklarda daha fazla görüldü. Toplam grubun %38'i (n=78), sezaryen ile doğan 34 çocuğun %76.5'i (n=26) DEHB tanısı aldı. Sezaryen doğum ile DEHB arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu (p<0.001). Zekâ geriliği olan çocuklarda yüksek oranda DEHB ortaya çıktı, bunda da en önemli nedenin sezaryen doğum ekli olduğu görüldü. Zekâ geriliği olan çocukların değerlendirilmesinde DEHB ve sezaryen doğumun öncelikli ele alınması gerektiği düşünülmektedir. Yanı sıra sezaryen doğum kararının verilmesinde tıbbi zorunlulukların olmadığı durumlarda çocuğun zekâ geriliği ve DEHB açısından ciddi risk taşıyacağı göz önüne alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Zekâ geriliği; DEHB; çocuk; ergen; sezaryen doğum.

Characteristics of Attention Deficit and Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents Having Mental Retardation

ABSTRACT

It is aimed to research the sociodemographic characteristics of children and adolescents having mental retardation and presence and frequency of attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) in them. 205 children and teenagers who applied to Düzce Medical Faculty Psychiatry polyclinic with mental retardation between November 2011 and August 2013 and got diagnose of mental retardation were taken into research group. In the study there were questions involving sociodemographic characteristics that were directed to the parents of participant children as well as Porteus Maze Task in children and adolescents and diagnostic criteria scale for diagnosis of ADHD were used. 42% of 205 children were girls and 58% of them were boys. 1/3 of children got 1-2 years of education. 75.2% of them were living in rural areas and financial incomes of their families were low. 50.2% of mothers did not get any education. Approximately half of the children were born with vaginal delivery whereas the other half were born premature, hard and cesarean section. There obtained a significant relation between intelligence groups with ADHD. The children whose ADHD level is medium were frequently seen in limit intelligence group. The children having severe ADHD were seen more in children having medium and light level of mental retardation. 38.0% (n=78) of total group and 76.5% (n=26) of 34 children who were born with cesarean section got ADHD diagnosis. There obtained a statistically significant relation between birth with cesarean section and ADHD (p<0.001). It was seen that high incidence of ADHD obtained in children having

¹ Düzce Üniversitesi, Psikiyatri A.D

² Ufuk Üniversitesi Psikoloji Bölümü

³ Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik AD.

Correspondence: Celalettin ÇMEL e-posta: celalettinmeli@duzce.edu.tr

Geli Tarihi / Received: 26.12.2014 Kabul Tarihi / Accepted: 15.01.2015

mental retardation and the most important reason of it obtained as birth with cesarean section. In evaluation of children having mental retardation it is thought that ADHD and birth with cesarean section should be dealt primarily. Besides situations in which cesarean section is not medically necessary, it should be taken into consideration that there will be serious risk in terms of ADHD of child.

Keywords: Mental retardation; ADHD; child; adolescent; cesarean section birth.

G R

Zihinsel ötür, bireyin genel entelektüel i levseli in ortalamasının altında olmasıyla birlikte, ileti im, kendine bakım, ev ya amı, ki iler arası beceriler, kendini yönetme, okulla ilgili i levsel beceriler, sa lık ve güvenlik alanında en az ikisinde yetersizlik ve bozukluk olması olarak tanımlanır (1). Zihinsel engelli çocuk ve ergen çevresindeki uyaranları algılayamaz, algılananları de erlendiremez. Kavramla tırma, dü ünme, ö renme ve ö renilenlerle deneyimler yapma özelli i sınırlı olan ki ilerdir (2). Çalı malar, zekâ gerili inin olu umunda biyolojik etkenler kadar psikolojik ve sosyal risk faktörlerinin de rol oynadı nı göstermektedir (3-5). Yapılan ara tırmalar, zekâ gerili inin genel toplumun %1-3'ünde ve erkek/kız oranının ise 1.5 oldu unu ortaya koymu tur (6). Zekâ gerili i olanların yakla ık %85'i hafif düzeyde, %10'u orta düzeyde, %3-4'ü a ır düzeyde ve %1-2'si çok a ır düzeyde olup bunlar çe itli düzeyde bili sel, motor i lev ve ileti im becerilerinde bozukluk gösterirler (5). Anlar ve Erman'a göre Ülkemizde toplam nüfus içindeki özürlü grubun % 0.48'ini zihinsel özürlüler olu turmaktadır (7).

Zihinsel engelli çocu a sahip olmanın ailede stres ve hayal kırıklı ı yarattı ı, zekâ düzeyi çok dü ük olanlarda bakım ve himayenin ebeveyn tarafından yapıldı ı, okul sorunları ya adıkları, dı a atım bozuklukları ile dikkat eksikli i ve hiperaktivitenin yüksek düzeyde oldu u bilinmektedir (8,9).

Dikkat eksikli i ve hiperaktivite bozuklu u (DEHB) bireyin kendi ya ı ve geli im düzeyi için beklenen dikkat, hareketlilik ve dürtüsellik düzeylerinde, bireyin i levseli ini etkileyecek ölçüde sapma ile karakterize bir ruhsal bozukluktur. Tanı için bozukluk belirtilerinin 7 ya ından önce ba laması ve birbirinden farklı en az iki ortamda (ev, okul, i yeri vb.) görülmesi gereklidir (10,11). Nedeni konusunda yapılan çalı malarda, beyinde prefrontal kortekste dopamin ve nöradrenalin salgı sistemindeki düzensizlikten kaynaklandı nı a ret edilmektedir (12,13). DEHB geli iminde do um öncesi ve do um sonrası komplikasyonların önemli düzeyde rol oynadı nı bildiren çalı malar mevcuttur (14). DEHB'nin çocukluk ça ı ruhsal patolojiler içinde en sık görünenlerden biri olup, Amerikan Psikiyatri Birli ince %3-5, Öner ve arkadaş larının yaptı ı çalı mada 3-13 ya arası çocuklarda %10.5 görülmü tür (10,15-18).

Çalı mamızda, zekâ gerili i olan çocuk ve ergenlerin sosyodemografik, geli imsel özellikler ve do um ekli ile dikkat eksikli i ve hiperaktivite ili kisi ele alınacaktır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalı mamızın örneklemini Düzce Üniversitesi Tıp

Fakültesi Ruh Sa lı ı ve Hastalıkları Anabilim Dalı poliklini ine 2011-2013 yılları arasında ebeveynlerince ya da bir kurumca ba vuran ve Porteus Labirent testine göre zekâ gerili i tanısı alan 6-20 ya arasıdaki çocuk ve ergenler olu turmu tur (Buradan itibaren çocuk diye ifade edilecektir). Çocuklardaki dikkat eksikli i ve hiperaktivite bozuklu unun varlı ı ve derecesini ölçmek için ebeveynlere DEHB tanı kriterleri ölçe i uygulanmı tur (11). Kasım 2011 ile A ustos 2013 tarihleri arasında Düzce Tıp Fakültesi Ruh Sa lı ı ve Hastalıkları Anabilim Dalı poliklini ine zekâ özürlülü ü nedeniyle ebeveynleri ya da kurumlar tarafından (SGK, rehberlik merkezi, okullarca) getirilen 350 çocuktan, 205'ine DSM-IV-TR kriterlerine göre zekâ gerili i tanısı konmu tur. Kalan 145 çocu un 22'si i itsel ve / ya da görsel engelli, 123'ünün zekâ düzeyinin (IQ) 80'in üzerinde olması nedeniyle çalı maya alınmamı tur. Çalı maya alınan çocukların ebeveynlerine çalı mamızın amacı bildirilmi ve onamları alınmı tur. Zekâ gerili i tanısı konulan çocuklar ile ebeveynlerinden, sosyodemografik özellikleri sorgulayan formla bilgi alınmı tur. Bu formda; çocu un ya ı, oturdu u yer, ailenin çocuk sayısı, ebeveynin sa -ölü olu u, ebeveynin zekâ düzeyi, ebeveynin e itim düzeyi, çocu un e itim düzeyi, çocu un okuma-yazma-matematik düzeyi, do um ekli, geçirdi i hastalıklar, konu ma-yürüme-tuvalet e itimi, dı a atım bozuklu u ile ilgili sorular yer almı tur.

Dikkat eksikli i ve hiperaktivite bozuklu unun varlı ı ve derecesini ölçmek için ebeveynlere DEHB tanı kriterleri ölçe i uygulanmı tur (11). Dikkat eksikli ini ve hiperaktiviteyi sorgulayan dokuz maddeden altısının varlı ı tanı koymada esas alındı. Dikkat eksikli i ve hiperaktivite düzeylerinde hafif, orta ve iddetli olmak üzere dereceleri saptandı.

Porteus Labirent Testi (Porteus Maze Task): Bu teste deneklerden labirentteki S harfinden ba layarak, kalemlerini kâ ittan kaldırmadan, olabildi ince çabuk bir ekilde labirentteki çıkı yolunu bulmaları istenmektedir. Bu testi iyi bir ekilde ba arabilmek için iyi bir planlamanın yapılması ve labirentteki çıkmaz yolların göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Labirent testinde performans göre tanımlanmı puanlar verilir. Porteus testi zekâ bölüm cetveli kullanılarak zekâ düzeyi belirlenir (19).

statiksel Analiz

Elde edilen verilere ait tanımlayıcı de erler ortalama \pm standart sapma, sayı ve yüzde frekanslar olarak hesaplanmı ve tablolar halinde verilmi tir. DEHB varlı ı ve derecesi ile çocu un ve ailenin sosyodemografik ve di er özellikleri arasındaki ili kiler veri yapısına ba lı olarak Likelihood, Ki-kare veya Tek yönlü ANOVA ile incelenmi ve $p<0.05$ düzeyi istatistik olarak anlamlı farklılık veya ili kileri gösterdi i kabul edilmi tir.

BULGULAR

Çalı mamızda 6 ile 20 ya grubunda zekâ gerili i olan çocukların %42'si kız, %58'i erkekti. Bunların ya ortalaması 10.52 ± 3.16 'dır. Çocukların 1/3'ü 1-2 yıl e itim almı olup 9-11 yıl e itim alan sadece %2'dir. 205 çocu un %75.2'si kırsal alanda ya amaktaydı. Ailelerin 2/3'ü gelir düzeylerini dü ük olarak belirttiler (Tablo 1).

Tablo 1. Zekâ gerili i olan çocuk ve ergenlerin sosyodemografik ve geli imsel özellikleri

Değişkenler			
Yaş	10.52±3.16 (6-20)		
		n	%
Cinsiyet	<i>Erkek</i>	119	58.0
	<i>Kız</i>	86	42.0
	<i>Toplam</i>	205	100.0
Eğitim düzeyi	<i>Hiç almayan</i>	26	12.7
	<i>1-2 yıl</i>	73	35.7
	<i>3-5 yıl</i>	71	34.8
	<i>6-8 yıl</i>	30	14.7
	<i>9-11 yıl</i>	4	2.0
Yerleşim yeri	<i>İl merkezi</i>	51	24.9
	<i>İlçe</i>	69	33.7
	<i>Köy</i>	85	41.5
Ailenin gelir düzeyi	<i>İyi</i>	6	2.9
	<i>Orta</i>	60	29.4
	<i>Düşük</i>	138	67.6
Ailede mental retardasyon	<i>Yok</i>	170	83.4
	<i>Anne</i>	15	7.3
	<i>Baba</i>	18	8.8
	<i>Her iki ebeveyn</i>	1	0.5
Annenin eğitim düzeyi	<i>Eğitim yok</i>	145	70.6
	<i>İlkokul</i>	56	27.4
	<i>Ortaokul-Lise</i>	4	2.0
Babanın eğitim düzeyi	<i>Eğitim yok</i>	102	50.2
	<i>İlkokul</i>	78	38.4
	<i>Ortaokul-Lise</i>	23	11.4
Çocuğun okuma düzeyi	<i>Okuma yok</i>	150	73.2
	<i>Az okur</i>	24	11.7
	<i>Okur</i>	31	15.1
Çocuğun yazma düzeyi	<i>Yazma yok</i>	155	75.6
	<i>Az yazar</i>	26	12.7
	<i>Yazar</i>	24	11.7
Çocuğun matematik düzeyi	<i>Matematik yok</i>	192	93.6
	<i>Az matematik</i>	12	5.9
	<i>Normal</i>	1	0.5
Özel eğitim	<i>Alan</i>	32	15.6
	<i>Almayan</i>	173	84.4
Çocuğun doğum şekli	<i>Normal doğum</i>	102	49.8
	<i>Erken doğum</i>	23	11.2
	<i>Zor doğum</i>	46	22.4
	<i>Sezaryen doğum</i>	34	16.6
Doğum komplikasyonları	<i>Gaita yutma</i>	6	2.9
	<i>Kordon dolanması</i>	11	5.4
	<i>Sakat doğum</i>	24	11.7
	<i>Yok</i>	162	79.0
	<i>Diğer (düşük kilo, mikrosefal)</i>	2	1.0
	<i>Diğer</i>	2	1.0
Bebeklikte geçirdiği hastalıklar	<i>Ateşli havale</i>	60	29.3
	<i>Epilepsi</i>	16	7.8
	<i>Düşmeler</i>	13	6.3
	<i>Trafik kazası</i>	5	2.4
	<i>Diğer</i>	5	2.4
	<i>Yok</i>	106	51.8
Yürüme yaşı	<i>Yürüme yok</i>	10	4.9
	<i>2 yaşına kadar</i>	22	10.8
	<i>2-3 yaş</i>	114	55.8
	<i>4-6 yaş</i>	56	27.0
	<i>7 ve üstü</i>	3	1.5
Tuvalet eğitim yaşı	<i>Tuvalet eğitimi yok</i>	61	29.7
	<i>2 yaşına kadar</i>	6	2.9
	<i>2-3 yaş</i>	71	34.6
	<i>4-6 yaş</i>	53	25.9
	<i>7 ve üstü</i>	14	6.9
Konuşma yaşı	<i>Konuşma yok</i>	42	20.5
	<i>2 yaşına kadar</i>	3	1.5
	<i>2-3 yaş</i>	64	31.1
	<i>4-6 yaş</i>	87	42.5
	<i>7 ve üstü</i>	9	4.4
Dışa atım bozukluğu	<i>Primer Enurezis</i>	48	23.4
	<i>Primer Karışık Tip</i>	15	7.3
	<i>Sekonder Tip*</i>	4	2.0
	<i>Toplam</i>	67	32.7

*sekonderenüris 1, sekonderencoprezis 1 ve sekonder karışık tipte 2 vaka mevcut

Ailede zekâ gerili i olup olmadı ma baktı mızda 15 annede ve 18 babada (%16.1) zekâ gerili i izlendi. Özellikle annelerin %70.6'sının e itimi hiç yoktu, %27.4'ü ise ilkokulu bitirmi ti. Aynı zamanda babaların da %50.2 gibi büyük ço unlu u e itim almamı , %38.4'ünün e itimi ise ilkokul düzeyinde idi.

Çalı maya alınan 205 çocuktan %73.2'sinin okuması, %75.6'sının yazması yoktu. Bunların matematik ö renme becerileri (sayı sayma, toplama, çıkarma, parayı tanıma gibi) okuma ve yazma düzeylerinden daha dü ük bulundu. Ayrıca %93.6'sının matematik bilgisi hiç yoktu. Bunların %15.6'sı özel e itim imkânından yararlanmı tı. Zekâ gerili i olan çocukların yakla ık yarısı normal do um, di er yarısı erken, zor ve sezaryen do umla Dünya'ya gelmi ti. Bunlardan 162 ki ide (%79) do um komplikasyonları görülmemi , %21'inde gaita yutma, kordon dolanması, dü ük kilo ve sakat do um izlenmi ti. Çocukların yakla ık yarısında bebeklik döneminde ate li havale, epilepsi, dü me ve trafik kazası ya antısı bildirilmi ti. Yine bunların %55.8'i 2-3 ya larında, %27'si ise 4-6 ya ları arasında yürümeye ba lamı tı. Dolayısıyla yürümede gecikme oldu u izlenmektedir. Tuvalet alı kanlı ı kazanmada; %29.7'si tuvalet e itimi kazanmı , 53 çocuk ancak 4-6 ya larında tuvalet alı kanlı ı kazanmı tı.

Zekâ gerili i olan çocukların büyük ço unlu u (%73.6) 2 ile 6 ya arasında konu maya ba lamı lardı. Dı a atım bozuklu u olan toplam 67 çocu un %71.6'sı primer enürezis, %22.4'ü primer karı ık tipte di a atım bozuklu u göstermi ti.

Çalı mamızda ele aldı mız di er bir konu zekâ gerili i

olan çocukların dikkat eksikli i ve hiperaktivite düzeylerindeki ili ki olmu tur. Ayrıca çocukların do um ekli, okuma-yazma-matematik düzeyleri, yürüme ya ları ile özel e itim alma düzeylerinin dikkat eksikli i ve hiperaktivite ile ili kisi incelenmi tir (Tablo 2).

Zekâ grupları içinde IQ de eri 18'den dü ük sayıdaki 2 ki i IQ'su18-30 olan grupla birle tirilmi tir. Zekâ grupları ile DEHB ili kisi incelendi inde istatistiksel olarak anlamlı bir ili ki bulunmu tur (p=0.047). Tablo 2 ayrıntılı incelendi inde çok a ır ve a ır zekâ grubunda (IQ: 18-30) çocukların ço unlu unda DEHB'na rastlanmamı tur. Sadece 1 çocuk (%16.7) DEHB tanısı almı tur. DEHB'si iddetli olan çocuklar orta ve hafif düzeyde zekâ gerili i olan çocuklarda daha fazla görülmü tür. DEHB'si orta düzeyde olan çocuklar ise sınır zekâ grubunda daha sık gözlenmi tir (%38.1) (p=0.047). Toplam grubun %38'i DEHB tanısı aldı. Bu oran erkeklerde %42.9 (n=51), kızlarda ise %31.4 (n=27) olarak bulundu.

DEHB derecesi çocu un okuma düzeyinde etkili olmamı tur (p=0.203). Aynı zamanda DEHB derecesi ile çocu un yazma düzeyi arasında da anlamlı ili ki bulunmamı tur (p=0.075). DEHB'si orta düzeyde olanların hafif ve iddetli olanlara oranla (%18.8) matematik düzeyleri istatistiksel olarak yüksek bulunmu tur (p=0.030). Çalı ma grubumuzdaki 173 çocuk özel e itim imkânından yararlanmamı , ancak 32 çocuk yararlanabilmi tir. DEHB'si orta ve iddetli olan çocukların özel e itim alma oranı daha yüksekti. Hafif DEHB olan grupta ise özel e itim alan çocuk hiç yoktu (p=0.034).

Normal do an 102 çocuktan 70'i DEHB tanısı almamı tur. Ancak normal do an di er 32 çocuk DEHB tanısı almı tur.

Tablo 2. Çocu un do um ekli, zekâ düzeyi ve geli imsel özellikleri ile ADHD iddeti arasındaki ili ki

		ADHD Şiddeti				P
		n (%)				
		Yok	Hafif	Orta	Şiddetli	
Zekâ Düzeyi (IQ)	18-30 (Çok ağır ve Ağır MR)	5 (83.3)	-	1 (16.7)	-	0.047*
	31-49 (Orta MR)	51 (72.9)	6 (8.6)	5 (7.1)	8 (11.4)	
	50-69 (Hafif MR)	61 (56.5)	12 (11.1)	18 (16.7)	17 (15.7)	
	70-80 (Sınır Zekâ)	10 (47.6)	2 (9.5)	8 (38.1)	1 (4.8)	
	Toplam	127 (62.0)	20 (9.7)	32 (15.6)	26 (12.7)	
Okuma Düzeyi	Okuma yok	95 (74.8)	14 (70.0)	22 (68.8)	19 (73.1)	0.203
	Az okur	15 (11.8)	3 (15.0)	1 (3.1)	5 (19.2)	
	Okur	17 (13.4)	3 (15.0)	9 (28.1)	2 (7.7)	
Yazma Düzeyi	Yazma yok	99 (78.0)	15 (75.0)	23 (71.9)	18	0.075
	Az yazar	15 (11.8)	4 (20.0)	1 (3.1)	6	
	Yazar	13 (10.2)	1 (5.0)	8 (25.0)	2	
Matematik Düzeyi	Matematik yok	123 (96.8)	18 (90.0)	26 (81.2)	25 (96.1)	0.030*
	Az matematik var	4 (3.2)	2 (10.0)	6 (18.8)	1 (3.9)	
	Toplam	127 (62.0)	20 (9.7)	32 (15.6)	26 (12.7)	
Özel Eğitim	Alan	19 (15.0)	-	7 (21.9)	6 (23.1)	0.034*
	Almayan	108 (85.0)	20 (100.0)	25 (78.1)	20 (76.9)	
Doğum Şekli	Normal doğum	70 (55.1)	6 (30.0)	13 (40.6)	13 (50.0)	<0.001*
	Erken doğum	18 (14.2)	3 (15.0)	-	2 (7.7)	
	Zor doğum	31 (24.4)	5 (25.0)	5 (15.6)	5 (19.2)	
	Sezaryen	8 (6.3)	6 (30.0)	14 (43.8)	6 (23.1)	
Yaş ortalaması (yıl)		11.06±3.36	10.25±3.00	9.44±2.72	9.38±2.00	0.011*
Yürüme Yaşı (yıl)		3.18±1.56	3.05±2.11	2.64±1.01	2.17±1.25	0.020*

*p<0.05 anlamlı kabul edildi.

Sezaryenle doğan 34 çocuktan DEHB tanısı alan 26 çocuk (%76.5) ve DEHB tanısı almayan 8 çocuk mevcuttu (%23.5). Sezaryen doğum ile DEHB arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p = 0.001$). DEHB olmayan çocukların ortalama yürüme yaşı $1.3.18 \pm 1.56$ yıl, iddetli DEHB olan çocukların 2.17 ± 1.25 yıl olup, DEHB iddetine göre istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0.020$).

DEHB görülmeyen çocukların yaş ortalaması 11.06 ± 3.36 , DEHB olanların 10.25 ± 3.00 , orta düzeyde olanların 9.44 ± 2.72 ve iddetli olan grubun 9.38 ± 2.00 bulunmuştur. DEHB tanısı alan orta ve iddetli gruplarda yaş ortalaması DEHB olmayanlara göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($p=0.011$, Tablo 2).

TARTI MA

Çalışmamızda 2 yıl içinde polikliniğimize başvuran zekâ geriliği tanısı alan 205 çocuğun sosyodemografik özellikleri ile bunlarda DEHB varlığı ve derecesi incelendi. Çalışmaya alınan çocukların büyük bir kısmı polikliniğe ailesi, bazıları okul öğretmenleri ve rehberlik merkezleri ya da sosyal güvenlik kurumu yoluyla başvurdu. Başvuran çocukların yarısından fazlası erkekti. Araştırmalarda erkek cinsiyette zekâ geriliği oranı daha yüksek görülmüştür. Bu oran ülkemizde de erkeklerde 1.5, kızlarda 1 olarak bildirilmiştir (6,11). Çocukların büyük bir kısmı hiç eğitim almamış, eğitime bakanların çoğunluğu ise başarısız olmaları nedeniyle okulu bırakmış ya da eğitim süreleri uzamıştır.

Ailelerin büyük kısmının kırsal kesimde oturması, gelir düzeylerinin yetersizliği, anne ve babaların eğitime düzeylerinin düşük olduğu çocuklarını tanıma ve problemlerini çözmede zorlandıklarını düşündürmektedir. Çalışmamızda annelerin 3/4'ü, babaların yarısının eğitimi hiç yoktur. Annelerin dörtte biri, babaların 2/5'i ilköğretim mezunuydu. Çocukların anneleri ile yapılan görüşmelerde kendilerinin sorun çözmede güçlük çektiklerini belirttiler. Aktepe ve arkadaşlarının zekâ geriliği olan çocuklarla yaptıkları çalışmada annelerin %66'sı, babaların ise %59.3'ü ilköğretim mezunu olarak eğitim düzeylerini daha yüksek bulmuşlardır (9). Yapılan diğer çalışmalarda düşük eğitimin yanı sıra depresif ve / ya da anksiyetesi olan annelerin daha olumsuz annelik tutumu gösterdikleri, zekâ geriliği ve DEHB gösteren çocukların annelerinin daha fazla anksiyete yaadıkları bildirilmiştir. Bu tür sorunlu çocuğu olan ebeveynlerin problem çözmede yetersizlikler yaamakta oldukları bildirilmektedir (8,20,21).

Çocukların okuma, yazma ve matematik düzeyleri oldukça düşük düzeyde bulunmuştur. Bu çocukların 3/4'ünün okuma yazması, %93.6'sının da matematik bilgisi hiç yoktur. Bunlardan bir kısmı ancak ismini yazabilecek durumdaydı. Özel eğitim alan çocukların %15'i basit düzeyde okuma yazma, %11'i ancak bir cümle yazabilirdi. Ülkemizde zihinsel engelli çocuklara ücretsiz özel eğitim imkânı verilmesi ile çalışmamızdaki yaklaşık her 6 çocuktan biri bu imkândan yararlanmıştı (22). Ailelerin büyük çoğunluğunun kırsal kesimde ikamet etmesi bu imkânı kullanmada yetersizliğe neden olmuştur. Ancak yine de özel eğitim veren özel kurumlar, kırsal kesimdeki okul taramalarında çocukların

zihinsel engelliliğini belirleme ve eğitimi vermede etkili olmuştur.

Bebeklikte geçirilen hastalıklar ve doğum şekli yönünden bulduğumuz sonuçlar literatürle uyumlu görünmekte olup bu hastalık ve sorunların (sıklık sırasına göre havale geçirme, düme, trafik kazası ve epileptik nöbet geçirme gibi) zekâ geriliği gelişiminde rol oynayabileceklerini düşündürmektedir. Çalışmamızda çocukların yarısı normal doğum, diğer yarısı erken, zor ve sezaryen doğumla dünyaya gelmiştir. Aktepe'nin yaptığı çalışmada zekâ geriliği olan 209 çocuk ve ergenin %18.2'sinin erken doğum ($n=38$), %31.1'inin ($n=65$) sezaryen doğum, %28.2'sinin epilepsi ($n=59$) ve %14.4'ünün de ($n=30$) serebral palsi olduğunu bulmuşlardır (9).

Tüm grubun üçte birinde dil atımı bozukluğu bulundu ($n=67$). Bu çocukların dörtte üçü primer enürezis, dörtte biri de primer karıktı dil atımı bozukluğu göstermiştir. Aktepe 2011 yılında yaptığı çalışmada %23.5 enürezis nokturna ve %3.2 oranında enkoprezis olduğunu bildirmiştir (9). Bizim çalışmamızda da erkeklerin %28.1'inde, kızların %32.5'inde dil atımı bozukluğu görülmüştür. Bulgularımız Aktepe'nin çalışması ile benzerlik göstermiştir.

Zekâ geriliği olan çocukların %38'inde DEHB bulundu. DEHB olanların önemli bir kısmı orta ve iddetli düzeydedir, bunlar da hafif zekâ geriliği ve sınır zekâ grubundadır. Zekâ geriliği olan çocuklarda DEHB olması normal popülasyona göre oldukça yüksektir. Normal popülasyonda beklenen DEHB %2-18 olup, geniş bir aralıkta bulunmaktadır (23). Görker ve arkadaşları Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalına başvuran 1079 çocuk ve ergeni inceledi, bunların %9.08'inde dikkat eksikliği ve yıkıcı davranış bozukluğu bulmuşlardır (4). Aktepe ve Sönmez zekâ geriliği tanısı olan 209 çocuktaki çalışmada DEHB oranını %17.2 ($n=36$) bulmuşlardır (7). Yapılan bir çalışmada 167 çocuğun %40.1'inde ($n=67$) dikkat eksikliği, %19.9'unda ($n=33$) hiperaktivite bulmuşlardır (24). Strømme ve Diseth yaptıkları diğer bir çalışmada zekâ geriliği olan 178 çocuğun 28'inde (%15.7) hiperkinezi bulmuşlardır. Bu 178 çocuğun 79'unda (%44.4) orta ve ağır düzeyde (IQ 50) zekâ geriliği olduğu bildirilmiştir (25). Bizim yaptığımız çalışmamızda grubunda %37.1'i orta ve ağır düzeyde zekâ geriliği mevcut olup Strømme ve Diseth'in çalıştığı grubun zekâ düzeyine benzerdir. Genel popülasyon, çocuk ve ergen ruh sağlığı kliniklerine başvuranlar arasında DEHB düşük olmakla beraber Strømme ve Diseth zekâ geriliği çocukları arasında DEHB oranını diğer çalışmalara yakın bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda grubumuz zekâ geriliği düzeyi açısından Strømme ve Diseth'in grubuna benzese de, DEHB oranı oldukça yüksek bulundu.

Özcan ve arkadaşları 7-11 yaş çocuklarda yaptığı araştırmada DEHB'nin karma tipi erkek çocuklarda kızlara oranla yüksek çıkmıştır ($p = 0.05$) (16). Görker ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada DEHB'yi erkeklerde (%3.61), kızlara oranla (%0.46) yüksek bulmuşlardır (4). Yapılan bir çalışmada erkeklerde %16.6 ($n=21$), kızlarda ise %18.1 ($n=15$) oranında DEHB bulunmuştur (7). Bizim grubumuzda ise DEHB oranı erkeklerde %42.9 ($n=51$), kızlarda ise %31.4 ($n=27$) bulundu. Bizim sonuçlarımıza göre DEHB görülme

ihhtimali zekâ gerili i olan erkek çocuklarda daha yüksektir. Zekâ gerili i çocuklar incelenirken bu yönden de erlendirilmesi gerekir.

Çocukların yarısı normal do um, di er yarısı erken, zor ve sezaryen do umla dünyaya gelmi tir. DEHB, tüm grubu olu turan 205 zekâ gerili i olan çocu un %38'inde görülürken, sezaryen ile do an 34 çocu un ise %76.5'inde (n=26) ortaya çıkmı tır (p<0.001). Çalı mamızda sezaryen do um ile DEHB arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ili ki bulunmu tur. Bizim bulgularımıza göre, normal do um ve zor do umda çocukların yakla ık 1/3'inde, erken do umda ise çocukların yakla ık be te birinde DEHB görülmü tür. Sezaryen do um olanlar arasında yakla ık olarak her 4 çocuktan 3'ünde DEHB ortaya çıkmı tır. Çak ve Gökler yaptıkları ara tırmada 106 çocukta DEHB ile do umda anne ya ı, karde sayısı, gebelik ekilleri ve do um ekilleri (vajinal ve sezaryen) arasında bir ili ki bulamamı lardır. Ancak zekâ gerili i olan çocukları bu çalı maya dahil etmemi lerdir (26). Curran ve arkadaş ları sezaryen do um ile otizm ve DEHB arasındaki ili ki yi ara tıran çalı maları inceleyerek bir meta analiz yapmı lardır. Sezaryen do um ile DEHB arasındaki ili ki yi inceleyen sadece iki çalı mayı dikkate almı lar, burada da çok açık olmayan bir ili ki oldu unu belirtmi lerdir (27). Bulgularımıza göre; çocukların %13.3'ünde davranı bozuklu u izlenmi ve DEHB ile ili kisi bulunmamı tır. Hergüner ve Hergüner, 133 DEHB'li çocuk ve ergende e lik eden psikiyatrik bozuklukları incelemi ler ve bunların 98'inde psikiyatrik e tanı oldu unu belirtmi lerdir. Bu 98 çocuk ve ergenin %43.6'sında yıkıcı davranı bozuklu u, %41.4'ünde kaygı bozuklukları, %24.8'inde dı a atım bozuklukları bulmu lardır (28). Fidan ve ark.ları zekâ gerili i olan 167 çocuk ve ergenle yaptıkları çalı mada %28.7 kar ı koyma bozuklu u, %13.3'ünde davranı bozuklu u bulmu lar (24), bizim çalı mamızda davranı bozuklu u oranı di er çalı malara göre daha dü ük bulunmu tur. DEHB'si olan çocukların olmayan gruba göre DEHB iddeti artıkça ya ortalaması ve yürüme ya ı dü tü ü görüldü. DEHB varlı ı ve iddeti zekâ gerili i olan çocuklarda hareket kabiliyetini artırarak daha erken ya ta yürümelerine katkı sa ladı nı dü ündürmektedir.

SONUÇ

Zekâ gerili i olan çocukların ebeveynlerinin e itim ve gelir düzeylerinin dü ük oldu u, daha çok kırsal alanda ya adıkları bulundu. Zekâ gerili i olan çocuklarda yüksek oranda DEHB ortaya çıktı ı, bunda da en önemli nedenin sezaryen do um ekli oldu u görüldü. Zekâ gerili i olan çocukların de erlendirilmesinde DEHB ve sezaryen do umun öncelikle ele alınması gerekti i dü ünülmektedir. Yanı sıra sezaryen do um kararının verilmesinde tıbbi zorunlulukların olmadı ı durumlarda çocu un zekâ gerili i ve DEHB açısından ciddi risk ta ıyaca ı göz önüne alınmalıdır.

KAYNAKLAR

1. engül S. Zekâ Gerili i Olan Çocuklarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Uygulamaları. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2009; 10(Ek 1): 24-5.

2. Yörüko lu A. Zekâ Geli imi, Ruh Sa lı ı. 25. Baskı. stanbul: Özgür Yayın Da ıtım Ltd. ti; 2002.
3. Lakin KC, White CC, Hill BK, Bruininks RH, Wright EA. Longitudinal change and interstate variability in the size of residential facilities for persons with mental retardation. Ment Retard. 1990; 28(6): 343-51.
4. Görker I, Korkmazlar Ü, Durukan M, Aydo du A. Çocuk ve ergen psikiyatri klini ine ba vuran ergenlerde belirti ve tanı da ılımı. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2004; 7(2): 103-10.
5. King BH, Hodapp RM, Dykens EM. Zekâ Gerili i. Aydın H, Bozkurt A, çeviri editörleri. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Sekizinci Baskı. Ankara: Güne Kitabevi; 2007. s. 3076-106.
6. Volkmar FR, Dykens E. Mental Retardation. In: Levis M, editor. Child and Adolescent Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2003. p. 603-11.
7. Aktepe E, Sönmez Y. Bir Üniversite Hastanesinde Zekâ Gerili i Tanısı Konulan Çocuk ve Ergenlerde Psikiyatrik ve Organik E Tanılar. New/Yeni Symposium Journal. 2012; 50(2): 67-75.
8. Downey G, Coyne JC. Children of Depressed Parents: an integrative review. Psychol Bull. 1990; 108(1): 50-76.
9. Aktepe E. Dikkat Eksikli i Hiperaktivite Bozuklu u Tanısı Konan Çocuk ve Ergenlerde E Tanılar ve Sosyodemografik Özellikler. New/Yeni Symposium Journal. 2011; 49(4): 201-8.
10. Üneri Ö , Vatanda N, Atay G. Ergenlik Döneminde DEHB Tanısı Konan Bir Grubun Özellikleri ve 6-10 Ya Grubunda Tanı Konan Çocuklarla Kar ıla tırılması. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2009; 10(1): 48-54.
11. Köro lu E, çeviri editör. Amerikan Psikiyatri Birli i: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı. Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR). Ankara: Hekimler Yayın Birli i; 2001.
12. Tripp G, Wickens JR. Neurobiology of ADHD. Neuropharmacology. 2009; 57(7): 579-89.
13. Jenson D, Yang K, Acevedo-Rodriguez A, Levine A, Broussard J I, Tang J, et al. Dopamine and Norepinephrine Receptors Participate in Methylphenidate Enhancement of In Vivo Hippocampal Synaptic Plasticity. Neuropharmacology. 2014; 90: 23-32.
14. Yorbık Ö, Kırmızıgül P, Demirkan S, Söhmen T. Dikkat Eksikli i Hiperaktivite Bozuklu u Olan Çocuklarda Anne Sütü Alma Süreleri. Çocuk ve Gençlik Ruh Sa lı ı Dergisi. 2003; 10(3): 115-20.
15. Polanczyk G, Rohde LA. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. Current opinion in psychiatry. 2007; 20(4): 386-92.
16. Özcan ME, E ri M, Kutlu O, Yakıncı C, Karabiber H, Genç M. Okul ça ı çocuklarında DEHB yaygınlı ı: Ön çalı ma. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi. 1998; 5(2,3): 138-42.

17. Montiel-Nava C, Pena JA, Montiel-Barbero I. Epidemiological data about attention deficit hyperactivity disorder in a sample of Marabino children. *Rev Neurol*. 2003; 37(9): 815-9.
18. Öner P, Aysev A, Çaşo lu D, Deda G. Dikkat Eksikli i Hiperaktivite Bozuklu u Olan Çocukların Nörolojik Aç ıdan De erlendirilmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 2001; 54(4): 301-6.
19. Porteus SD. *Porteus Maze Tests: Fifty Years Application*. Palo Alto, CA: Pacific Books; 1965.
20. Hastings RP. Child behaviour problems and partner mental health as correlates of stress in mothers and fathers of children with autism. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2003; 47(4-5): 231-7.
21. Baker BL, McIntyre LL, Blacher J, Crnic K, Edelbrock C, Low C. Pre-school children with and without developmental delay: behaviour problems and parenting stress over time. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2003; 47(4-5): 217-30.
22. Mevzuat. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 1/7/2005 tarih ve 5378 sayılı Engelliler Hakkında Kanun. Ankara: T.C. Ba bakanlık.
23. Rowland AS, Lesesne CA, Abramowitz AJ. The epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A public health view. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*. 2002; 8(3): 162-70.
24. Fidan T, Kirpınar I, Oral M, Koçak K. Is there a relationship between attention deficit/hyperactivity disorder and manic symptoms among children with mental retardation of unknown etiology? *Comprehensive psychiatry*. 2011; 52(6): 644-9.
25. Strømme P, Diseth TH. Prevalence of psychiatric diagnoses in children with mental retardation: data from a population-based study. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2000; 42(4): 266-70.
26. Çak HT, Gökler B. Erken do an çocuklarda dikkat eksikli i hiperaktivite bozuklu u ve ili kili do um öncesi risk etkenleri. *Türk Pediatri Arsivi*. 2013; 48(4): 315-22.
27. Curran EA, O'Neill SM, Cryan JF, Kenny LC, Dinan TG, Khashan AS, et al. Research Review: Birth by caesarean section and development of autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2014; 56(5): 500-508. doi: 10.1111/jcpp.1235.
28. Hergüner S, Hergüner A. Dikkat Eksikli i Hiperaktivite Bozuklu u olan Çocuk ve Ergenlerde E lik Eden Psikiyatrik Bozukluklar. *Nöropsikiyatri Ar ıvi*. 2012; 49(2): 114-8.