

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
GENEL PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**KKTC'DE İLKOKUL ÖĞRENCİLERİ ARASINDA DİKKAT EKSİKLİĞİ  
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU YAYGINLIĞI VE RİSK ETMENLERİ**

DAMLA ALKAN

DOKTORA TEZİ

LEFKOĞA  
2020

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
GENEL PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

# **KKTC'DE İLKOKUL ÖĞRENCİLERİ ARASINDA DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU YAYGINLIĞI VE RİSK ETMENLERİ**

DAMLA ALKAN  
20169522

DOKTORA TEZİ

TEZ DANIŐMANLARI  
PROF. DR. EBRU ÇAKICI  
PROF. DR. SEMA KANER

LEFKOŞA  
2020

## KABUL VE ONAY


Damla Alkan tarafından hazırlanan “KKTC’DE İLKOKUL ÖĞRENCİLERİ ARASINDA DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU YAYGINLIĞI VE RİSK ETMENLERİ” başlıklı bu çalışma, 19/06/2020 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.


### JÜRİ ÜYELERİ


  
**Prof. Dr. Ebru Çakıcı (Danışman)**  
Yakın Doğu Üniversitesi- Fen Edebiyat Fakültesi- Psikoloji Bölümü

  
**Prof. Dr. Sema Kaner (Danışman)**  
Uluslararası Fırat Üniversitesi- Eğitim Fakültesi- Özel Eğitim Bölümü

  
**Doç. Dr. Ece Müezzın (Başkan)**  
Kıbrıs Sosyal Bilimler Üniversitesi- İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi- Psikoloji Bölümü

  
**Yrd. Doç. Dr. Deniz Ergün**  
Yakın Doğu Üniversitesi- Fen Edebiyat Fakültesi- Psikoloji Bölümü

  
**Yrd. Doç. Dr. Ezgi Ulu**  
Yakın Doğu Üniversitesi- Fen Edebiyat Fakültesi- Psikoloji Bölümü

  
**Yrd. Doç. Dr. Asuman Bolkan**  
Kıbrıs İlim Üniversitesi- İktisadi, İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi- Psikoloji Bölümü

  
**Prof. Dr. Mustafa Sağsan**  
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

## BİLDİRİM

Hazırladığım tezin, tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt ederim. Tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

- Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim sadece Yakın Doğu Üniversitesinde erişime açılabilir.
- Tezimin iki (2) yıl süre ile erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin tamamı erişime açılabilir.

Tarih:19.06.2020

İmza:



Damla Alkan

## TEŞEKKÜR

Araştırmam süresince bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren ve destek olan çok değerli hocalarım ve tez danışmanlarım Prof. Dr. Ebru akıcı ve Prof. Dr. Sema Kaner'e en içten sonsuz teőekkürlerimi sunarım. Yine bu süreçte bana tecrübeleriyle yol gösteren değerli hocam Prof. Dr. Cem Güzeller'e, sevgili dostum Yrd. Doç. Dr. Kuzeymen Balıkçı'ya, benden manevi desteğini esirgemeyen canım ablam Dr. Havva Dağsever'e çok teşekkür ederim. Ayrıca bu zorlu süreçte her zaman yanımda olan, maddi ve manevi desteğini benden esirgemeyen, varlıklarıyla bana güç veren canım aileme sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

Damla ALKAN

## ÖZ

### **KKTC'DE İLKOKUL ÖĞRENCİLERİ ARASINDA DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU YAYGINLIĞI VE RİSK ETMENLERİ**

Bu çalışmada KKTC'de ilkokul öğrencileri arasında DEHB yaygınlığı ve risk etmenlerini belirlemek amaçlanmıştır. Bu, KKTC'de DEHB yaygınlığını değerlendiren kapsamlı ilk ulusal kesitsel tarama çalışmasıdır. Çalışma, DSM-IV'e dayalı, tarama ve klinik görüşme olmak üzere iki aşamalıdır. İlk aşamada KKTC'de ilkokul çocukları için geçerliliği ve güvenilirliği belirlenmiş olan Conners Ana-Baba Derecelendirme Ölçeği Yenilenmiş Uzun (CADÖ-YU) ve Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Yenilenmiş Uzun (CÖDÖ-YU) formları kullanılarak tarama yapılmıştır. Ölçeklerden en az birindeki BP-D ve/veya H alt ölçeklerinden, kesim puanının üzerinde puan alan çocuklar, DEHB riski olan çocuklar olarak belirlenmiştir. Buna göre bölge, yerleşim yeri, cinsiyet ve sınıf kotaları göz önünde bulundurularak tabakalı örnekleme yöntemiyle belirlenen, ana-baba ve öğretmen formları yanıtlanan 474 çocuktan 189 çocukta DEHB riski olduğu tespit edilmiştir. İkinci aşamada ise DEHB riski olan ve klinik görüşmeye gönüllü olarak katılmayı kabul eden 51 çocuğa ve onların ana-babalarına Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY) yarı yapılandırılmış görüşme formu uygulanmış ve 37 çocukta DEHB olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada ilkokul öğrencileri arasında DEHB yaygınlığı %28.9 olarak tespit edilmiştir. DEHB alt tiplerinin yaygınlığı ise DEHB-H için %11.0, DEHB-D için %10.1, DEHB-B için %7.8 olduğu saptanmıştır. Diğer yandan annelerin eğitim düzeyinin düşük olması, annelerin çalışmıyor olması, normal doğum şekli, annelerin hamilelik sırasında sigara kullanımı, çocukta doğum sonrası iki haftayı geçen sarılığın olması, ana-babaların ortalama aylık gelirlerinin düşük olması DEHB için risk unsurları olarak tespit edilmiştir. Sonuç olarak bu bulgular KKTC'de ilkokul öğrencileri arasında DEHB'nin yaygın olduğunu göstermektedir. CADÖ-YU

ve CÖDÖ-YU ölçeklerinin okullarda ve klinik görüşmelerde tarama aracı olarak kullanılmasının, DEHB olan çocukları erken saptamada yardımcı olacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Yaygınlık, KKTC, İlkokul Öğrencileri, Risk Etmenleri

## ABSTRACT

### PREVALENCE AND RISK FACTORS OF ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AMONG PRIMARY SCHOOL STUDENTS IN TRNC

The goal of this study is to determine the prevalence and risk factors for ADHD among primary school students in TRNC. This first universal national cross sectional survey study assessing prevalence of ADHD in TRNC is a two phase study with DSM-IV based screening and clinical interview, at the first phase screening was made with the Conners Parent Rating Scale-Revised Long (CPRS-RL) and the Conners Teacher Rating Scale- Revised Long Form (CTRS-RL) which were determined to be valid and reliable for primary school students in TRNC. The children who had higher than cutoff score from either of these scales for BP-D and/or H subscales were determined to have risk for ADHD. 189 of 474 children retrieved by stratified sampling according to region, location, gender and grade quotas were found to have ADHD risk. At the second phase the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime version (K-SADS-PL) was applied to 51 children and their parents who volunteered to participate the clinical interview and 37 children were found to have ADHD. In this study ADHD prevalence is found to be 28.9% among primary school children. The prevalence of ADHD subtypes were 11.0% for ADHD-H, 10.1% for ADHD-I and 7.8% for ADHD-C. Low education level of the mothers, mothers not working, normal mode of delivery, mothers smoking cigarette during pregnancy, neonatal jaundice longer than two weeks, low income level of the parents were found to be important risk factors for ADHD. As a result of these findings, ADHD is found to be prevalent among primary school students in TRNC. It is suggested that using CPRS-RL and CTRS-RL as a screening tool at schools and at clinical interviews may be helpful for early detection of children with ADHD.

**Keywords:** Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Prevalence, TRNC, Primary school students, Risk Factor



## İÇİNDEKİLER

### KABUL VE ONAY

### BİLDİRİM

TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZ.....	iv
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLOLAR DİZİNİ.....	ix
KISALTMALAR.....	xii

1. BÖLÜM.....	1
GİRİŞ.....	1
1.1 Problem durumu.....	1
1.2 Araştırmanın amacı.....	3
1.3 Araştırmanın önemi.....	4
1.4 Sınırlılıklar.....	5
1.5 Tanımlar.....	6
2. BÖLÜM.....	7
KURAMSAL ÇERÇEVE ve İLGİLİ ARAŞTIRMALAR.....	7
2.1 DEHB'nin tarihçesi .....	7
2.2 Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun tanımı .....	9
2.3 DEHB'nin Dünyada, Türkiye'de ve KKTC'deki yaygınlığı.....	11
2.3.1 Dünyada DEHB yaygınlık çalışmaları.....	11
2.3.2 Türkiye'de DEHB yaygınlık çalışmaları.....	19
2.3.3 KKTC'de DEHB yaygınlığı.....	24
2.4 DEHB'nin nedenleri.....	25
2.5 DEHB'si olan çocukların taranması ve tanılanması.....	27
2.6 DEHB ile birlikte görülebilen komorbid psikiyatrik bozukluklar.....	33
2.7 Ayırıcı tanılar .....	35

2.8 DEHB olan çocukların tedavisi ve eğitimi.....	36
3. BÖLÜM.....	44
ARAŞTIRMA YÖNTEMİ.....	44
3.1 Araştırmanın modeli.....	44
3.2 Evren ve örneklem.....	44
3.3 Veri toplama araçları.....	50
3.3.1 Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği- Yenilenmiş Uzun Formu: (CÖDÖ-Y/U)(Conners' Teacher Rating Scale-Revised/Long. CTRS- R/L).....	50
3.3.2 Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği- Yenilenmiş Uzun Formu: (CÖDÖ-Y/U)(Conners' Teacher Rating Scale-Revised/Long. CTRS- R/L).....	53
3.3.3 Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY).....	56
3.3.4 Çocuklar için Anne- Baba Bilgi Formu.....	57
3.4 Verilerin toplanması.....	58
3.5 Verilerin istatistiksel analizi.....	61
4.BÖLÜM .....	63
BULGULAR.....	63
5. BÖLÜM.....	98
TARTIŞMA.....	98
6. BÖLÜM .....	126
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	126
6.1 Sonuç.....	126
6.2 Öneriler.....	129
KAYNAKÇA.....	131
EKLER.....	151
İNTİHAL RAPORU.....	161
ETİK KURULU ONAYI.....	162

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> Evrenin cinsiyet, sınıf, yerleşim yerine ve bölgelere göre dağılımı.....	45
<b>Tablo 2.</b> Örneklemnin cinsiyet, sınıf, yerleşim yerine ve bölgelere göre dağılımı.....	49
<b>Tablo 3.</b> Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı.....	63
<b>Tablo 4.</b> Katılımcıların annelerinin eğitim düzeylerine göre ana-babalarının ortalama aylık gelir durumlarının dağılımı.....	68
<b>Tablo 5.</b> Katılımcıların babalarının eğitim düzeylerine göre ana-babalarının ortalama aylık gelir durumlarının dağılımı.....	69
<b>Tablo 6.</b> Katılımcıların annelerinin mesleğine göre ana-babalarının ortalama aylık gelir durumlarının .....	70
<b>Tablo 7.</b> Katılımcıların babalarının mesleğine göre ana-babalarının ortalama aylık gelir durumlarının dağılımı .....	71
<b>Tablo 8.</b> Katılımcıların annelerinin hamilelik sürelerine göre doğum sonrası yaşadıkları sorunların dağılımı.....	72
<b>Tablo 9.</b> ÇDŞG-ŞY'ya göre DEHB tanısı alan katılımcıların DEHB alt tiplerinin tanılarının yaygınlığı.....	73
<b>Tablo 10.</b> ÇDŞG-ŞY'ye göre DEHB tanısı alan katılımcıların görüşme tarihinden önceki döneme ait aldıkları geçmiş komorbid psikiyatrik tanılarının dağılımı.....	74
<b>Tablo 11.</b> ÇDŞG-ŞY'ye göre DEHB tanısı alan katılımcıların görüşme tarihinde aldıkları komorbid psikiyatrik tanılarının dağılımı.....	75
<b>Tablo 12.</b> ÇDŞG-ŞY'ye göre DEHB tanısı alan katılımcıların DEHB alt tiplerinin komorbid psikiyatrik bozukluklara ilişkin dağılımı.....	76
<b>Tablo 13.</b> CADÖ-YU ölçeğinde bulunan BP-D ve H alt ölçeklerine göre DEHB riski taşıyan katılımcıların dağılımı.....	77

<b>Tablo 14.</b> CÖDÖ-YU ölçeğinde bulunan BP-D ve H alt ölçeklerine göre DEHB riski taşıyan katılımcıların dağılımı.....	78
<b>Tablo 15.</b> CADÖ-YU ve CÖDÖ-YU ölçeklerinde bulunan BP-D ve H alt ölçeklerine göre katılımcıların DEHB risk durumunun dağılımı.....	79
<b>Tablo 16.</b> Katılımcıların eğitim gördükleri sınıf düzeylerine göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçları.....	80
<b>Tablo 17.</b> Katılımcıların annelerinin eğitim düzeylerine göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçları .....	81
<b>Tablo 18.</b> Katılımcıların babalarının eğitim düzeylerine göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçları.....	82
<b>Tablo 19.</b> Katılımcıların annelerinin mesleğine göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçları .....	83
<b>Tablo 20.</b> Katılımcıların babalarının mesleğine göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçları .....	84
<b>Tablo 21.</b> Katılımcıların yerleşim yerlerine göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçları .....	85
<b>Tablo 22.</b> Katılımcıların annelerinin hamilelik sürelerine göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçları .....	86
<b>Tablo 23.</b> Katılımcıların annelerinin hamilelik sırasında sigara kullanımlarına göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçları .....	87
<b>Tablo 24.</b> Katılımcıların doğum şekline göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçları .....	88
<b>Tablo 25.</b> Katılımcıların doğum sonrası yaşadıkları sorunlara göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçları .....	89
<b>Tablo 26.</b> Katılımcıların anne sütü alma sürelerine göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçları.....	90
<b>Tablo 27.</b> Katılımcıların kronik hastalık durumuna göre yaşadıkları sorunlara göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçları .....	91

<b>Tablo 28.</b> Katılımcıların ana-babalarının ortalama aylık gelir durumlarına göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçları .....	92
<b>Tablo 29.</b> Katılımcıların cinsiyetlerine göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçları .....	93
<b>Tablo 30.</b> Katılımcıların cinsiyetine göre CADÖ-YU'nun BP-D ve H alt ölçeklerinden elde edilen puanlarına ilişkin t-testi sonuçları .....	94
<b>Tablo 31.</b> Katılımcıların cinsiyetine göre CÖDÖ-YU'nun BP-D ve H alt ölçeklerinden elde edilen puanlarına ilişkin t-testi sonuçları.....	95
<b>Tablo 32.</b> Katılımcıların CADÖ-YU ve CÖDÖ-YU'nun BP-D alt ölçeğinin kesim puanı üzerinde olma durumlarına ilişkin Ki-Kare sonuçları .....	96
<b>Tablo 33.</b> Katılımcıların CADÖ-YU ve CÖDÖ-YU'nun H alt ölçeğinin kesim puanı üzerinde olma durumlarına ilişkin Ki-Kare sonuçları .....	97

## KISALTMALAR

**BP-D:** Bilişsel Problemler- Dikkatsizlik

**CADÖ-YU:** Conners Ana-Baba Derecelendirme Ölçeği Yenilenmiş Uzun

**CADÖ-YK:** Conners Ana-Baba Derecelendirme Ölçeği Yenilenmiş Kısa

**CÖDÖ-YU:** Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Yenilenmiş Uzun

**CÖDÖ-YK:** Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Yenilenmiş Kısa

**CWEÖÖ-U:** Conners-Wells Ergen Öz-Bildirim Ölçeği Uzun Formu

**C-WEÖÖ-K:** Conners- Wells Ergen Öz-Bildirim Ölçeği Kısa Formu

**ÇDŞG-ŞY:** Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi -Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu

**DEHB:** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

**DEHB-B:** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu- Birleşik Görünüm

**DEHB-D:**Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu- Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm

**DEHB-H:** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu- Hiperaktivite/Dürtüselliğin baskın olduğu görünüm

**DFA:** Doğrulayıcı Faktör Analizi

**DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder

**H:** Hiperaktivite

**KG:** Karşı Gelme

**KKTC:** Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti

**KOKGB:** Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

**KU:** Kaygı Utangaçlık

**M:** Mükemmeliyetçilik

**MEB:** Milli Eğitim Bakanlığı

**P:** Psikosomatik

**SED:** Sosyo- ekonomik düzey

**SP:** Sosyal Problemler

**SPSS:** Statistical Package for Social Science

**T-DSM-IV-S:** Turgay'ın DSM-IV Yıkıcı Davranış Bozuklukları Çocuk ve Adolesan Değerlendirme ve Tarama Ölçeği

# 1.BÖLÜM

## GİRİŞ

### 1.1 Problem durumu

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) kendini dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve dürtüsellikle gösteren çocukluk çağı psikiyatrik bozuklukları arasında en sık görülen nörogelişimsel bozukluklardan biridir (Feldman & Reiff, 2014; Öztürk ve Uluşahin, 2008; Subcommittee On Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, 2011; Sürücü, 2003). DEHB belirtileri okul öncesi, ergenlik ya da yetişkinlik döneminde de görülebmesine rağmen, daha çok ilkokul döneminde gözlenmektedir (Sadock & Sadock, 2005). DEHB'nin nedenlerine bakıldığı zaman nedenleri tam olarak bilinmemesine karşın bazı ilişkili olduğu faktörler üzerinde durulmaktadır. Genellikle bu bozuklukta biyolojik ve çevresel etkenlerin birlikte rol oynadığı düşünülmektedir (Güney, Ceylan ve İşeri, 2011; Öztürk ve Uluşahin, 2008; Şenol, 2008). DEHB tedavi ve eğitim gerektiren bir bozukluktur. Erken tanılanmadığı, uygun tedavi ve eğitim sağlanamadığı takdirde çocuk ve ailenin yanı sıra toplumu da etkileyen birçok soruna yol açabilmektedir. DEHB olan ve tedavi edilmeyen çocuklarda işlev bozukluğu daha çok akademik alanda ve insan ilişkileri alanında görülmektedir (Mukaddes, 2015; Öztürk ve Uluşahin, 2008; Subcommittee On Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, 2011; Sürücü, 2003). DEHB'si olan çocukların zayıf akran ilişkileri olduğu (Strine, Lesesne, Okoro, McGuire, Chapman, Balluz ve Mokdad, 2006), düşük akademik performansının olduğu ve sınıfta kalma oranının daha yüksek olduğu (Barry, Lyman & Klinger, 2002; De Ridder & De Graeve, 2006; Holmberg & Bölte, 2014), ana-babanın çocuğun ödevlerini yaptırabilmek için çok fazla zaman harcadığı, yaralanma riskinin yüksek olduğu (De Ridder & De Graeve, 2006; Xiang, Stallones, Chen, Hostetler & Kelleher, 2005) görülmektedir. Ayrıca yapılan çalışmalarda DEHB'si olan çocukların olmayanlara göre medikal bakım masraflarının daha fazla olduğu (Leibson, Katusic, Barbaresi, Ransom & O'Brien, 2001) ve terapi, doktor, ilaç masraflarının diğer çocuklara göre daha fazla olduğu (De Ridder & De

Graeve, 2006), daha fazla özel eğitim ve ek derse ihtiyaç duyduğu (De Ridder & De Graeve, 2006) görülmektedir. Bu sorunların dışında DEHB'si olan ve tedavi, eğitim hizmetlerinden yararlanmayan çocukların ileride başta nikotin olmak üzere madde kullanım bozuklarına yakalanma riskinin yüksek olduğu, ergenlikte ve yetişkinlikte trafik kazalarının, ihlallerinin daha yüksek olduğu, ergenlikte ve yetişkinlikte daha erken cinsel ilişkiye girdikleri, daha az doğum kontrolüne ilişkin önlemler aldıkları, daha fazla cinsel yolla bulaşan hastalığa yakalanmalarına yol açan riskli cinsel yaşamlarının olması araştırmalarda yer alan diğer bulgular arasındadır (Nigg, 2013).

DEHB'ye ilişkin önleme ve müdahale hizmetlerinin yürütülebilmesi için öncelikle DEHB yaygınlık ve sıklık oranlarının belirlenmesi gerekmektedir. Dünyada ve Türkiye'de yapılmış çalışmalar ilköğrencileri arasında DEHB yaygınlığının %1-%24.1 arasında olduğunu ve bu yaygınlık oranlarının kültürel farklılıklara, kullanılan tanısal kriterlere, tanısal değerlendirme yöntemine, seçilen örneklem yöntemine, örnekleme ulaşma yöntemine (telefon, yüz yüze görüşme,vb), katılımcı sayısına, araştırma desenine, verilerin kaynağına (ana-baba/çocuk/öğretmen), işlevsellikte bozulma kriterine göre değiştiğini göstermektedir(Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye & Rohde, 2015). KKTC'de DEHB yaygınlığıyla ilgili yapılan ilk çalışma Bozkurt, Dirik ve Üneri'nin (2017) çalışmasıdır. Bozkurt ve diğerleri de bizim çalışmamızda olduğu gibi 6-11 yaş grubu ilköğretim öğrencilerinde DEHB yaygınlığını ana-baba ve öğretmen görüşlerine dayalı olarak incelemiştir. Bu çalışma da bizim çalışmamızdaki gibi tarama ve klinik görüşmeden oluşan iki aşamalı kesitsel tarama çalışması olup, veri toplama araçları olarak ana-baba ve öğretmenler için bizim çalışmamızdan farklı bir ölçek olan Turgay'ın DSM-IV Yıkıcı Davranış Bozuklukları Çocuk ve Adolesan Değerlendirme ve Tarama Ölçeği ve bizim çalışmamızda da klinik görüşmede ana-baba ve çocuklara uygulanan Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY) kullanılmış ve DEHB yaygınlığı %12.8 olarak bulunmuştur. Bozkurt ve diğerlerinin bu çalışmaları DEHB yaygınlığıyla ilgili KKTC'de yapılan ilk çalışma olması nedeniyle önemlidir. Ancak verilerin sadece Lefkoşa ilçesinden ve bu ilçedeki tek bir ilköğretim okulundan elde edilmiş olması, DEHB riski olan çocukları tarama amacıyla kullanılan Turgay'ın DSM-IV



Yıkıcı Davranış Bozuklukları Çocuk ve Adolesan Değerlendirme ve Tarama Ölçeği'nin KKTC'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılmamış olması, DEHB'ye eşlik eden psikiyatrik bozuklukların araştırılmamış olması ve DEHB yaygınlığının risk etmenleri bakımından değerlendirilmemiş olması araştırmanın sınırlılıkları arasında yer almaktadır. DEHB'nin yaygın bir psikiyatrik bozukluk olması, çocuk ve ailenin yanı sıra toplumu etkileyen olumsuz sonuçlara yol açması, erken tanı ve tedavinin bu olumsuz sonuçları önleyici olması, DEHB'ye yönelik tanının daha çok ilkokul yıllarında konulması, Bozkurt ve diğerlerinin yaygınlık çalışmalarındaki sınırlılıklar nedeniyle bu çalışmada, KKTC genelinde ilkokul öğrencileri arasında DEHB yaygınlığı ve risk etmenlerini belirlemek amaçlanmıştır.

## 1.2 Araştırmanın amacı

Bu araştırmanın amacı, KKTC'de 6-11 yaş arası ilkokul öğrencileri arasında DEHB yaygınlığını tespit etmektir. Bu genel amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

1. KKTC'de ilkokul öğrencileri arasında DEHB **yaygınlık oranı** nedir?
2. KKTC'de ilkokul öğrencileri arasında DEHB **alt tiplerinin yaygınlık oranı** nedir?
3. KKTC'de ilkokul öğrencileri arasında DEHB'si olan çocuklarda **eşlik eden psikiyatrik bozukluklar (komorbid psikiyatrik bozukluklar)** nelerdir?
4. KKTC'de ilkokul öğrencileri arasında, DEHB riski, **eğitim gördükleri sınıf düzeyine** göre farklılaşmakta mıdır?
5. KKTC'de ilkokul öğrencileri arasında, DEHB riski, **ana-babanın eğitim durumuna** göre farklılaşmakta mıdır?
6. KKTC'de ilkokul öğrencileri arasında, DEHB riski, **ana-babanın mesleğine** göre farklılaşmakta mıdır?
7. KKTC'de ilkokul öğrencileri arasında, DEHB riski, **yerleşim yerine** göre farklılaşmakta mıdır?
8. KKTC'de ilkokul öğrencileri arasında, DEHB riski, **hamilelik süresine göre** farklılaşmakta mıdır?
9. KKTC'de ilkokul öğrencileri arasında, DEHB riski, annenin hamilelik sırasında **sigara kullanımına** göre farklılaşmakta mıdır?

- 10.KKTC’de ilkokul öğrencileri arasında, DEHB riski, **doğum şekline** göre farklılaşmakta mıdır?
- 11.KKTC’de ilkokul öğrencileri arasında, DEHB riski, **doğum sonrası yaşanan sorunlara** (çocuğun küvezde kalma, 2 haftayı geçen uzun süreli sarılığın olması, uzun süreli ateş geçirme gibi) göre farklılaşmakta mıdır?
- 12.KKTC’de ilkokul öğrencileri arasında, DEHB riski, **anne sütü alma süresine** göre farklılaşmakta mıdır?
- 13.KKTC’de ilkokul öğrencileri arasında, DEHB riski, çocuğun **kronik hastalığının** olup olmasına göre farklılaşmakta mıdır?

### 1.3 Araştırmanın önemi

Dünyada DEHB’nin yaygınlığını belirlemeyi amaçlayan pek çok çalışma yapılmıştır. Türkiye’de de DEHB’nin yaygınlığına ilişkin birçok çalışma bulunmasına rağmen (Ercan vd., 2015; Ercan vd., 2013; Ercan vd., 2019; Gül vd., 2010; Güler vd., 2014; Inci vd., 2016; Şan, 2013; Toklu, 2016; Zorlu vd., 2015) KKTC’de DEHB yaygınlığına ilişkin yalnızca Lefkoşa ilçesi temel alınarak yapılan tek bir çalışma bulunmaktadır (Bozkurt, Dirik ve Üneri, 2017). Bozkurt ve diğerleri de aynı yaş grubundaki ilköğretim öğrencilerinde DEHB yaygınlığını alt tiplerine göre ana-bana ve öğretmen görüşlerine dayalı olarak incelemiş olmalarına karşın çalışmanın sadece Lefkoşa ilçesinde yürütüldüğü gözlenmektedir. Bu tez çalışması ise tüm KKTC’yi içermektedir. Çalışma, ilköğretim öğrencilerinde DEHB’nin alt tiplerinin yaygınlığını KKTC’nin genelinde belirlenmesinin yanı sıra, hamilelik dönemine, doğuma ve doğum sonrasına ilişkin faktörlere, ana-babaya ilişkin bazı değişkenlere (örneğin, eğitim durumu ve mesleki durumları), çocukların geçirdiği hastalıklardan cinsiyetlerine ve öğrenim gördükleri sınıf düzeyine kadar pek çok değişken ile DEHB arasındaki ilişkiye bakılması amaçlanmıştır.

Bu araştırmanın önemli bir diğer katkısı ise bu çalışma öncesinde dünyada DEHB tanısına yardımcı olmak amacıyla en yaygın kullanılan ölçme araçlarından olan Connors Dereceleme ölçeklerinden Connors Ana-Baba Dereceleme Ölçeği- Yenilenmiş Uzun Formunun (CADÖ-Y/U) ve Connors Öğretmen Dereceleme Ölçeği- Yenilenmiş Uzun Formunun (CÖDÖ-Y/U) KKTC’de ilkokul öğrencileri arasında geçerlik, güvenilirlik ve standardizasyon

çalışmasının yapılmış olmasıdır. Bu özellikleriyle bu çalışma KKTC’de DEHB ile ilgili yapılmış en kapsamlı araştırma olduğunu; elde edilen bulguların DEHB’yi önleme, erken tanılama ve erken müdahale hizmetlerinin düzenlenmesine rehberlik edeceğini söyleyebiliriz. Ayrıca, DEHB’yi belirlemede, tedavinin ve eğitimin etkilerini belirlemede klinisyenlere ve eğitimcilere kullanabilecekleri Connors Dereceleme Ölçeklerinin kazandırılmış olması da önemli bir kazanım olarak düşünülmektedir. Söz konusu bu özellikleriyle bu çalışmanın hem KKTC hem de dünya alan yazınına katkıda bulunacağı ve DEHB ile ilgili pek çok araştırmanın yapılmasına öncülük edeceği düşünülmektedir.

#### **1.4 Sınırlılıklar**

Araştırma bulguları, 2016–2017 eğitim-öğretim yılında KKTC Milli Eğitim Bakanlığı’na bağlı okullarda öğrenim gören 6-11 yaş arasında bulunan ilkokul öğrencilerinin ana-babalarından ve öğretmenlerinden toplanan verilerle sınırlıdır. Bu nedenle sonuçlar farklı yaş grubu veya farklı ülkelerdeki öğrenciler için genelleştirilemez.

Araştırma bulguları Connors Ana-Baba ve Öğretmen Derecelendirme Ölçekleri Uzun Formlarının ve Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY) yarı yapılandırılmış görüşme formunun sağladığı verilerle sınırlıdır.

Gerek okullarda ana- baba ve öğretmenlerden veri toplama, gerekse DEHB riski olan çocukların ve ana-babalarının hastaneye klinik görüşmeye davet aşamasında, katılımda gönüllük ilkesi esas alınmış ve çalışmaya katılmayı reddeden öğretmen veya ana-babalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Ayrıca ÇDŞG-ŞY yarı yapılandırılmış görüşme formunun uygulanması çok zaman aldığı ve araştırma DEHB olma olasılığı olan çocuklarla sınırlı olduğu için, ÇDŞG-ŞY, araştırmaya katılan ve yalnızca Connors Derecelendirme Ölçekleriyle DEHB açısından riskli olarak değerlendirilmiş çocuklara ve onların ana-babalarına uygulanmıştır.

### 1.5 Tanımlar

**DEHB:** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtilerinin yer aldığı, çocukluk çağı psikiyatrik bozuklukları arasında en sık görülen nörogelişimsel bozukluklardan biridir (Feldman & Reiff, 2014; Öztürk ve Uluşahin, 2008; Subcommittee On Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, 2011; Sürücü, 2003).

## 2.BÖLÜM

### KURAMSAL ÇERÇEVE ve İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

#### 2.1 DEHB'nin tarihçesi

DEHB'ye ilişkin ilk kaynak 1965 yılında Alman hekim Heinrich Hoffman'ın çocukluk dönemine ilişkin bozukluklarına yer verdiği kitabında bulunan "Kıpır Kıpır Phil" isimli şiiri olmuştur (Şenol, 2008). 1902 yılında George Still DEHB'yi, çocuklarda görülen yoğun duygusal tepkiler ve davranış problemleri ile seyreden yerinde duramama, dürtüsellik ve dikkatsizlik belirtileri olarak tanımlamıştır. Ona göre bu sorunlar organik ve çevresel faktörlerin birleşiminden kaynaklanmaktaydı. 1919 ve 1920 yıllarında influenza salgınından hayatta kalan çocuklarda ensefalitletarjika gelişmiş, buna bağlı olarak bu çocuklarda pek çok davranış problemi ortaya çıkmış ve hastalığın sebepleri kanıtlanmamış olmasına rağmen organik beyin hasarı ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Bu sebeple çocuklardaki bu durum "Minimal Beyin Hasarı Sendromu" olarak adlandırılmıştır (Sadock & Sadock, 2005).

Bradley 1937'de bir tedavi merkezinde amfetamin kullanımının davranış problemleri olan çocuklarda, yerinde duramama semptomunu azalttığı ve konsantrasyonu geliştirdiğini rapor etmiştir. Bu bozukluk 1960' larda "Minimal Beyin Disfonksiyonu" olarak yeniden adlandırılmıştır. Daha sonra yine 1960'larda daha tanımlayıcı bir isim kullanılmış ve ICD- 9 (The International Classification of Diseases- 9th Revision) ve DSM-II'nin (2nd edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) tanımına göre "Çocukluğun Hiperkinetik Sendromu" (Hyperkinetic Syndrome of Childhood) olarak isimlendirilmiştir. Ancak burada bir erişkin bozukluğundan hiç bahsedilmemişti. 1970'lerde Utah Üniversitesi'nde Paul Wender ve meslektaşları çocukluk DEHB belirtilerini içeren yetişkinleri tespit etmişler ve o dönem yapılan çalışmalarda DEHB olan çocukların %40-60'nın yetişkinlikte de bu belirtileri gösterdikleri rapor edilmiştir. 1980'de DSM-III'te (3rd edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) bu bozukluk "Dikkat Eksikliği Bozukluğu" (Attention Deficit Disorder) olarak adlandırılmıştır. DSM- III, bu bozuklukla ilgili üç belirti kategorisini

içermekteydi. Tanı koyulabilmesi için bireyin dikkatsizlik ile ilgili olan 5 maddeden en az üçünü, dürtüsellekle ilgili olan 6 maddeden en az üçünü ve aşırı aktiviteyle (overactivity) ilgili olan 5 maddeden en az ikisini karşılaması gerekiyordu. Dikkat Eksikliği Bozukluğu DSM-III 'e göre 3 alt kategoriden oluşmaktaydı. Bunlar hiperaktivitenin eşlik ettiği dikkat eksikliği, hiperaktivitenin eşlik etmediği dikkat eksikliği ve rezidüel tip idi. Rezidüel tanısı, ilk kez Dikkat Eksikliği Bozukluğu olan ve çocuklukta tanısı konmuş ve belirtilerini devam ettiren yetişkinler için kullanılmaktaydı (Sadock ve Sadock, 2005). 1987'de DSM III-R çıktığı zaman bu bozukluk "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu" olarak adlandırılmış ve 14 belirti sıralanmış ve tanı kriteri için çocuğun 14 belirtinin 8'ini karşılamış olması gerekli kılınmıştır. Ayrıca bu belirtilerin 7 yaşından önce başlamış olması ve en az 6 ay boyunca sürmesi gerekmektedir. DSM III-R'de bu bozukluğun alt grupları bulunmamaktaydı.

1990'larda bilimsel çalışmaların ortaya çıkmasıyla "yetişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu" farkındalığı oluştu ve DSM-IV -TR'de (4th edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Text Revision) DSM-III-R'deki gibi aynı isimle adlandırılan "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu"na yetişkinlerde de DEHB tanı koyulmasının yolu açıldı. DSM-IV-TR'de DEHB tanısı için çocuğun 9 dikkat eksikliği belirtisinin en az 6'sını, 9 hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinin en az 6'sını karşılaması, bu bozukluğun en az 6 ay boyunca sürmesi ve 7 yaşından önce başlamasıyla birlikte kişinin toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevselliğinin bozulması gerekmektedir (Sadock ve Sadock, 2005).

Günümüzde DEHB'ye yönelik tanı, klinik ortamlarda DSM-V'e (5th edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014) ya da ICD-11'e (The International Classification of Diseases- 11th Revision) (World Health Organization [WHO], 2018) göre konulmaktadır. Ancak ICD-11'in henüz Türkçe versiyonu çıkmadığı için, Türkçe dilinin kullanıldığı toplumlarda, DEHB'ye yönelik tanı DSM-V'e göre konulmaktadır. DSM-V'te "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu", "Dikkat Eksikliği Aşırı Hareketlilik Bozukluğu" olarak isimlendirilmiştir. DSM-V'teki DEHB tanı kriterleri hem çocuk ve ergenleri, hem de yetişkinleri kapsamaktadır. DSM-V'e göre DEHB tanısı için çocuğun 9 dikkat eksikliği

belirtisinin en az 6'sını (yetişkinler için en az 5'ini), 9 hiperaktivite ve dürtüsellik belirtisinin en az 6'sını (yetişkinler için en az 5'ini) karşılaması, bu bozukluğun en az 6 ay boyunca sürmesi ve 12 yaşından önce başlaması; kişinin toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevselliğini bozması gerekmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). DSM-V ve DSM- IV'de çocuk ve erişkinlerdeki DEHB tanı kriterleri aynı olmakla birlikte ikisi arasında DSM- IV'e göre belirtilerin 7 yaşından önce başlamış olması, Yaygın Gelişimsel Bir Bozukluğun, Zihinsel Geriliğin DEHB tanısı alan kişilerde dışlanmış olması ve DSM-V'te ise bu belirtilerin 12 yaşından önce başlamış olması, Yaygın Gelişimsel Bir Bozukluğun, Zihinsel Geriliğin DEHB tanısı alan kişilerde dışlanmamış olması dışında bir fark yoktur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001, 2014).

## **2.2 Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun tanımı**

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve dürtüsellikle karakterize çocukluk çağı psikiyatrik bozuklukları arasında en sık görülen nörogelişimsel bozukluklardan biridir (Feldman & Reiff, 2014; Öztürk ve Uluşahin, 2008; Subcommittee On Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, 2011; Sürücü, 2003). Bir başka tanıma göre DEHB dikkat süresi kısalığı veya dağınıklığı, kaotik hareketlilik ve fevrilik ile seyreden nörogelişimsel bir bozukluktur (Mukaddes, 2015). Karakaş (2010)'a göre ise DEHB çocukluk çağında en sık teşhis edilen, nöropsikiyatrik hastalıklardan birisi olmakla birlikte, kalıcı ve sürekli dikkat süresinin kısalığı, engellenmeye yönelik denetim eksikliğinden dolayı davranışlarda ve bilişsel süreçlerde ortaya çıkan ataklık ve huzursuzluk anlamına gelmektedir (Karakaş, 2010). DEHB'nin üç farklı alt tipi bulunmaktadır. Bunlardan biri DEHB- Dikkat Eksikliği Baskın Tiptir. Bu tipte olan kişiler rüya aleminde, genellikle içe dönük, dikkati dağınık, karar verme güçlüğü olan ya da hata yapmamak için her işi tekrar kontrol eden kişilerdir. DEHB- Hiperaktivite Dürtüsel Tip diğer bir alt tip olup, dikkat problemi olmadan hareketli ve fevri olan kişilerden oluşmaktadır. DEHB- Birleşik Tip ise bir başka alt tip olup diğer iki alt tipteki belirtileri içermektedir (Mukaddes, 2015).

DEHB olan çocukların özelliklerine bakıldığı zaman, Dikkat Eksikliği ile ilgili sorunlar dikkatin kolayca dağılması, dikkatini bir görev üzerinde sürdürmekte güçlük çekme, yönergeleri takip etmekte güçlük çekme, görevlerini yardım almadan yapmada veya çalışmakta güçlük çekme, unutkanlık, sınıfta kendisine verilen görev üzerinde dikkatsizce hatalar yapma, kaytarma, zihinsel çaba gerektiren görevlerden kaçma, okulla ilgili gerekli araç gereçleri kaybetme gibi belirtilerle kendini göstermektedir (Mukaddes, 2015; Sadock & Sadock, 2005). Dikkatle ilgili zorluklar, çocuğun oturması gereken, tamamlaması gereken görevlerde pekiştirecin ve dışsal motivasyonun düşük olduğu zamanlarda ortaya çıkabilmektedir (Sadock et al., 2009). Hiperaktivitesi olan çocuklar sınıfta olması gerekenden daha çok hareketlidirler ve kendi yaşlarına göre karşılaştırıldıkları zaman oyun alanlarında daha fazla aktif olabilmektedirler. Hareketlilikleri uyurken bile devam edebilmektedir (Sadock & Sadock, 2005). Bunların yanında hiperaktif çocuklar, sürekli kıpır kıpır olma, yerinde duramama, uzun süre aynı yerde oturamama, aşırı gürültücü olma, sessiz bir şekilde oynamakta, eğlenmekte ve çalışmakta güçlük çekme, çok konuşma, elleri ve ayakları ile oynama gibi belirtilerle kendini göstermektedir (Hergüner ve Hergüner, 2012; Mukaddes, 2015). Dürtüsellik ise tehlikeli aktivitelerle uğraşma, sınıfta bağırma, başkalarının sözünü kesme ya da izinsiz başkalarının oyunlarına ya da konuşmalarının arasına girme, fiziksel ya da sözel olarak başkaları ile kavga etme, ödevlerini ya da kendisine verilen testleri hızlı ve düşünmeden çözme gibi belirtilerle kendini göstermektedir (Sadock & Sadock, 2005).

DEHB olan çocuklar davranışsal açıdan yaşlarıyla oynadıkları etkileşimli oyunlardan erken sıkılarak oyun bitmeden oyundan ayrılma eğiliminde olabilmektedirler. Bunların dışında hoşlandıkları şeyleri erteleme konusunda güçlük çekmektedirler. Bilişsel açıdan bakıldığı zaman DEHB olan çocuklar zamanlarını yönetme ve görevlerini adım adım planlama konusunda zorluk çekmektedirler. Dolayısıyla yapacakları etkinliklerin ne kadar zaman gerektiğini planlamada zorlanmaktadırlar. Ayrıca DEHB olan çocukların sosyal durumlara karşı engellenmeye tahammülleri yoktur. Böyle bir durumla karşılaştıklarında sözel ya da fiziksel olarak karşılarındaki kişi ile kavga edebilmektedirler. Birbirleriyle tutarsız davranışlar gösterebilmektedirler.



Örneğin çok keyifli iken birden öfkelenebilmekte ya da bir gün ödevlerini tam olarak getirebilirlerken bir başka gün getirmeyebilmektedirler. Diğer yandan sözel olmayan ipuçlarını anlamakta zorluk çekebilmektedirler. Kurallara uygun oyun oynamakta zorlanabilmekte ve olaylara ya da durumlara gereğinden fazla tepki verebilmektedirler. Ayrıca çevrelerindeki kişilere sataşma, alay etme, rahatsız etme gibi davranışlar da gösterebilmektedirler (Sadock & Sadock, 2005). DEHB'si olan çocukların zayıf akran ilişkilerinin yanı sıra (Strine, Lesesne, Okoro, McGuire, Chapman, Balluz & Mokdad, 2006), düşük akademik performansının olduğu ve sınıfta kalma oranının daha yüksek olduğu görülmektedir (Barry, Lyman & Klinger, 2002; De Ridder & De Graeve, 2006; Holmberg & Bölte, 2014). Bunların yanında ana-babanın çocuğun ödevlerini yaptırabilmek için çok fazla zaman harcadığı, yaralanma riskinin yüksek olduğu (De Ridder & De Graeve, 2006; Xiang, Stallones, Chen, Hostetler & Kelleher, 2005) ve DEHB'si olan çocukların olmayanlara göre daha fazla özel eğitim ve ek derse ihtiyaç duyduğu görülmektedir (De Ridder & De Graeve, 2006).

## **2.3 DEHB'nin Dünyada, Türkiye'de ve KKTC'deki yaygınlığı**

### **2.3.1 Dünyada DEHB yaygınlık çalışmaları**

Midwest şehrinde ilkokul öğrencileri arasında DEHB ve komorbid bozuklukların yaygınlığının tarandığı çalışmada 1.-4. sınıflara giden 7,231 öğrencinin öğretmenlerine "Yenilenmiş Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği" (CTRS-R) uygulanmıştır. CTRS-R ölçeğinde bulunan Hiperaktivite İndeksi alt ölçeğinden kesim puanının üzerinde puan alan çocukların ana-babaları için ise "Conners Yenilenmiş Ana-baba Derecelendirme Ölçeği" (CPRS-R) uygulanmıştır. Daha sonra CPRS-R ölçeğinde de bulunan Hiperaktivite İndeksi alt ölçeğinden kesim puanın üzerinde puan alan DEHB riski olan çocukların ana- babalarına telefon aracılığı ile ulaşılmıştır. Bu ana-babalarla DSM-III-R'ye göre değerlendirilen yapılandırılmış tanısal görüşme (The Diagnostic Interview for Children and Adolescents -Revised- Parent Version (DICA-R-P) yapılmıştır. Yapılan tanısal görüşmeye göre DEHB riski olduğu düşünülen 308 çocuğun 204'ünün (%67.0) DEHB kriterlerini

karşılıdığı bulunmuştur. CTRS-R'ye göre %8.9'unda, CPRS-R'ye göre %5.5'inde ve klinik görüşmeye göre %3.7'sinde DEHB olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca DEHB'si olan çocukların 125'inde (%61.0) Distimi, Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, Kaygı Bozukluğu, Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB), Davranım Bozukluğu ve Duygu Durum Bozuklukları eş tanıları tespit edilmiştir (August, Realmuto, MacDonald, Nugent & Crosby, 1996).

DEHB, KOKGB ve Davranım Bozukluğunun DSM-IV ölçütlerine göre yaygınlığını incelemek ve DEHB alt tipleri arasındaki yaş, cinsiyet ve komorbidite farklılıklarını incelemek için yapılan bir çalışmada 3-18 yaş arası, 3,006 öğrenci için öğretmenlere DSM-IV Referanslı Semptom Envanteri uygulanmıştır. Araştırma sonucuna göre DEHB davranışları yaygınlığı %15.8, alt tiplerin yaygınlık oranları dikkatsizliğin önde geldiği tip için %9.9, hiperaktivite-impulsivitenin önde geldiği tip için %2.4 ve birleşik tip için %3.6 olduğu bulunmuştur. Dikkatsizliğin önde geldiği tip en az okul öncesi çocuklarda (%3.9 oranında) görülürken, hiperaktivite-impulsivitenin önde geldiği tipin ise en az gençlerde (%0.8 oranında) yaygın olduğu bulunmuştur. Yaygınlığın Afrika kökenli Amerikalılarda (%39.5), beyaz (%14.2) öğrencilerden daha yüksek olduğu, ancak coğrafi bölge veya sosyoekonomik düzeye bağlı olarak anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir (Nolan, Gadow & Sprafkin, 2001).

Khushabi ve arkadaşlarının (2006) Tahran'da tabakalı örnekleme yöntemine göre seçilen 7-12 yaşında 2667 ilkokul öğrencisi arasında yaptıkları DEHB yaygınlığı çalışmasında ilk aşamada 48 maddelik Connors Ana-baba Dereceleme Ölçeği ve 38 maddelik Connors Öğretmen Dereceleme Ölçeği kullanılmıştır. Daha sonra ise DEHB olabileceği düşünülen öğrencilerle yarı yapılandırılmış görüşmeler yapılmıştır. Çalışmanın sonucuna göre Tahran'da ilkokul öğrencileri arasında DEHB yaygınlığı %3-%6 oranında bulunmuştur. Ayrıca ana-baba ölçeğine göre yaygınlık oranı %3-%5, öğretmen ölçeğine göre yaygınlık oranı %3-%6 olduğu bulunmuştur (Khushabi, Pour-Etemad, Mohammadi & Mohammadkhani, 2006).

Amerika'da 8-15 yaş arasındaki çocuklarda DSM-IV tanı kriterlerine göre DEHB'nin varlığının değerlendirildiği bir çalışmada The National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule for Children-IV (DISC-IV) yapılandırılmış tanısız görüşme aracının bakım veren modülü kullanılmıştır. Bu tanısız görüşme, telefon aracılığı ile bakım veren kişilere uygulanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre çocukların %8.7'sinin DEHB'ye ilişkin DSM-IV tanı kriterlerini karşıladığı bulunmuştur. 8-11 yaş arası çocuklarda DEHB yaygınlık oranı %10, 12-15 yaş arası çocuklarda ise DEHB yaygınlık oranı %7.5 olduğu bulunmuştur. DEHB Dikkatsizliğin Baskın Olduğu Görünümün (DEHB-D) yaygınlık oranının %4.4 olduğu, Birleşik Görünümün (DEHB-B) yaygınlık oranının %2.2 olduğu ve Hiperaktivite-Dürtüsellüğün Baskın Olduğu Görünümün (DEHB-H) yaygınlık oranının ise %2.0 olduğu bulunmuştur. Bunun dışında DEHB'nin alt tiplerine ilişkin (DEHB-D, DEHB-H, DEHB-B) kızlara göre erkeklerin, yüksek sosyoekonomik düzeydekilere kıyasla düşük sosyoekonomik düzeydeki çocukların, Meksikalı Amerikalılara/ diğer etnik kökenli çocuklara göre İspanyol olmayan beyaz çocukların, DEHB kriterlerini daha çok karşıladığı görülmüştür (Froehlich, Lanphear, Epstein, Barbaresi, Katusic & Kahn, 2007).

1978 ve 2005 arasında tüm dünyada yapılan DEHB yaygınlık çalışmalarının sistematik derleme ve meta-regresyon analizinde DEHB'nin %1 ile %20 arasında değişen oranlarda olduğu ve DEHB'nin dünya geneli birleştirilmiş yaygınlığının %5.29 olduğu belirlenmiştir. 1978-2005 yılları arasında yapılan yaygınlık çalışmalarında coğrafik bölgelere göre yaygınlık oranlarında anlamlı bir farklılık bulunduğu, özellikle Kuzey Amerika ile Afrika ve Orta Doğu arasında değiştiği ve yaygınlık oranlarına bakıldığı zaman gerek tanı kriterleri ve gerekse elde edilen bilginin kaynağına bağlı olarak Avrupa ile Afrika ve Orta Doğu arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Buna karşın Kuzey Amerika, Avrupa, Güney Amerika, Asya ve Okyanusya'nın yaygınlık oranları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca DSM-III-R ve ICD-10 kriterlerine göre elde edilen DEHB yaygınlık oranlarının DSM-IV'e göre elde edilen yaygınlık oranlarından daha düşük olduğu bulunmuştur (Polanczyk, De Lima, Horta, Biederman & Rohde, 2007).

Almanya ulusal örnekleminde ana-baba görüşlerine dayalı olarak, 7-17 yaş arası çocuklarda ICD-10 ve DSM-IV kriterlerine göre DEHB ve Hiperkinetik Bozukluğunun yaygınlığının değerlendirildiği bir çalışmada DEHB yaygınlığı, DSM-IV kriterlerine göre %5, Hiperkinetik Bozukluk ICD-10 kriterlerine göre %1 bulunmuştur. Ayrıca DEHB yaygınlığı 7-10 yaş çocuklarında %6.4, 10-13 yaş arası çocuklarda %4.6, 14-17 yaş arası çocuklarda ise %3.9 olduğu tespit edilmiştir. Bunların yanında 7-10 yaş arası çocuklarda DSM-IV'e göre DEHB alt tiplerinin yaygınlığı DEHB-D için %4.2, DEHB-B için %1.3, DEHB-H için ise %0.9 olduğu tespit edilmiştir. Değerlendirme Alman Sağlık Görüşmesinin Bella Modülü, Çocuk, Ergenler için Anket İncelemesi (KİGGS) ve DEHB Semptom Kontrol Listesi (FBB-HKS/ADHS) ölçme araçları kullanılarak yapılmıştır. Ayrıca erkeklerde, daha küçük çocuklarda, düşük sosyoekonomik düzeyden gelen ve kentsel alanlarda yaşayan ailelerde yaygınlık oranı kızlara, büyük yaş grubundaki çocuklara, orta ve üst sosyoekonomik düzeyden gelen ve kırsalda yaşayan çocuklara kıyasla daha yüksek bulunmuştur (Döpfner, Breuer, Wille, Erhart, Ravens-Sieberer & Group, 2008).

Alman çocuklarının ve ergenlerin ne kadar sıklıkta DEHB tanısı aldığını araştıran bir çalışmada, 3-17 yaş arası toplam 17,461 çocuk ve ergen tıbbi ve fiziksel olarak incelenmiştir. Ana-babalık raporlarına göre doktor veya psikolog tarafından yaşam boyu DEHB tanısı alan çocukların ana-babalarına yanıtlamaları için anketler verilmiştir. DEHB tanısının yaşam boyu yaygınlığının %4.8 olduğu ve erkeklerde (%7.7), kızlara (%1.8) göre daha fazla olduğu, DEHB yaygınlığının okul öncesi yaşta %1.5, ilkokulda %5.3, ortaokulda ise %7.1 olduğu bulunmuştur. Ayrıca sosyoekonomik düzeyi düşük olan ana-babaların çocuklarının daha çok DEHB tanısı aldığı görülmüştür (Huss, Hölling, Kurth & Schlack, 2008).

İrlanda'da özel eğitim veren bir okula giden 5-18 yaş arasındaki çocuklardaki DEHB yaygınlığını değerlendirmeye yönelik bir çalışma yapılmıştır. 84 çocuğun öğretmenlerine Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Yenilenmiş Uzun Formu (CÖDÖ-YU) uygulanmıştır. Bilişsel Problemler-Dikkatsizlik, Hiperaktivite ve DEHB indeksi alt ölçeklerinden en az birinde kesim puanının üzerinde puan alan çocuklar tespit edilmiştir. Katılımcıların

47'sinin (%55.9) değerlendirmeye alınan alt ölçeklere göre DEHB riski olabileceği öngörülmüştür. Bulgulara göre katılımcıların %27.4'ünün (n= 23) DEHB indeksi alt ölçeğinden, %45.2'sinin (n= 38) Bilişsel Problemler-Dikkatsizlik alt ölçeğinden, %28.6'sının (n= 24) Hiperaktivite alt ölçeğinden, kesim puanının üzerinde puan aldığı tespit edilmiştir (Buckley, Hillery, Guerin, McEvoy & Dodd, 2008).

Venezüella'da 4–12 yaşları arasında 1,535 öğrencide DEHB yayınlığının değerlendirildiği bir başka çalışmada Conners öğretmen ve ana-baba derecelendirme ölçeklerinin uzun formları (CADÖ-YU ve CÖDÖ-YU) kullanılmış ve bu ölçeklerden birinden kesim puanının üzerinde puan alan çocukların ana-babaları ile eğitilmiş psikologlar tarafından yapılandırılmış tanısal görüşme (The Diagnostic Interview Schedule for Children-IV-Parent Version [DISC-IV-P]) yapılmıştır. DEHB yayınlığı %10.03 olarak tespit edilmiştir. Conners ana- baba ölçeğine göre %42'sinde, öğretmen ölçeğine göre %35'inde, hem ana-baba, hem öğretmen ölçeğine göre ise %23'ünde DEHB olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca çalışmada DEHB yayınlık oranının erkeklerde (%7.62), kızlara (%2.41) göre daha fazla olduğu ve en çok da düşük sosyoekonomik düzeyden gelen çocuklarda (%7.17) görüldüğü tespit edilmiştir. DEHB'si olan 154 çocuğun 96'sının (%63) DEHB-B, 13'ünün (%8) DEHB-D ve 45'inin (%29) ise DEHB-H alt tipte olduğu bulunmuştur (Montiel, Peña, Montiel-Barbero & Polanczyk, 2008).

Yunanistan'ın Atina şehrinde 6-11 yaş arası 603 okul çağı çocuğunun, DEHB yayınlığı açısından değerlendirildiği bir çalışmada, sınıf öğretmenleri DEHB riskinin değerlendirilebilmesi için her öğrenci için DEHB Derecelendirme Ölçeği-IV'ü yanıtlamışlardır. DEHB Derecelendirme Ölçeği-IV DSM-IV'te dikkatsizlik belirtileri olarak sınıflandırılan 9 madde ve DSM'den türetilen 9 hiperaktivite-dürtüsellik maddesi olmak üzere toplam 18 maddeden oluşmaktaydı. Çalışma sonucunda elde edilen bulgulara göre çocukların 36'sının (%6.0) DEHB riski için çalışma kriterlerini karşıladığı, tahmini yayınlık oranlarının erkeklerde %8 ve kızlarda %3.8 olduğu bulunmuştur. En yaygın DEHB alt tiplerinin sırasıyla DEHB-B (%3,8), DEHB-D (%1,7) ve DEHB-H (%0.5) olduğu bulunmuştur (Skounti, Giannoukas, Dimitriou, Nikolopoulou, Linardakis & Philalithis, 2010).

Hindistan'da Coimbatore bölgesinde, ilkokul çocuklarında DEHB yaygınlığının değerlendirildiği bir çalışmada 4 okuldan 6-11 yaş arası 770 öğrenci seçilmiştir. Bu öğrencilerin ana-babalarına ve öğretmenlerine Connors Kısaltılmış Derecelendirme Ölçeği uygulanmıştır. DEHB'ye ve ona eşlik eden diğer bozuklukları değerlendirmek için ise öğretmenlere Çocuk Davranış Anketi, ana-babalara ise kişisel bilgi anketi de uygulanmıştır. Araştırma bulgularına göre ilkokul öğrencileri arasında DEHB yaygınlığının %11.32 olduğu ve DEHB yaygınlığının erkeklerde (%66.7), kızlara (%33.3) göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Ayrıca DEHB yaygınlığının en yüksek olduğu yaş grubunun 9 ve 10 yaşlar olduğu görülmüştür (Venkata & Panicker, 2013).

5-15 yaş arası İtalyan öğrencilerde DEHB yaygınlığının araştırıldığı bir çalışmada SDAI Rating Scale (ADHD Rating Scale for Teachers) öğretmenlere verilmiş ve öğrenciler için yanıtlamaları istenmiştir. Ardından ölçeklerden elde edilen veriler doğrultusunda DEHB riski olan çocuklar ve onların ana-babaları davet edilerek Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY) Yarı Yapılandırılmış Görüşme aracı uygulanmıştır. Bunun yanında ana-babalara ve öğretmenlere DEHB belirtilerini ve şiddetini değerlendiren The Swanson, Nolanand Pelham Scale-Version IV (SNAP-IV) Ölçeği uygulanmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen bulgulara göre DEHB yaygınlığı bu yaş grubunda %3 oranında bulunurken, DEHB'si olan öğrencilerin 56.8%'sının DEHB-B, 25.2%'inin DEHB-D ve 17.3%'ünün ise DEHB-H tipinin olduğu görülmüştür (Bianchini et al., 2013).

Şanghai'da 5-15 yaş arası çocuk ve ergenlerde DEHB yaygınlığının değerlendirildiği bir çalışmada, çocuklar arasında DEHB yaygınlığının %4.6 olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanında DEHB'si olan çocuklar arasında DEHB-D tipin yaygınlık oranı %2.4, DEHB-H tipinin yaygınlık oranı %0.4 ve DEHB-B tipin yaygınlık oranı ise %1.8 olarak bulunmuştur. Erkeklerin ve kızların yaygınlık oranları sırasıyla %6.6 ve %2.7 olarak bulunmuştur. DEHB yaygınlık oranının 5-6 yaş arası çocuklarda %5.2, 7-10 yaş arası çocuklarda %6.3, 11-15 yaş arası çocuklarda ise %2.9 olduğu bulunmuştur. DEHB yaygınlığının en fazla görüldüğü yaş grubu 7-10 yaş olarak tespit edilmiştir.

En yüksek DEHB yaygınlık oranınının, ortaokul düzeyinin altında eğitim almış olan ana-babaların çocuklarında ve kişi başına aylık geliri 1000 Yuanın altındaki ailelerde olduğu görülmüştür. En düşük DEHB yaygınlık oranı ise, kişi başına aylık gelirin 5000 Yuandan fazla olan ailelerde olduğu görülmüştür (Jin, Du, Zhong & David, 2014).

6-18 yaş arası çocuklarda ve ergenlerde ruhsal bozuklukların dünya çapında yaygınlığının meta-analizinin yapıldığı çalışmada, standardize edilmiş tanısal değerlendirme araçlarından DSM (DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV) veya ICD'ye(ICD-9, ICD-10) göre değerlendirilen, PubMed, PsycINFO ve EMBASE'de taranan 27 ülkeden 41 çalışmaya yer verilmiştir. Kuzey Amerika, Avrupa, Asya, Afrika, Güney Amerika ve Karayipler, Orta Doğu ve Okyanusya bölgelerinden verilerin toplanarak yapıldığı alan yazın araştırmaları, sistematik olarak incelendiğinde dünyadaki ruhsal bozukluk yaygınlığı %13.4 olarak tespit edilmiştir. Ayrıca yaygınlık oranları herhangi bir anksiyete bozukluğu için %6.5, herhangi bir depresif bozukluk için %2.6, DEHB için % 3.4, herhangi bir yıkıcı davranım bozukluğu için %5.7, KOKGB için %3.6 ve davranım bozukluğu için %2.1 olarak tespit edilmiştir (Polanczyk et al., 2015).

Iran'da, rastgele küme örnekleme yöntemi ile seçilen, 6-11 yaş arası 1381 ilkokul öğrencisi arasında yapılan bir çalışmada, DEHB olan çocukları belirlemek amacıyla ilk olarak Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği öğrencilerin öğretmenlerine verilmiştir. Bu ölçeğe göre 1381 öğrenci arasından DEHB olabileceği düşünülen 129 öğrencinin ailelerine DSM-IV-TR'den 18 kriterlik DEHB listesi kullanılarak, telefon aracılığı ile ya da kendileriyle yüz yüze görüşülerek değerlendirme yapılmıştır. Bu yöntemle göre de 99 öğrenciye (%7.2) DEHB tanısı konulmuştur. DEHB tanısı olan öğrencilerin %10.3'ü erkek, %3.7'si ise kızdır. En yaygın DEHB alt tipinin DEHB-B (%44) olduğu, bunu DEHB-H'nin (%38) takip ettiği ve en az yaygın olan tipin ise DEHB-D (%17) olduğu bulunmuştur. Ayrıca DEHB-D tipinde cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmazken, DEHB-H tipinde kız öğrenciler erkek öğrencilerden, DEHB-B tipinde ise erkek öğrenciler kız öğrencilerden iki kattan fazla olduğu bulunmuştur. Bunların dışında yaş

arttıkça öğrencilerde DEHB oranının da arttığı tespit edilmiştir (Alizadeh, Armion, Coolidge, Flores & Sutton, 2015).

İran'da DEHB yaygınlığını değerlendirmek amacıyla 6-12 yaş arasında 10,529 ilkokul öğrencisinden (53 ilkokul), ana-babaları aranıp araştırmaya katılımı için izin alınan 700 öğrencinin seçildiği (4 ilkokul) bir çalışmada, demografik veriler ana-babalardan toplanmıştır. Ayrıca her öğrenci için ana-babalara ve öğretmenlere Çocuk Belirti Envanteri-4 doldurularak DEHB olabileceği düşünülen öğrenciler tespit edilmiştir. Elde edilen veriler doğrultusunda %17.3 öğrencinin DEHB tanısı aldığı görülmüştür. Diğer yandan DEHB tanısı alan öğrencilerin %5.9'unun DEHB-H tip olduğu, %5.9'unun DEHB-D tipi olduğu, %5.5'inin ise DEHB-B tip olduğu bulunmuştur. DEHB olan öğrencilerde, erkeklerin (%10), kızlara (%7.3) göre oranının daha fazla olduğu bulunmuştur. Bunların yanında DEHB'si olan öğrencilerin babalarının daha çok özel sektörde çalıştığı (%10.8) ve ana-babalarının daha çok lise (%7.92-%6.33) ve üzeri bir eğitim düzeyinde (%4.43-%5.07) olduğu tespit edilmiştir (Safavi, Ganji & Bidad, 2016).

Çin'de 1983-2015 yıllarında, 18 yaşın altındaki çocuklar ve ergenler arasında DEHB yaygınlığının incelendiği, 67 sistematik gözden geçirme ve meta- analiz çalışmasının yapıldığı bir araştırmada, PubMed, Web of Science, MEDLINE, CNKI, Wanfang, Weipuve CBM veri tabanları üzerinden değerlendirme yapılmıştır. DSM-IV tanı kriterlerine göre 43, DSM-III-R tanı kriterlerine göre 8, DSM-III tanı kriterlerine göre 6 ve DSM-5 tanı kriterlerine göre 1 çalışma, ICD 9 tanı kriterlerine göre 1 çalışma ve Çin Ruhsal Bozuklukların Sınıflandırılması tanı kriterlerine göre 4 çalışma değerlendirmeye alınmıştır. Araştırma bulgularına göre DEHB'nin nokta yaygınlık oranının %0.73 ile %14.40 arasında değiştiği ve havuz yaygınlığının ise %6.26 olduğu tespit edilmiştir. DEHB'si olan erkeklerin yaygınlık oranının (%8.17), kızlara (%6.22) göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur. 2010-2015 yılları arasında DEHB yaygınlık oranı %6.02 olarak bulunmuştur. En yüksek DEHB yaygınlığı, 2005- 2009 yılları arasında, %7.51 olarak tespit edilmiştir. Diğer yandan öğretmenlerden edinilen verilere göre değerlendirilen DEHB yaygınlık oranı %6.96, ana-babalardan edinilen verilere göre değerlendirilen DEHB yaygınlık oranı %7.29, klinisyenlerden edinilen verilere göre değerlendirilen



DEHB yaygınlık oranı ise % 5.47 olarak bulunmuştur. Ayrıca yalnızca çocuklara göre DEHB yaygınlığının tarandığı çalışmalarda DEHB yaygınlık oranı 5.74 olarak bulunmuştur. DEHB-D alt tipe göre yaygınlık oranı %3.24, DEHB-H alt tipe göre yaygınlık oranı 1.16 ve DEHB-B alt tipe göre yaygınlık oranı ise 1.71 olarak tespit edilmiştir (Wang, Liu, Li, Xu, Liu, Shi & Chen, 2017).

İsveç'te 2006- 2011 yılları arasında DEHB tanısı olan ve ilaç tedavisi alan çocuk, ergen ve yetişkin hastaların yaygınlığının araştırıldığı başka bir çalışmada veri kaynağı olarak kayıtlı iki nüfusa göre veri kullanılmıştır; Ulusal Hasta Kayıtları (NPR) ve Reçeteli İlaç Kayıtları (PDR). DEHB hastalarını tanımlamak için ise Uluslararası Hastalık Sınıflamasının 10. Revizyonu (ICD-10) kullanılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre İsveç genel nüfusunda yıllık DEHB yaygınlığı, 2006 yılında 1.000 kişi başına 1.1 iken, 2011 yılında 1.000 kişi başına 4.8'e yükselmiştir. 6-11 yaş arası çocukların DEHB tanısı alma oranının yıllara göre düştüğü; bu oranların 2006 yılı için %24.1, 2007 yılı için %20.1, 2008 yılı için %17.9, 2009 yılı için %17.0, 2010 yılı için %15.8 ve 2011 yılı için %16.0 olduğu bulunmuştur. 2006- 2011 yılları arasında DEHB tanısı alan 6-11 yaş arası 15,232 çocuğun %0.1'inde Depresyon, %1.2'sinde Kaygı, %0.5'inde Bipolar Bozukluk, %3.7'sinde KOKGB eş tanıları bulunmuştur (Giacobini, Medin, Ahnemark, Russo & Carlqvist, 2018).

### **2.3.2 Türkiye'de DEHB yaygınlık çalışmaları**

Trabzon ilinde 6-12 yaş arası, 1126 ilköğretim çağı çocuğunda, DEHB ve ona eşlik eden yıkıcı davranış bozukluklarının yaygınlığının incelendiği çalışmada, Turgay DSM-IV-Yıkıcı Davranış Bozuklukları Çocuk ve Adolesan Değerlendirme ve Tarama Ölçeği (T-DSM-IV-S) ve Tanı Koydurucu Görüşme Planı- 4 Versiyonunu kullanmıştır. Çalışmanın sonuçlarına bakıldığı zaman DEHB yaygınlığının %8.6 olduğu; bu oranların DEHB-D yaygınlığı için %1.6, DEHB-H yaygınlığı için %6 ve DEHB-B yaygınlığı için ise %0.9 olduğu belirlenmiştir. Ayrıca DEHB olan çocukların %12.8'inin erkek ve %3.7'sinin ise kız olduğu bulunmuştur (Gül vd., 2010).

Edirne il merkezindeki ilköğretim çağı çocuklarında DEHB yaygınlığının değerlendirildiği bir diğer çalışmada, DEHB yaygınlığı %6.09 olarak saptanmıştır. Alt tiplerin yaygınlığı DEHB-B için %2.79, DEHB-D için %1.77, DEHB-H için %1.53 olarak tespit edilmiştir. DEHB yaygınlığı kızlarda %5.05, erkeklerde ise %7.14 olarak bulunmuştur. Erkek kız oranı ise 1.4/1 olarak tespit edilmiştir (Şan, 2013).

İzmir'de Türk çocukları arasında DEHB ve KOKGB yaygınlığının ve tanısal tutarlılığının değerlendirildiği 4 yıllık boylamsal izlem çalışması (2008-2011) yapılmıştır. Bu çalışmada T-DSM-IV-S öğretmen ve ana-baba formları, Çocuk Davranışı Kontrol Listesi (CBCL) ve Öğretmen Rapor Formu ve ÇDŞG-ŞY uygulanmıştır. Bulgular dört dönemdeki DEHB yaygınlık oranlarının birbirine benzer olduğunu (sırasıyla %13.38, %12.53, %12.22 ve %12.9) göstermiştir. KOKGB'nin dört dönem yaygınlık oranları ise sırasıyla birinci aşamada %3.77, ikincisinde %0.96, üçüncü aşamada %5.41 ve dördüncü aşama için %5.35 olarak bulunmuştur. Bunların yanı sıra DEHB tanısı alan çocuklarda, dört döneme göre sırasıyla eş tanılarına ilişkin oranlar da belirlenmiştir. Buna göre DEHB'ye eşlik eden tanıların dört dönem boyunca KOKGB için (%61.8, %45.3, %40.8, %39.3), Davranım Bozukluğu için (%18.0, %17.3, %12.7, %24.6), Kaygı Bozuklukları için (%32.6, %12.0, %5.6, %4.9), Duygudurum Bozuklukları için (%12.4, %2.7, 9.9, %11.5), Tik Bozuklukları için (%6.7, %6.7, %6.9, %8.2), Enuresis için (%19.1, %8.0, %4.2, %3.3), Enkoprezis için (%9.0, %1.3, %0, %0) olduğu saptanmıştır (Ercan vd., 2013).

İstanbul'da 7-14 yaş arası, DEHB riski yüksek olan okul çağındaki çocukları belirlemek için, Marmara Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniği tarafından hizmet verilen üç okul araştırmaya katılmıştır. DEHB riski olan çocukları saptamak için ana-babalara ve öğretmenlere SNAP-IV Derecelendirme Ölçeği uygulanmıştır. SNAP-IV Derecelendirme Ölçeği DSM-IV ile uyumlu olarak, 9 Dikkatsizlik ve 9 Hiperaktivite/Dürtüsellik maddesinden oluşmaktadır. Çalışmada 1.5 Standart Sapma (SS) eşiği ölçüt alınarak, ana-babaların görüşlerine göre SNAP-IV Ölçeği'nde DEHB yaygınlığı %9.6 (n=299) ve öğretmenlerin görüşlerine göre SNAP-IV Ölçeği'nde DEHB yaygınlığı %10.1 (n=313) olarak bulunmuştur. DEHB riski 2.0 SS eşiği ölçüt

alındığında, ana-babaların görüşlerine göre SNAP-IV Ölçeği'nde DEHB yaygınlığı %6.0 (n=186); öğretmenlerin görüşlerine göre SNAP-IV Ölçeği'nde DEHB yaygınlığı %5 (n=145) olarak saptanmıştır. Çalışmada araştırma grubunun sadece %2.3'ü, ana-babalar ve öğretmenler için 1.5 SS eşiğini karşılamış veya aşmıştır (n=71,% 95 güven aralığı [CI] = [1.8, 2.8]). Bu 71 katılımcı ana-baba veya öğretmenin değerlendirmesine göre sadece bir kez sayıldığında, DEHB olan 541 ayrı çocuk olacağı için tahmini yaygınlık %17.4 olarak öngörülmüştür (% 95 CI = [16.1, 18.7]). Ana-babalar ve öğretmenler tarafından SNAP'a 2.0 SS eşiği alındığında, sadece %0.8 DEHB riski olan çocuğun (n = 24,% 95 CI = [0.5, 1.1]) bu eşiği karşıladığı veya bu eşiği aştığı tespit edilmiştir. Sonuç olarak DEHB için çeşitli yaygınlık tanımları kullanarak, ana-baba bildirimlerine göre %2.7 ile %9.6 arasında, öğretmen bildirimlerine göre %2 -%10.1 arasında yaygınlık kestirimleri elde edilmiştir (Güler vd., 2014).

İzmir'deki ilköğretim çağındaki çocuklarda DEHB'nin, diğer çocukluk dönemi psikiyatrik bozukluklarıyla birlikte yaygınlık oranının incelendiği araştırmada, 6-14 yaş arası ilköğretim öğrencilerinden rastgele seçilen 417 öğrenci ile görüşülmüştür. ÇDŞG-ŞY ölçüt alınarak klinik değerlendirme yapılmış ve DEHB yaygınlık oranları, sadece klinik görüşmeye göre % 21.8 olduğu, hem klinik görüşmeye göre DEHB olan, hem de ana-baba/öğretmene göre işlevselliğinde bozulma olan öğrencilerde DEHB yaygınlığının %19.7 olduğu, hem klinik görüşmeye göre DEHB olan, hem de ana-baba ve öğretmene göre işlevselliğinde bozulma olan öğrencilerde DEHB yaygınlığının %12.7 olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca DEHB alt tiplerinden en yaygın tipin DEHB-B olduğu, daha sonra DEHB-D tipinin geldiği ve bunu DEHB-H tipinin izlediği görülmüştür. Bunun yanında KOKGB yaygınlık oranının %2.4 olduğu, Davranım Bozukluğunun yaygınlık oranının ise %1.9 olduğu bulunmuştur. Ayrıca DEHB tanısı alan çocukların %71.4'ünün erkek, %28.6'sının ise kız olduğu ve sosyoekonomik düzeylerinin düşük olduğu bulunmuştur (Ercan vd., 2015).

Denizli İli'nde 6-14 yaş arası çocuklardaki DEHB yaygınlığının ve tanı binişikliğinin değerlendirildiği bir çalışmada, DEHB riski olan çocukları taramak amacıyla ana-babalara ve öğretmenlere T-DSM-IV-S uygulanmıştır. Ana-baba ya da öğretmenin değerlendirdiği bu ölçeğin birinde kesim puanının üzerinde puan alan çocukların ana- babaları telefonla aranarak bu çocuklar ve onların ana-babaları klinik görüşmeye çağırılmıştır. DSM-IV kriterlerine dayalı olan, ÇDŞG-ŞY yarı yapılandırılmış görüşme formuna göre tanısal değerlendirme yapılmıştır. Araştırma bulgularına göre ana-baba veya öğretmenlerin yanıtladığı T-DSM-IV-S'ye göre 1508 çocuğun 210'unda (%13.9) DEHB olabileceği öngörülmüştür. Erkeklerin %18.1'i, kızların ise %10.3'ü DEHB belirtileri göstermekteydi. DEHB riski olan 210 çocuğun ana-babalara göre %9,1'inde, öğretmenlere göre %8,6'sında, hem ana-baba hem öğretmene göre ise %3,7'sinde DEHB riski olduğu tespit edilmiştir. Klinik değerlendirmeye göre 115 katılımcının DSM-IV'e göre DEHB kriterlerini karşıladığı saptanmıştır (yaygınlık oranı %8; %95 güven aralığı= 6.6,9.4). DEHB yaygınlık oranı erkeklerde (%10.9), kızlara göre (%5.5) daha fazlaydı. DEHB'si olan çocukların %46.4'ü geniş aileden, %7.4'ü çekirdek aileden ve %4.3'ü tek ana-babalı aileden gelmekteydi. DEHB'si olan çocukların %4.7'sinin DEHB-B, %2.4'sinin DEHB-D ve % 0.8'sinin ise DEHB-H tipinde olduğu görülmüştür. Ayrıca DEHB'si olan çocukların %22.6'sinde KOKGB, %6.1'inde Kaygı Bozukluğu, %5.2'sinde Davranım Bozukluğu, %1.7'sinde Major Depresif Bozukluk, %0.9'unda Tik Bozuklukları olduğu tespit edilmiştir (Zorlu vd., 2015).

Eskişehir İli merkezinde 6-15 yaş arası ilköğretim çağı çocuklarında DEHB yaygınlığı ve risk etmenlerinin değerlendirildiği bir çalışmada ana-baba ve öğretmenlere T-DSM-IV-S uygulanmıştır. Ana-baba ve öğretmenlerin aynı öğrenci için görüş bildirdiği bu ölçekte, çocukların her iki değerlendirmede de yeterli puanı almaları gerekliliği göz önünde bulundurulduğunda çalışmaya alınan 3329 çocuk ve ergenin %4.4'ünde DEHB olduğu bulunmuştur. Ana-baba değerlendirmesine göre DEHB yaygınlığı %6.2, öğretmen değerlendirmesine göre ise DEHB yaygınlığı %9.2 olarak bulunmuştur. DEHB tanısı olan olguların %4.6'sı 6-11 yaş grubunda bulunmaktaydı. 6-11 yaş arası çocuklarda DEHB alt tiplerinden DEHB-D yaygınlığı %2.3, DEHB-H

%1.4, DEHB-B yaygınlığı ise %0.9 olarak saptanmıştır. Ayrıca DEHB yaygınlığı erkeklerde %6.1, kızlarda %3.0 olarak belirlenmiştir. DEHB alt tiplerinde de DEHB tanısı alan erkeklerin oranı kızlardan daha fazla bulunmuştur. Bunların dışında lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre annenin çalışmıyor olması, annenin gebelikte grip enfeksiyonu geçirmiş olması, annenin gebelikte ruhsal hastalık geçirmiş olması ve çocukta kronik bir hastalık varlığı ile DEHB-D arasında yine pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Alt tiplere bakıldığında ise annenin gebelikte grip enfeksiyonu geçirmiş olması ve çocukta kronik hastalık varlığı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Son olarak annenin çalışmıyor olması, annenin gebelikte ruhsal hastalık geçirmiş olması ve çocukta epilepsi tanısının mevcut olması ile DEHB-B arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Bir diğer deyişle anneye ve çocuğa ilişkin bu özellikler DEHB riskini arttırmaktadır (Toklu, 2016).

Türkiye’de Ege Üniversitesi’nde DEHB tanısı alan 6-18 yaş arası 1000 çocuk ve ergende, DEHB’nin alt tiplerine göre tanı binişikliği sıklığı ve sosyodemografik özellikleri değerlendirilmiştir. DEHB olan çocukları ve ergenleri tespit etmek için öncelikle DSM-IV kriterlerine dayalı ÇDŞG-ŞY yarı yapılandırılmış görüşme formu çocuklar için uygulanmış, daha sonra ise ana-babalara ve öğretmenlere aynı çocuğu değerlendirmeleri için T-DSM-IV-S uygulanmıştır. T-DSM-IV-S ölçeklerinden elde edilen verilere göre DEHB riski olan çocuklar belirlenmiş, sonra da ÇDŞG-ŞY yarı yapılandırılmış görüşme formu ve T-DSM-IV-S ile yapılan değerlendirmeler sonucunda DEHB tanısı olan çocuklar belirlenmiştir. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre 6-11 yaş arası DEHB tanısı alan çocuklarda en sık görülen eş tanıların sırasıyla KOKGB (%40.8), Davranım Bozukluğu (%7.4), Asperger Sendromu (%6.4), Obsesif Kompulsif Bozukluk (%6.1), Depresif Bozukluk (%5.4), Kaygı Bozukluğu (%2.8), Tourette Bozukluğu (%1.8), Enuresis (%1.3), Disleksi (%0.3), Bipolar Bozukluk (%0.3) olduğu bulunmuştur. DEHB’si olan 6-11 yaş çocuğun %64’ünün DEHB-B, %31.9’unun DEHB-D ve %4.1’inin ise DEHB-H tipinde olduğu görülmüştür. DEHB tanısının, erkeklerde kızlara oranla anlamlı düzeyde daha fazla olmasının yanı sıra, kızlarda %54.7 oranında DEHB- D alt tipi, %40.5 oranında DEHB-B alt tipi, %2.1 oranında DEHB-H alt tipi

olduğu, erkeklerde ise %62.4 oranında DEHB-B tipi, %34.3 oranında DEHB-D tipi ve %3.3 oranında DEHB-H alt tipi olduğu tespit edilmiştir (Inci vd., 2016).

Türkiye’de 30 şehirde, ilkokul 2.-4. sınıflara giden 6-13 yaşları arasındaki çocuklarda, çocukluk patolojisinin yaygınlığının incelendiği bir çalışmada T-DSM-IV-S Ölçeği ve ÇDŞG-ŞY yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Veriler, öğretmen ve ana-baba görüşlerine dayalı olarak toplanmıştır. Araştırma sonucuna göre DEHB olan ve işlevselliğinde bozulma olmayan çocukların yaygınlığının %19.5 olduğu, DEHB olan ve işlevselliğinde bozulma olan çocukların yaygınlığının ise %12.4 olduğu tespit edilmiştir (Ercan vd., 2019).

### **2.3.3 KKTC’de DEHB yaygınlığı**

KKTC’de ilkokul öğrencileri arasında DEHB yaygınlığının belirlenmesi amacıyla Lefkoşa’daki bir özel ilkokulda bulunan 6-11 yaş arası 1140 öğrencinin ana-baba ve öğretmenlerine T-DSM-IV-S Ölçeği uygulanmıştır. Daha sonra ana-baba veya öğretmen ölçeğinden en az birine göre DEHB riski olan çocukların ana-babaları ve kendileri ile ÇDŞG-ŞY kullanılarak yarı yapılandırılmış görüşme yapılmıştır. DEHB’nin yaygınlığı %12.8 olarak bulunmuştur. Ayrıca DEHB alt tiplerin dağılım oranları DEHB-B alt tipi için %61.1, DEHB-D alt tipi için %33.3 ve DEHB-H alt tipi için ise %5.6 olarak belirlenmiştir. DEHB’si olan erkek çocukların (%70.8), kız çocuklara (%29.2) göre daha fazla olduğu bulunmuştur (Bozkurt vd., 2017).

## 2.4 DEHB'nin nedenleri

DEHB'nin nedenleri tam olarak bilinmemesine karşın ilişkili olduğu bazı faktörler üzerinde durulmaktadır. Genellikle bu bozuklukta biyolojik ve çevresel etkenlerin birlikte rol oynadığı düşünülmektedir (Güney vd., 2011; Öztürk ve Uluşahin, 2008; Şenol, 2008). Yapılan çalışmalarda biyolojik etkenlerden biri olan kalıtımın, genetik nedenlerin DEHB üzerinde etkili olabileceğini göstermektedir. DEHB tanılı kişilerin birinci derecede biyolojik akrabalarında bu bozukluğun görülme oranının daha fazla olduğu (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013; Şenol, 2008) ve DEHB tanılı olguların yakın akrabalarında bozukluğun görülme riskinin %10 ile %35 arasında değiştiği bilinmektedir (Castellanos & Tannock, 2002).

DEHB'nin biyolojik nedenlerini belirlemeyi amaçlayan çalışmalar içerisinde ikizler ile ilgili çalışmalar dikkat çekicidir. Örneğin Amerika, Avustralya, İskandinavya ve Avrupa birliği ülkelerinde yürütülmüş bir gözden geçirme araştırmasında 20 tane ikiz kardeş incelenmiş ve bu ikizlerde DEHB'nin kalıtım yoluyla geçebilirliği yaklaşık %76 olarak bulunmuştur (Faraone et al., 2005). Diğer çalışmalar DEHB eş tutarlılığının tek yumurta ikizlerinde %80 oranında olduğunu ortaya koymuştur (Ercan vd., 2013). Bazı araştırmalar da tek yumurta ikizlerinde DEHB için eş tutarlılığının %59-92 arasında olduğunu; buna karşın bu oranın, çift yumurta ikizlerinde %29-42 arasında değiştiğini göstermektedir (Akgün, Tufan, Yurteri ve Erdoğan, 2011; Sadock & Sadock, 2005). Bu bulgular özdeş kalıtsallığın eş tutarlılığını artırdığını göstermektedir.

Yapılan çalışmalarda DEHB olan çocukların kardeşlerinde bu bozukluğun bulunma riskinin, normal kontrol grubuna göre 2-3 kat daha fazla olduğu bulunmuştur (Castellanos & Tannock, 2002; Kaplan et al., 2005; Öztürk ve Uluşahin, 2008; Şenol, 2008). Ayrıca ana-babalarında DEHB belirtileri olan çocuklarda, DEHB belirtilerinin görülme oranı, ana-babalarında DEHB olmayanlara göre daha fazla olduğu diğer saptanan bulgular arasındadır (Castellanos & Tannock, 2002; Faraone & Doyle, 2001; Kaplan et al., 2005; Semerci, 2015; Sürücü, 2003). Anne ya da babada DEHB olması çocukta DEHB riskini %50-60 oranında artırmaktadır (Semerci, 2015). DEHB olan

kişilerin biyolojik ana-babalarında, evlat edinen ana-babalardan daha sıklıkla DEHB olduğu görülmektedir (Ercan, 2013; Faraone et al., 2005). Ayrıca yapılan bazı çalışmalarda Domamin D<sub>4</sub> reseptör geni (DRD4) ve Dopamin taşıyıcı geninin (DAT1) DEHB ile ilişkili olabileceği görülmektedir (Kutcher et al., 2004; Şenol, 2008; Thapar, O'donovan & Owen, 2005).

Nörobiyolojik etkenlerin de DEHB'de önemli rol oynadığı görülmektedir. Yapılan çalışmalar DEHB olan bireylerde davranış kontrolü ve dikkat işlevleri için gerekli olan dopamin ve norepinefrin adlı nörotransmitterlerin yeteri kadar salınmadığını, PET çalışmaları ise DEHB olan çocukların frontal loblarında beyin kan akımı ve metabolik hızında azalma olduğunu göstermektedir (Kaplan, Sadock & Grebb, 1994; Sürücü, 2003; Şenol, 2008) DEHB olan gençlerde ve erişkinlerle yapılan çalışmalarda beynin ön bölgelerinde yeterince glukoz tüketiminin olmadığı ya da azaldığı bir başka ifadeyle bu bölgelerin yeterince aktif olmadığı gösterilmektedir (Sadock & Sadock, 2005; Sürücü, 2003). Ayrıca DEHB olan kişilerde görsel uyaranlara spontan dikkati vermeyi (canının istediği şeye dikkatini verebilme) düzenleyen posteriyor (arka) dikkat sisteminde bir sorun olmadığı, ancak frontal bölgede yer alan anterior (ön) dikkat sisteminde bozukluk olduğu ve buna bağlı bu bölge tarafından düzenlenen dikkatin, görev ve sorumluluk alanına yöneltilmesi ve sürdürülmesinde yetersizlik olduğu saptanan diğer bulgular arasındadır (Ercan, 2013).

DEHB'nin çevresel etkenlerle ilişkili olduğunu gösteren bazı çalışmaların da mevcut olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalar annenin erken doğum yapmasının, bebeğin doğum ağırlığının düşük olmasının (Bhutta, Cleves, Casey, Craddock & Anand, 2002; Çak ve Gökler, 2013; Henriksen, Wu, Secher, Obel & Juhl, 2015), gebelik sırasında annenin sigara (Knopik et al., 2016; Kovess et al., 2015; Palmer, Bidwell, Heath, Brick, Madden & Knopik, 2016), alkol, ilaç kullanımının, DEHB'nin oluşumunda önemli rol oynadığı görülmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008; Sürücü, 2003; Şenol, 2008). Ayrıca annenin doğum esnasında ve sonrasında yaşadığı tıbbi sorunlar, demir eksikliğinin olması, gebelik sırasında kötü beslenmesi, gebelik sırasında kimyasal zehirlere (örneğin kurşun) maruz kalması, çoğul gebeliğinin olması gibi çevresel etkenlerin de DEHB'nin oluşumunda etkili olduğu görülmektedir.



Bunların yanında yapılan çalışmalarda DEHB olan çocukların, DEHB olmayanlara göre daha kısa süreli anne sütü aldığı görülmektedir (Ateşaoğlu, Mete, Gökçay, Tamay ve Yetim, 2013; Görmez, Örengül, Meral, Kaynar ve Ertaş, 2017; Mimouni-Bloch, Kachevanskaya, Mimouni, Shuper, Raveh & Linder, 2013; Sabuncuoglu, Orengul, Bikmazer ve Kaynar, 2014; Türkoğlu, Bilgiç ve Akça, 2015; Yorbık, Kırmızıgül, Demirkan ve Söhmen, 2003)

## **2.5 DEHB'si olan çocukların taranması ve tanılanması**

DEHB'nin toplumdaki yaygınlığını belirlemeye yönelik yapılan çalışmalarda ilk basamak olarak DEHB tarama ölçekleri kullanılmaktadır DEHB belirtilerinin varlığını sorgulayan ölçeklerdeki maddelere ana- baba ve öğretmenler tepki vermekte ve onların görüşleri doğrultusunda problem davranışlar belirli ölçütü aştığında DEHB ön tanısı düşünülmektedir. Bu ölçekler tanıya yardımcı araçlar olarak kullanılmaktadır. Tanı ise klinik görüşme ile konmaktadır (Yazgan, 2013). Literatürde yer alan derleme çalışmalarına göre Almanya (Barkmann & Schulte-Markwort, 2012), Latin Amerika (Duarte, Hoven, Berganza, Bordin, Bird ve Miranda, 2003) ve Asya (Srinath, Kandasamy & Golhar, 2010) gibi bölgelerde ruhsal bozuklukların yaygınlık çalışmalarında derecelendirme ölçekleri ve tanı koydurucu görüşmeler birlikte kullanılarak değerlendirme yapılmaktadır. Bunların yanında yaygınlık çeşitli yarı yapılandırılmış, yapılandırılmış görüşme tekniklerinin kullanıldığı da görülmektedir (Bozkurt vd., 2017; Dursun, Güvenir ve Özbek, 2010; Ercan vd., 2015; Ercan vd., 2013; Froehlich et al., 2007).

DEHB'de tanı koydurucu hiçbir ölçek yoktur. Ancak DEHB'ye yönelik normları belirlenmiş çeşitli derecelendirme ölçekleri ya da psikometrik testler, tanı koymaya yönelik yardımcı araçlardır. Bunun yanında tanıya yardımcı bu derecelendirme ölçekleri, DEHB'ye yönelik vaka formülasyonu oluşturulmasında, tedaviyi planlamada, tedaviyi izlemede ve tedavinin sonuçlarını değerlendirmede de yardımcı olmaktadır (Ercan, 2013; Rutter,

Bishop, Pine, Scott, Stevenson, Taylor & Thapar, 2011). Ayrıca bu ölçekler araştırma amacıyla da kullanılabilirler (Collett, Ohan & Myers, 2003).

Çocuklarda DEHB'ye ilişkin Türkçe diline adapte edilmiş ya da geliştirilmiş pek çok değerlendirme aracı kullanılmaktadır. DEHB'yi tanılamaya yardımcı olmak amacıyla DSM-IV ölçütlerine uygun olarak Turgay'ın geliştirdiği, Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını Ercan ve diğerlerinin yaptığı, çocuk ve ergenlerin ana-babalarına ve öğretmenlerine uygulanabilen **Çocuk ve Ergenlerde Yıkıcı Davranım Bozukluğu İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği** (Ercan, Amado, Somer ve Çıkoğlu, 2001); McConnell'in öğretmen görüşlerine dayalı olarak DEHB'yi belirlemek için geliştirdiği, Türkiye uyarlaması Aksu ve Turan tarafından yapılmış **Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanı Ölçeği-Okul Derecelendirme Ölçeği** (Aksu ve Turan, 2005); ilköğretim düzeyinde öğretim yapan öğretmenlere uygulanan, Volraich ve diğerlerinin geliştirdiği, Ardıç ve Küçük Doğaroğlu'nun Türkiye koşullarına uyarladığı **Vanderbilt Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Öğretmen Değerlendirme Ölçeği** (Ardıç ve Doğaroğlu, 2018); Bussing ve diğerleri tarafından geliştirilen, Güler ve diğerlerinin Türkçe versiyonunu oluşturduğu DEHB'si olan çocukları belirlemek için araştırmalarda kullanılan **SNAP-IV Derecelendirme Ölçeği** (Güler vd., 2014) bunlara örnek olarak gösterilebilir.

Connors'ın Derecelendirme Ölçekleri, başta DEHB olmak üzere, çocuklardaki ve ergenlerdeki sorun davranışları tarama, tanıya destek olmak, DEHB ve ilgili sorunları belirlemek, DEHB'nin yaygınlığını ve sıklığını saptamak, uygulanan eğitimin ve tedavinin etkisini belirlemek amacıyla, araştırmalarda en çok kullanılan araçlar arasında yer almaktadır (Alizadeh et al., 2015; Kaner, Büyüköztürk, İşeri, Ak ve Özaydın, 2011a; Kaner, Büyüköztürk, İşeri, Ak ve Özaydın, 2011b; Khushabi et al., 2006; Venkata & Panicker, 2013). Connors Derecelendirme Ölçekleri, DSM-IV'e dayalı derecelendirme ölçekleri arasında en popüler olanıdır ve pek çok araştırmada ve klinik uygulamalarda kullanılmaktadır (Collett et al., 2003; Kaner vd., 2011a; Kaner vd., 2011b). Psikometrik özelliklerinin yeterli oluşunun yanı sıra Connors ölçek setinin bir avantajı da ana-baba, öğretmen ve öz bildirim ölçeklerinin olması ve bu ölçeklerin de kısa ve uzun formlarının bulunmasıdır. Connors

tarafından geliştirilen ve Türkiye uyarlama çalışması Kaner ve diğerleri tarafından yapılan, çocuk ve ergenlerin ana-babalarına uygulanabilen **Conners Ana-Baba Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Uzun Formu/(CADÖ-YU)** (Kaner vd., 2011a), **Conners Anababa Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa Formu/(CADÖ-YK)** (Kaner, Büyüköztürk ve Işeri, 2013a), çocuk ve ergenlerin öğretmenlerine uygulanabilen **Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Uzun Formu/(CÖDÖ-YU)** (Kaner vd., 2011b), **Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği- Yenilenmiş Kısa Formu/(CÖDÖ-YK)** (Kaner, Büyüköztürk ve Işeri, 2013b) ve ergenlerin kendileri tarafından yanıtlanabilen **Conners-Wells Ergen Öz-Bildirim Ölçeği Uzun Formu/ (CWEÖÖ-U)** (Kaner, Büyüköztürk, Işeri, Ak ve Özaydın, 2011c), **Conners- Wells Ergen Öz-Bildirim Ölçeği Kısa Formu/(C-WEÖÖ-K)** (Kaner, Büyüköztürk ve Işeri, 2012) bu ölçek seti içerisinde yer alan araçlardır. Conners derecelendirme ölçekleri, çocuk ve ergenlerdeki bilişsel, sosyal problemleri, içe yönelimle ve dışı yönelimle ilgili sorunları belirlemenin yanı sıra özellikle DSM-IV'deki DEHB tanı ölçütlerini karşılayan maddeleri içermektedir.

Alan yazında doğrudan DSM-V'i hedef alan ve çocuklarda DEHB'yi değerlendiren MOXO d-CPT DEHB testi dışında tanıya yardımcı değerlendirme aracına da rastlanmamıştır. Berger ve Goldzweig tarafından geliştirilen **MOXO d-CPT DEHB testi**, bilgisayar ortamında uygulanan, görsel ve işitsel çeldiricilere yer veren, Türkiye koşullarına uygunluğu çocuk ve ergenler için yapılan ve dikkat, zamanlama, hiperaktivite ve dürtüsellığı ayrı ayrı ölçebilen bir testtir (Kırnaz, 2017; Okumuş, Önal Sönmez, Kahyaoğlu ve Erdoğan, 2017). Ayrıca MOXO d-CPT dışında yalnızca, Swanson, Nolan ve Pelham tarafından hazırlanan ölçeğin IV. sürümünün (SNAP-IV), Sapmaz ve diğerleri tarafından Türkçe diline uyarlandığı **DSM-5 Düzey 2 Dikkatsizlik Ölçeği Ebeveyn Formu** da DSM-V kriterlerine göre çocuklarda dikkat eksikliğini değerlendiren bir ölçek olarak nitelendirilebilir (Yalın Sapmaz, Serim Demirgören, Öztürk, Bilaç, Özek Erkurtaran, Köroğlu ve Aydemir, 2016).

Her ne kadar tanı için başlangıç yaşlarında farklılıklar olsa da dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik ile ilgili davranış ölçütleri DSM-IV ve DSM-V'de

birbirinin aynıdır. DSM-IV'e göre belirtilerin 7 yaşından önce başlamış olması, Yaygın Gelişimsel Bir Bozukluğun, Zihinsel Geriliğin DEHB tanısı alan kişilerde dışlanmış olması ve DSM-V'te ise bu belirtilerin 12 yaşından önce başlamış olması, Yaygın Gelişimsel Bir Bozukluğun, Zihinsel Geriliğin DEHB tanısı alan kişilerde dışlanmamış olması dışında bir fark yoktur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001, 2014). Bu nedenle günümüzde DSM-IV ölçütleri göz önünde bulundurularak çocuklarda DEHB ile ilgili araştırmalar yapılmaya devam etmektedir (Abdullah, Jowett, Whittaker & Patterson, 2019; Alizadeh et al., 2015; Bozkurt vd., 2017; Ercan vd., 2015; Ercan vd., 2013; Mansour, Dovi, Lane, Loveland & Pearson, 2017; Normand et al., 2017; Percinel, Yazici ve Ustundag, 2016; Tarakçıoğlu, Kadak, Gürbüz, Poyraz, Erdoğan ve Aksoy, 2018; Türkoğlu vd., 2015; van Lieshout et al., 2017; Venkata & Panicker, 2013). Ayrıca DSM-V'te 18 yaşın altındaki çocuklar için DEHB kriterleri çocuklar için aynı olmasının yanı sıra, DSM-IV'e göre minimal farklılık göstermektedir. Dolayısıyla ana-baba ve öğretmenlere yönelik DSM-V'e göre DEHB değerlendirme ölçeği olmadığına, ana-baba ve öğretmenlerden çocuklara ilişkin bilgi edinmek için DSM tabanlı herhangi bir ölçeğin kullanılabileceği öngörülmektedir (Wolraich et al., 2019).

DEHB belirtileri 3 yaşlarında başlamış olmasına rağmen tanının, genellikle çocuğun eğitim ve öğreniminde gerekli dikkat süresi ve yoğunluğunun beklendiği ilkokul yıllarında konulması önerilmektedir (Şenol, 2008). DEHB tanısı iyi bir klinik değerlendirme ile koyulabilmektedir. İyi bir klinik değerlendirme, çocuk ve aileyle yapılacak görüşmenin yanı sıra, çocuğun ayrıntılı bir şekilde gelişimsel ve tıbbi öyküsünün alınmasını, DEHB ile karışabilen hastalıkların değerlendirilmesini, eşlik eden tanıların göz önünde bulundurulmasını, ana- babalara, çocuklara, öğretmenlere DEHB'ye ilişkin uygulanan çeşitli ölçekler ya da testler aracılığıyla çocuğun durumuna yönelik bilgi edinilmesini gerektirmektedir (Ercan, 2013; Mukaddes, 2015; Yazgan, 2013). Çoğu zaman çocuğun durumuna ilişkin öğretmene gönderilen soru formları ve ölçekler öğretmenden bilgi alınması için yeterli olsa da, gerekli durumlarda öğretmenle yüz yüze yapılacak görüşme daha fazla yarar sağlayabilmektedir (Ercan, 2013).

Günümüzde DEHB'ye yönelik tanı, klinik ortamlarda DSM-V'e (5th edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014) ya da ICD-11'e (The International Classification of Diseases- 11th Revision) (WHO, 2018) göre konulmaktadır. DSM-V'e göre DEHB tanısı için 9 dikkat eksikliği belirtisinin en az 6'sını (17 yaş ve üzeri kişiler için en az 5'ini), 9 hiperaktivite ve dürtüsellik belirtisinin en az 6'sını (17 yaş ve üzeri kişiler için en az 5'ini) karşılaması, bu bozukluğun en az 6 ay boyunca sürmesi ve 12 yaşından önce başlamasıyla birlikte kişinin toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevselliğini bozması gerekmektedir.(Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). DSM-V'e göre DEHB'nin tanı kriterleri aşağıdaki gibidir:

**A)** Aşağıdakilerden (1) ve/ya da (2) ile belirli, işlevselliği ya da gelişimi bozan, süre giden bir dikkatsizlik ve/ya aşırı hareketlilik-dürtüsellik örüntüsünün varlığı söz konusudur.

**1. Dikkatsizlik** belirtilerinin en az altısının (17 yaş ve üzeri kişiler için en az beş belirtinin) en az altı ay boyunca sürmesi gerekmektedir.

a. Çoğu kez ayrıntılara özen göstermez ya da okul çalışmalarında (derslerde), işte ya da etkinlikler sırasında dikkatsizce yanılgılar yapar.

b. Çoğu kez, bir etkinlik sırasında ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmekte güçlük çeker.

c. Çoğu kez doğrudan kendisine doğru konuşulurken dinlemiyor gibi görünür.

d. Çoğu kez verilen yönergeleri izlemez ve okulda verilen görevleri, sıradan günlük işleri ya da iş yeri sorumluluklarını tamamlayamaz.

e. Çoğu kez, işleri ve etkinlikleri düzene koymakta güçlük çeker.

f. Çoğu kez, sürekli bir zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez ya da bu tür işlere girmek istemez.

g. Çoğu kez, işi ya da etkinlikleri için gerekli nesnelere kaybeder.

h. Çoğu kez dış uyaranlara dikkati kolaylıkla dağılır.

i. Çoğu kez günlük etkinliklerde unuttandır.

**2. Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik** belirtilerinin en az altısı (17 yaşı ve üzeri kişiler için en az beş belirtinin) en az altı ay boyunca sürmesi gerekmektedir.

a. Çoğu kez kıpırdanır ya da ellerini ayaklarını vurur ya da oturduğu yerde kıvranır.

b. Çoğu kez, oturmasının beklendiği durumlarda oturduğu yerden kalkar.

c. Çoğu kez, uygunsuz ortamlarda, ortalıkta koşuşturur durur ya da bir yere tırmanır.

d. Çoğu kez, boş zaman etkinliklerine sessiz bir biçimde katılamaz ya da sessiz bir biçimde oyun oynayamaz.

e. Çoğu kez "her an hareket halinde" dir, "kıcına bir motor takılmıő" gibi davranır.

f. Çoğu kez aşırı konuşur.

g. Çoğu kez sorulan soru tamamlanmadan yanıtını yapıştırır.

h. Çoğu kez sırasını bekleyemez.

i. Çoğu kez başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer

**B)** 12 yaşımdan önce dikkatsizlik, ya da aşırı hareketlilik- dürtüsellik belirtileri olmalıdır.

**C)** Dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik- dürtüsellik belirtileri iki ya da daha çok ortamda (ev, okul ya da işyeri) görülüyor olması gerekmektedir.

**D)** Bu belirtiler kişinin toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevselliğini bozucu niteliktedir.

**E)** Bu bozukluğa ilişkin belirtiler yalnızca şizofreni ya da psikozla giden başka bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

Bileşik Görünüm: Son altı ay içinde, hem A1 (dikkatsizlik) hem de A2 (aşırı hareketlilik / dürtüsellik) tanı ölçütleri karşılanmıştır.

Dikkatsizliğin Baskın Olduğu Görünüm: Son altı ay içinde, A1 (dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmış, ancak A2 (aşırı hareketlilik / dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmamıştır.

Aşırı Hareketliliğin / Dürtüsellüğün Baskın Olduğu Görünüm: Son altı ay içinde, A2 (aşırı hareketlilik / dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmış, ancak A1 (dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmamıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

## **2.6 DEHB ile birlikte görülebilen komorbid psikiyatrik bozukluklar**

DEHB sıklıkla başka psikiyatrik bozukluklarla birlikte görülmektedir. Yapılan çalışmalarda, DEHB tanısı alan kişilerin yaklaşık 2/3'ünün başka bir psikiyatrik tanı daha aldığı gözlenmektedir. Yapılan çalışmalarda DEHB olan çocuk ve ergenlerde KOKGB'nin %3.7-65 arasında olduğu,(Aktepe, 2011; Bianchini et al., 2013; Ercan vd., 2013; Ercan vd., 2015; Giacobini et al., 2018; Öztürk ve Uluşahin, 2008; Zorlu vd., 2015), Davranım Bozukluğunun %7.1- 45 arasında olduğu (Aktepe, 2011; Bianchini et al., 2013; Ercan vd., 2013; Ercan vd., 2015; Öztürk ve Uluşahin, 2008; Zorlu vd., 2015), Özel Öğrenme Bozukluğunun %20-82.3 arasında olduğu (Altay ve Görker, 2018; Bianchini et al., 2013; Coşkun, Gürbüz, Çeri ve Doğangün, 2018; Karaman Türkbay ve Gökçe, 2006; Turgut, Erden ve Karakaş, 2010; Zorlu vd., 2015), Depresyon, Bipolar Bozukluk ve diğer duygudurum bozukluklarının %0.1-75 arasında olduğu (Bianchini et al., 2013; Ercan vd., 2013; Ercan vd., 2015; Sürücü, 2003; Zorlu vd., 2015), Kaygı Bozukluklarının %1.2- 41.4 arasında olduğu (Bianchini et al., 2013; Ercan vd., 2013; Ercan vd., 2015; Giacobini et al., 2018; Hergüner ve Hergüner, 2012; Sürücü, 2003; Zorlu vd., 2015), Tik Bozukluklarının %0.9-11 arasında olduğu (Aktepe, 2011; Ercan vd., 2013; Sürücü, 2003; Zorlu vd., 2015) ve Dışa Atım Bozukluklarının ise %3.2- 23.5 arasında olduğu (Aktepe, 2011; Ercan vd., 2013; Hergüner ve Hergüner, 2012; Zorlu vd., 2015) görülmektedir.

6-16 yaş çocuk ve ergenlerde psikiyatrik bozuklukların yaygınlığının değerlendirildiği bir çalışmada DEHB olan çocuk ve ergende sırasıyla KOKGB (%25.15), Davranım Bozukluğu (%18.18), Genellenmiş Kaygı Bozukluğu (%6.38), Major Depresyon (%3.66), Obsesif Kompulsif Bozukluk (%3.19), Özgül Fobi (%3.07), Tik Bozuklukları (%1.65), Distimi (%0.35) ve Mani(%0.24) komorbid bozuklukların olduğu tespit edilmiştir (Shen et al., 2018).

Yapılan başka bir çalışmada DEHB tanısı konan çocuk ve ergenlerde eş tanıları ve sosyodemografik özellikleri değerlendiren bir çalışmada eş tanıların dağılımına bakıldığı zaman KOKGB'nin %60.7, enürezis noktürnanın %23.5, anksiyete bozukluğunun %22.8, kekemeliğin %22.8, tik bozukluğunun %9.8, davranım bozukluğunun %7.1, enkoprezisin %3.2 oranlarında olduğu tespit edilmiştir. Anksiyete bozukluğu DEHB olan kızlarda (%37.8) daha sık olarak, KOKGB ise DEHB olan erkeklerde (%66.1) daha sık olarak belirlenmiştir (Aktepe, 2011).

DEHB olan çocuk ve ergenlerde eşlik eden psikiyatrik bozuklukları değerlendiren bir başka çalışmada ise en sık görülen psikiyatrik tanı grubunun yıkıcı davranış bozuklukları (%43,6) ve kaygı bozuklukları (%41,4) olduğu, en sık tespit edilen psikiyatrik bozuklukların ise KOKGB (%43,6), enürezis (%21,1), özgül fobi (%17,3) ve sosyal kaygı bozukluğu (%14,3) olduğu bulunmuştur (Hergüner ve Hergüner, 2012).

DEHB'ye eşlik eden komorbid bozukluklara bakıldığı zaman DSM-V tanı kriterlerinin çıkmasıyla birlikte yaygın gelişimsel bozukluklarla da birlikte görüldüğü gözlenmektedir. Yapılan çalışmalarda DEHB ve Otizm Spektrum Bozuklukları komorbiditesinin %30-70 oranında olduğu görülmektedir (Antshel, Zhang-James, Wagner Ledasma & Farone, 2016; Joshi et al., 2017; Lee & Ousley, 2006; Leitner, 2014; Leyfer et al., 2006; Smirnoff et al., 2008; Sinzig, Walter & Doepfner, 2009; Tourines et al., 2012). DEHB olan çocuklarda Zihinsel Gerilik komorbiditesinin ise %4-13 oranında olduğu görülmektedir (Faber et al., 2010; Jensen & Steinhausen, 2015; Kadesjo & Gillberg, 2001; Kraut et al., 2013).



## 2.7 Ayırıcı tanılar

Davranım bozukluğu olan çocuklarda dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinin yanı sıra yalan söyleme, çalma, zarar verme gibi antisosyal davranışlar da gözlenmektedir. Burada DEHB'den farklı olarak kasıtlı davranışlar söz konusudur (Ünal, Kültür, Öktem, Topçu ve Yalnızoğlu, 2004).

Zeka geriliği olan çocuklarda dikkatsizlik ve hareketlilik belirtileri gözlenebilmektedir. Ancak DEHB belirtileri zeka yaşından beklenenden daha çoksa DEHB tanısı konulabilmektedir (Şenol, 2008).

DEHB görme ve işitme bozuklukları, nöbetler, kafa travması sekeli, kötü beslenme, uyku bozukluklarına bağlı yetersiz uyku gibi durumlardan ayırt edilmelidir (Öner ve Soykan-Aysev, 2007)

Depresif belirtiler DEHB belirtilerinden odaklanma güçlüğü ve motor huzursuzluğun yalnızca disforik duygudurum, anhedoni ve artmış irritabilite sırasında olmakla birbirinden ayrılmaktadır. Ayrıca DEHB ve depresyonun birlikte görüldüğü hastalar esas olarak DEHB belirtilerinin duygudurum dönemleri dışında da var olduğunu dile getirmektedirler (Tuğlu ve Şahin, 2010). İştah ve uyku problemleri gibi somatovejatif belirtilerin ayrı ayrı dönemlerde ortaya çıkması da depresyon tanısını daha çok destekler niteliktedir (Sadock & Sadock, 2005; Tuğlu ve Şahin, 2010).

Bipolar- I Bozukluğu olan çocuklarda DEHB olan çocuklara göre daha fazla artan ve azalan belirtiler gözlenmektedir (Kaplan vd., 2005). Ayrıca Bipolar -I bozukluk 10 yaş civarlarında başlamakta ve 20 yaşında daha çok bu bozukluk nedeniyle hastaneye başvurmaktadırlar (Sadock ve Sadock, 2005). Ayrıca DEHB'de genellikle benlik saygısında düşme gözlemlenebilirken, manide benlik saygısında abartılı artış söz konusudur (Tuğlu ve Şahin, 2010).

Bazen dürtüsellik, motor aktivitede artış veya dikkatsizlik belirtileri bazı ilaçların kullanımı sonucunda gelişebilmektedir. Bu durum DEHB'den ayırt edilmelidir (Öner ve Soykan-Aysev, 2007; Sadock & Sadock, 2005).

Kaygı bozuklukları DEHB'den yaygın ya da kontrolü güç belirli bir durum veya uyarıcıya yönelik, subjektif endişe ile ayrılmaktadır (Sadock & Sadock, 2005; Tuğlu ve Şahin, 2010).

## **2.8 DEHB olan çocukların tedavisi ve eğitimi**

DEHB tedavi gerektiren bir bozukluktur. DEHB'si olan ve tedavi edilmeyen çocuklarda işlev bozukluğu daha çok akademik alanda ve kişilerarası ilişkilerde görülmektedir(Mukaddes, 2015; Öztürk ve Uluşahin, 2008; Subcommittee On Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, 2011; Sürücü, 2003). Bu çocuklar genellikle, derse odaklanamama, yerinde oturamama, arkadaşlarının dikkatini dağıtma, sık sık eşyalarını kaybetme, ödevlerini yapmama gibi yakınmalarla bazı öğretmenler tarafından fark edilip çocuk-ergen psikiyatrisi kliniklerine yönlendirilebilmektedirler (Ünal, Kültür, Öktem, Topçu ve Yalnızoğlu, 2004). DEHB olan çocuklar akademik alanda mevcut kapasitelerinin altında akademik başarı göstermektedirler (Mukaddes, 2015; Ünal vd., 2004). Diğer çocuklara göre daha fazla emek vererek ve daha fazla stres yaparak bilgi edinme; okul kurallarına uymakta güçlük çekmek, derslere ve okula karşı olumsuz tutum sergilemek; eğitim sürelerinin tipik gelişen çocuklara göre daha kısa olması; okulu terk oranları daha yüksek olması gibi sorunlarla karşılaşabilmekte (Loe & Feldman, 2007; Mukaddes, 2015).

DEHB'si olan ve tedavi edilemeyen ve eğitim desteği almayan çocuklar kişilerarası ilişkilerde sorunlar yaşamakta, dikkat, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik sorunları nedeniyle yaşlılarıyla oynadıkları etkileşimli oyunlardan çabuk sıkılmakta ve oyun bitmeden oyundan ayrılma eğiliminde olmaktadır, oyunda sıralarını beklemekte güçlük yaşayabilmektedirler. Bunların yanında DEHB'si olan çocuklar hoşlandıkları etkinlikleri ertelemede, zamanlarını yönetmede ve görevlerini adım adım planlamada zorluk çekmektedirler. Dolayısıyla yapacakları etkinlikler için ne kadar zaman gerektiğini planlamada zorlanmaktadır(Sadock & Sadock, 2005).

DEHB'si olan çocukların sosyal durumlara karşı engellenmeye tahammülleri de yoktur. Böyle bir durumla karşılaştıklarında ise sözel ya da fiziksel saldırganlık gösterebilmektedirler. Duygularında sıklıkla değişkenlik söz

konusudur. Örneğin çok keyifliyen birden öfkelenilemekte ya da bir gün ödevlerini tam olarak getirebilirlerken bir gün getirmeyebilmektedirler (Sadock & Sadock, 2005).

Sözel olmayan ipuçlarını anlamakta ve kurallara uygun oyun oynamakta zorlanmaktadır. Olaylara ya da durumlara gereğinden fazla tepki vermektedirler. Ayrıca çevrelerindeki kişilere sataşma, alay etme, rahatsız etme gibi davranışlar gösterebilmektedirler (Sadock & Sadock, 2005).

DEHB'si olan çocuklar düşünmeden hareket ettikleri, aşırı hareketli ya da dikkatsiz oldukları için günlük hayatlarında birtakım sorunlarla karşılaşmaktadırlar (Yavuzer, 2004). Sosyal ipuçlarını yanlış değerlendirmeleri, yapacakları şeyin sonucunu düşünmeden davranmaları, söyleyecekleri sözlerin karşısındaki kişiyi nasıl etkileyeceğini düşünmeden konuşmaları, başkalarının süregiden etkinliklerine ya da konuşmalarına dalmaları sosyal ilişkilerinde güçlük yaşamalarına neden olmaktadır. Ayrıca bu çocuklar akıllarına geleni sonucunu düşünmeden yaptıklarından dolayı kışkırtmalardan çabuk etkilenip kazayla çevrelerine zarar verebilmektedirler. Bunların dışında DEHB olan çocuklarda okul başarısızlıkları, aile, arkadaş ilişkilerinin iyi olmaması, sürekli uyarılmaları ve eleştirilmelerinden dolayı zaman içerisinde özsaygı ve özgüvenlerinde azalma söz konusu olabilmektedir (Sürücü, 2003). Ayrıca tedavi edilmeyen ve özel eğitim desteği almayan çocuklarda bu bozukluğun yetişkinlik çağında da devam edebilmesi nedeniyle ileriki yaşlarda antisosyal kişilik bozukluğu, suçluluk oranında artış, alkol ve madde kötüye kullanımı, bağımlılık ya da başka ruhsal sorunların varlığı ortaya çıkabilmektedir (Semerci, 2015; Ünal vd., 2004). Bu sebeplerden ötürü DEHB olan çocukların erken yaşta tespit edilmesi ve buna bağlı tedavilerinin düzenlenmesi, yaşam kalitelerinin artması ve gereksindikleri tedavi ve eğitim hizmetlerinin düzenlenmesi onların yaşam kalitelerinin ve çevreye uyumlarının artırılması açısından son derece önem taşımaktadır. Ayrıca akademik temellerin atıldığı ilkökul yıllarında çocuğun derslerine yönelik gerekli bilgi ve beceriyi kazanamaması, çocuğun ileriki yıllarındaki okul yaşantısında da sorun yaşamasına neden olabilecektir.

DEHB'li çocuklarda yaşanan problemlerin ve belirtilerin şiddetinin farklı olmasının yanı sıra, DEHB yaşamın birçok alanını etkileyen ve birçok davranışsal, psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiği klinik bir bozukluktur. Bu durum DEHB'si olan çocuk için kişiye özgü ve çok boyutlu bir tedavi yaklaşımını gerekli kılmaktadır (Mukaddes, 2015). Günümüzdeki çalışmalara bakıldığı zaman DEHB tedavileri ilaç tedavileri ve özellikle psikososyal müdahale tedavileri olmak üzere iki grupta toplanmaktadır (Schatz et al., 2020). Psikostimulanlar DEHB tedavisinde kullanılan ilaç grubu olmanın yanında içlerinde özellikle Amfetaminler ve Metilfenidat grubu ilaçların etkinliği araştırmalarla kanıtlanmıştır (Mukaddes, 2015). Kullanılan ilaçlar davranış kontrolünden sorumlu olan sistemlerin çalışabilmesi için gerekli olan dopamin ve noradrenalin gibi kimyasal maddelerin beyindeki miktarlarını düzenleyerek dikkat ve davranış kontrolünden sorumlu olan bölgeleri uyararak dikkat süresi ve yoğunluğunun artmasını ve davranış kontrolünü sağlamaktadır (Sürücü, 2003; Hinsaw, Arnold & MTA Cooperative Group, 2014).

Psikososyal müdahale tedavileri davranış ve beceri eğitimi, çocuğun akademik yönden diğerlerine uyum sağlamasını ve bunun için yapılabilecek akademik değişiklikleri içermektedir. Psikososyal tedaviler davranışsal temelli müdahaleleri, öğrenme temelli müdahaleleri ve akademik temelli müdahaleleri içermektedir. Davranışsal temelli müdahaleler davranışsal temelli ana-baba eğitimini, davranışsal temelli sınıf girişimlerini, davranışsal temelli akran müdahalelerini, davranışsal temelli aile içerisinde problem çözme girişimlerini içermektedir. Öğrenme temelli müdahalelerde çocuğa bazı beceriler öğretmek DEHB semptomlarının ya da DEHB düzeyinin azaltılması hedeflenmektedir. Bilişsel eğitim, sosyal beceri eğitimi, organize olma becerileri eğitimi, farkındalık eğitimi, duygu düzenleme eğitimi, nörofidbek eğitimi, kendini izleme eğitimi bu becerilere örnek olarak gösterilebilir. Akademik temelli müdahaleler ise çocuğun akademik yönden uyum sağlamasını ve çocuğun daha iyi öğrenebilmesi için gerekli olan akademik metodlardaki değişiklikleri içermektedir. Özellikle yapılan çalışmalarda DEHB'si olan çocuklarda psikososyal müdahalelerden davranışsal müdahalelerin tedavide en etkili müdahale yöntemi olduğu öne sürülmektedir (Schatz et al., 2020). Ayrıca yapılan çalışmalarda davranışsal

müdahale programlarının çocukların işlevselliği üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Özellikle davranışsal ana-baba eğitiminin ve davranışsal sınıf yönetimi eğitiminin DEHB'si olan çocukların işlevselliğini artırmada daha etkili olduğu bilinmektedir (Pelham Jr & Fabiano, 2008).

DEHB'li kişilerin %20-30'unda ilaçlara yanıt alınamamaktadır. İlaç tedavisine yanıt verenlerde de gerek ilaç tedavisine uyumda sorun olduğu için, gerekse DEHB'ye eşlik eden pek çok belirti DEHB ilaçları ile düzelmediği için ilaca ek olarak çocuğa psikoterapötik- eğitsel desteğin verilmesi tedavide önem taşımaktadır (Mukaddes, 2015). 6 yaşına kadar DEHB'si olan çocuklarda ana-baba ve çocuğu içeren davranışsal yaklaşım temelli ana-baba eğitimi ve davranışsal temelli sınıf müdahaleleri ilk sırada tedavi seçeneği olarak yer almaktadır. İlaç desteği bu tedavilerden fayda görmeyen çocuklar için ve mecbur kalındığı taktirde sağlanmaktadır. Ancak ilkokul öğrencileri için DEHB'si olan çocuklarda davranış yönetimi için davranışsal yaklaşım temelli ana-baba eğitimi ve davranışsal temelli sınıf müdahalelerinin yanında, tedavide ilaç desteğinin verilmesi de önerilmektedir (Wolraich et al., 2019).

Davranışsal temelli ana-baba eğitimi, davranış değiştirme ve sosyal öğrenme teorisinin temel ilkelerinin kullanımıyla ana-babaya çocuklarının davranışlarını şekillendirmeyi öğreten sistematik bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım ana-babaya duygularını kullanarak çocuklarıyla nasıl iletişim kurmaları gerektiğini öğretmeyi, olumlu ana-baba-çocuk etkileşimi becerilerini geliştirmeyi ve ana-babaların, çocuklarının davranışlarını nasıl değiştirebileceklerine yönelik bilgi edinmelerini amaçlamaktadır (Feldman & Reiff, 2014). Özellikle ana-babaların DEHB'ye ilişkin bilgilendirilmesi ve DEHB olan çocuğu ile ilişkisini düzenlemeye yönelik öneriler, ana-babalara DEHB'li çocuklarını anlama ve onların davranışsal sorunları ile baş etmeleri konusunda yardımcı olmaktadır (Mukaddes, 2015).

Günümüzde yapılan çalışmalara bakıldığı zaman ilkokul öğrencilerinde sınıf içinde eğitimsel müdahaleler, bireyselleştirilmiş öğretim destekli eğitim programı veya bir rehabilitasyon planı içerisinde yer almakta ve tedavi planının gerekli bir parçasını oluşturmaktadır. DEHB'si olan çocuklar için okula yönelik iki temel hizmet bulunmaktadır. İlk hizmet, öğrencinin yaşına uygun akademik ve davranışsal beklentilerini bağımsız olarak karşılamasına

yardımcı olmayı amaçlayan müdahaleleri içermektedir. Günlük rapor kartları, eğitim müdahaleleri, puan sistemleri ve akademik becerilerin iyileştirilmesi bu müdahalelere örnek olarak verilebilir. İkinci hizmet ise DEHB'si olan çocukta, ana-babada, öğretmende gerginliğe neden olan ve çocukta başarısızlığa neden olan sorunların giderilmesine destek olabilecek öğrenci programındaki değişiklikleri içermektedir. Sınavları ve ödevleri tamamlamak için ek süre verilmesi, ödev taleplerini azaltma, öğrenmesi için gerekli olan çalışma materyallerini sınıfta tutma ve öğretmenin notlarının öğrenciye sunulması gibi uygulamalar buna örnek olarak gösterilebilir. Bu hizmetler öğrencinin işini başarıyla tamamlamasını ve öğrencinin kendini daha değerli hissetmesini sağlamayı amaçlamaktadır (Wolraich et al., 2019).

İlacın DEHB'deki ana semptomlar üzerinde etkisi vardır. Ancak davranış değişikliğine yönelik yapılan diğer psikoeğitsel yaklaşımlar sosyal, akademik gibi işlevsellikte olan sorunların çözümüne odaklanmaktadır. Bu çocuklara yönelik uygulanan özel eğitim yaklaşımı ile, çocuğun akademik başarısında ve verimliliğinde azalma, sınıftaki işlevselliğinde azalma, öğretmenler, diğer okul personeli ve akranları ile olumsuz sosyal etkileşimler geliştirme gibi akademik ve sosyal işlevselliğinde yaşadığı sorunların çözümlenmesi hedeflenmektedir (Fabiano, Vujnovic, Naylor, Pariseau & Robins, 2009; Fabiano vd., 2010). DEHB'si olan çocukların özel eğitim hizmetlerinde kişiye özgü bireysel tedavi planı yapılmaktadır. Bu tedavi planı beklenmedik durumu yönetme stratejisi, ana-baba eğitimi, akademik yönde destekleyici yaklaşımlar gibi bileşenleri içermektedir (Fabiano et al., 2010). Bazı verilere göre ise DEHB'nin şiddeti çocuğun öğrenme yeteneğini etkilemediği sürece özel eğitim ya da rehabilitasyon hizmetlerinin gerekli olmadığı görülmektedir (Wolraich et al., 2019).

Özel eğitim hizmeti alan öğrenciler arasında DEHB'li öğrencilerin değerlendirildiği ulusal bir çalışmaya göre özel eğitim hizmeti alan %63.1 öğrencinin DEHB'si olduğu ve bunların %48.7'sinin öğrenme güçlüğüne ilişkin, %2.5'inin duygusal bir rahatsızlığa ilişkin, %12.4'ünün zihinsel geriliğine yönelik, %34.7'sinin ise konuşma/dil bozukluğuna yönelik tedavi gördüğü tespit edilmiştir. Bu çalışmada DEHB'li çocukların özel eğitim servislerinde daha çok akademik servislerden yararlandığı ve bu servislerde öğrencilere öğrenme stratejileri veya çalışma becerileri eğitimi sağlandığı,

hem özel eğitim öğretmeni tarafından hem de özel eğitim öğretmeni olmayan yetişkin bir kişi aracılığıyla ise özel ders olanağı sağlandığı görülmektedir. Ayrıca DEHB'li çocukların özel eğitim merkezlerinde akademik olmayan servislerden de yararlanarak davranış yönetimi, zihin sağlığı, sosyal çalışma, aile danışmanlığı, davranışsal müdahale programı gibi etkinliklerden de yararlandığı görülmektedir. Bunların yanında bu çalışmada DEHB'si olan öğrencilerin zamanlarının çoğunu genel eğitim sınıfında geçirdikleri, genel eğitim öğretmenlerinin onları anlama ve onlara etkili bir şekilde müdahale etme yeteneklerinin başarıları için çok önemli olduğuna vurgu yapılmaktadır. Ayrıca DEHB'li çocuklara kısa görevler verilmesi, daha sık geri dönütte bulunması ve testler için uzatılmış süre tanınması önerilmiştir. Bunların dışında gerek özel eğitim öğretmenlerinin gerekse genel eğitim öğretmenlerinin DEHB'si olan çocuklarda yüksek oranda sağlanan ilaç tedavilerinde ilaçların etkileri ve yan etkilerini bilmeleri gerektiği ve öğretmenlerin ilaç etkinliğinin izlenmesinde yardımcı olmaları gerektiği öne sürülmektedir (Schones, Reid, Wagner & Marder, 2006). Göl ve Bayık'ın (2013) çalışmasında da öğretmenlerin %74.8'inin öğrencilere yaklaşımın nasıl olması gerektiğine, diğer sınıf arkadaşlarına nasıl bilgi vermesi gerektiğine, aileyi ve çocuğu doğru yönlendirmek için neler yapması gerektiğine ilişkin sorun yaşadığı görülmektedir.

DEHB'si olan çocukların özel eğitim servislerini kullanımı ve karşılanmayan ihtiyaçlarının değerlendirildiği bir çalışmada ise çocukların neredeyse yarısının (%44) DEHB tanısı aldığı, ancak bunların sadece yarısının durumlarıyla ilgili tedavi gördüğü bildirilmiştir. Bu çalışmada DEHB'li çocukların duygusal yetersizlik ve özgül öğrenme güçlüğüne ilişkin özel eğitim hizmetleri aldığı görülmüştür. Kızların, karşılanmayan hizmet gereksinimlerine sahip olma olasılığının erkeklerin 3 katından fazla olduğu ve bunun azınlık durumu, düşük gelir ve sağlık bakım kuruluşu kapsamı ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bu bozukluğu olan çocuklar için ruh sağlığı hizmetlerinin genel sağlık hizmetleri ve özel eğitim programları ile bütünleştirilmesi gerektiğine dikkat çekilmiştir (Bussing, Zima, Perwien, Belin & Widawski, 1998).

Loe & Feldman (2007) ise çalışmalarında DEHB tedavisinde kullanılan ilaçlar ve / veya davranış yönetiminin tek başına veya kombinasyon halinde DEHB'li çocukların akademik ve eğitimsel becerilerini geliştirmede ve yapılan bir çok çalışmanın çocuklardaki akademik durumunu iyileştirme yerine problem davranışı azaltmakla ilgili olduğunu ifade etmiştir. Bu çalışmada ayrıca Amerika Birleşik Devletlerinde Eğitim Bakanlığı'nın DEHB olan çocukların diğer sağlık bozuklukları kategorisi altında ve çocuklarda sınırlı uyanıklık problemlerinin akademik performansı olumsuz yönde etkiledikleri durumda veya eğitimle ilgili yetersizlik yaşayan DEHB'li çocukların özel eğitim alabileceği bildirilmiştir.

Bunların yanında yapılan çalışmalarda öğretmenlerin DEHB ile ilgili daha fazla bilgiye ihtiyaç duyduğuna (Göl ve Bayık, 2013; Loe & Feldman 2007; Tahiroğlu, Uzel, Avcı ve Fırat, 2004) DEHB olan çocukların tedavisinde öğretmen, ana-baba ve sağlık hizmeti verenlerin işbirliği sağlamanın gerekliliğine ve bunun yetersiz olduğuna vurgu yapılmıştır (Loe & Feldman 2007). Rogers ve diğerlerinin çalışmasında da DEHB olan çocukların ana-babalarının okulu daha az davetkar bir yer olarak algıladıkları, öğretmenlerle ilişki kurabilmek için daha çok ricada bulunmaları gerektiğini algıladıkları, öğretmenlerin ise DEHB olan çocukların davranışlarını daha çok aile ve ana-baba faktörlerine; çocukların davranış problemlerini çatışmalı bir aile ortamına, aile ihmaline maruz kalmalarına, disiplin eksikliğine, aşırı korumacı annelerin varlığına, eğitim desteğinin yetersiz olmasına dayandırdığı ve bu durumun aile ile öğretmen iletişimsizliğine ve DEHB'li çocuklarda olumsuz akademik sonuçlara yol açtığı görülmektedir (Rogers, Wiener, Marton & Tannock, 2009).

Bilişsel davranışçı terapiler psikososyal tedaviler arasında yer alan bir diğer tedavi yöntemidir (Schatz et al., 2020). DEHB tedavisinde ve özellikle DEHB'ye eşlik eden kaygı bozuklukları ve depresif bozuklukların tedavisinde de kullanılmaktadır. Bilişsel davranışçı terapiye dayalı tedavide çocuklarda var olan uyum bozucu olumsuz davranışlar yerine olumlu davranışları konulmasını içeren davranışçı terapi (Evans, Owens, Wymbs & Ray, 2018; Subcommittee On Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, 2011) ve uyumsuz davranışlara ilişkin çocuğun kendini gözlemlemesi ve dürtüselliğini durdurabilmesine yönelik bilişsel stratejilere dayanan terapiler



kullanılabilmektedir (Sadock & Sadock, 2005). Ayrıca Bilişsel davranışçı tedaviler uyum bozucu davranışlara rehberlik edebilecek otomatik düşünceleri ve mantıksız inançları değiştirmeye odaklan tedavi şeklidir. Çocuğun davranışlarına yönelik farkındalık kazanmasında da etkili bir yöntemdir (Evans et al., 2018). Bunların yanında DEHB'si olan çocuklarda ev içi kurallara uymak, ana-baba ve kardeşle açık iletişim kurmaya yönelik bireysel ve aile terapileri, çocuğun öğrenme, organizasyon/ planlama becerilerinin artırılmasına yönelik pedagojik terapiler, çocuğun kendisiyle ilgili olumsuz düşüncelerinin azaltılması ve özgüveninin artırılmasına yönelik psikoterapiler de kullanılmaktadır (Yazgan, 2013).

### **3. BÖLÜM**

#### **ARAŞTIRMA YÖNTEMİ**

##### **3.1 Araştırmanın modeli**

Bu çalışmada, kesitsel tarama yöntemi kullanılmıştır. Kesitsel araştırmalar örneklemin büyük olduğu ve birçok farklı özellikteki topluluğu kapsayan araştırmalardır (Büyüköztürk, Çakmak, Akgün, Karadeniz ve Demirel, 2013).

##### **3.2 Evren ve örneklem**

Bu çalışmanın evreni, 2016-2017 öğretim yılında Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC) Milli Eğitim Bakanlığı'na (MEB) bağlı ilkokullara kayıtlı 6-11 yaş grubu öğrencilerin ana-baba ve öğretmenlerinden oluşmaktadır. 2016-2017 öğrenim yılında KKTC MEB'e bağlı bütün resmi ve özel ilkokullarda toplam 19427 (10053 erkek, 9374 kız), öğrenci kayıtlı bulunmaktadır. Bu çalışmanın evrenini oluşturmaktadır.

Evrenin cinsiyet, sınıf, yerleşim ve bölgelere göre dağılımı Tablo 1.'de verilmiştir.

**Tablo 1.**

*Evrenin cinsiyet, sınıf, yerleşim yerine ve bölgelere göre dağılımı*

		LEFKOŞA (n: 6975)		GÜZELYURT (n: 1560)		GİRNE (n: 4748)		MAĞUSA (n: 4692)		İSKELE (n: 1452)	
		KÖY	ŞEHİR	KÖY	ŞEHİR	KÖY	ŞEHİR	KÖY	ŞEHİR	KÖY	ŞEHİR
1.SINIF	Erkek	180	540	84	89	246	273	190	317	85	47
	Kız	158	537	81	83	210	265	170	289	86	54
	Toplam	338	1077	165	172	456	538	360	606	171	101
2.SINIF	Erkek	209	548	68	68	223	286	161	289	81	35
	Kız	166	478	66	81	202	282	161	250	83	35
	Toplam	375	1026	134	149	425	568	322	539	164	70
3.SINIF	Erkek	172	515	68	91	218	230	181	301	117	43
	Kız	178	477	78	63	197	256	174	277	116	52
	Toplam	350	992	146	154	415	486	355	578	233	95
4.SINIF	Erkek	195	557	90	61	227	253	187	329	100	52
	Kız	176	486	71	77	215	236	176	280	101	46
	Toplam	371	1043	161	138	442	489	363	609	201	98
5.SINIF	Erkek	172	523	90	84	250	260	200	291	116	61
	Kız	183	525	82	85	203	216	185	284	95	47
	Toplam	355	1048	172	169	453	476	385	575	211	108
Genel toplam	Erkek	928	2683	400	393	1164	1302	919	1527	499	238
	Kız	861	2503	378	389	1027	1255	866	1380	481	234
	Toplam	1789	5186	778	782	2191	2557	1785	2907	980	472

Çalışmaya alınan öğrenciler, MEB'den alınan bütün okullara ait kayıtlı öğrencilerin cinsiyet (kız, erkek), sınıf (1-5), yerleşim (köy, şehir), bölge (Lefkoşa, Mağusa, İskele, Girne, Güzelyurt) özellikleri göz önüne alınarak tespit edilmiştir. Bu bağlamda 500 öğrencinin evrene oranı, cinsiyet, sınıf, yerleşim ve bölge kotalarına göre hesaplanmıştır. Seçkisiz olarak seçilen köy ve şehir okullarından, yeterli kız ve erkek öğrenci sayısına ulaşıncaya kadar birinci, ikinci, üçüncü, dördüncü ve beşinci sınıflara ait şubelerden yine seçkisiz olarak seçilen sınıflardaki öğrencilerin ana-babalarına Connors Ana-Baba Dereceleme Ölçeği- Yenilenmiş Uzun Formu (CADÖ-Y/U), Çocuklar için Anne-Baba Bilgi Formu, sınıf öğretmenlerine ise Connors Öğretmen Dereceleme Ölçeği- Yenilenmiş Uzun Formu (CÖDÖ-Y/U) anket formları dağıtılmıştır. Formlar ana-babalara sınıf öğretmenleri aracılığıyla gönderilmiş, daha sonra yine sınıf öğretmenleri vasıtasıyla geri dönüşleri sağlanmıştır. CÖDÖ-Y/U ise öğretmenlere doğrudan ulaştırılmıştır.

Güvenilir sonuçlar elde edebilmek amacıyla cevaplanması gereken en önemli sorulardan biri örneklem büyüklüğünün ne kadar olması gerektiğidir (Büyüköztürk, Kılıç-Çakmak, Akgün, Karadeniz ve Demirel, 2013). "Örneklem büyüklüğü ne olmalıdır?" sorusuna kesin yargılarla yanıt verilemese de yaklaşık hesaplamalarla bir sonuca varılabilmektedir (Scheffé ve Tukey, 1944). Örneklem büyüklüğünün belirlenebilmesi için kullanılacak farklı formüller olmasına rağmen, evrene ilişkin ortalama ve standart sapma değerlerinin bilinmediği durumlarda aşağıda verilen formülün kullanılabileceği belirtilmektedir (Faulkenberry ve Weeks, 1968).

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N - 1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

Eşitlikte verilen kısaltmalar ve bunların ne anlama geldiği aşağıda açıklanmıştır.

**N**= Evrendeki birey sayısı

**n**= Örnekleme alınacak birey sayısı

**p**= İncelenecek olayın görülüş sıklığı (olasılığı)

**q**= İncelenecek olayın görülmeyiş sıklığı (1-p)

**t=** Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer ( $\alpha=0.05$  için  $t=1.96$ ,  $\alpha=0.01$  için  $t=2.58$ ,  $\alpha=0.001$  için  $t=3.28$ )

**d=** Örneklem hatası olarak simgelenmiştir.

Evreni temsil edecek örneklemin belirlenmesinde ilkokul, ortaokul ve lise olmak üzere 3 tabaka bulunduğundan dolayı, yukarıda verilen formül kullanılarak her bir tabaka için gerekli en küçük birim sayısının ne olması gerektiği belirlenmiştir. Hesaplamalarda  $\alpha=0.05$  için  $t=1.96$  değeri esas alınarak olayın görülme sıklığı (p) %50 olarak kabul edilmiştir. Buna göre KKTC’de öğrenim gören 19427 ilkokul öğrencisini temsil edecek en küçük örneklem sayısı yaklaşık olarak 376 olarak saptanmıştır.

$$n = \frac{19427 \cdot 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,05^2 \cdot (19427 - 1) + 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5} \cong 376$$

Bu işlemin ardından yapılan analizlerde çok değişkenli normallik, homojenlik, doğrusallık, uç değerler ve kayıp veri varsayımlarının sağlanabilmesi amacıyla örneklem sayısının hesaplanan en küçük değerden daha büyük olması gerektiğine karar verilmiştir. Bu sebeple verilerde varsayımların sağlanabilmesi amacıyla hesaplanan örneklem sayısından %20 daha fazla olması amacıyla ilkokul öğrencileri için örnekleme bulunması gereken kişi sayısının 451 ( $376 \times 1,2$ ) olması gerektiği düşünülmeye rağmen, sayının biraz daha fazla olmasının veri kaybını önlemek açısından daha iyi sonuçlar elde etmemize yardımcı olabileceği düşünülerek bu sayının 500 olmasına karar verilmiştir.

Araştırmanın örnekleme, evreni temsil eder nitelikte olup, seçkisiz örnekleme yöntemlerinden biri olan, tabakalı örnekleme yöntemi kullanılarak seçilmiştir. Tabakalı örnekleme, evrendeki alt grupların evrendeki ağırlıkları oranında temsil edilmesini sağlayan ve evrenden örnekleme alma işleminin basit yansız örnekleme ile gerçekleştirildiği bir örnekleme yöntemidir (Büyüköztürk vd., 2013). Çalışmada önce okullar MEB’den alınan listeler göz önünde bulundurularak, her ilçe merkezinden bir tane ve her ilçe köylerinden bir tane olmak üzere, toplam ikişer ilkokul kura yöntemi ile tespit edilmiştir. Her bölge

için, köy ve şehir olarak ayrı ayrı ortalama 2 ilkokul kura ile seçilmiştir. Her bölgedeki okullar, kura sırasına göre telefon aracılığı ile aranmış, araştırmaya katılmayı uygun bulan okulların müdürlerinden randevu alınıp görüşülmüş ve her sınıfa ait şubeler, kura yöntemi ile, okullardan alınan listeler aracılığıyla en fazla 10 öğrenci araştırmaya alınacak şekilde rastgele seçilmiştir. Buna göre kalabalık okullardan istenilen öğrenci sayısına ulaşıncaya kadar birden fazla şube seçilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen okullar için alternatif başka okullar, araştırmaya katılmayı kabul eden okul bulunana kadar, kura sırası takip edilerek ve okulların müdürleri ile görüşülerek belirlenmiştir. Bunun dışında gidilen okullarda müdür tarafından kabul edilen, ancak çalışmaya katılmayı kabul etmeyen şubelerin sınıf öğretmenleri için, yine kura sırası göz önünde bulundurularak, gerek aynı okula ait başka şubelerden, gerekse diğer okullardaki şubelerden, gereken örneklem miktarı sağlanmaya çalışılmıştır. Böylece 20 okul ile görüşülmüş, bu okullardan toplam 15 ilkokul çalışmaya katılmıştır.

Seçilen şubelerin öğrenci listelerinden kızların/erkeklerin sınıftaki sayısının, istenen kız/erkek sayısına bölünmesi (kız ve erkek sayısı 10'u geçmeyecek şekilde belirlenmiştir) ile elde edilen sayının, listede ritmik olarak sayılmasıyla tespit edilen öğrencilerin ana-babaları ve öğretmenleri, araştırma örneklemine alınmıştır. Örneğin sınıfta 10 kız öğrenci olduğunu ve sadece iki kız öğrenci seçileceğini düşünecek olursak, kızlar listesinin ilk üç sırasındaki kızlardan biri kura ile seçilmiş ve seçilen kızdan itibaren  $10/2 = 5$  öğrenci ritmik olarak atlanarak, örnekleme dahil olacak kişiler belirlenmiştir.

Örneklemin cinsiyet, sınıf, yerleşim ve bölgelere göre dağılımı Tablo 2.'de verilmiştir.

**Tablo 2.**

*Örneklemin cinsiyet, sınıf, yerleşim ve bölgelere göre dağılımı*

		LEFKOŞA (n: 180)		GÜZELYURT (n: 40)		GİRNE (n: 122)		MAĞUSA (n: 121)		İSKELE (n: 37)	
		KÖY	ŞEHİR	KÖY	ŞEHİR	KÖY	ŞEHİR	KÖY	ŞEHİR	KÖY	ŞEHİR
1.SINIF	Erkek	5	14	2	2	6	7	6	8	2	1
	Kız	3	14	2	2	6	7	4	8	2	2
	Toplam	8	28	4	4	12	14	10	16	4	3
2.SINIF	Erkek	6	14	2	2	5	8	4	8	2	1
	Kız	4	13	2	2	5	7	4	6	2	1
	Toplam	10	27	4	4	10	15	8	14	4	2
3.SINIF	Erkek	4	13	2	2	6	6	5	8	4	1
	Kız	5	12	2	2	5	7	4	7	3	1
	Toplam	9	25	4	4	11	13	9	15	7	2
4.SINIF	Erkek	5	14	2	2	6	7	5	8	2	1
	Kız	5	13	2	2	5	6	4	7	3	1
	Toplam	10	27	4	4	11	13	9	15	5	2
5.SINIF	Erkek	4	13	2	2	7	6	5	8	3	2
	Kız	5	14	2	2	5	5	5	7	2	1
	Toplam	9	27	4	4	12	11	10	15	5	3
Genel toplam		46	134	20	20	56	66	46	75	25	12

Ölçme araçlarını yanıtlaması istenen ana-babaların neden sadece kendi çocuklarının seçildiğine ilişkin kaygı yaşamalarını önlemek için ana-baba formu sadece belirlenen öğrencilere değil, sınıftaki tüm öğrencilerin ana-babalarına gönderilmiştir. Dolayısıyla öğretmen formundan daha fazla sayıda ana-baba formu toplanmıştır. Böylece 563 öğretmen CÖDÖ-Y/U'yu, 944 ana-

baba CADÖ-YU'yu ve Çocuklar için Anne Baba Bilgi Formu'nu yanıtlamışlardır.

Yalnızca 474 öğrenci ise hem ana-babaları, hem de öğretmenleri tarafından değerlendirilmiştir. Böylece DEHB riski olan öğrenciler hem ana-babaları, hem de öğretmenleri tarafından değerlendirilmiş 474 öğrenciyle ilgili veriler üzerinden belirlenmiştir. Daha sonra CADÖ-Y/U ve/veya CÖDÖ-YU ölçeklerinde, BP-D ve/veya H alt ölçeklerinden kesme noktasının üzerinde puan alan, bir diğer deyişle DEHB riski olan 189 öğrenci belirlenmiştir. DEHB riski olan 189 öğrenci ve ana-babaları Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'ne klinik görüşme için davet edilmiştir. Klinik görüşmeye gönüllü olarak katılmayı kabul eden 51 öğrenci ve onların ana-babaları ile ÇDŞG-ŞY yarı yapılandırılmış görüşme formu uygulanmıştır. Ölçeklerle (CADÖ-Y/U, CÖDÖ-YU) belirlenen yaygınlık değerinin, yarı yapılandırılmış görüşme formu (ÇDŞG-ŞY) ile elde edilen yaygınlık değerine oranı üzerinden DEHB yaygınlık oranı belirlenmiştir.

### **3.3 Veri toplama araçları**

Araştırmada KKTC'deki ilkökul öğrencilerinde DEHB yaygınlığını tespit etmek için Conners Ana-Baba Dereceleme Ölçeği- Yenilenmiş Uzun Formu (CADÖ-Y/U), Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği- Yenilenmiş Uzun Formu (CÖDÖ- Y/U) ve Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY) yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Ayrıca çocukların sosyodemografik özellikleri hakkında bilgi edinmek amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilen Çocuklar için Anne-Baba Bilgi Formu kullanılmıştır.

#### **3.3.1 Conners Ana-Baba Dereceleme Ölçeği- Yenilenmiş Uzun Formu: (CADÖ-Y/U) (Conners' Parent RatingScale-Revised/Long. CPRS-R/L)**

CADÖ-Y/U, öncelikle DEHB olmak üzere, 3-17 yaş arası çocuk ve ergenlerdeki problem davranışları değerlendirmek amacıyla Conners tarafından geliştirilmiştir (Conners, Sitarenios, Parker & Epstein, 1998a). CADÖ-Y/U 57 maddeden ve 7 alt ölçekten oluşmaktadır: Karşı Gelme (10 madde), Bilişsel Problemler- Dikkatsizlik (12 madde), Hiperaktivite (9 madde), Kaygı- Utangaçlık (8 madde), Mükemmeliyetçilik (7 madde), Sosyal



Problemler (5 madde) ve Psikosomatik (6 madde). Ayrıca alt ölçeklerdeki bazı maddeleri paylaşan üç yardımcı ölçek de bulunmaktadır. Bunlar DEHB indeksi, Conners Global İndeksi ve DSM-IV Semptomları'dır (Conners et al., 1998a; Kaner vd., 2011a)

CADÖ-Y/U 4'lü likert tipi bir ölçek olup, puanlaması 0-3 arasında değişmektedir. "Hiçbir zaman doğru değil" (hiçbir zaman, nadiren), "Biraz doğru" (bazen), "Oldukça doğru" (çoğu kez, sık sık), "Çok doğru" (pek çok kez, çok sık) seçenekleri sırasıyla "0", "1", "2", ve "3" şeklinde puanlanmaktadır. Bir alt ölçekten alınan puan arttıkça, bu durum, bireyin o alt ölçeğe ilişkin soruna sahip olma düzeyinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir (Kaner vd., 2011a).

Özgün çalışmada CADÖ-Y/U'nun Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) sonucu elde edilen uyum indeks değerleri GFI= 0.863, AGFI=0.849 ve RMS=0.0291 olarak belirlenmiştir. Conners ve diğerleri aracın ölçüt geçerliğini değerlendirmişler ve CADÖ-YU'nun Mükemmeliyetçilik alt ölçeği dışında tüm alt ölçeklerin DEHB tanısı olan ve DEHB tanısı olmayan çocukları birbirinden ayırt ettiğini bulmuşlardır ( $p<0.001$ ). CADÖ-YU'nun Cronbach alfa katsayıları kızlarda 0.75-0.93, erkeklerde 0.73- 0.94'dür. Test-tekrar test korelasyon katsayıları ise 0.47-.85 arasındadır (Conners et al.,1998a).

CADÖ-YU'nun Türkiye için uyarlama çalışması Kaner, Büyüköztürk, İleri, Ak ve Özaydın (2011a) tarafından Türkiye'nin 11 ilindeki okullardan seçilen 3-17 yaş arası 5355 çocuğun ana-babaları ile yapılmıştır. DFA analiz sonucunda CADÖ-Y/U'nun faktör yapısının özgün ölçekle özdeş olduğu bulunmuştur. Modelin uyum indeks değerleri çoklu ölçütlere göre değerlendirildiği zaman, uyum indeks değerlerinin RMSEA= 0.04, RMR=0.04, GFI= 0.90 ve AGFI= 0.89 olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin yapı geçerliği ayrıca CADÖ-Y/U ile Conners Ana-Baba Dereceleme Ölçeği-48 ve Yenilenmiş Davranış Problemleri Kontrol Listesi ile ilişkileri ile de incelenmiştir. CADÖ-Y/U ile CADÖ-48 alt ölçekleri arasındaki korelasyonlar 0.01 ile 0.79 arasında; Yenilenmiş Davranış Problemleri Kontrol Listesi ile ilişkileri ise 0.06- 0.77 arasındadır. CADÖ-Y/U'nun yapı geçerliliği ayrıca DEHB tanısı almış ve böyle bir tanısı olmayan çocukların ana-baba değerlendirmelerine ilişkin puanların ortalamaları arasındaki farklılıkların t-test ile kıyaslanması yoluyla

da incelenmiş ve Kaygı-Utangaçlık, Mükemmeliyetçilik ve Psikosomatik alt ölçekleri dışındaki ölçeklerin DEHB olan çocuklar ile DEHB olmayan çocukları ayırt ettiği belirlenmiştir. Son bir yapı geçerliği çalışmasında ise alt ölçekler arasındaki tüm korelasyonların istatistiki olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Kaner vd., 2011a).

CADÖ-Y/U'nun güvenilirliğini belirlemek için aracın iç tutarlılığı Chronbach alfa katsayısı ile incelenmiş ve alfa katsayılarının 0.85- 0.55 arasında olduğu bulunmuştur. CADÖ-YU'nun test-yeniden test güvenilirlik katsayıları 0.73-0.35 arasındadır. CADÖ-Y/U'da yer alan maddelerin ayırt edicilik düzeylerini değerlendirmek için hesaplanan madde toplam korelasyonları, Karşı Gelme için 0.45-0.59, Bilişsel Problemler-Dikkatsizlik için 0.43-0.61, Hiperaktivite için 0.37-0.58, Mükemmeliyetçilik için 0.36-0.45, Psikosomatik için 0.37-0.59, Kaygı-Utangaçlık için 0.32-0.60 ve Sosyal Problemler için 0.37-0.59 arasındadır (Kaner vd., 2011a).

KKTC'de CADÖ-Y/U'nun ilkokul öğrencileri için psikometrik özelliklerinin incelenmesi amacıyla seçkisiz tabakalı örnekleme yoluyla 1.-5.sınıfa giden 469 çocuğun ana-babalarından elde edilen veriler üzerinde doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapılmıştır. DFA, ölçeğin özgün formunda olduğu gibi yedi boyutlu bir yapıda olduğunu ortaya koymuştur ( $\chi^2=4328.70$ ,  $df=1518$ ,  $\chi^2/df=2.85$ ; CFI=0.95; GFI=0.91; SRMR=0.047; RMSEA=0.045).Yapı geçerliliğini test etmek için ayrıca alt ölçekler arasındaki korelasyonlar hesaplanmış ve Pearson korelasyon katsayılarının 0.13-0.73 arasında olduğu bulunmuştur. CADÖ-Y/U'nun ayırt ediciliğini değerlendirmek için DEHB tanısı almış ve hiçbir tanı olmayan iki farklı gruptan elde edilen puan ortalamaları t-testi ile karşılaştırılmıştır ve ölçeğin tüm alt ölçeklerinin DEHB'li olan ve olmayan grupları ayırt ettiği bulunmuştur. Ayrıca 469 ana-babaya ait veriler üzerinden %27'lik alt ve üst gruplar (n=127) arasındaki farklılık incelenmiş, KG (t= -18.21, p<0.001), BP-D (t=-18.91, p<0.001), H (t=-17.71, p<0.001), K-U (t=-10.84, p<0.001), M (t=-5.32, p<0.001), SP (t=-10.03, p<0.001) ve P (t=-8.31, p<0.001) alt boyutlarında elde edilen puanlar arasındaki farkların istatistiksel olduğu belirlenmiştir (Alkan, Kaner ve Çakıcı, 2020a).

CADÖ-Y/U alt ölçek puanlarının iç tutarlılığı Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirildiği zaman Cronbach alfa katsayılarının 0.57-0.90 arasında olduğu gözlenmiştir. CADÖ-YU'nun alt ölçeklerinin test-tekrar test güvenilirliği dört hafta arayla test edilmiş ve t-testi sonuçlarına göre güvenilirlik değerlerinin 0.34-0.73 arasında değiştiği belirlenmiştir. CADÖ-Y/U alt ölçek maddelerine uygulanan madde analizi sonucunda madde-toplam puan korelasyonları KG için 0.54-0.80, BP-D için 0.58-0.79, H için 0.56-0.70, K-U için 0.51-0.74, M için 0.49-0.66, SP için 0.53- 0.66, P için 0.65-0.79 arasında olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.001$ ). Bulgular, CADÖ-Y/U'nun KKTC toplumu için DEHB'yi belirlemede tanıya yardımcı bir araç olarak kullanılabilir geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğunu göstermektedir (Alkan vd., 2020a).

### **3.3.2 Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği- Yenilenmiş Uzun Formu: (CÖDÖ-Y/U) (Conners' Teacher RatingScale-Revised/Long. CTRS-R/L)**

CÖDÖ-Y/U, öncelikle DEHB olmak üzere, 3-17 yaş arası çocuk ve ergenlerdeki problem davranışları değerlendirmek amacıyla Conners tarafından geliştirilmiştir (Conners, Sitarenios, Parker & Epstein, 1998b). CÖDÖ-Y/U 38 maddeden ve 6 alt ölçekten oluşmaktadır. Bunlar Karşı Gelme (6 madde), Bilişsel Problemler- Dikkatsizlik (8 madde), Hiperaktivite (7 madde), Kaygı- Utangaçlık (6 madde), Mükemmeliyetçilik (6 madde), Sosyal Problemler (5 madde) alt ölçekleridir (Conners et al., 1998b). Ölçekte, bu alt ölçeklerin bazı maddelerini paylaşan 3 yardımcı alt ölçek de yer almaktadır. Bunlar DEHB indeksi, Conners Global indeksi ve DSM-IV Semptomları bölümleridir. Yardımcı alt ölçeklerle birlikte ölçekteki madde sayısı 59'a yükselmektedir (Conners et al., 1998b; Kaner vd., 2011b).

CÖDÖ-Y/U 4'lü likert tipi bir ölçek olup, puanlaması 0-3 arasında değişmektedir. "Hiçbir zaman doğru değil" (hiçbir zaman, nadiren), "Biraz doğru" (bazen), "Oldukça doğru" (çoğu kez, sık sık), "Çok doğru" (pek çok kez, çok sık) seçenekleri sırasıyla "0", "1", "2", ve "3" şeklinde puanlanmaktadır. Bir alt ölçekten alınan puan arttıkça, bu durum, bireyin o alt ölçeğe ilişkin soruna sahip olma düzeyinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir (Kaner vd., 2011b).

Özgün ölçek çalışmasında CÖDÖ-Y/U'nun Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) sonucu elde edilen uyum indeks değerleri  $GFI= 0.852$ ,  $AGFI=0.825$  ve  $RMS=0.025$  olarak belirlenmiştir. Connors ve diğerleri aracın ölçüt geçerliğini değerlendirmişler ve CÖDÖ-YU'nun tüm alt ölçeklerinin DEHB tanısı olan ve DEHB tanısı olmayan çocukları birbirinden ayırt ettiğini bulmuşlardır ( $p<0.001$ ). CÖDÖ-YU'nun Cronbach alfa katsayıları kızlarda  $0.76-0.94$ , erkeklerde  $0.73- 0.95$ 'dir. Test tekrar test korelasyon katsayıları  $0.47-.88$  arasındadır (Connors et al., 1998b).

CÖDÖ-Y/U'nun Türkiye için uyarlaması çalışması ise Kaner ve diğerleri tarafından Türkiye'nin 11 ilindeki okullardan seçilen 3-17 yaş arası 5355 çocuğun öğretmenlerinden elde edilen veriler ile yapılmıştır (Kaner vd., 2011b). Yapılan ilk DFA incelemesinde CÖDÖ-Y/U'nun Hiperaktivite ölçeğindeki 42. maddenin standardize katsayısının düşük olduğu görülmüş ( $<0.30$ ) ve uzman desteği ile madde içeriği incelendiği zaman maddenin Sosyal Problemler alt ölçeğinde yer almasının Türk Kültürü açısından daha uygun olacağı düşünülerek modelde değişiklik yapılmıştır. Diğer ölçeklerde ise özgün yapılar korunmuştur. Oluşturulan yeni modeldeki DFA sonucu elde edilen uyum indeks değerleri  $RMSEA=0.06$ ,  $RMR=0.05$ ,  $GFI=0.87$ ,  $AGFI=0.85$  olarak bulunmuştur (Kaner vd., 2011b).

Ölçeğin yapı geçerliği ayrıca CÖDÖ-Y/U ile Connors Öğretmen Dereceleme Ölçeği-28 (CÖDÖ-28) ve Yenilenmiş Davranış Problemleri Kontrol Listesi (YPDKL) ile ilişkileri ile de incelenmiştir. CÖDÖ-Y/U ile CADÖ-48 alt ölçekleri arasındaki korelasyonların  $0.02$  ile  $0.85$  arasında; CÖDÖ-Y/U ile YPDKL arasındaki korelasyonların ise  $0.01$  ile  $0.87$  arasında olduğu belirlenmiştir. CÖDÖ-Y/U'nun yapı geçerliliği ayrıca DEHB tanısı almış ve böyle bir tanısı olmayan çocukların öğretmenlerinin değerlendirmelerinden elde edilen puanların ortalamaları arasındaki farklılıkların t-test ile kıyaslanmasıyla da incelenmiştir. Bu analiz sonucunda Kaygı-Utangaçlık alt ölçeği dışındaki tüm alt ölçeklerinin DEHB olan çocuklar ile DEHB olmayan çocukları ayırt ettiği gözlenmiştir. Bir diğer yapı geçerliği çalışmasında ise alt ölçekler arasındaki tüm korelasyonların istatistikî olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Kaner vd., 2011b).

CÖDÖ-Y/U'nun güvenilirliğini belirlemek için aracın iç tutarlılığı Chronbach alfa katsayısı ile incelenmiş ve alfa katsayılarının 0.72- 0.90 arasında olduğu bulunmuştur. CÖDÖ-YU'nun test-yeniden test güvenirlik katsayıları 0.49-0.99 arasındadır. CÖDÖ-Y/U'da yer alan maddelerin ayırt edicilik düzeylerini değerlendirmek için hesaplanan madde toplam korelasyonları, Karşı Gelme için 0.59-0.70, Bilişsel Problemler-Dikkatsizlik için 0.54-0.75, Hiperaktivite için 0.46-0.73, Mükemmeliyetçilik için 0.46-0.70, Kaygı-Utangaçlık için 0.31-0.56 ve Sosyal Problemler için 0.56-0.65 arasındadır (Kaner vd., 2011b).

KKTC'de CÖDÖ-Y/U'nun ilkokul öğrencileri için psikometrik özelliklerini incelemek amacıyla seçkisiz tabakalı örnekleme yoluyla 1.-5.sınıflarda öğrenim gören 462 çocuğun öğretmenlerinden elde edilen veriler üzerinde doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapılmıştır. DFA, ölçeğin özgün formunda olduğu gibi altı boyutlu bir yapıda olduğunu ortaya koymuştur ( $\chi^2=2724,60$ ,  $df=650$ ,  $\chi^2/df=4,19$ ; CFI= 0.92; GFI=0.82; SRMR= 0.078; RMSEA= 0.075).Yapı geçerliliğini test etmek için ayrıca alt ölçekler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon yöntemi ile incelenmiş ve bu korelasyonların 0.07- 0.81 arasında değiştiği ve M-H ile M-BP-D dışındaki alt ölçekler arası ilişkilerin anlamlı olduğu saptanmıştır. Ayrıca 462 öğretmene ait veriler üzerinden %27'lik alt ve üst gruplar (n=125) arasındaki farklılık incelenmiş, KG (t=-11.54, p<0.001), BP-D (t=-21.95, p<0.001), H (t=-16.99, p<0.001), K-U (t=-6.75, p<0.001), SP (t=-14.9, p<0.001) alt boyutlarında elde edilen puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Alkan, Kaner ve Çakıcı, 2020b).

CÖDÖ-Y/U alt ölçek puanlarının iç tutarlılığı Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirildiği zaman Cronbach alfa katsayılarının 0.71-0.93 arasında olduğu, CÖDÖ-YU'nun alt ölçeklerinin test-tekrar test güvenirliği dört hafta arayla t-testi ile kıyaslanmış ve güvenirlik değerlerinin 0.31-0.81 arasında olduğu belirlenmiştir. Madde analizi sonuçları CÖDÖ-Y/U'nun her alt ölçeğin madde-toplam puan korelasyonları KG için 0.66-0.82, BP-D için 0.74-0.86, H için 0.61-0.79, K-U için 0.31-0.60, M için 0.34-0.65, SP için 0.64- 0.79 arasında olduğu tespit edilmiştir (p<0.001). Bulgular, CÖDÖ-Y/U'nun KKTC toplumu için DEHB'yi belirlemede tanıya yardımcı bir araç olarak

kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğunu göstermektedir (Alkan vd., 2020b).

### 3.3.3 Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY)

ÇDŞG-ŞY, yarı yapılandırılmış görüşme formu olup, 6-16 yaş arası çocuk ve ergenlerin DSM-III-R ve DSM-IV tanı kriterlerine göre geçmişteki ve şu andaki psikopatolojilerini değerlendirmek amacıyla Kaufman ve diğerleri (1997) tarafından geliştirilmiştir. Bu form üç bölümden oluşmaktadır. **Birinci bölüm** “Yapılandırılmış Başlangıç Görüşmesi” olarak adlandırılmaktadır. Bu bölümde çocuğun demografik bilgileri, sağlık durumu, şu andaki yakınması, geçmişte aldığı psikiyatrik tedavilere ilişkin bilgiler, çocuğun okuldaki durumu, hobileri, arkadaş ve aile ilişkileri gibi bilgiler edinilmektedir. **İkinci bölüm** tanı amaçlı tarama görüşmesi olup, 200 kadar özgül belirtiyi ve davranışı değerlendirmektedir. Belirtileri değerlendirmek için tarayıcı sorular ve değerlendirme ölçütleri bulunmaktadır. Tarama görüşmesi ile pozitif belirtilerin varlığında tanıyı doğrulamak için “Duygulanım Bozuklukları”, “Psikotik Bozukluklar”, “Anksiyete Bozuklukları”, “Davranış Bozuklukları”, “Madde Kötüye Kullanımı ve Diğer bozukluklar”dan oluşan, 5 tanı alanında ek puanlama yapılmaktadır. **Üçüncü bölüm** ise çocuklar için genel değerlendirme ölçeği olarak adlandırılmakta ve çocuğun şu andaki işlev düzeyini belirlemektedir.

ÇDŞG-ŞY’de belirti şiddeti “yok”, “eşik altı” ve “eşik” şeklinde derecelendirilmektedir. ÇDŞG-ŞY tanı konulan bireylerde belirtilerin varlığına ilişkin bilgi vermektedir. Belirtilerin şiddetini değerlendirmemektedir. ÇDŞG-ŞY ana-baba ve çocuğun kendisiyle görüşme yoluyla uygulanmaktadır (Kaufman et al., 1997).

ÇDŞG-ŞY’nin Türk diline çevirisi Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında görevli çocuk psikiyatristlerinden oluşan bir ekip tarafından yapılmış ve her iki dile de hakim bir çocuk psikiyatristi tarafından da İngilizce’ye geri çevirisi yapıldıktan sonra araştırmacılar kültürel farklılıklara göre yeniden oluşturulması gereken alanları ayrıntılı tartışmışlardır. Böylece görüşme formunda ana-baba ve

çocukla deneme görüşmesiyle form son şeklini almıştır (Gökler, Ünal, Pehlivan Türk, Kültür, Akdemir ve Taner, 2004).

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına ilk kez başvuran çocuklar veya ergenler arasından çocuk ve ergen psikiyatristlerinin koyduğu Anksiyete Bozuklukları, DEHB, Dışa Atım Bozuklukları, Duygulanım Bozuklukları, Tik Bozuklukları ve Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu tanıları ile çocuklara/ergenlere uygulanan ÇDŞG-ŞY arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Bu inceleme sonucunda Kappa katsayılarının Dışa Atım Bozuklukları için “çok iyi” (0.83), DEHB (0.72) ve Tik Bozuklukları (0.83) için “iyi”, Duygulanım Bozuklukları (0.56), Anksiyete Bozuklukları (0.52) ve Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (0.46) için ise “orta” derecede olduğu bulunmuştur (Gökler vd., 2004).

ÇDŞG-ŞY-T ile yapılan görüşmeler sonrası konulan tanılarının, diğer görüşmeci ya da görüşme ile olan uyumunun istatistiksel yönden anlamlı olduğu bulunmuştur. Değerlendiriciler arasında güvenilirliğe bakıldığı zaman Kappa değerlerinin Dışa Atım Bozuklukları (0.89) ve Tik Bozukluğu (0.77) için “çok iyi”, DEHB (0.69) ve Anksiyete Bozuklukları (0.63) için “iyi” derecede olduğunu göstermektedir. Dört hafta arayla 16 çocuğa uygulandığında ÇDŞG-ŞY’nin, test tekrar test güvenilirliğinin yani her iki görüşme arasındaki uyumun bu bozuklukların tümü için “çok iyi” derecede olduğu bulunmuştur ( $p < 0.001$ ). Kappa değerleri sırasıyla DEHB için 0.89, Anksiyete Bozuklukları için 0.78, Dışa Atım Bozuklukları için 0.82, Tik bozuklukları için 1.00 olarak bulunmuştur (Gökler vd., 2004).

### **3.3.4 Çocuklar için Anne- Baba Bilgi Formu**

Araştırmacı tarafından geliştirilen Çocuklar için Anne- Baba Bilgi Formunda, çocuğun/ergenin doğum yeri, okulu, sınıf düzeyi, ana-babaların eğitim düzeyi, ana-babaların medeni durumu, ana-babaların yaşı, mesleği, ana-babaların eve giren ortalama aylık gelirleri gibi çocuğun/ergenin ve ana-babaların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bilgiler yer almaktadır (Ek-3).

### 3.4 Verilerin toplanması

Bu çalışmanın verileri iki aşamada toplanmıştır. Birinci aşamada DEHB riski olan çocuklar belirlenmiştir. Bu süreçte çalışma için ilk başta KKTC MEB'e ve bilimsel araştırmalar Etik Kuruluna başvurulmuş ve 13 Nisan 2017 tarihinde KKTC MEB'den izin alınmış, 18 Nisan 2017 tarihinde ise Etik Kurulu onayı alınmıştır. Ardından gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden okullardaki çocukların sınıf öğretmenlerinden ve sınıf öğretmenleri aracılığıyla ana-babalarından anket formlarını yanıtlamaları istenmiştir. Katılımcılardan anket formlarını yanıtlamaları istenmeden önce onlara bilgilendirme ve aydınlatılmış onam formları gönderilmiş ve katılımcıların onayı doğrultusunda seçkisiz olarak seçilen sınıflardaki öğrencilerin ana-babalarına CADÖ-Y/U, Çocuklar için Anne Baba Bilgi Formu, sınıf öğretmenlerine ise CÖDÖ-Y/U formları dağıtılmıştır. 2017'nin Mayıs ayında sınıf öğretmenleri aracılığıyla gönderilen formlara ana-babaların yanıt verebilmeleri için bir ay süre tanınmış, bu sürenin sonunda bu formlar sınıf öğretmenleri vasıtasıyla geri toplanmıştır. Aynı şekilde sınıf öğretmenlerine de 2017'nin Mayıs ayında formlar verilmiş, onlara da formları doldurmaları için bir ay süre tanınmış, süre bitiminde sınıf öğretmenlerinden de formlar geri toplanmıştır. Neticede 1500 kişinin ana- babasına ve 600 öğrencinin öğretmenine formlar gönderilmiş, ancak 944 ana-babadan (62.9%) ve 563 (93.8%) öğretmenden formlar geri toplanabilmiştir. Geri dönüşü sağlanan yalnızca 469 ana-baba formu ve 462 öğretmen formu eksiksiz olarak yanıtlanmıştır. Ana-babaların ve öğretmenlerin yanıtlarına ilişkin verilerin girişleri IBM SPSS statistics- 21.0 paket programı üzerinden 2 ay içerisinde tamamlanmıştır. Daha sonra eksiksiz olarak yanıtlanan CADÖ-Y/U (n= 469) ve CADÖ-Y/U (n= 462) ölçeklerinin geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Ölçeklerin geçerlik ve güvenirlik çalışmaları 2017'nin Aralık ayından 2019'un Temmuz ayına kadar sürmüştür. Ancak 2018'in Haziran ayında CADÖ-Y/U ve CADÖ-Y/U ölçeklerinin alt ölçeklerinin kesim puanlarının belirlenmesi üzerine DEHB riski olan öğrenciler belirlenmiştir.

DEHB'nin klinik değerlendirilmesinde bilgi kaynağı olarak hem ana- babadan, öğretmenden, çocuktan edinilen bilgiler önemli olduğu için, hem DEHB riski olan çocukları daha iyi tespit edebilmek, hem de klinik görüşmeye katılımı



artırmak amacıyla, toplanan tüm veriler üzerinden DEHB riski olan öğrenciler tespit edilmiştir. Bu bağlamda hem ana-babaları, hem de öğretmenleri tarafından değerlendirilen 474 öğrencinin formları üzerinden DEHB riski olan öğrenciler belirlenmiştir.

Birden fazla kaynaktan bilgi alınan durumlarda "ve" ya da "veya" kuralı uygulanmaktadır. "Ve kuralı" hem ana-baba, hem de öğretmen formlarında ölçülmek istenen bozukluk ya da sorun davranışlar için gerekli olan ölçütlerin karşılandığı olguları kapsamaktadır. "Veya kuralı" ise ana-baba veya öğretmenden birinin formunda ölçülmek istenen bozukluk ya da sorun davranışlar için gerekli olan ölçütlerin karşılandığı olguları kapsamaktadır (Polanczyk vd., 2015). Bu çalışmada ölçek aracılığıyla tanı koyma söz konusu olmadığı, ölçeklerin BP-D ve H alt ölçeklerinin kesim puanlarını aşan olgulara klinik değerlendirme yapılacağı ve klinik değerlendirme sonucunda olgularda DEHB olup olmadığı tespit edileceği için ölçeklerde "veya kuralı" uygulanması uygun bulunmuştur. Böylece CADÖ-Y/U veya CÖDÖ-YU ölçeklerinde, BP-D ve H alt ölçeklerinin ortalama ve standart sapma değerleri esas alınarak ölçülmek istenen davranışın 1 standart sapma üzeri olan değerler kesim puanı olarak belirlenmiştir. Bu bağlamda CADÖ-Y/U ölçeğinde BP-D alt ölçeğinden edinilen puanların 14 puan ve üzerinde olması, H alt ölçeğinden edinilen puanların 10 puan ve üzerinde olması, çocuklarda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite için bir risk durumunun varlığına işaret ettiği tespit edilmiştir. Aynı şekilde CÖDÖ-Y/U ölçeğinde BP-D alt ölçeğinden edinilen puanların 11 puan ve üzerinde olması, H alt ölçeğinden edinilen puanların 7 puan ve üzerinde olması, Çocuklarda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite için bir risk durumunun varlığına işaret ettiği tespit edilmiştir. Böylece CADÖ-Y/U veya CÖDÖ-YU ölçeklerinde, BP-D ve/veya H alt ölçeklerinden kesme noktasının üzerinde puan alan ve DEHB riski olan 189 öğrenci belirlenmiştir.

Çalışmanın ikinci aşamasına geçmeden önce hem hastanede yapılacak klinik görüşme için, hem de geçerlik güvenirlik çalışmaları devam eden CADÖ-Y/U ölçeğinin ayırt ediciliğini değerlendirmek adına DEHB tanısı alan ve DEHB tanısı almayan grupları karşılaştırabilmek ve daha hızlı veri toplamak amacıyla Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi dışında, Barış Ruh ve

Sinir Hastalıkları Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniği için 8 Haziran 2018 yılında KKTC Sağlık Bakanlığı'ndan izin alınmıştır. Daha sonra ise Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi başhekiminden ve klinik görüşmenin yapılacağı Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğinin Ana Bilim Dalı başkanından klinik görüşme için onay alınmıştır. Daha sonra birinci aşamada DEHB riski olarak belirlenen 189 çocuğun ana-babaları, telefon aracılığı ile aranmış ve Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'ne klinik görüşme için davet edilmiştir. Bazı ana-babaların araştırmaya katılmayı kabul etmemeleri; telefon numaralarının değişmesi, yurtdışına gitmeleri, telefonlarının kapalı olması gibi nedenlerle bazı ana-babalara ulaşılamaması ya da görüşmeyi kabul etmelerine rağmen klinik görüşme randevularını hatırlatmak amacıyla üç-dört kez aranmalarına rağmen geri dönmemeleri gibi nedenlerle DEHB riski altında olduğu belirlenen 189 çocuk ve onların ana-babalarından 138'i ile klinik görüşme yapılamamıştır. Dolayısıyla klinik görüşme 51 öğrenci ve onların ana-babalarıyla Aralık 2018- Haziran 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Klinik görüşme gönüllü olarak görüşmeye katılmayı kabul eden ve ÇDŞG-ŞY'nin yarı yapılandırılmış görüşme formunun uygulandığı 51 öğrenci ve onların ana- babaları ile yürütülmüştür. Bu görüşme ÇDŞG-ŞY yarı yapılandırılmış görüşme eğitimi alan ve uygulama deneyimi olan araştırmacının kendisi tarafından yapılmıştır.

Klinik görüşmede DEHB belirtilerinin en az iki ortamda görülmesi koşulu aranmıştır. Bu bağlamda ana-baba ve çocuktan edinilen bilgiler doğrultusunda DEHB olduğu düşünülen çocuk için, öğretmen ölçeğinden BP-D ya da H alt ölçeklerinden en az birinden kesim puanının üzerinde puan alması koşulu aranmıştır. Bilgi kaynakları arasında farklılık olduğu durumlarda tanı için, ulaşılabilmesi durumunda çocuğun öğretmeni aranmış ve çocukla ilgili bilgi alınmış ya da görüşmecisi klinik ortamdaki gözlemini de göz önünde bulundurarak DEHB olan çocukları tespit etmiştir. Ayrıca tanısız değerlendirilmede çocuğun birden fazla ortamda işlevselliğinde bozulması kriter olarak alınmıştır. Öğretmenlerle görüşme imkanı olmadığı için çocuğun sosyal veya akademik yöndeki işlevselliğindeki bozulma yalnızca ana-baba ve çocuktan edinilen bilgilere göre klinik görüşme ile değerlendirilmiştir. Bu bağlamda ana-baba, öğretmen formları ile birlikte ana-baba, çocuk, psikolog

görüşüne göre tüm kaynaklardan edinilen bilgiler doğrultusunda değerlendirme yapılmış ve görüşmeye katılan 51 çocuktan 37 çocukta DEHB olduğu tespit edilerek DEHB yaygınlık oranı belirlenmiştir. DEHB olan çocuklar ÇDŞG-ŞY'ye göre değerlendirilirken DEHB ile ilgili belirtilerin 7 yaşından önce başlamış olması, en az 6 ay boyunca sürmüş olması, dışlanma kriteri olarak da Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Şizofreni, diğer bir psikotik bozukluğun olması, zihinsel geriliğin olması ölçütleri göz önünde bulundurulmuştur.

### 3.5 Verilerin istatistiksel analizi

Verilerin istatistiksel analizi IBM SPSS statistics- 21.0 paket programında yapılmıştır. CADÖ-YU VE CÖDÖ-YU ölçeklerinin alt ölçeklerinin kesim puanları eksiksiz olarak doldurulan 469 ana-baba ve 462 öğretmen formları tarafından temel alınarak belirlenmiştir. DEHB'nin ana belirtileri dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik olduğu için, ayrıca CADÖ-YU ve CÖDÖ-YU ölçeklerinde bulunan BP-D alt ölçeği çocuklarda bilişsel problemler ve dikkatsizlik düzeyini, H alt ölçeği ise çocuklarda hiperaktivite ve dürtüsellik düzeyini değerlendiren alt ölçekler olduğu için DEHB riski olan çocuklar her iki ölçekte de BP-D ve H alt ölçeklerine göre değerlendirilmiştir. Bu bağlamda her iki ölçeğin BP-D ve H alt ölçeklerinin ortalama ve standart sapma değerleri esas alınarak ölçülmek istenen davranışın 1 standart sapma üzeri olan değerler kesim puanı olarak belirlenmiştir. Böylece CADÖ-YU ölçeğinde BP-D alt ölçeğinden edinilen puanların 14 puan ve üzerinde olmasının, H alt ölçeğinden edinilen puanların 10 puan ve üzerinde olmasının, çocuklarda dikkat eksikliği ve hiperaktivite için bir risk durumunun varlığına işaret ettiği tespit edilmiştir. Aynı şekilde CÖDÖ-YU ölçeğinde BP-D alt ölçeğinden edinilen puanların 11 puan ve üzerinde olmasının, H alt ölçeğinden edinilen puanların 7 puan ve üzerinde olmasının, çocuklarda dikkat eksikliği ve hiperaktivite için bir risk durumunun varlığını gösterebileceği belirlenmiştir.

Sosyo- demografik değişkenlerin dağılımına ilişkin frekans ve yüzdelik tabloları oluşturulmuştur. CADÖ-YU ve CÖDE-YU ölçeklerinin BP-D ve H alt ölçeklerine göre DEHB risk durumlarının dağılımına ilişkin de frekans ve yüzdelik tabloları oluşturulmuştur. Bir başka ifade ile kategorik verilere ait

belirtici istatistikler sayı ve yüzdeler olarak verilmiştir. Kategorik verilerin gruplar arasında karşılaştırılmasında ki-kare analizi, niceliksel verilerin karşılaştırılmasında ise ilişkisiz örneklem t-testi analizi kullanılmıştır. Tüm veriler için  $p \leq 0.05$  olasılık düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Ayrıca CADÖ-YU veya CÖDÖ-YU ölçeklerinde BP-D ve/veya H alt ölçeklerinden kesim puanının üzerinde puan alan 189 kişiden 51'ine ÇDŞG-ŞY yarı yapılandırılmış görüşme formu uygulanmış ve bunun sonucunda 37 kişiye klinik olarak DEHB tanısı konmuştur. Böylece CADÖ-YU veya CÖDÖ-YU ölçeklerine göre riskli olarak belirlenen öğrencilerden %72.55'i klinik görüşme ile DEHB tanısı almıştır. Buna göre DEHB yaygınlığı ölçeklerle belirlenen %39.87 yaygınlığın % 72.55'i olan % 28.9 olarak tespit edilmiştir. DEHB tanısı konan 37 kişi üzerinden DEHB alt tiplerinin yaygınlık oranları da belirlenmiştir. DEHB komorbid psikiyatrik tanılar da yine DEHB tanısı konan 37 kişi üzerinden değerlendirilmiştir. DEHB risk etmenleri ise 474 kişi üzerinden analiz edilmiştir.

## 4. BÖLÜM

### BULGULAR

Çalışmamızda hem ana-baba, hem öğretmen formları yanıtlanan 474 katılımcı değerlendirmeye alınmıştır. Buna göre CADÖ-Y/U veya CÖDÖ-YU ölçeklerinde, BP-D ve/veya H alt ölçeklerinden kesme noktasının üzerinde puan alan ve DEHB riski olan 189 öğrenci (%39.9) belirlenmiştir. 189 öğrenciden 51 öğrenci ve ana-babasına (%26.94) ÇDŞG-ŞY yarı yapılandırılmış görüşme formu uygulanarak klinik görüşme yapılmıştır. Bunun sonucunda 51 öğrenciden 37 kişiye (%72.5) klinik olarak DEHB tanısı konmuştur. Bulgular kısmında katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine, ÇDŞG-ŞY yarı yapılandırılmış görüşme formundan elde edilen analiz sonuçlarına ve CADÖ-Y/U ve CÖDÖ-YU ölçeklerinden elde edilen analiz sonuçlarına yönelik bilgi verilmiştir.

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 3.'te verilmiştir.

**Tablo 3.**

*Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n=474)*

Özellikler	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	237	50.0
Kız	230	48.5
<b>Sınıf</b>		
1.sınıf	78	16.5
2.sınıf	89	18.8
3.sınıf	115	24.3
4.sınıf	94	19.8
5.sınıf	98	20.7

**Tablo 3.** (Devam)*Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n=474)*

Özellikler	n	%
<b>Bölge(İlçe)</b>		
Lefkoşa	157	33.1
Mağusa	39	8.2
İskele	100	21.1
Girne	136	28.7
Güzelyurt	42	8.9
<b>Yerleşim Yeri</b>		
Köy	271	57.2
Şehir	200	42.2
<b>Doğum yeri</b>		
Kıbrıs	386	81.4
Türkiye	64	13.5
İngiltere	2	0.4
Diğer	12	2.5
<b>Ana- babanın durumu</b>		
Ana-baba evli ve birlikte yaşıyor	413	87.1
Ana- baba evli ve ayrı yaşıyor	11	2.3
Ana-baba boşandı	32	6.8
Anne sağ, baba vefat etti	2	0.4
Baba sağ, anne vefat etti	1	0.2
<b>Annenin yaşı</b>		
20-30 yaş	63	13.3
30-40 yaş	306	64.6
40-50 yaş	90	19.0
50 yaş üzeri	5	1.1

**Tablo 3.** (Devam)*Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n=474)*

<b>Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Babanın yaşı</b>		
20-30 yaş	8	1.7
30-40 yaş	247	52.1
40-50 yaş	180	38.0
50 yaş üzeri	25	5.3
<b>Annenin eğitim düzeyi</b>		
Okuma- yazma yok	1	0.2
İlkokul	148	31.2
Ortaokul	61	12.9
Lise	159	33.5
Yükselokul	94	19.8
<b>Babanın eğitim düzeyi</b>		
Okuma- yazma yok	0	0.2
İlkokul	122	25.7
Ortaokul	109	23.0
Lise	140	29.5
Yükselokul	94	19.8
<b>Annenin mesleği</b>		
Çalışmıyor	235	49.6
Memur	36	7.9
Öğretmen	23	4.9
Serbest meslek	80	16.9
Diğer	90	19.0
<b>Babanın mesleği</b>		
Çalışmıyor	11	2.3
Memur	110	23.2
Öğretmen	12	2.5
Serbest meslek	191	40.3
Diğer	142	30.0

**Tablo 3.** (Devam)*Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n=474)*

<b>Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Kardeş sayısı</b>		
Yok	67	14.1
1	245	51.7
2	110	23.2
3	35	7.5
4 veya üzeri	14	3.0
<b>Doğum Şekli</b>		
Normal	201	42.4
Sezeryan	258	54.4
<b>Kronik bir hastalık</b>		
Var	30	6.3
Yok	427	90.1
<b>Ortalama aylık gelir</b>		
1834 TL altı	93	19.6
1834-4000 TL	209	44.1
4000-8000 TL	116	24.5
8000 TL ve üzeri	23	4.9
<b>Ana-baba formlarını dolduran</b>		
anne	229	48.3
baba	86	18.1
Ana-baba birlikte	64	13.5
Diğer	9	1.9

Tablo 3'te katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımında katılımcıların ana-babaları tarafından yanıtlanmayan özelliklerin dağılımına yer verilmemiştir. Buna göre katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımına bakıldığı zaman %50'sinin (n=237) erkek olduğu, %48.5'inin (n=230) ise kız olduğu görülmektedir. Katılımcıların sınıflarının dağılımına bakıldığı zaman en fazla katılımcının 3. sınıflarda olduğu (%24.3), en az



katılımcının ise 1. sınıflarda (%16.5) olduğu görülmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğun Lefkoşa (%33.1) bölgesindeki okullardan olduğu, en az katılımın ise Mağusa (%8.2) bölgesindeki ilkokullarından olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların çoğunluğu köyde (%57.2) yaşamaktadır. Büyük çoğunluğu ise (%81.4) doğmuştur.

Katılımcıların ana-babalarının medeni durumlarına bakıldığı zaman büyük çoğunluğunun ana-babasının evli olduğu ve birlikte yaşadıkları (%87.1) görülmektedir. Katılımcıların ana-babalarının hayatta olma durumuna bakıldığı zaman %0.4'ünün (n=2) annesinin sağ olduğu, babasının ise vefat ettiği, %0.2'sinin (n=1) babasının sağ olduğu, annesi ise vefat ettiği görülmektedir. Katılımcıların ana-babalarının yaş dağılımına bakıldığı zaman annelerin (%64.6) ve babaların (%52.1) çoğunlukla 30- 40 yaş arasında, olduğu görülmektedir. Ana-babaların eğitim düzeyine bakıldığı zaman annelerin en fazla en fazla ilkokul (%31.2) ve lise seviyesinde (%33.5) olduğu tespit edilmiştir. Babaların eğitim seviyesinin de annelerin eğitim seviyesine benzer şekilde en fazla ilkokul (%25.7) ve lise seviyesinde (%29.5) olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların ana-babalarının mesleki dağılımlarına bakıldığı zaman annelerin büyük çoğunluğunun çalışmadığı (%49.6), babaların ise büyük çoğunluğunun serbest meslekle (%40.3) uğraştığı görülmektedir. Katılımcıların kardeş sayılarının dağılımlarına bakıldığı zaman büyük çoğunluğunun bir kardeşi olduğu (%51.7), katılımcıların daha çok sezeryan doğumla (%54.4) dünyaya geldikleri, büyük çoğunluğunun kronik bir hastalığı olmadığı (%90.1) ve katılımcıların ana-babalarının ortalama aylık gelirlerinin daha çok 1834- 4000TL (%44.1) arasında olduğu tespit edilmiştir. Bunların dışında ana-baba formlarını büyük çoğunlukla annelerin doldurduğu görülmektedir.

Katılımcıların annelerinin eğitim düzeylerine göre ana-babalarının ortalama aylık gelir durumlarının dağılımına ilişkin sonuçlar Tablo 4.'te verilmiştir.

**Tablo 4.**

*Katılımcıların annelerinin eğitim düzeylerine göre ana-babalarının ortalama aylık gelir durumlarının dağılımı (n=474)*

Eğitim düzeyi	Ortalama aylık gelir									
	1834 TL altı		1834-4000 TL		4000-8000TL		8000 TL ve üzeri		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Okuma-yazma yok	0	0.0	1	0.5	0	0.0	0	0.0	1	0.2
İlkokul	51	58.0	68	32.5	14	12.1	2	9.1	135	31.0
Ortaokul	16	18.2	34	16.3	7	6.0	0	0.0	57	13.1
Lise	19	21.6	76	36.4	50	43.1	6	27.3	151	34.7
Üniversite	2	2.3	30	14.4	45	38.8	14	63.6	91	20.9
Toplam	88	100.0	209	100.0	116	100.0	22	100	435	100.0

Katılımcıların annelerinin eğitim düzeylerine göre ana-babalarının ortalama aylık gelir durumlarının dağılımına bakıldığı zaman, annelerin eğitim seviyesi yükseldikçe aileye düşen ortalama aylık gelirin arttığı, aileye düşen ortalama aylık geliri 1834 TL altı olan ailelerde annelerin daha çok ilkokul mezunu (%58.0) olduğu, aileye düşen ortalama aylık geliri 8.000TL ve üzeri olan ailelerde, annelerin çoğunlukla üniversite mezunu (%63.6) olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların babalarının eğitim düzeylerine göre ana-babalarının ortalama aylık gelir durumlarının dağılımına ilişkin sonuçlar Tablo 5.'te verilmiştir.

**Tablo 5.**

*Katılımcıların babalarının eğitim düzeylerine göre ana-babalarının ortalama aylık gelir durumlarının dağılımı (n=474)*

Eğitim düzeyi	Ortalama aylık gelir									
	1834 TL altı		1834-4000 TL		4000-8000TL		8000TL ve üzeri		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Okuma-yazma yok	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	100
İlkokul	48	52.7	51	25.5	13	11.2	0.0	0.0	112	25.6
Ortaokul	30	33.0	51	24.5	19	16.4	2	9.1	102	23.3
Lise	13	14.4	76	36.5	42	36.2	7	31.8	138	31.6
Üniversite	0	0.0	30	14.4	42	36.2	13	59.1	85	19.5
Toplam	91	100.0	208	100.0	116	100.0	22	100.0	435	100.0

Katılımcıların babalarının eğitim düzeylerine göre ana-babalarının ortalama aylık gelir durumlarının dağılımına bakıldığı zaman, babaların eğitim seviyesi yükseldikçe aileye düşen ortalama aylık gelirin arttığı, aileye düşen ortalama aylık geliri 1834 TL altı olan ailelerde babaların daha çok ilkokul mezunu olduğu (%52.7), aileye düşen ortalama aylık geliri 8.000TL ve üzeri olan ailelerde, babaların çoğunlukla üniversite mezunu (%59.1) olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların annelerinin mesleğine göre ana-babalarının ortalama aylık gelir durumlarının dağılımına ilişkin sonuçlar Tablo 6.'da verilmiştir.

**Tablo 6.**

*Katılımcıların annelerinin mesleğine göre ana-babalarının ortalama aylık gelir durumlarının dağılımı (n=474)*

Meslek	Ortalama aylık gelir									
	1834 TL altı		1834-4000 TL		4000-8000TL		8000TL ve üzeri		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Çalışmıyor	66	73.6	109	52.4	42	36.2	3	13.0	220	50.3
Memur	0	0.0	7	3.4	20	17.2	8	34.8	35	8.0
Öğretmen	0	0.0	5	2.4	11	9.5	4	17.4	20	4.6
Serbest meslek	17	18.9	41	19.7	14	12.1	2	8.7	74	16.9
Diğer	7	7.8	46	22.1	29	25.0	6	26.1	88	20.1
Toplam	90	100.0	208	100.0	116	100.0	23	100.0	437	100.0

Katılımcıların annelerinin mesleğine göre ana-babalarının ortalama aylık gelir durumlarının dağılımına bakıldığı zaman aileye düşen ortalama aylık geliri 1834 TL altı olan ailelerde annelerin daha çok çalışmadığı (%73.6), aileye düşen ortalama aylık gelirin 8000 TL ve üzeri olan ailelerde ise annelerin ise çoğunlukla çalıştığı ve daha çok mesleklerinin memur (%34.8) olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların babalarının mesleğine göre ana-babalarının ortalama aylık gelir durumlarının dağılımı Tablo 7.'de verilmiştir.

**Tablo 7.**

*Katılımcıların babalarının mesleğine göre ana-babalarının ortalama aylık gelir durumlarının dağılımı (n=474)*

Meslek	Ortalama aylık gelir									
	1834 TL altı		1834-4000 TL		4000-8000TL		8000TL ve üzeri		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Çalışmıyor	6	6.5	2	1.0	0	0.0	0	0.0	8	1.8
Memur	3	3.2	39	18.8	53	45.7	10	43.5	105	23.9
Öğretmen	1	1.1	2	1.0	4	3.4	2	8.7	9	2.1
Serbest meslek	62	66.7	89	43.0	27	23.3	2	8.7	180	41.0
Diğer	21	22.6	75	36.2	32	27.6	9	39.1	137	31.2
Toplam	93	100.0	207	100.0	116	100.0	23	100.0	439	100.0

Katılımcıların babalarının mesleğine göre ana-babalarının ortalama aylık gelir durumlarının dağılımına bakıldığı zaman, aileye düşen ortalama aylık geliri 1834 TL altı olan ailelerde babalarının daha çok serbest meslekte olduğu (%66.7), aileye düşen ortalama aylık geliri 8000 TL ve üzeri olan ailelerde ise babaların ise hepsinin çalıştığı ve mesleklerinin daha çok memur (%43.5) ve diğer mesleklerden (%39.1) olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların annelerinin hamilelik sürelerine göre doğum sonrası yaşadıkları sorunların dağılımına ilişkin sonuçlar Tablo 8.'de verilmiştir.

**Tablo 8.**

*Katılımcıların annelerinin hamilelik sürelerine göre doğum sonrası yaşadıkları sorunların dağılımı (n=474)*

Hamilelik süresi	Sorunlar									
	Yaşanmadı		Küvezde kaldı		2 haftayı geçen uzun süreli sarılık		Diğer		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
38 haftadan önce (erken doğum)	27	7.5	18	27.7	2	18.2	1	7.7	48	10.7
38- 42 hafta arası (zamanında doğum)	323	89.5	45	69.2	9	81.8	12	92.3	389	86.4
42 haftanın üzeri (geç doğum)	11	3.0	2	3.1	0	0.0	0	0.0	13	2.9
Toplam	361	100.0	65	100.0	11	100.0	13	100.0	450	100.0

Katılımcıların annelerinin hamilelik sürelerine göre doğum sonrası yaşadıkları sorunların dağılımına bakıldığı zaman küvezde kalan (%69.2), 2 haftayı geçen uzun süreli sarılığı olan (%81.8) ve diğer sorunları olan (%92.3) çocukların çoğunlukla zamanında dünyaya geldiği tespit edilmiştir.

### ÇDŞG-ŞY yarı yapılandırılmış görüşme formundan elde edilen analiz sonuçları

CADÖ-YU veya CÖDÖ-YU ölçeklerinde BP-D ve/veya H alt ölçeklerinden kesim puanının üzerinde alan 189 kişiden 51'ine ÇDŞG-ŞY yarı yapılandırılmış görüşme formu uygulanmıştır. Buna göre 37 kişiye klinik olarak DEHB tanısı konmuştur. CADÖ-YU veya CÖDÖ-YU ölçeklerine göre riskli olarak belirlenen öğrencilerden %72.55'i klinik görüşme ile DEHB tanısı almıştır. Buna göre DEHB prevelansı ölçeklerle belirlenen %39.87 yaygınlığın % 72.55'i olan %28.9 olarak tespit edilmiştir.

ÇDŞG-ŞY'ya göre DEHB tanısı alan katılımcıların DEHB alt tiplerinin tanılarının yaygınlığına ilişkin analiz sonuçları Tablo 9.'da verilmiştir.

**Tablo 9.**

*ÇDŞG-ŞY'ya göre DEHB tanısı alan katılımcıların DEHB alt tiplerinin tanılarının yaygınlığı (n= 37)*

Alt tipler	n	%
DEHB-D	13	10.1
DEHB-H	14	11.0
DEHB-B	10	7.8
Toplam	37	28.9

KKTC'de ilkokul öğrencileri arasında DEHB alt tiplerinin yaygınlık oranı DEHB-D alt tipi için %10.1 (n= 13), DEHB-H alt tipi için %11.0 (n=14), DEHB-B için %7.8 (n=10) olarak tespit edilmiştir. DEHB alt tipleri arasında en yaygın DEHB-H alt tipinin olduğu, en az yaygın ise DEHB-B alt tipinin olduğu bulunmuştur.

ÇDŞG-ŞY'ya göre DEHB tanısı alan katılımcılarda şimdiye kadar görülen komorbid bozuklukların tanılarının dağılımı Tablo 10. ve Tablo 11.'de verilmiştir.

**Tablo 10.**

*ÇDŞG-ŞY'ye göre DEHB tanısı alan katılımcıların görüşme tarihinden önceki döneme ait aldıkları geçmiş komorbid psikiyatrik tanılarının dağılımı (n=37)*

Geçmiş psikiyatrik tanılar	n	%
Panik Bozukluk	1	2.7
Enuresis	10	27.0
Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu	3	8.1
Özgül Fobi	8	21.6
Sosyal Fobi	1	2.7
Major Depresyon	1	2.7
KOKGB	3	8.1
Tanı almayan	10	27.0
Toplam	37	100.0

KKTC'de ilkokul öğrencileri arasında DEHB'si olan çocuklarda şimdiye kadar görülen komorbid psikiyatrik bozukluklara bakıldığında, ÇDŞG-ŞY'ye göre DEHB tanısı alan katılımcıların görüşme tarihinden önceki döneme ait aldıkları geçmiş psikiyatrik tanılarının dağılımına bakıldığı zaman %2.7'sinin (n=1) Panik Bozukluğu olduğu, %27'sinin (n=10) Enuresisi olduğu, %8.1'inin (n=3) Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu olduğu, %21.6'sının (n=8) Özgül Fobisi olduğu, %2.7'sinin (n=1) Sosyal Fobisi olduğu, %2.7'sinin (n=1) Major Depresyonu olduğu, %8.1'inin (n=3) KOKGB'si olduğu, %27'sinin (n=10) ise



görüşme tarihinden önceki döneme ait herhangi bir tanısı olmadığı tespit edilmiştir.

**Tablo 11.**

*ÇDŞG-ŞY'ye göre DEHB tanısı alan katılımcıların görüşme tarihinde aldıkları komorbid psikiyatrik tanılarının dağılımı (n=37)*

Komorbid psikiyatrik tanılar	n	%
Özgül Fobi	10	27.0
Enuresis	4	10.8
KOKGB	18	48.6
Tourette Bozukluğu	1	2.7
Sosyal Fobi	1	2.7
Tanı almayan	10	27.0
Toplam	37	100.0

KKTC'de ilkokul öğrencileri arasında DEHB'si olan çocuklarda şimdiye kadar görülen komorbid psikiyatrik bozukluklara bakıldığında, ÇDŞG-ŞY'ye göre DEHB tanısı alan katılımcıların görüşme tarihinde aldıkları komorbid psikiyatrik tanılarının dağılımına bakıldığı zaman %27'sinin (n= 10) Özgül Fobisi olduğu, %10.8'inin (n= 4) Enuresis olduğu, %48.6'sının (n= 18) KOKGB'si olduğu, %2.7'sinin (n=1) Tourette Bozukluğu olduğu, %2.7'sinin (n= 1) Sosyal Fobisi olduğu ve %27'sinin (n=10) görüşme tarihine ait herhangi bir komorbid psikiyatrik tanısının olmadığı tespit edilmiştir.

ÇDŞG-ŞY'ye göre DEHB tanısı alan katılımcıların DEHB alt tiplerinin komorbid psikiyatrik bozukluklara ilişkin dağılımı Tablo 12.'de verilmiştir.

**Tablo 12.**

*ÇDŞG-ŞY'ye göre DEHB tanısı alan katılımcıların DEHB alt tiplerinin komorbid psikiyatrik tanı sayısına ilişkin dağılımı (n=23)*

Alt tipler	Komorbid psikiyatrik tanılar	
	n	%
DEHB-D	7	30.4
DEHB-H	9	39.1
DEHB-B	7	30.4
Toplam	23	100.0

ÇDŞG-ŞY'ye göre DEHB tanısı alan katılımcıların DEHB alt tiplerinin komorbid psikiyatrik tanı sayısına ilişkin dağılımına bakıldığı zaman DEHB-D alt tipinde bulunan 7 kişide (%30.4), DEHB-H alt tipinde bulunan 9 kişide (%39.1), DEHB-B alt tipinde bulunan 7 kişide (%30.4) komorbid psikiyatrik bozukluk olduğu ve en fazla DEHB-H alt tipinde komorbid psikiyatrik bozukluk olduğu tespit edilmiştir.

### CADÖ-YU ve CÖDÖ-YU ölçeklerinden elde edilen analiz sonuçları

Çalışmamızda hem ana-baba, hem öğretmen formları yanıtlanan 474 katılımcıdan CADÖ-YU veya CÖDÖ-YU ölçeklerinde BP-D ve/veya H alt ölçeklerinden kesim puanının üzerinde puan alan 189 kişide (%39.9) DEHB riski olduğu tespit edilmiştir. Bu bölümde 189 kişi, DEHB riski olan, geri kalanlar ise DEHB riski olmayan kişiler şeklinde tanımlanmış olup, öncesinde ölçekler ve alt ölçeklere göre katılımcılardaki DEHB riski dağılımlarına yer verilmiştir. Daha sonra iki grup (DEHB riski olan/ olmayan) ile sosyo-demografik değişkenler arasında anlamlı bir fark olup olmadığına bakılmıştır. Daha sonra ise bu bölümde kullanılan ana- baba ve öğretmen ölçeklerindeki BP-D ve H alt ölçekleri toplam puanlarının cinsiyete göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine ve katılımcıların ana-baba ölçeğindeki BP-D ve H alt ölçeklerinde kesim puanının üzerinde olma durumları ile katılımcıların öğretmen ölçeğindeki BP-D ve H alt ölçeklerinde kesim puanının üzerinde olma durumları arasında anlamlı bir fark olup olmadığına bakılmıştır.

CADÖ-YU ölçeğinde bulunan BP-D ve H alt ölçeklerine göre DEHB riski taşıyan katılımcıların dağılımı Tablo 13.'te verilmiştir.

**Tablo 13.**

*CADÖ-YU ölçeğinde bulunan BP-D ve H alt ölçeklerine göre DEHB riski taşıyan katılımcıların dağılımı (n=103)*

Alt ölçekler	n	%
BP-D	54	52.4
H	65	63.1
BP-D veya H	87	84.5
BP-D ve H	16	15.5

CADÖ-YU ölçeğinde bulunan BP-D ve H alt ölçeklerine göre DEHB riski taşıyan katılımcıların dağılımına bakıldığı zaman katılımcıların %52.4'ünün (n=54) yalnızca BP-D alt ölçeğinden kesim puanının üzerinde puan aldığı, %63.1'inin (n=65) yalnızca H alt ölçeğinden kesim puanının üzerinde puan aldığı, %84.5'inin (n=87) BP-D veya H alt ölçeklerinden birinden kesim

puanının üzerinde puan aldığı ve %15.5'inin (n=16) hem BP-D, hem de H alt ölçeğinden kesim puanının üzerinde puan aldığı tespit edilmiştir.

CÖDÖ-YU ölçeğinde bulunan BP-D ve H alt ölçeklerine göre DEHB riski taşıyan katılımcıların dağılımı Tablo 14.'te verilmiştir

**Tablo 14.**

*CÖDÖ-YU ölçeğinde bulunan BP-D ve H alt ölçeklerine göre DEHB riski taşıyan katılımcıların dağılımı (n=131)*

Alt ölçekler	n	%
BP-D	79	60.3
H	88	67.2
BP-D veya H	95	72.5
BP-D ve H	36	27.5

CÖDÖ-YU ölçeğinde bulunan BP-D ve H alt ölçeklerine göre DEHB riski taşıyan katılımcıların dağılımına bakıldığı zaman katılımcıların %60.3'ünün (n=79) yalnızca BP-D alt ölçeğinden kesim puanının üzerinde puan aldığı, %67.2'sinin (n=88) yalnızca H alt ölçeğinden kesim puanının üzerinde puan aldığı, %72.5'inin (n=95) BP-D veya H alt ölçeklerinden birinden kesim puanının üzerinde puan aldığı ve %27.5'inin (n=36) hem BP-D, hem de H alt ölçeğinden kesim puanının üzerinde puan aldığı tespit edilmiştir.

CADÖ-YU ve CÖDÖ-YU ölçeklerinde bulunan BP-D ve H alt ölçeklerine göre katılımcıların DEHB risk durumunun dağılımı Tablo 15.'te verilmiştir.

**Tablo 15.**

*CADÖ-YU ve CÖDÖ-YU ölçeklerinde bulunan BP-D ve H alt ölçeklerine göre katılımcıların DEHB risk durumunun dağılımı (n=474)*

CADÖ-YU	CÖDÖ-YU						Toplam	
	Risk yok		BP-D veya H		BP-D ve H		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%
Risk yok	285	76.8	61	16.4	25	6.7	371	100.0
BP-D veya H	51	58.6	28	32.2	8	9.2	87	100.0
BP-D ve H	7	43.8	6	37.5	3	18.8	16	100.0
Toplam	343	72.4	95	20.0	36	7.6	474	100.0

CADÖ-YU ve CÖDÖ-YU ölçeklerinde BP-D ve H alt ölçeklerine göre katılımcıların %76.8'inin (n=285) alt ölçeklerin hiçbirinden kesim puanlarının üzerinde puan almadığı tespit edilmiştir. CADÖ-YU ölçeğinde alt ölçeklerin hiçbirinde kesim puanının üzerinde puan alamayan katılımcıların %16.4'ünün (n=61) CÖDÖ-YU ölçeğinde bulunan BP-D veya H alt ölçeklerinden birinden, kesim puanının üzerinde puan aldığı ve %6.7'sinin (n=25) hem BP-D, hem de H alt ölçeğinden kesim puanının üzerinde puan aldığı tespit edilmiştir.

CADÖ-YU ölçeğinde bulunan BP-D veya H alt ölçeklerinin birinden kesim puanının üzerinde puan alan katılımcıların %58.6'sının (n=51) CÖDÖ-YU ölçeğinde bulunan BP-D veya H alt ölçeklerinden hiç birinden kesim puanının üzerinde puan almadığı, %32.2'sinin (n=28) BP-D veya H alt ölçeklerinden birinden kesim puanının üzerinde puan aldığı ve %9.2'sinin (n=8) hem BP-D, hem de H alt ölçeklerinden kesim puanının üzerinde puan aldığı tespit edilmiştir.

CADÖ-YU ölçeğinde bulunan hem BP-D, hem de H alt ölçeğinden kesim puanının üzerinde puan alan katılımcıların %43.8'inin (n=7) CÖDÖ-YU

ölçeğinde bulunan BP-D veya H alt ölçeklerinden hiçbirinden kesim puanının üzerinde puan almadığı, %37.5'inin (n=6) BP-D veya H alt ölçeklerinden birinden kesim puanının üzerinde puan aldığı ve %18.8'inin (n=3) ise hem BP-D, hem de H alt ölçeklerinden kesim puanının üzerinde puan aldığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların eğitim gördükleri sınıf düzeylerine göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçları Tablo 16.'da verilmiştir.

**Tablo 16.**

*Katılımcıların eğitim gördükleri sınıf düzeylerine göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçları*

Sınıf	DEHB riski					
	Var		Yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
1. Sınıf	35	44.9	43	55.1	78	100.0
2. Sınıf	35	39.3	54	60.7	89	100.0
3. Sınıf	45	39.1	70	60.9	115	100.0
4. Sınıf	36	38.3	58	61.7	94	100.0
5. Sınıf	38	38.8	60	61.2	98	100.0
Toplam	189	39.9	285	60.1	474	100.0

$$x^2= 0.997 \text{ sd}= 4 \text{ p}=0.910$$

Katılımcıların eğitim gördükleri sınıf düzeyine göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçlarına bakıldığı zaman katılımcıların DEHB riskleri ile eğitim gördükleri sınıf düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $x^2=0.997 \text{ sd}=4 \text{ p}=0.910$ ).

Katılımcıların annelerinin eğitim düzeylerine göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçları Tablo 17.'de verilmiştir.

**Tablo 17.**

*Katılımcıların annelerinin eğitim düzeylerine göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçları*

Eğitim düzeyi	DEHB riski					
	Var		Yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Okuma-yazma yok	1	100.0	0	0.0	1	100.0
İlkokul	68	45.9	80	54.1	148	100.0
Ortaokul	26	42.6	35	57.4	61	100.0
Lise	63	39.6	96	60.4	159	100.0
Üniversite	24	25.5	70	74.5	94	100.0
Toplam	182	39.3	281	60.7	463	100.0

cv=11 (%2.3)  $\chi^2=12.04$  sd=4 p=0.017

Katılımcıların annelerinin ve babalarının eğitim düzeylerine göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçlarına bakıldığı zaman, katılımcıların DEHB riskleri ile annelerinin eğitim düzeyi arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $\chi^2=12.04$ , sd=4, p=0.017). Buna göre okumayan ve ilkokul mezunu olan annelerin çocuklarında daha çok DEHB riski olmasına rağmen, üniversite mezunu annelerin çocuklarında DEHB riskinin diğerlerine göre daha az olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların babalarının eğitim düzeylerine göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçları Tablo 18.'de verilmiştir.

**Tablo 18.**

*Katılımcıların babalarının eğitim düzeylerine göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçları*

Eğitim düzeyi	DEHB riski					
	Var		Yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Okuma-yazma yok	0	0.0	0	0.0	0	100.0
İlkokul	58	47.5	64	52.5	122	100.0
Ortaokul	47	43.1	62	56.9	109	100.0
Lise	49	35.0	91	65.0	140	100.0
Üniversite	31	33.0	63	67.0	94	100.0
Toplam	185	39.8	280	60.2	465	100.0

cv=9 (%1.9)  $\chi^2=6.725$  sd=3 p=0.081

Katılımcıların DEHB riskleri ile babalarının eğitim düzeyi arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $\chi^2= 6.725$  sd= 3 p=0.081).



Katılımcıların annelerinin mesleğine göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçları Tablo 19.'da verilmiştir.

**Tablo 19.**

*Katılımcıların annelerinin mesleğine göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçları*

Meslek	DEHB riski					
	Var		Yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Çalışmıyor	96	50.8	139	48.8	235	100.0
Memur	17	8.9	19	10.1	36	100.0
Öğretmen	2	1.1	21	7.4	23	100.0
Serbest meslek	32	17.0	48	16.8	80	100.0
Diğer	35	18.5	55	19.3	90	100.0
Toplam	182	39.2	282	60.8	464	100.0

cv=10 (%2.1)  $\chi^2=10.243$  sd=4 p=0.037

Katılımcıların annelerinin ve babalarının mesleğine göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçlarına bakıldığı zaman Katılımcıların DEHB riskleri ile annelerinin mesleği arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ( $\chi^2=10.243$  sd= 4 p=0.037). Buna göre annesi çalışmayan çocuklarda daha fazla DEHB riski olduğu, annesi öğretmen olan çocuklarda daha az DEHB riski olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların babalarının mesleğine göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçları Tablo 20.'de verilmiştir.

**Tablo 20.**

*Katılımcıların babalarının mesleğine göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçları*

Meslek	DEHB riski					
	Var		Yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Çalışmıyor	5	54.5	6	45.5	11	100.0
Memur	45	40.9	65	59.1	110	100.0
Öğretmen	3	25.0	9	75.0	12	100.0
Serbest meslek	80	41.9	111	58.1	191	100.0
Diğer	52	36.6	90	63.4	142	100.0
Toplam	185	39.7	281	60.3	466	100.0

cv=8 (%1.7)  $x^2=2.246$  sd=4 p=0.691

Katılımcıların DEHB riskleri ile babalarının mesleği arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $x^2=2.246$  sd=4 p=0.691).

Katılımcıların yerleşim yerlerine göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçları Tablo 21.'de verilmiştir.

**Tablo 21.**

*Katılımcıların yerleşim yerlerine göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçları*

Yerleşim yeri	DEHB riski					
	Var		Yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Köy	105	38.7	166	61.3	271	100.0
Şehir	81	40.4	119	59.5	200	100.0
Toplam	186	39.5	285	60.5	471	100.0

cv=3 (%0.6)  $\chi^2=0.148$  sd=1 p=0.700

Katılımcıların yerleşim yerlerine göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçlarına bakıldığı zaman DEHB riskleri ile katılımcıların kaldıkları yerleşim yerleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $\chi^2=0.148$  sd=1 p=0.700).

Katılımcıların annelerinin hamilelik sürelerine göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçları Tablo 22.'de verilmiştir.

**Tablo 22.**

*Katılımcıların annelerinin hamilelik sürelerine göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçları*

	DEHB riski					
	Var		Yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Hamilelik süresi						
38 haftadan önce (erken doğum)	21	42.0	29	58.0	50	100.0
38- 42 hafta arası (zamanında doğum)	158	39.7	240	60.3	398	100.0
42 haftanın üzeri (geç doğum)	4	30.8	9	69.2	13	100.0
Toplam	183	39.7	278	60.3	461	100.0

cv=13(% 2.7)  $\chi^2=0.54$  sd=2 p=0.762

Katılımcıların annelerinin hamilelik sürelerine göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçlarına bakıldığı zaman, katılımcıların DEHB riskleri ile annelerinin hamilelik süresi arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $\chi^2=0.54$  sd=2 p=0.762).

Katılımcıların annelerinin hamilelik sırasında sigara kullarımlarına göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçları Tablo 23.'te verilmiştir.

**Tablo 23.**

*Katılımcıların annelerinin hamilelik sırasında sigara kullarımlarına göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçları*

	DEHB riski					
	Var		Yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Sigara kullanımı						
Var	29	56.9	22	43.1	51	100.0
Yok	153	37.6	254	62.4	407	100.0
Toplam	182	39.7	276	60.3	458	100.0

cv= 16 (%3.4)  $x^2=7.028$  sd=1 p=0.008

Katılımcıların annelerinin hamilelik sırasında sigara kullarımlarına göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçlarına bakıldığı zaman, DEHB riskleri ile annelerinin hamilelik sırasında sigara kullanımı arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ( $x^2=7.028$  sd=1 p=0.008). Buna göre hamilelik sırasında sigara kullanan annelerin, kullanmayanlara göre çocuklarında daha fazla DEHB riski olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların doğum şekline göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçları Tablo 24.'te verilmiştir.

**Tablo 24.**

*Katılımcıların doğum şekline göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçları*

Doğum şekli	DEHB riski					
	Var		Yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Normal	91	45.3	110	54.7	201	100.0
Sezeryan	90	34.9	168	65.1	258	100.0
Toplam	181	39.4	278	60.6	459	100.0

cv= 15 (%3.2)  $\chi^2=5.11$  sd=1 p=0.024

Katılımcıların doğum şekline göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçlarına bakıldığı zaman, katılımcıların DEHB riskleri ile doğum şekli arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ( $\chi^2=5.11$  sd=1 p=0.024). Buna göre normal doğumla dünyaya gelen çocuklarda DEHB riskinin daha fazla görüldüğü, sezeryan doğumla dünyaya gelen çocuklarda ise DEHB riskinin daha az görüldüğü tespit edilmiştir.

Katılımcıların doğum sonrası yaşadıkları sorunlara göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçları Tablo 25.'te verilmiştir.

**Tablo 25.**

*Katılımcıların doğum sonrası yaşadıkları sorunlara göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçları*

Sorunlar	DEHB riski					
	Var		Yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Yaşanmadı	132	36.6	229	63.4	361	100.0
Küvezde kalma	33	50.0	33	50.0	66	100.0
İki haftayı geçen sarılık	8	72.7	3	27.3	11	100.0
Diğer sorunlar	4	30.8	9	69.2	13	100.0
Toplam	177	39.2	274	60.8	451	100.0

cv= 23( %4.9)  $\chi^2=9.853$  sd=3 p=0.020

Katılımcıların doğum sonrası yaşadıkları sorunlara göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçlarına bakıldığı zaman, katılımcıların DEHB riskleri ile doğum sonrası yaşadıkları sorunlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $\chi^2=9.853$  sd=3 p=0.020). Buna göre doğum sonrası sorun yaşamayan çocuklarda DEHB riskinin daha düşük olduğu ve doğum sonrası iki haftayı geçen sarılığı olan çocuklarda DEHB riskinin daha fazla olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların anne sütü alma sürelerine göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçları Tablo 26.'da verilmiştir.

**Tablo 26.**

*Katılımcıların anne sütü alma sürelerine göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçları*

Anne sütü süresi	DEHB riski					
	Var		Yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
0-6 ay	82	42.5	111	57.5	193	100.0
6-12 ay	41	40.2	61	59.8	102	100.0
12-18 ay	28	40.6	41	59.4	69	100.0
18-24 ay	17	27.4	45	72.6	62	100.0
24-ay ve üzeri	7	30.4	16	69.6	23	100.0
Toplam	175	39.0	274	61.0	449	100.0

cv= 25 (% 5.3)  $\chi^2=5.33$  sd=4 p=0.255

Katılımcıların anne sütü alma sürelerine göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçlarına bakıldığı zama, katılımcıların DEHB riskleri ile anne sütü alma süreleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $\chi^2=5.33$  sd=4 p=0.255).



Katılımcıların kronik hastalık durumuna göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçları Tablo 27.'de verilmiştir.

**Tablo 27.**

*Katılımcıların kronik hastalık durumuna göre yaşadıkları sorunlara göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçları*

	DEHB riski					
	Var		Yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Kronik hastalık						
Var	16	53.3	14	46.7	30	100.0
Yok	165	38.6	262	61.4	427	100.0
Toplam	181	39.6	276	60.4	457	100.0

cv= 17( %3.7)  $\chi^2=2.53$  sd=1 p=0.112

Katılımcıların kronik hastalık durumuna göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçlarına bakıldığı zaman, katılımcıların DEHB riskleri ile kronik hastalık durumu arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $\chi^2=2.53$  sd=1 p=0.112).

Katılımcıların ana-babalarının ortalama aylık gelir durumlarına göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçları Tablo 28.'de verilmiştir.

**Tablo 28.**

*Katılımcıların ana-babalarının ortalama aylık gelir durumlarına göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçları*

	DEHB riski					
	Var		Yok		Toplam	
Ortalama aylık gelir	n	%	n	%	n	%
1834 TL altı	47	50.1	46	49.5	93	100.0
1834- 4000 TL	76	36.4	133	63.6	209	100.0
4000-8000 TL	38	32.8	78	67.2	116	100.0
8000 TL ve üzeri	12	52.2	11	47.8	23	100.0
Toplam	173	39.2	268	60.8	441	100.0

cv= 33 ( %7.0)  $\chi^2=9.46$  sd=3 p=0.025

Katılımcıların ana-babalarının ortalama aylık gelir durumlarına göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçlarına bakıldığı zaman, katılımcıların DEHB riskleri ile ana-babaların ortalama aylık gelirleri arasında anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ( $\chi^2=9.46$  sd=3 p= 0.025). Buna göre DEHB riskinin en fazla, aylık ortalama geliri 1834 TL altında olan ve 8000 TL ve üzerinde olan ana-babaların çocuklarında olduğu, aylık ortalama geliri 1834- 4000TL arasında ve 4000- 8000 TL arasında olan ana-babaların çocuklarında ise DEHB riskinin daha düşük olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların cinsiyetlerine göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçları Tablo 29.'da verilmiştir.

**Tablo 29.**

*Katılımcıların cinsiyetlerine göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçları*

Cinsiyet	DEHB riski					
	Var		Yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Kız	85	37.0	145	63.0	230	100.0
Erkek	100	42.2	137	57.8	238	100.0
Toplam	189	39.9	285	60.1	474	100.0

cv= 7  $x^2=1.33$  sd=1 p= 0.247

Katılımcıların cinsiyetlerine göre DEHB risklerine ilişkin Ki-Kare sonuçlarına bakıldığı zaman katılımcıların DEHB riskleri ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $x^2=1.33$  sd=1 p= 0.247)

Katılımcıların cinsiyetine göre CADÖ-YU'nun BP-D ve H alt ölçeklerinden elde edilen puanlarına ilişkin t-testi sonuçları Tablo 30.'da verilmiştir.

**Tablo 30.**

Katılımcıların cinsiyetine göre CADÖ-YU'nun BP-D ve H alt ölçeklerinden elde edilen puanlarına ilişkin t-testi sonuçları

	Kız	Erkek	t	p
BP-D	5.72± 5.88 (n= 195)	6.84± 6.28 (n= 190)	-1.80	0.07
H	5.25±4.93 (n= 201)	5.83±5.04 (n= 186)	-1.13	0.26

\*p≤0.05

Katılımcıların cinsiyetine göre CADÖ-YU'nun BP-D ve H alt ölçeklerinden elde edilen puanlarına ilişkin t-testi sonuçlarına bakıldığı zaman, katılımcıların CADÖ-YU'nun BP-D (t=-1.80, p=0.07) ve H (t=-1.13, p=0.26) alt ölçeklerinden elde ettikleri puanlar cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Katılımcıların cinsiyetine göre CÖDÖ-YU'nun BP-D ve H alt ölçeklerinden elde edilen puanlarına ilişkin t-testi sonuçları Tablo 31.'de verilmiştir.

**Tablo 31.**

Katılımcıların cinsiyetine göre CÖDÖ-YU'nun BP-D ve H alt ölçeklerinden elde edilen puanlarına ilişkin t-testi sonuçları

	Kız	Erkek	t	p
BP-D	5.07± 5.79 (n= 226)	5.35± 5.99 (n= 224)	-0.51	0.61
H	2.89±3.74 (n= 226)	3.67±4.06 (n= 233)	-2.13	0.04*

\*p≤0.05

Katılımcıların cinsiyetine göre CÖDÖ-YU'nun BP-D ve H alt ölçeklerinden elde edilen puanlarına ilişkin t-testi sonuçlarına bakıldığı zaman katılımcıların CÖDÖ-YU ölçeğinden elde ettikleri BP-D puan ortalamasının cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermediği (t=-0.51, p=0.61), ancak elde ettikleri H puan ortalamasının cinsiyete göre anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (t=-2.13, p=0.04). CÖDÖ-YU ölçeği H puan ortalamasının erkek ( $\bar{x}$ =3.67) öğrencilerde kızlara ( $\bar{x}$ =2.89) göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların CADÖ-YU ve CÖDÖ-YU'nun BP-D alt ölçeğinin kesim puanı üzerinde olma durumlarına ilişkin Ki-Kare sonuçları Tablo 32.'de verilmiştir.

**Tablo 32.**

*Katılımcıların CADÖ-YU ve CÖDÖ-YU'nun BP-D alt ölçeğinin kesim puanı üzerinde olma durumlarına ilişkin Ki-Kare sonuçları*

CADÖ-YU (BP-D)	CÖDÖ-YU(BP-D)					
	Var		Yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Var	20	37.0	34	63.0	54	100.0
Yok	59	14.0	361	86.0	420	100.0
Toplam	79	16.7	395	83.3	474	100.0

$$x^2=18.20 \quad sd=1 \quad p=0.000$$

Katılımcıların CADÖ-YU ve CÖDÖ-YU'nun BP-D alt ölçeğinin kesim puanı üzerinde olma durumlarına ilişkin Ki-Kare sonuçlarına bakıldığı zaman, katılımcıların CADÖ-YU ölçeğindeki BP-D alt ölçeğinden kesim puanı üzerinde puan alması durumu ile CÖDÖ-YU ölçeğindeki BP-D alt ölçeğinden kesim puanı üzerinde puan alması durumu arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir(  $x^2=18.20 \quad sd=1 \quad p= 0.000$ ). Buna göre ana-baba ve öğretmen ölçeklerine göre çocuklardaki BP-D düzeyinin değiştiği ve öğretmenlerin ana-babalara göre daha fazla öğrencide dikkatsizlik riski bulunduğu saptanmıştır.

Katılımcıların CADÖ-YU ve CÖDÖ-YU'nun H alt ölçeğinin kesim puanı üzerinde olma durumlarına ilişkin Ki-Kare sonuçları Tablo 33.'te verilmiştir.

**Tablo 33.**

*Katılımcıların CADÖ-YU ve CÖDÖ-YU'nun H alt ölçeğinin kesim puanı üzerinde olma durumlarına ilişkin Ki-Kare sonuçları*

CADÖ-YU (H)	CÖDÖ-YU (H)					
	Var		Yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Var	17	26.2	48	73.8	65	100
Yok	71	17.4	338	82.6	409	100
Toplam	88	18.6	386	81.4	474	100

$\chi^2=2.87$  sd=1 p=0.090

Katılımcıların CADÖ-YU ve CÖDÖ-YU'nun H alt ölçeğinin kesim puanı üzerinde olma durumlarına ilişkin Ki-Kare sonuçlarına bakıldığı zaman, katılımcıların CADÖ-YU ölçeğindeki H alt ölçeğinden kesim puanının üzerinde puan alması durumu ile CÖDÖ-YU ölçeğindeki H alt ölçeğinden kesim puanının üzerinde puan alması durumu arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $\chi^2=2.87$  sd=1 p=0.090).

## 5.BÖLÜM

### TARTIŞMA

KKTC'de DEHB yaygınlığını değerlendiren ilk kapsamlı ulusal kesitsel tarama çalışması olan bu çalışmada örneklem KKTC'de bulunan bölge (Lefkoşa Mağusa, İskele, Girne, Güzelyurt), yerleşim yeri (köy, şehir), cinsiyet (kız/erkek) ve sınıf (1.-5. Sınıf) kotalarına göre belirlenmiştir. Hem ana- baba hem de öğretmenleri tarafından yanıtlanan 474 öğrenciye ilişkin formlar değerlendirmeye alınmıştır. Bu çalışma, DSM-IV'e dayalı, tarama ve klinik görüşme olmak üzere iki aşamalı bir çalışma olup, ilk aşamada KKTC'de ilkokul çocukları için geçerliği ve güvenilirliği belirlenmiş olan ana- babalar için CADÖ-YU ve öğretmenler için CÖDÖ-YU ölçekleri kullanılarak tarama yapılmıştır. Her iki ölçekte de yer alan BP-D veya H alt ölçeklerinden toplam puanlarının ortalamalarından en az birinden (veya kuralı) 1.00 standart sapma (SS) değeri üzerinden belirlenen kesim puanının üzerinde puan alan çocuklar, DEHB riski olan çocuklar olarak belirlenmiştir. İkinci aşamada ise tanısal değerlendirme için iyi bir geçerliliğe sahip olan ÇDŞG-ŞY yarı yapılandırılmış görüşme formu DEHB riski olan çocuklara ve onların ana-babalarına uygulanmıştır. Klinik görüşmede DEHB belirtilerinin en az iki ortamda görülmesi koşulu aranmıştır. Bu durumda görüşme sonunda ana-babalardan ve çocuklardan edinilen bilgiler doğrultusunda DEHB olduğu düşünülen çocuklar için, öğretmen ölçeğinden BP-D ya da H alt ölçeklerinden en az birinden kesim puanının üzerinde puan alması koşulu aranmıştır. Bilgi kaynakları arasında farklılık olduğu durumlarda tanı için, ulaşılabilmesi durumunda çocuğun öğretmeni aranmış ve çocukla ilgili bilgi alınmış ya da görüşmecisi klinik ortamdaki gözlemini de göz önünde bulundurarak DEHB olan çocukları tespit etmiştir. Ayrıca tanısal değerlendirmede çocuğun birden fazla ortamda işlevselliğinde bozulması ölçüt olarak alınmıştır. Öğretmenlerle görüşme imkanı olmadığı için çocuğun sosyal veya akademik yöndeki



işlevselliğinde bozulma yalnızca ana-baba ve çocuktan edinilen bilgilere göre klinik görüşme ile değerlendirilmiştir.

Bu çalışmada ilkokul öğrencileri arasında DEHB yaygınlığı % 28.9 olarak tespit edilmiştir. DEHB alt tiplerinin yaygınlığı ise DEHB-H için %11.0 (n=14), DEHB-D için %10.1 (n= 13), DEHB-B için %7.8 (n= 10) olduğu saptanmıştır. DEHB alt tipleri arasında en yaygın DEHB-H alt tipinin olduğu, en az yaygın ise DEHB-B alt tipinin olduğu bulunmuştur. Saptanan DEHB yaygınlığı ve DEHB alt tiplerinin yaygınlığı taranan yabancı alan yazındaki çalışmaların (August et al., 1996; Bianchini et al., 2013; Buckley et al., 2008; Döpfner et al., 2008; Froehlich et al., 2007; Giacobini et al., 2018; Huss et al., 2008; Jin et al., 2014; Khushabi et al., 2006; Montiel et al., 2008; Nolan et al., 2001; Polanczyk et al., 2007; Polanczyk et al., 2015; Safavi et al., 2016; Skounti et al., 2010; Venkata & Panicker, 2013; Wang et al., 2017) oranlarından ve yerli alan yazındaki çalışmaların (Bozkurt vd., 2017; Ercan vd., 2015; Ercan vd., 2013; Ercan vd., 2019; Gül vd., 2010; Güler vd., 2014; Inci vd., 2016; Şan, 2013; Toklu, 2016; Zorlu vd., 2015) oranlarından daha yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmalar DEHB'nin ilkokul öğrencileri arasında yaygınlığının %1-%24.1 arasında olduğunu ve bu yaygınlık oranlarının kültürel farklılıklara, kullanılan tanısal kritere, tanısal değerlendirme yöntemine, seçilen örneklem yöntemi, örnekleme ulaşma yöntemine (telefon, yüz yüze görüşme,vb), katılımcı sayısına, araştırma desenine, verilerin kaynağına (ana-baba/çocuk/öğretmen), işlevsellikte bozulma kriterine göre değiştiğini göstermektedir (Polanczyk et al., 2015).

Bizim çalışmamızda DEHB yaygınlığının yapılan diğer çalışmalara göre daha yüksek bulunmasının en başta kullanılan ölçeklerde belirlenen kesim puanlarıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Taranan alan yazındaki yerli ve yabancı çalışmalara bakıldığı zaman gerek yalnızca tarama kullanılarak (tek aşamalı), gerekse tarama ve klinik görüşme (iki aşamalı) uygulamasıyla DEHB yaygınlığının değerlendirildiği çalışmalarda, ölçeklerdeki kesim puanına ilişkin elde edilen DEHB riski olan çocuk sayısının, yaygınlık oranını belirlemede önemli bir rol oynadığı görülmektedir. Taranan çalışmalara bakıldığı zaman ölçek kesim puanlarını hangi standart sapma kriterine göre değerlendirildiği hepsinde tam olarak belirtilmese de bazılarında ölçeklerin

kesim puanlarını hangi standart sapma kriterine göre belirledikleri açıklanmıştır. August et al. (2001) Midwest şehrinde ilkökul 1.-4. sınıflar arasındaki çocuklarda DEHB yaygınlığına baktıkları DSM-III-R temelli iki aşamalı çalışmalarında, CADÖ- yenilenmiş ve CÖDÖ- yenilenmiş formlarındaki Hiperaktivite Endeksi alt ölçeğinde, alt ölçek puan ortalamasının 1.75 SS değeri üzerinden kesim puanını belirlemiştir. 7231 çocuk ölçeklerde “ve kuralına” göre değerlendirildiği zaman 400 (%5.5) kişinin kesim puanının üzerinde puan aldığı görülmüştür. Buckley et al. (2008) İrlanda’da 5-18 yaş arası çocukların olduğu bir özel eğitim okulunda yaptıkları çalışmada CÖDÖ-YU ölçeğinde DEHB Endeksi, BP-D ve H alt ölçeklerinden en az birinden 70 T puan değeri (2.0 SS) üzerinden kesim puanı belirlenmiştir. Buna göre 84 çocuktan 47’sinin (%55.9) kesim puanının üzerinde puan aldığı görülmüştür. Ayrıca Buckley et al. (2008) çalışmasında 60 T puanı (1.0 SS) ve 70 T (2.0 SS) puan değeri üzerinde puan alan katılımcıları alt ölçeklere göre karşılaştırmış ve çocuklar alt ölçeklerde 60 T puanına göre değerlendirildiği zaman DEHB riski olan kişi sayısı artmıştır. 60 T puanına göre alt ölçeklerde kesim puanının üzerinden puan alan çocukların, sırasıyla DEHB Endeksi alt ölçeği için 43 kişi (70 T puanına göre 23 kişi), BP-D alt ölçeği için 64 kişi (70 T puanına göre 38 kişi), H alt ölçeğine göre ise 38 kişi (70 T puanına göre 24 kişi) olduğu bulunmuştur. Montiel ve diğerlerinin (2008) Venezüella’da 4-12 yaş çocukları için devlet okuluna ve özel okula giden 1535 çocukta DEHB yaygınlığını değerlendirdikleri iki aşamalı çalışmalarında ilk aşamada CADÖ-YU veya CÖDÖ-YU ölçeklerinden (veya kuralı) 70 T puanı ve üzerinde (2.0 SS) puan alan 175 DEHB riski olan çocuk (%11.4) tespit etmişlerdir.

Taranan yerli çalışmalar arasında ilkökul çocuklarında DEHB yaygınlığını değerlendirmede, bizim çalışmamızda da kullanılan CADÖ-YU ve CÖDÖ-YU ölçeklerinin kullanımına ilişkin herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Taşkın (2006) İstanbul’da 1-8. sınıfa giden çocuklarda CADÖ-YU ölçeğinin eski sürümü olan CADÖ’yü kullanarak DEHB yaygınlığını değerlendirdiği çalışmasında ise alt ölçeklerdeki kesim puanının hangi standart sapma değeri üzerinden hesaplandığını belirtmemiştir. Güler vd. (2014) İstanbul İlinde 3 devlet ilkökulunda 7-14 yaş arası 3110 çocuktaki DEHB yaygınlığını

SNAP-IV derecelendirme ölçeğinin hem ana-baba hem öğretmen formlarında 1.5 SS ve 2.00 SS kriteri üzerinden belirlenen kesim puanına göre değerlendirmiş ve 1.5 SS üzerinden ana-baba formuna göre 229 çocukta (%9.6), öğretmen formuna göre 313 çocukta (%10.1), ana-baba veya öğretmen formuna göre (veya kuralı) 541 çocukta (%17.4), ana-baba ve öğretmen formuna göre (ve kuralı) ise 71 çocukta (%2.3) DEHB riski belirlemiştir. 2.0 SS üzerinden ise ana-baba formuna göre 186 çocukta (%6.0), öğretmen formuna göre 145 çocukta (%5), ana-baba veya öğretmen formuna (veya kuralı) göre 307 çocukta (%9.9), ana-baba ve öğretmen formuna göre (ve kuralı) 24 çocukta (%0.8) DEHB riski belirlenmiştir.

Bizim çalışmamızla benzer yaş gruplarının değerlendirildiği Gül ve diğerlerinin (2010) Trabzon ilinde düşük, orta ve yüksek sosyoekonomik düzeye göre seçilen (tabakalı ve kümeleme örnekleme yöntemi ile seçilmiş), 6-12 yaş arasında ilkokul öğrencilerinden oluşan 6 okulda yaptıkları çalışmada, T-DSM-IV-S Ölçeği kullanılmış ve DEHB yaygınlığı %8.6 olarak belirlenmiştir. Bu ölçeğe göre 1126 öğrenci arasından DEHB riski olan öğrencileri tespit etmek için hem ana-baba, hem de öğretmen formlarında (ve kuralı) 9 Dikkat Eksikliği ve 9 Hiperaktivite–Dürtüsellik belirtisi maddesinden en az 6'sının 2 ya da 3 olarak puanlandığı 97 öğrenci tespit edilmiştir. Bu puanlama DSM-IV'e göre klinik aralıkta olan bir puanlama şekli idi.

Conners DEHB'nin tanısı ve tedavisinde derecelendirme ölçeklerinin klinik kullanımında 1.5 ve 2.0 SS üzeri olan kesim puanlarının klinik olarak önemli olduğunu ve klinik olarak değerlendirilmesi gerektiğini bildirmiştir (Conners, 1999). Buckley et al. (2008) alt ölçeklerdeki kesim puanınının 70T puanı üzerinde olmasının (2.0 SS) o alt ölçekte ölçülen davranışla ilgili belirgin bir problem olduğunu gösterdiğini öne sürmektedir. Achenbach 70T puanının (ortalamanın 2.0 SS üzerinde alınan puan) klinik aralıkta en iyi kesim puanı olduğunu ileri sürmektedir (akt; Kim, Park, Cheon, Kim, Cho & Hong, 2005). Kore'de toplumun temel alındığı bir örnekleme, DEHB olan ilkokul çocuklarında tanımlanmasında, Çocukların Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği'nin (CBCL) ve Çocuk ve Ergenlerde Yıkıcı Davranım Bozukluğu İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği'nin (ADHD- Rating Scale-IV) klinik geçerliliklerini ve etkilerini inceleyen bir çalışmada, Çocukların

Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği'nin, Dikkat Sorunları profiline ilişkin 60 T puanı, DEHB tanısında makul düzeyde duyarlılık veya pozitif yordayıcı değer olarak tespit edilmiştir. Bununla birlikte, kesme puanı olarak 70'lik bir T puanı düşük bir duyarlılık seviyesi ile sonuçlanmıştır. Bu sonuçlardan, 70'lik bir kesme puanının DEHB olan birçok çocuğun tanımlanmasına engel olabileceği düşünülmüştür. Çocuk ve Ergenlerde Yıkıcı Davranım Bozukluğu İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği'nin hem ana-baba, hem de öğretmen raporlarındaki "90." persentil kesme puanı ise yüksek düzeyde öngörücü değer olarak tanımlanmıştır (Kim et al., 2005). Du Paul, 80. ve 90. yüzdilik kesme noktalarının DEHB taraması için kullanılabileceğini ve 93. ve 98. yüzdilik kesme noktalarının ise DEHB'yi tanımlamak için kullanılabileceğini öne sürmüştür (akt; Kim et al., 2005). Bu bağlamda Gül ve diğerlerinin (2010) ana-baba ve öğretmen ölçeklerinde kullandığı kesme puanlarının DEHB olan çocukları taramaktan çok tanımlamaya yönelik olduğunu söylenebilir. Bizim çalışmamızda ise ana-baba ve öğretmen ölçeklerinde kullanılan kesim puanları DEHB olan çocukları taramaya yönelik olduğu için DEHB riski olan daha çok çocuk tespit edilmiştir.

Tüm bu bulgulara bakıldığı zaman yaygınlık çalışmalarında daha çok standart sapma için 1.5 SS ve 2.0 SS'nin ölçüt olarak alındığı görülmektedir. Yaygınlık oranının standart sapma değeri düştükçe arttığı ve en fazla yaygınlık oranını 1.0 standart sapma değeri ölçüt alındığında olduğu görülmektedir. Bizim çalışmamızda CADÖ-YU veya CÖDÖ-YU ölçeğinde BP-D ve H alt ölçeklerinden en az birinden ortalamanın 1.0 SS üzerinden puan alan çocuklar DEHB riski olan çocuklar olarak tespit edilmiştir. Bu bağlamda 474 çocuk üzerinden 189 (%39.87) DEHB riski olan çocuk tespit edilmiştir. Bu durum DEHB yaygınlığının daha fazla olmasının bir nedeni olarak öngörülmektedir. Bizim çalışmamızda kullanılan CADÖ-YU veya CÖDÖ-YU ölçeklerinin yalnızca DEHB olan çocukları taramaya yönelik olmayışı, alt ölçeklerde bulunan madde sayısının her alt ölçek için aynı olmaması ve buna bağlı puan ortalamalarının da aynı olmaması, risk unsuru olan çocukların klinik ortamda da değerlendirilmesi gibi nedenlerle tüm alt ölçekler için ortak bir standart sapma değeri üzerinden kesim puanları

belirlenmiştir. Böylece DEHB riski olan çocuklar atlanmadan değerlendirme yapılmıştır.

Birden fazla kaynaktan bilgi alınan durumlarda "ve" ya da "veya" kuralı uygulanmaktadır. "Ve kuralı" hem ana-baba, hem de öğretmen formlarında ölçülmek istenen bozukluk ya da sorun davranışlar için gerekli olan ölçütlerin karşılandığı olguları kapsamaktadır. "Veya kuralı" ise ana-baba veya öğretmen formlarından en az birinde ölçülmek istenen bozukluk ya da sorun davranışlar için gerekli olan ölçütlerin karşılandığı olguları kapsamaktadır (Polanczyk et al., 2015). Yapılan çalışmalarda "veya kuralı" kriterine göre yapılan yaygınlık oranlarının "ve kuralı" göre yapılanlardan daha yüksek olduğu, ayrıca DSM-IV kriterine göre yaygınlık oranlarının belirlendiği çalışmalardaki oranların DSM-III-R ve ICD-10 kriterlerine göre belirlenen yaygınlık oranlarından daha yüksek olduğu görülmektedir (Döpfner et al., 2008; Polanczyk et al., 2007; Polanczyk et al., 2015; Skounti, Philalithis & Galanakis, 2007). Bizim çalışmamızda da ölçekler arası "veya kuralı" kullanılarak DEHB riski olan çocukların belirlenmesi yaygınlık oranının artmasında bir etken olarak görülmektedir. Ayrıca yaygınlık oranlarının DSM-IV temelli ölçüm araçlarına göre yapılması da DEHB yaygınlık oranının artmasında bir başka etken olarak düşünülebilir.

Yapılan birçok çalışmada katılımcıların sınıfları belirtilmiş olmasına rağmen, DEHB olan ve olmayan çocuklar yaşlarına göre karşılaştırılmaktadır. Bizim çalışmamızda katılımcıların eğitim gördükleri sınıf düzeyine göre DEHB risklerine ilişkin sonuçlara bakıldığı zaman katılımcıların DEHB riskleri ile eğitim gördükleri sınıf düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $\chi^2= 0.997$   $sd= 4$   $p= 0.910$ ). Yapılan bazı çalışmalarda da bulgumuza benzer şekilde çocukların yaşları ile DEHB riskleri arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (August et al., 1996; Ercan vd., 2015; Froehlich et al., 2007; Safavi et al., 2016; Skounti et al., 2010; Toklu, 2015; Zorlu vd., 2015). Bazı çalışmalarda ise yaşın artmasıyla birlikte DEHB oranının azaldığı görülmektedir. Nolan et al. (2001) 3-18 yaş arası çocuklarda DEHB yaygınlığını değerlendirdikleri çalışmada DEHB yaygınlığının sırasıyla en fazla 3-5 yaş arası olan çocuklarda olduğunu, bunu sırasıyla 5-12 yaşın, 12-18 yaşın izlediğini bildirmişlerdir. Polanczyk et al.

(2007) 18 yaş ve altı çocuklarda DEHB'nin dünyadaki yaygınlığına baktıkları çalışmalarında 6-11 yaş çocuklarda, 12-18 yaş arası çocuklara göre daha fazla DEHB yaygınlığının olduğunu tespit etmişlerdir. Döpfner et al. (2008) 7-17 yaş arası çocuklarda DEHB yaygınlığını değerlendirdikleri çalışmada sırasıyla yaygınlık oranının en fazla 7-10 yaş, 10-13 yaş ve 14-17 yaş arasında olduğunu bulmuşlardır. Jin et al. (2014) 5-15 yaş arası çocuklarda DEHB yaygınlığını değerlendirdikleri bir başka çalışmada sırasıyla yaygınlık oranlarının en fazla 7-10 yaş arası çocuklarda olduğunu, daha sonra 5-6 yaş çocuklarının olduğu ve daha sonra bunu 11-15 yaş çocuklarının takip ettiği tespit edilmiştir. Alizadeh et al. (2015) İran'da 6-11 yaş arası ilkokul çocuklarında DEHB yaygınlığını belirlemek için yaptıkları çalışmada yaşın ilerlemesiyle birlikte DEHB yaygınlığının azaldığı tespit edilmiştir. Çocuklarda DEHB yaygınlığı en fazla 7 yaşında, en az ise 11 yaşında olduğu bulunmuştur. Şan'ın (2013) Edirne ilinde 1-4. sınıflar arasında DEHB yaygınlığını değerlendirdiği çalışmasında ise DEHB tanısı alan ve almayan kişiler yaşa göre karşılaştırıldığı zaman anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Buna göre DEHB tanısı alan grubunun yaşlarının, DEHB tanısı almayan grubunun yaşlarından düşük olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Bizim çalışmamızda her ne kadar yaş değil de sınıf düzeyi ele alınmış olsa da DEHB riskinin en yüksek 6-7 yaş grubu içeren birinci sınıflarda görülmesi (%44.9) ve 10-11 yaş grubundaki öğrencilerin öğrenim gördüğü 5. sınıfa düşmesi (%39.9) Alizadeh et al. (2015)'nin İran'da yaptıkları çalışmanın bulgularıyla tutarlılık göstermektedir.

Tüm bu bulgulara bakıldığı zaman yaşın ilerlemesiyle birlikte DEHB oranının düştüğü görülen ve geniş yaş aralıklarının ele alındığı çalışmalarda DEHB'si olan çocukların genel yaygınlık oranının, ilkokul dönemini içeren yaşlardaki DEHB'si olan çocukların yaygınlık oranlarından daha düşük olduğu görülmektedir. Bu bağlamda taranan yerli çalışmalara bakıldığı zaman gerek tüm ilkokul 1-5. sınıf öğrencilerinin çalışmaya alınmaması (Ercan vd., 2013; Ercan vd., 2019; Güler vd., 2014; Şan, 2013; Toklu, 2016; Zorlu vd., 2015), gerekse 6-11 yaş grubu olan çocukların değerlendirmeye alınmaması (Ercan vd., 2015; Ercan vd., 2013; Ercan vd., 2019; Güler vd., 2014; Toklu, 2016;

Zorlu vd., 2015) nedeniyle, yerli çalışmalardaki yaygınlık oranlarının, bizim çalışmamızdan daha düşük olmasında etkili olabileceği düşünülmektedir.

Taranan yerli çalışmalarda bizim çalışmamızla aynı metodolojinin kullanıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ayrıca çalışmalarda kullanılan ölçekler de farklılık göstermekle birlikte yalnızca Bozkurt vd. (2017) ile Gül vd. (2010) yaptıkları DEHB yaygınlığı çalışmasında benzer yaş gruplarını değerlendirmeye almışlardır. Bozkurt ve diğerlerinin (2017) çalışması, bizim çalışmamızdan önce KKTC'de ilkokul öğrencileri arasında yapılan DEHB'ye yönelik ilk ve tek yaygınlık çalışmasıdır. Bozkurt vd. (2017) KKTC'de özel bir ilkokulda 6-11 yaş arası öğrencilerde DEHB yaygınlığını değerlendirdikleri tarama ve klinik görüşmeden oluşan iki aşamalı kesitsel tarama çalışmalarında, ölçek olarak bizim çalışmamızda kullanılan ölçekten farklı olarak T-DSM-IV-S Ölçeği'ni kullanmışlardır. Kullanılan ölçek öğrencilerin hem ana-babaları, hem de öğretmenleri olmak üzere 569 kişi tarafından yanıtlanmıştır. Çalışmada kullanılan 9 maddeden oluşan dikkatsizlik ve 9 maddeden oluşan hiperaktivite- dürtüsellik alt ölçekleri, bizim çalışmamızdaki BP-D ve H alt ölçekleri gibi ayrı ayrı değerlendirilmemiştir. Ana-baba veya öğretmen ölçeklerinde (veya kuralı) her iki ölçekten de toplam 12 puan ve üzerinde puan alan toplam 125 öğrencide DEHB riski olduğu bulunmuştur. Buna göre 569 öğrenciden 125'inde DEHB riski olduğu tespit edilmiştir. 125 öğrencinin 98 tanesi, ana- babaları ile birlikte, bizim çalışmamızda da kullanılan DSM-IV temelli ÇDŞG-ŞY'nin uygulandığı klinik görüşmeye katılmış ve 72 öğrenci DEHB tanısı almıştır. Bu çalışmada yaygınlık oranı klinik görüşme öncesindeki kayıp veriler ( $125-98= 27$ ) hesaba katılmadan değerlendirilmiş ve DEHB yaygınlığı %12.8 olarak bulunmuştur. Veri kayıpları hesaba katılarak yapılan yaygınlık oranı ise %16.1 olarak değerlendirilebilir. Bizim çalışmamızda klinik görüşme öncesindeki kayıp veriler hesaba katılarak yaygınlık oranı belirlenmiştir. Bu durum iki çalışmadaki yaygınlık oranlarının farklı olmasında bir etken olarak öngörülmektedir.

Bizim çalışmamızda özel ilkokullardan izin alınamaması nedeniyle yalnızca devlet ilkokulları çalışmaya alınabilmiştir. Ülkemizdeki devlet ilkokullarında daha çok düşük ve orta SED'ye sahip çocuklar eğitim görürken, özel ilkokullarda daha çok orta ve yüksek SED'ye sahip çocuklar eğitim

görmektedir. Yapılan çalışmalar düşük SED'si olan çocuklarda DEHB yaygınlığının daha yüksek olduğunu göstermektedir (Döpfner et al., 2008; Ercan vd., 2015; Huss et al., 2008; Jin et al., 2014; Venkata & Panicker, 2013). Bizim çalışmamızdaki örnekleme ailenin ortalama aylık gelirinin daha çok 1834-4000 TL arasında olduğu (%44.1) görülmektedir. Bu bağlamda ailelerin çoğunun düşük sosyoekonomik düzeyde olması, bizim çalışmamızdaki DEHB yaygınlık oranının Bozkurt ve diğerlerinin (2017) yaygınlık oranından daha yüksek olmasında bir etken olarak görülmektedir. Ayrıca çalışmamızda katılımcıların ana-babalarının ortalama aylık gelir durumlarına göre DEHB risklerine bakıldığı zaman, katılımcıların DEHB riskleri ile ana-babaların ortalama aylık gelirleri arasında anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ( $\chi^2=9.46$   $sd=3$   $p= 0.025$ ). Buna göre DEHB riskinin en fazla, aylık ortalama geliri 1834 TL altında olan ve 8000 TL ve üzerinde olan ana-babaların çocuklarında olduğu, aylık ortalama geliri 1834- 4000TL arasında ve 4000- 8000 TL arasında olan ana-babaların çocuklarında ise DEHB riskinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Daha öncede belirtildiği gibi birçok çalışma bizim çalışmamızın bulgularına benzer şekilde, düşük SED olan çocuklarda DEHB yaygınlığının daha yüksek olduğunu göstermektedir (August et al. 1996; Döpfner et al., 2008; Ercan vd., 2015; Froehlich et al., 2007; Huss et al., 2008; Jin et al., 2014; Venkata & Panicker, 2013). Bazı çalışmalarda ise çocukların DEHB durumu ailenin gelir düzeyine göre karşılaştırıldığı zaman anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (Şan, 2013; Toklu, 2016).

Diğer çalışmalardan farklı olarak bizim çalışmamızda SED'si yüksek ana-babaların çocuklarında da DEHB riskinin yüksek olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda aileye düşen ortalama aylık gelirin 8.000TL ve üzeri olan ailelerde annelerin (%63.6) ve babaların (%59.1) daha çok üniversite mezunu olduğu ve ortalama aylık gelirleri 8.000 TL ve üzerinde olan ana-babaların her ikisinin de çalışma oranlarının diğer aylık geliri olan gruplara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bunların yanında araştırmamızda katılımcıların ana-babalarının eğitim düzeylerine göre DEHB risklerine bakıldığı zaman, katılımcıların DEHB riskleri ile annelerinin eğitim düzeyi arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $\chi^2= 12.04$ ,  $sd= 4$ ,  $p= 0.017$ ). Araştırmamızda



eğitim düzeyleri açısından DEHB riskinin okuma yazması olmayan ve ilkokul mezunu annelerin çocuklarında daha yüksek olduğu ve niversite mezunu annelerin çocuklarında daha az görüldüğü, bir diğer deyişle eğitim düzeyinin yükseldikçe ocuklarında DEHB riskinin düştüğü tespit edilmiştir. Katılımcıların DEHB riskleri ile babalarının eğitim düzeyi arasında ise anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $\chi^2= 6.725$ ,  $sd= 3$ ,  $p= 0.081$ ). Bu bulguya göre babaların eğitim düzeylerinin ise, genel beklentilerin aksine çocuklarının DEHB riski ile ilişkili görünmemektedir. Ayrıca anneler ile babaların eğitim düzeylerine ilişkin dağılımlarının da birbirlerine oldukça benzer olduğu da dikkat çekmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda bizim çalışmamızdaki bulgularla benzer şekilde annenin eğitim düzeyinin arttıkka çocuklardaki DEHB yaygınlığının azaldığı tespit edilmiştir (Ercan vd., 2015; Jin et al., 2014; Zorlu vd., 2015). Yapılan bazı çalışmalarda da bizim bulgularımızdan farklı olarak babanın eğitim düzeyinin arttıkka çocuklardaki DEHB yaygınlığının azaldığı tespit edilmiştir (Ercan vd., 2015; Jin et al.,2014; Zorlu vd., 2015). şan (2013)'ın ise çalışmasında ana-babaların eğitim düzeyi ile ocukların DEHB durumu arasında anlamlı bir fark olmadığına ilişkin bulgusu ise babalarla ilgili bulgumuzu kısmen desteklemektedir.

KKTC'de çocukların sorumluluğunun daha çok annelerin üzerinde olduğu ve çocuklarıyla daha çok annelerin vakit geçirdiği görülmektedir. Ayrıca aile içi rollere bakıldığı zaman annelerin anneliği daha çok fedakarlık olarak tanımladığı, babaların ise babalığı daha çok güven ve destek olarak tanımladığı, çocuğa verilen psikolojik değerin ana-babanın eğitim seviyesine paralel olarak yükseldiği görülmektedir (Eser, 2016). KKTC'de yapılan bir başka çalışmada lisans ve lisansüstü eğitime sahip olan ana-babaların çocuklarına karşı daha korumacı bir tutum içinde oldukları ve bunun çocuklarının başına gelebilecek olumsuz bir etkene ilişkin daha fazla kaygılanmalarıyla ilişkili olabileceği bulunmuştur. Ayrıca ocuk yetiştirirken baş etme konusunda kendilerini orta düzeyde yeterli olarak algılayan ana-babaların (oğunlukla ilkokul mezunu olan ana-babaların) kendilerini öğrenebilen, hata yapabilen ve sorgulayabilen bireyler olarak gördükleri ve kendilerinin mükemmel olmadıklarını kabul ettikleri için problemlerle de orta düzeyde baş edebildikleri algısına sahip oldukları, kendilerini yüksek düzeyde

yeterli algılayan ana-babaların çocuklarını yetiştirirken kendilerini mükemmel, hata yapmayan, her koşulda itaat edilmesi gereken bireyler olarak gördükleri için problemlerle de yüksek düzeyde baş edebildikleri algısına sahip oldukları tespit edilmiştir (Dağgöl, 2016). Bizim çalışmamızda eğitim seviyesi düştükçe ve çalışmayan anne oranı arttıkça DEHB'nin artması çelişkili bulgular gibi görünse de eğitim düzeyi düşük olan annelerin çocuklarına akademik açıdan yeterli destek olamayacaklarını, çocukların ihtiyaçlarına göre nasıl yaklaşmaları ya da davranışları gerektiğini bilmemelerini; çocuk yetiştirme konusunda kendilerini daha az yeterli hissetmelerine neden olabileceğini ve bu gibi çevresel koşulların çocuklarında DEHB riskini artırabileceğini düşünmekteyiz. Ayrıca çalışmamızda ana babaların eğitim düzeylerine ilişkin dağılımlarının birbirine oldukça benzer olmasına rağmen, katılımcıların DEHB riskleri ile annelerinin eğitim düzeyi arasında anlamlı bir fark olması, ancak katılımcıların DEHB riskleri ile babalarının eğitim düzeyi arasında anlamlı bir fark olmamasının, Eser'in çalışmasında ifade edildiği gibi KKTC'de ailedeki sorumluluğun daha çok anne üzerinde olmasıyla ilişkili olabileceğini düşünmekteyiz. Ancak bu görüşün ileri araştırmalarla test edilmesi gerekmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların ana-babalarının mesleğine göre DEHB risklerine bakıldığı zaman katılımcıların DEHB riskleri ile annelerinin mesleği arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ( $\chi^2= 10.243$  sd= 4 p= 0.037). Buna göre annesi çalışmayan çocuklarda daha fazla DEHB riski olduğu, annesi öğretmen olan çocuklarda daha az DEHB riski olduğu saptanmıştır. Katılımcıların DEHB riskleri ile babalarının mesleği arasında ise anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $\chi^2= 2.246$  sd= 4 p= 0.691). Safavi et al., (2016), İran'da Shahrekord şehrinde iki erkek ilkokulu ve iki kız ilkokulunda 6-12 yaş arası çocuklarda DEHB yaygınlığını değerlendirdikleri çalışmalarında DEHB olan 109 çocuğun anneleri mesleklerine göre karşılaştırıldığı zaman anlamlı bir farklılık bulunmamış olsa da, DEHB olan çocukların büyük çoğunluğunu oluşturan 75'inin (%11.9) annesinin ev hanımı olduğu bulunmuştur. Toklu (2016) Eskişehir ilinde 6-15 yaş arası ilköğretim çocuklarında DEHB yaygınlığını değerlendirdiği çalışmada DEHB ile annenin çalışmıyor olması arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Bazı

çalışmalarda ise annelerin çalışıp çalışmaması ile çocukların DEHB durumu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (Şan, 2013). Bizim bulgularımızdan farklı olarak Zorlu vd. (2015) çalışmasında işsiz babaların çocuklarında daha fazla DEHB riski olduğunu tespit etmiştir. Bizim çalışmamızda annelerin çoğunluğunun çalışmadığı (%49.6) ve babaların hemen hemen hepsinin çalıştığı (%96) görülmektedir. Bu bağlamda babaların annelere göre daha çok çalışması ve çocukların sorumluluğunun daha çok annelerde olması, gerek ev işleriyle, gerekse çocuklarla ilgilenme açısından, ev içinde daha fazla bir iş yükü oluşturabileceğini düşündürmektedir. DEHB olan çocuklar diğer çocuklara göre daha fazla birebir ilgiye ihtiyaç duymaktadırlar. Özellikle kadınların çocuklar üzerinde daha çok sorumluluk aldıkları KKTC toplumunda hem annenin hem babanın çalışıyor olması, evin sorumluluğunun ve yükünün daha çok kadının üzerine yüklenebileceğini ve buna bağlı olarak da annenin çocuğuyla daha az zaman geçirmesine ve DEHB belirtilerinin daha belirgin görülmesinde etken olabileceği düşünülmektedir.

Diğer yandan yapılan çalışmalar tek şehre göre DEHB yaygınlığına bakılan çalışmalarda yaygınlık oranlarının, ülkedeki tüm şehirlere göre yapılanlardan daha düşük olduğunu göstermektedir (Polanczyk et al., 2015). Bizim çalışmamızda araştırmanın örnekleme, evreni temsil eder nitelikte olup, seçkisiz örnekleme yöntemlerinden biri olan, tabakalı örnekleme yöntemi kullanılarak seçilmiştir. Çalışmada önce okullar MEB'den alınan listeler göz önünde bulundurularak, her ilçe merkezinden bir tane ve her ilçe köylerinden bir tane olmak üzere, toplam ikişer ilkokul kura yöntemi ile tespit edilmiştir. Her bölge için, köy ve şehir olarak ayrı ayrı ortalama 2 ilkokul kura ile seçilmiştir. Ülkeyi temsil eden toplam 15 ilkokul ile çalışılmıştır. Bozkurt ve diğerlerinin (2017) çalışmasının bulguları yalnızca bir ilkokuldan elde edilen veriler ile sınırlıdır. Bu bağlamda elde edilen yaygınlık oranı ülkeyi temsil eder nitelikte olmayıp, yaygınlık oranının bizim çalışmamızdan daha düşük olmasında kullanılan örnekleme yöntemi ve yalnızca bir okulda bu çalışmanın yapılması bir diğer neden olarak öngörülmektedir.

Türkiye'de 2.-4. sınıf öğrencilerinde çocukluk psikopatolojisinin yaygınlığının, Çocuk ve Ergenlerde Yıkıcı Davranım Bozukluğu İçin DSM-IV'e Dayalı

Tarama ve Değerlendirme Ölçeği ve ÇDŞG-ŞY-yarı yapılandırılmış görüşme kullanılarak değerlendirildiği çalışmada Türkiye’de bölgeler arası yaygınlık oranlarında anlamlı bir fark bulunmuştur. DEHB’nin en yaygın olduğu bölgenin işlevsellikte bozulma kriteri göz önünde bulundurulmadan değerlendirildiğinde Akdeniz Bölgesi olduğu, Karadeniz Bölgesinin ise 5. sırada olduğu tespit edilmiştir (Ercan vd., 2019). Bizim çalışmamızda yaygınlık oranının Gül ve diğerlerinin (2010) çalışmasından daha yüksek olmasının bir diğer nedeninin ise coğrafik farklılıklarla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca Ercan ve diğerlerinin (2019) çalışmasında Türkiye’deki DEHB yaygınlık oranı ana-baba ya da öğretmene göre çocukların işlevselliğinde bozulma kriteri göz önünde bulundurulmadan değerlendirildiği zaman %19.48 olduğu, çocukların işlevselliğinde bozulma kriteri göz önünde bulundurulmuş olarak değerlendirildiği zaman ise %12.39 olduğu tespit edilmiştir. Onların çalışmasında DEHB, Türkiye’de ilkökul çocuklarında en yaygın mental bozukluk olarak tespit edilmiştir. Polanczyk et al. (2015) çocuklarda ve ergenlerde dünyadaki mental bozukluk yaygınlığını değerlendirdikleri meta analiz çalışmalarında DEHB yaygınlığını %3.4 olarak tespit etmiştir. Ancak Polanczyk et al. (2007) daha önce sadece dünyadaki çocuklarda ve ergenlerde olan DEHB yaygınlığını değerlendirmiş ve DEHB yaygınlığının %5.29 olduğunu tespit etmişlerdir. Polanczyk et al. (2015) yaptıkları çalışmada DEHB yaygınlığının %3.4’e düşmesini tüm mental bozukluk çalışmalarını taramaya ve buna bağlı olarak da, daha az sayıda DEHB yaygınlığı çalışmasının değerlendirilmesine bağlamıştır. Buna göre Polanczyk ve diğerlerinin (2015) yaptığı çalışma, Ercan ve diğerlerinin (2019) çalışmasında saptanan Türkiye’deki DEHB’nin yaygınlık oranının, gerçekte daha fazla olabileceği izlenimini vermiştir. Katılımcıların yerleşim yerlerine göre DEHB risklerine bakıldığı zaman katılımcıların kaldıkları yerleşim yerleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı, köy (%38.7) ve şehirde (%40.4) yaşayanların dağılımlarının birbirlerine oldukça yakın olduğu tespit edilmiştir ( $\chi^2=0.148$   $sd=1$   $p=0.700$ ). Ayrıca KKTC’de yaşayan pek çok kişinin de çalışmak için her gün şehirlere geldiği bilinen bir durumdur. Alan yazındaki bazı epidemiyolojik çalışmalarda bizim bulgularımızla tutarlı olarak DEHB olan çocuklarda köysel ve kentsel kesimler arasında ya da coğrafik karakteristiklerle DEHB arasında bir ilişki bulunmadığı görülmektedir

(Bussing et al. 1998; Cuffe, Moore & McKeown, 2005; Huss et al., 2008; Nolan et al., 2001; Skounti, Philalithis, Mpitaraki, Vamvoukas & Galanakis, 2006). Aksi yönde bulgularda bulunmaktadır. Başka epidemiyolojik çalışmalarda ise kentleşme durumuna göre DEHB yaygınlığının kentleşme ile ilişkili olduğu ve kırsal kesimlerden şehirlere doğru DEHB yaygınlığının arttığı bulunmuştur (Döpfner et al., 2008; Wang et al., 2017). Ercan vd. (2019) da çalışmasında da DEHB yaygınlığının Türkiye'deki bölgelere göre değiştiğini ve DEHB yaygınlığının işlevsellikte bozulma değerlendirilmeden en fazla Akdeniz bölgesinde görüldüğünü tespit etmiştir. KKTC'nin nüfusu 2011 yılında yapılan son nüfus sayımına göre 286,257'dir. Yapılan son nüfus sayımına göre okuma yazma bilmeyen kadınların oranlarının erkeklere göre fazla olduğu, en yaygın mesleğin memurluk olduğu, ilçe merkezlerinde bucaklara göre nüfusun daha fazla olduğu, ancak ilçe merkezinde yaşayan kişilerin bucaklarda yaşayan kişilere göre hane halkı büyüklüğü arasında pek bir fark olmadığı, 5-14 yaş arası çocuklarının cinsiyete göre dağılımlarında pek bir fark olmadığı görülmektedir. KKTC'de yazları sıcak ve kurak, kışlar ılık ve yağışlı geçen Akdeniz iklimi görülmektedir. Yaz mevsimi Haziran'dan Eylül'e kadar ve kış mevsimi ise Kasım'dan Mart'a kadar sürmektedir. Ekim ayında başlayan sonbahar mevsimi oldukça kısa sürmekte ve ani değişmektedir. İlkbahar mevsimine ise Nisan ve Mayıs aylarında geçilmektedir (Kuzey Kıbrıs Türk Devlet Planlama Örgütü İstatistik ve Araştırma Dairesi, 2016). Tüm bu bulgular yerleşim yerlerinin DEHB için bir risk unsuru oluşturmasından çok o bölgeye ait sosyo-demografik özelliklerin, SED'nin, nüfusun, kültürün daha etkili olduğunu düşündürmektedir. KKTC'de tek bir kültür hakim olmakla birlikte, hava durumu yerleşim bölgelerine göre değişebilmesine rağmen iklim özellikleri yerleşim yerine göre farklılık göstermemektedir. Bu bağlamda KKTC daha homojen yapıda bir toplum olduğu için yerleşim yerlerinin DEHB için bir risk unsuru olmadığı tespit edilmiştir.

Bizim çalışmamızda DEHB alt tiplerinin yaygınlık oranları, DEHB yaygınlığındaki nedenlerden ötürü diğer çalışmalardan daha yüksek bulunmuştur. Klinik görüşmeye katılım oranının %26.7 (n=51) olduğu değerlendirmede DEHB tanısı alan katılımcıların DEHB alt tipleri arasında en

yaygın DEHB-H alt tipinin olduğu, en az yaygın ise DEHB-B alt tipinin olduğu bulunmuştur. Bazı çalışmalar, DEHB alt tiplerinin yaygınlık oranının en fazla DEHB-D alt tipinde olduğunu (Buckley et al., 2008; Döpfner et al., 2008; Froehlich et al., 2007; Jin et al., 2014; Nolan et al., 2001; Toklu, 2016; Wang et al., 2017), bazı çalışmalar ise bizim bulgumuzla tutarlı şekilde en yaygın tipin DEHB-H alt tipinin olduğunu (Erşan, Doğan, Doğan ve Sümer, 2004; Gül vd., 2010) ve bazı çalışmalarda ise yine bulgumuzla çelişkili şekilde en yaygın DEHB-B alt tipinin (Alizadeh et al., 2015; Bianchini et al., 2013; Bozkurt vd., 2017; Ercan vd., 2015; Inci vd., 2016; Montiel et al., 2008; Skounti et al., 2010; Şan, 2013; Zorlu vd., 2015) olduğunu göstermektedir. Safavi et al. (2016) ise İran'ın Şehrekürd şehrinde 6-12 yaş 1-5. sınıf ilkokul çocuklarında her ne kadar da farklı bir ölçme aracı kullanmış olsalarda (Çocuk Semptom Envanteri-4) bizim bulgumuzu destekler şekilde DEHB alt tiplerinin yaygınlık oranının en fazla DEHB-H ve DEHB-D alt tiplerinde olduğunu bulmuştur. Safavi ve diğerlerinin (2016) çalışmasında olduğu gibi bazı çalışmalarda da DEHB alt tiplerin yaygınlık oranları ölçeklere göre (Buckley et al., 2008; Döpfner et al., 2008; Erşan vd., 2004; Gül vd., 2010; Nolan et al., 2001; Safavi et al., 2016; Skounti et al., 2010; Toklu, 2016), bazıları ise klinik görüşmeye göre (Alizadeh et al., 2015; Bianchini et al., 2013; Bozkurt vd., 2017; Froehlich et al., 2007; Inci vd., 2016; Jin et al., 2014; Montiel et al., 2008; Şan, 2013; Zorlu vd., 2015) değerlendirilmiştir. Yapılan tüm bu çalışmalara bakıldığı zaman yaş grubunun, ortalama yaş düzeyinin, bilgi kaynağının, cinsiyet oranlarının değişebildiği gözlemlenmektedir. Buna bağlı da DEHB alt tipleri arasında yaygınlık dağılımı da değişebilmektedir.

Bulgularımız katılımcıların DEHB riski ile cinsiyeti arasında anlamlı bir fark olmadığını ( $\chi^2=1.33$  sd=1 p=0.247); ana-baba görüşlerine göre BP-D (t=-1.80, p= 0.07) ve H (t=-1.13, p=0.26) alt ölçeklerinde cinsiyet açısından farklılıklar olmadığını, buna karşın öğretmen görüşlerine göre erkek çocuklarının kızlara göre daha hiperaktif olduklarını göstermektedir (t=-2.13, p=0.04). Bu bulgular ana-babaların çocukların cinsiyetine göre DEHB davranışlarında bir fark olmadığını algıladıklarını, ancak öğretmenlerin özellikle erkek çocuklarında kız çocuklarına göre daha çok hiperaktif

davranışlar olduğunu algıladıklarını göstermektedir. Birçok çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak DEHB'nin erkeklerde kızlara göre daha fazla görüldüğünü göstermektedir (Alizadeh et al., 2015; Döpfner et al., 2008; Ercan vd.,2015; Froehlich et al., 2007; Huss et al., 2008; Nolan et al., 2001; Polanczyk et al., 2007; Venkata & Panicker, 2013; Zorlu vd., 2015). Bazı çalışmalarda ise klinik görüşme sonrasında DEHB tanısı alan ile DEHB tanısı almayan çocuklarda cinsiyete göre anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir (August et al., 1996;. Ercan vd., 2013; Şan 2013).

Toplumun kızlardan ve erkeklerden davranışsal olarak beklentileri değişebildiği için sosyal ve kültürel faktörler erkeklerde DEHB yaygınlık oranının kızlara göre daha fazla olmasında etkili olabilmektedir. Erkekler daha çok dışa dönük davranışlar göstermekte, kızlar ise daha çok içe dönük davranışlar göstermektedir (Faraone et al., 2000; Staller & Faraone, 2006). Yapılan çalışmalar erkeklerin kızlara göre daha çok hiperaktif ve dürtüsel olduğunu, kızlarda DEHB-D alt tipinin görülme oranının erkelere göre daha fazla olduğunu göstermektedir (Biederman et al., 2002). Bu durum dikkat eksikliği olan kızların daha çok akademik yönden zorlandığı durumlarda ortaya çıkabilmekte ve sorunun daha geç fark edilmesine neden olabilmektedir (Faraone et al., 2000). Çalışmalar hiperaktivite, dürtüsellik ya da davranım problemleri gibi dışavurumsal davranışları olan kızların, erkeklere göre daha erken fark edilip tespit edildiğini de göstermektedir (Arcia & Conners, 1998; Mowlem, Rosenqvist, Martin, Lichtenstein, Asherson & Larsson, 2019). Bunların dışında yapılan bazı çalışmalar klinik başvurulara göre alınan klinik örnekleme DEHB yaygınlığının kızlarda düşük olduğunu ancak toplum temelli örnekleme kızlardaki DEHB yaygınlık oranının erkeklerinkine daha yakın olduğunu göstermektedir. Ayrıca yapılan çalışmalarda davranışsal sorunları olan çocukların daha çok kliniklere getirildiğini ve bunların çoğunun da erkeklerin oluşturduğu görülmektedir. Tüm bunlar klinik ortamlarda DEHB'nin erkeklerde daha yaygın olmasına neden olduğunu göstermektedir (Biederman et al., 2002; Gaub & Carlson, 1997; Gershon & Gershon, 2002; Greene et al., 2001).

Yapılan bazı çalışmalar aynı öğrencideki DEHB davranışlarını değerlendirmede, ana-babalar ve öğretmenlerin kısmen fikir birliğine

varabildiklerini ve öğretmenlerin ana-babalara göre öğrencilerdeki dikkat sorunlarını değerlendirmede daha iyi olduğunu göstermektedir (DuPaul, Power, McGoey, Ikeda & Anastopoulos, 1998; Güler vd., 2014). Bazı çalışmalarda ise ana-baba ve öğretmen ölçeklerinde ana-baba ve öğretmenlerin DEHB'yi değerlendirmede bakış açıları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (Safavi et al., 2016). Ana- babaların ve öğretmenlerin çocuklarda değerlendirdiği belirtiler öğrencinin cinsiyetine, yaşına ve etnik grubuna göre değişmektedir. Ayrıca öğretmenlerin derecelendirmeleri sınıf ortamı gözlemine dayanırken, ana-babaların gözlemi ise daha çok çocukların ev ortamındaki davranışlarına dayanmaktadır (DuPaul et al., 1998). 5-17 yaş çocuklarda ana-baba ve öğretmenlerin DEHB'ye ilişkin belirtileri derecelendirmelerini yaş, cinsiyet, ırk ve etnik kökene göre değerlendiren bir çalışmada ana-baba ve öğretmenlerin algılarının bu değişkenlere göre farklılaştığını göstermektedir. Yapılan çalışmada ana-babaların küçük çocuklardaki Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite belirtilerini daha çok gelişimsel özellik olarak nitelendirebildiğini, ancak çocuğun yaşının ilerlemesiyle birlikte bunun daha çok fark edildiğini, özellikle ergenlerde bunun artık gelişimsel bir özellik olarak görülmediğini tespit etmişlerdir. Öğretmenlerin ise yalnızca DEHB belirtilerinden sadece dikkatsizlik belirtilerinden “çoğu zaman yönergeleri izlemez ve okul ödevlerini ufak tefek işleri ya da iş yerindeki görevlerini tamamlayamaz” davranışını, çocuklardan çok ergenlerde sorun davranış olarak aktarma eğiliminde olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmada ana-babaların çocukların davranışlarını algılama şeklinin çocukların yaşına göre değişebildiği gibi cinsiyetine göre de değişebildiğini ve davranışın tanımından çok hangi cinsiyete özgü olduğunun problem davranışı belirlemede daha etkili olduğunu göstermektedir (DuPaul, Fu, Anastopoulos, Reid & Power, 2020).

Safavi ve diğerlerinin (2016), İran'da Shahrekord şehrinde iki erkek ilkokulu ve iki kız ilkokulunda 6-12 yaş arası çocuklarda DEHB yaygınlığını Çocuk Semptom Envanteri-4 (Child Symptom Inventory-4) ile değerlendirdikleri çalışmalarında DEHB belirtileri ana-baba ve öğretmen ölçeklerine göre değerlendirildiği zaman, bakış açıları arasında anlamlı bir fark olmadığını tespit etmişlerdir ( $p= 0.401$ ). Çocuk Semptom Envanteri-4 DEHB'nin DEHB-



D, DEHB-H ve DEHB- B alt tiplerini değerlendirmektedir. %17'lik bakış açısı farkı olan Çocuk Semptom Envanteri-4 ana-baba ve öğretmen ölçeğinde problem tanımı oranının, çocuğun cinsiyetiyle, yaşıyla, ana-baba eğitimiyle ve ana-baba mesleğiyle ya da düzenli pediatrik bakımla ilişkili olmadığı ancak ana-baba ölçeğindeki dikkat eksikliği şiddetiyle ilişkili olduğu ifade edilmiştir. Bu bağlamda çalışmanın bulgularında öğretmenler ana- babalara göre çocuklarda daha fazla DEHB-D alt tipi tespit etmişlerdir.

Montiel et al. (2008) CADÖ-YU veya CÖDÖ-YU ölçeklerinden herhangi birinde kesim puanı üzerinde puan alan 4-12 yaş Venezüellalı çocuklarının ana-babalarıyla klinik görüşme yaparak DEHB yaygınlığına baktıkları çalışmalarında, ana-babaların öğretmenlere göre çocuklarında daha fazla sorun davranış gözlemlendiğini ve ana-baba ölçeğine göre, öğretmen ölçeğinde daha az oranda DEHB yaygınlığı olduğunu tespit etmiştir. Montiel vd. çalışmalarında bunun ana-babaların zayıf baş etme becerileri ile ilişkili olabileceğini, özellikle Latin kültürlerinde profesyonel yardım ve ilaç, terapi gibi tedavi girişimlerinin zayıf olduğunu ifade etmiştir.

Binanchini et al. (2013) 5-15 yaş arası İtalyan çocuklarda DEHB yaygınlığına baktıkları çalışmalarında kullandıkları SDAI ölçeğinde ana-baba ve öğretmen ölçeğine ilişkin alt ölçek puanları karşılaştırılmamış olmasına rağmen alt ölçekler arası puan dağılımına bakıldığında, Dikkatsizlik alt ölçeği puan ortalamasının ana-baba ölçeğine göre öğretmen ölçeğinde daha fazla olduğu, Hiperaktivite-İmpulsivite alt ölçeği puan ortalamasının ana-baba ölçeğinde öğretmen ölçeğine göre daha fazla olduğu ve kombine alt ölçeği puan ortalamasının öğretmen ölçeğinde ana-baba ölçeğine göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Güler vd. (2014), SNAP-IV ana-baba ve öğretmen ölçeklerini kullanarak 7-14 yaş arasındaki DEHB olan çocukları değerlendirdikleri çalışmalarında ana-babaların öğretmenlere göre daha az, çocuklarında DEHB belirtilerini sorun davranış olarak gördüklerini tespit etmiştir. Ayrıca bu çalışmada öğretmenlerin ana-babalara göre çocuklarda daha çok dikkat sorunları tespit ettikleri ve çocuklardaki hiperaktivite- dürtüsellik davranışının ana- baba ve öğretmenlere göre benzer şekilde gözlemlendiği bulunmuştur.

Buckley et al. (2008) bir özel eğitim merkezinde 5- 18 yaş arası çocuklarda DEHB yaygınlığına bakmışlar ve CÖDÖ-YU ölçeğindeki BP-D ve H alt ölçekleri puan ortalamaları ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık bulmamışlardır. Ancak bu çalışmada 10 yaş altındaki çocuklarda H alt ölçeği puanlarının 10 yaş üzerindeki çocuklara göre daha fazla görüldüğü ve H alt ölçeği ortalaması ile yaş grupları arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda katılımcıların CADÖ-YU ve CÖDÖ-YU'nun BP-D alt ölçeğinin kesim puanı üzerinde olma durumlarına bakıldığı zaman, katılımcıların CADÖ-YU ölçeğindeki BP-D alt ölçeğinden kesim puanı üzerinde puan alması durumu ile CÖDÖ-YU ölçeğindeki BP-D alt ölçeğinden kesim puanı üzerinde puan alması durumu arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $\chi^2=18.20$   $sd=1$   $p= 0.000$ ). Buna göre ana-baba ve öğretmen ölçeklerine göre çocuklardaki BP-D düzeyinin değiştiği ve öğretmenlerin ana-babalara göre daha fazla öğrencide dikkatsizlik riski bulduğu saptanmıştır. Katılımcıların CADÖ-YU ve CÖDÖ-YU'nun H alt ölçeğinin kesim puanı üzerinde olma durumlarına bakıldığı zaman, katılımcıların CADÖ-YU ölçeğindeki H alt ölçeğinden kesim puanının üzerinde puan alması durumu ile CÖDÖ-YU ölçeğindeki H alt ölçeğinden kesim puanının üzerinde puan alması durumu arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $\chi^2=2.87$   $sd=1$   $p=0.090$ ). Bu bulgular çocuklardaki dikkat sorunlarının ana-baba ve öğretmen algılarına göre değişebileceğini, özellikle öğretmenlerin, Bianchini ve diğerlerinin (2013) ve Güler ve diğerlerinin (2014) çalışmasında olduğu gibi çocuklarda ana-babalara göre daha çok dikkat sorunları tespit ettiğini, ancak çocuklardaki hiperaktif davranışların ana-baba ve öğretmen algılarına göre yine Güler ve diğerlerinin (2014) çalışmasında olduğu gibi benzer şekilde gözlemlendiğini göstermektedir. Yapılan çalışmalara bakıldığı zaman çocuklarda dışa dönük bir davranış olarak hiperaktivitenin dikkat eksikliğine göre daha çok gözlemlenebilmesi bakımından ana-baba ve öğretmenlerin benzer bakış açılarında olabileceği, ancak içe dönük bir davranış olarak dikkat eksikliğinin daha çok okulda ve çalışma ortamında gözlemlenebiliyor olması öğretmenlerin dikkat sorunlarını ana-babalara göre daha fazla fark etmelerinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Erkeklerin kızlara göre daha

çok hiperaktif ve dürtüsel olması, kızlarda DEHB-D alt tipi görülme oranının erkelere göre daha fazla olması (Biederman et al., 2002), öğretmen görüşlerine göre 10 yaş altındaki çocuklarda Hiperaktivite davranışlarının daha fazla gözlenmesi (Buckley et al.,2008) ve Hiperaktivitenin, Dikkat Eksikliğine göre daha çok gözlenebilen bir davranış olması nedeniyle, özellikle sınıf gibi hareketliliğin sınırlandırılması gerektiği durumlarda daha çok gözlenebilmektedir. Bu bağlamda cinsiyetler arasında anlamlı bir fark olmasa da erkeklerde daha çok görülen hiperaktif davranışların sınıf ortamında daha çok fark edilmesine neden olabileceği düşünülmektedir.

Bunların yanında DEHB olan çocuklarda komorbid bozuklukların olması, hem kızların hem de erkeklerin sosyal işlevselliğinde bozulmaya neden olmaktadır (Greene et al., 2001). Yapılan çalışmalar işlevsellikte en fazla bozulmanın DEHB-B tipte olduğunu, daha sonra DEHB-D tipin geldiğini ve bunu DEHB-H alt tipin takip ettiğini göstermektedir (Ercan vd., 2015). Tüm bu çalışmalara bakıldığı zaman DEHB alt tiplerinin yaygınlık dağılımının klinik ve toplum örnekleminde farklı olabileceğini, klinik değerlendirmeye işlevsellikte daha çok bozulma yaşayan kişilerin başvurduğunu söyleyebiliriz. Ayrıca işlevsellikte bozulma derecesi DEHB alt tiplerine göre değişebildiği gibi, komorbid tanı dağılımına göre de değişebilmektedir. Bu anlamda DEHB-D ve DEHB-H alt tiplerine komorbid bozukluklar eşlik ettiği zaman işlevsellikte bozulmanın daha fazla olduğu ve buna bağlı olarak DEHB-H ve DEHB-D tiplerindeki çocukların kliniğe daha çok başvurulabileceği söylenebilir. Çalışmamızda DEHB tanısı alan katılımcıların DEHB alt tiplerinin komorbid psikiyatrik bozukluklara ilişkin dağılımına bakıldığı zaman DEHB-D alt tipinde bulunan 7 kişide (%30.4), DEHB-H alt tipinde bulunan 9 kişide (%39.1), DEHB-B alt tipinde bulunan 7 kişide (%30.4) komorbid psikiyatrik bozukluk olduğu ve en fazla DEHB-H alt tipinde komorbid psikiyatrik bozukluk olduğu görülmektedir. Bu da özellikle komorbid bozukluğu olan DEHB-H ve DEHB-D alt tiplerinde olan çocukların işlevselliğinde daha fazla bozulmaya neden olabileceği ve buna bağlı da klinik değerlendirmeye başvurabileceği izlenimini vermiştir. Diğer yandan ülkemizde kolej sınavlarına hazırlıklar 4. sınıftan itibaren başlamaktadır. Koleje hazırlanan öğrenciler diğer öğrencilere göre daha fazla bilişsel çaba sarf etmektedir. Bu durum özellikle koleje hazırlanan

4. ve 5. sınıf öğrencilerinde dikkat sorunu olan bazı öğrencilerin daha belirgin bir şekilde fark edilmesine neden olabileceğini ve DEHB-D alt tipinin daha belirgin bir şekilde ortaya çıkabileceğini düşündürmektedir.

Bozkurt ve diğerlerinin (2017) çalışmasında bizim çalışmamızdan farklı olarak en yaygın DEHB-B tipi olduğu, daha sonra DEHB-D tipin geldiği ve bunu DEHB-H tipinin takip ettiği bulunmuştur. Bu çalışma yine bizim çalışmamızdan farklı olarak özel bir ilkokulda yapılmıştır ve klinik görüşmeye katılım oranı %78.4 olup çalışmamızdan daha fazladır. Türkiye’de devlet ve özel ilköğretim ilkokulları arasındaki sorunların farklılıklarını araştıran bir çalışmada devlet okullarında özel okullara göre daha fazla maddi kaynak sıkıntısı yaşandığı, müşteri odaklı olmadıkları, teknolojik alt yapı eksiklikleri olduğu, öğretmen performanslarının zayıf olduğu, sınıfların daha kalabalık olduğu, personel sayılarının yetersiz olduğunu, fiziki donanım yetersizlikleri olduğu (bina, derslik, ders araç gereçleri ve teknolojik donanım, vb) ve devlet okullarında özel okullardan daha ağır sorunlarla karşılaşıldığı tespit edilmiştir (Hoşgörür ve Kaplan, 2017). KKTC’de devlet ve özel ilkokulları arasındaki farklılıkları gösteren bir çalışmaya rastlanmamış olsa da Hoşgörür ve Kaplan’ın çalışmasında olduğu gibi özel ve devlet okullarının benzer yapıda olduğu görülmektedir. KKTC’de ilkokul, genel ortaöğretim ve mesleki teknik eğitimde görev yapan yönetici ve öğretmenlerin KKTC eğitim sisteminde yaşanan güncel sorunları değerlendirdikleri bir çalışmada ise okullarda öğretmen eksikliklerinin olduğuna, öğretmenlerin büyük çoğunluğunun kişisel gelişimleriyle ilgilenmediğine, derslere zoraki girenlerin olduğuna, okullarda fiziksel yapı ve donanım ile ilgili sorunların olduğuna, okul binalarının yetersiz olduğuna, araç gereç eksikliği olduğuna, kalabalık sınıfların olduğuna, en önemli sorunlardan birisinin de aile yapısı ve bunun eğitim sistemindeki etkileri olduğuna, özellikle KKTC’deki ailelerin çocuk bakımı konusunda oldukça yetersiz ve bilinçsiz olduklarına ve bu durumun eğitim üzerinde etkili olduğuna vurgu yapılmıştır (Erden ve Erden, 2019). Erden ve Erden’in çalışmasında her ne kadar da çalışmanın yapıldığı öğretmen ve yöneticilerin devlet ya da özel okullardan olduğu belirtilmese de anlatılan sorunlar daha çok devlet okullarıyla ilgili sorunlar olabileceği izlenimini vermiştir. KKTC’de ailede 36-72 aylık çocukların değerinin aile yapıları açısından incelenmesine

ilişkin yapılan bir başka çalışmada ise çocuğun psikolojik değerinin hem ana, hem de babanın eğitim seviyesine paralel olarak yükseldiği bulunmuştur (Eser, 2016).

Bizim çalışmamızda anne ve baba eğitim seviyesinin daha çok ilkokul ve lise düzeyinde olduğu düşüldüğünde klinik görüşmeye katılımın az olmasında Eser'in çalışmasında çocuğa verilen psikolojik değerdeki gibi eğitim seviyesinin düşük olmasının bir etken olabileceği öngörülmektedir. Diğer yandan bizim çalışmamızda klinik görüşmeye katılımın az olmasının, DEHB alt tiplerinin dağılımının değişmesinde de bir etken olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca çalışmamızda DEHB riski olan çocuklarda hem öğretmen ölçeğindeki, hem de ana-baba ölçeğindeki alt ölçeklere göre en yaygın bilişsel problemler ve dikkatsizlik sorunları olduğu (BP-D), ardından hiperaktivite sorunları (H) geldiği ve hem bilişsel problemler ve dikkatsizlik sorunları olan, hem de hiperaktivite sorunu olan (BP-D ve H) daha az kişi olduğu görülmektedir. Bu bulgu da Bozkurt'un çalışmasında DEHB-B tipinin en yaygın tip olmasının bir diğer nedeni olarak, işlevselliğinde daha çok bozulma yaşayan çocukların, sınıflarda daha az öğrencinin olduğu, eğitim ve öğretim olanaklarının daha iyi olduğu özel okula gitmiş olabileceğini de düşündürmektedir. Ancak bu görüşün ileri araştırmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

KKTC'de ilkokul öğrencileri arasında DEHB'si olan çocuklarda şimdiye kadar görülen komorbid psikiyatrik bozukluklara bakıldığında, görüşme öncesi DEHB tanısı alan katılımcıların öncelikli eşlik eden tanılarının Enuresis (%27) ve ardından da Özgül Fobi (%21.6) olduğunu, KOKGB'nin ise %8.1 ile bu sırayı izlediğini, Panik Bozukluk, Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğunun, Sosyal Fobinin, Major Depresyonun ise aynı oranlarda (%2.7'şer) belirlendiğini; klinik görüşme sonrasında da ilk sırada yer alan komorbid tanının KOKGB (%48.6) olduğunu ve bunu önceki bulguyla tutarlı şekilde Özgül Fobinin (%27.0) izlediği, Enuresisin ise %10.8 ile üçüncü sırada yer aldığı, diğer eş tanıların da daha önceki bulgularla tutarlı şekilde %2.7'lik oranlarda gözlemlendiği belirlenmiştir. August et al. (1996) DEHB'si olan çocuklarda KOKGB, Davranım Bozukluğu, Aşırı Kaygı Bozukluğu, Ayrılma Kaygısı Bozukluğu ve Distimi olduğunu tespit etmiştir. Bianchini et al. (2013) DEHB'si olan

çocuklarda en fazla KOKGB, ardından sırasıyla Öğrenme Bozukluğu, Davranım Bozukluğu, Genellenmiş Kaygı Bozukluğu, Depresif Bozukluk ve diğer bozuklukların (Tourette Bozukluğu, Tik Bozukluğu, Yeme Bozukluğu, Enuresis) olduğunu tespit etmiştir. Ercan vd. (2013) çalışmalarında DEHB'si olan çocuklarda en yaygın KOKGB görüldüğünü, ardından sırasıyla Kaygı Bozuklukları, Enuresis, Davranım Bozukluğu, Duygudurum Bozuklukları, Enkopresis ve Tik Bozukluğunun görüldüğünü tespit etmiştir. Ercan vd. (2015) 6-15 yaş çocuklarında yaptıkları çalışmada ise DEHB'si olan çocuklarda en yaygın herhangi bir Kaygı Bozukluğu olduğunu, daha sonra sırasıyla KOKGB, Davranım Bozukluğu, herhangi bir Duygudurum Bozukluğu olduğunu tespit etmiştir. Zorlu vd. (2015) çalışmasında DEHB'si olan çocuklarda en yaygın Öğrenme Bozukluğu olduğunu, daha sonra sırasıyla KOKGB, Dışa Atım Bozuklukları, Kaygı Bozuklukları, Davranım Bozukluğu, Duygudurum Bozuklukları, Sınırdaki Entelektüel İşlevsellik, Mental Retardasyon ve Tik Bozuklukları olduğunu bulmuştur. Giacobani ve diğerlerinin (2018) çalışmasında DEHB'si olan çocuklarda en yaygın Otizm'in görüldüğü, daha sonra sırasıyla Asperger Sendromu, KOKGB, Atipik Otizm, Kaygı, Bipolar Bozukluk ve Depresyon görüldüğü tespit edilmiştir. Tüm bu çalışmalara bakıldığı zaman eş tanılarının kullanılan klinik görüşme materyaline, tanısal değerlendirme kriterine ve yaşa bağlı değiştiği görülmektedir. Bizim çalışmamızda klinik görüşmede araç olarak DSM-IV tanı kriterlerine dayalı ÇDŞG-ŞY yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Bizim çalışmamızdaki klinik görüşme aracına benzer aracın kullanıldığı çalışmalarda (Bianchini et al., 2013; Ercan vd., 2015; Ercan vd., 2013; Zorlu vd., 2015) DEHB'si olan çocuklarda KOKGB'nun en yaygın görülen bozukluklar arasında olduğu, bizim çalışmamızdan farklı olarak görülen Özel Öğrenme Bozukluğu, Sınırdaki Entelektüel İşlevsellik ve Mental Retardasyon görülmesi kullanılan klinik görüşme materyali dışında DSM-V kriterlerine göre veya yapılan zeka testlerine göre saptanan tanılar olduğu görülmektedir. Ancak DSM-IV kriterlerine göre DEHB olan çocuklarda Mental bozuklukların dışlanması gerektiği için (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001) ve çocuklara zeka testi uygulanmadığı için DEHB ile birlikte görülebilen bu tanılara bizim çalışmamızda yer verilmemiştir. Bunun dışında çalışmalarda komorbid bozukluklara daha çok ilişkili olduğu bozukluk sınıflandırmaları

kullanıldığı görülmektedir. Bizim çalışmamızda DEHB'si olan çocuklarda görülen komorbid psikiyatrik bozukluklara bakıldığı zaman KOKGB, Anksiyete Bozuklukları, Duygudurum Bozuklukları, Dışa Atım Bozuklukları, Tik Bozuklukları sınıflamaları altında bozukluklar görüldüğü ve yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar olduğu görülmektedir. Davranım bozukluğu da DEHB ile en sık görülen bozukluklardan biri olmasına rağmen bizim çalışmamızda DEHB'si olan çocuklarda davranım bozukluğu tespit edilmemiştir. Bunun klinik görüşmeye katılım sayısının az olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Katılımcıların annelerinin hamilelik sürelerine göre DEHB risklerine bakıldığı zaman, katılımcıların DEHB riskleri ile annelerinin hamilelik süresi arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ve çocukların çoğunun (%84.0) normal zamanda dünyaya geldiği tespit edilmiştir ( $\chi^2=0.54$  sd=2 p= 0.762). Bazı çalışmalar tıpkı bizim araştırmamızda olduğu gibi DEHB ile erken doğum arasında bir ilişki olmadığını ortaya koyarken (Acar, Tan, Turan ve Gücüyener, 2015; Şahin, Bozkurt ve Karabekiroğlu, 2019; Wüstner, Otto, Schlack, Hölling, Klasen & Ravens-Sieberer, 2019), bazı çalışmaların ise annenin erken doğum yapmasının DEHB'nin oluşumunda önemli rol oynadığı görülmektedir (Bhutta et al., 2002; Çak ve Gökler, 2013; Henriksen et al., 2015). Ayrıca çalışmamızda katılımcıların annelerinin hamilelik sürelerine göre doğum sonrası yaşadıkları sorunların dağılımına bakıldığı zaman küvezde kalan (%69.2), 2 haftayı geçen uzun süreli sarılığı olan (%81.8) ve diğer sorunları olan (%92.3) çocukların çoğunlukla zamanında dünyaya geldiği tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalara da bakıldığı zaman bizim çalışmamızda DEHB riskinin hamilelik süresinden çok doğum sonrası yaşanan sorunlarla ilişkili olabileceği, hamilelik süresi riskinde erken doğumun derecesinin önemli bir rol oynayabileceği söylenebilir. Çalışmamızda hamilelik süresinin DEHB ile ilişkisi belirlenmemiş olmasına rağmen katılımcıların doğum şekli ile DEHB riski arasında bir bağlantı olduğu gözlenmektedir. ( $\chi^2=5.11$  sd=1 p=0.024). Buna göre normal doğumla dünyaya gelen çocuklarda DEHB riskinin sezeryan doğumla dünyaya gelen çocuklara kıyasla daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bir diğer deyişle bulgularımız normal doğumda DEHB riskinin daha fazla olduğunu ortaya koymaktadır. Yapılan çalışmaların çoğunda ise

bizim çalışmamızın bulgusundan farklı olarak annelerin doğum şekli ile çocuklarda DEHB olması arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (Acar vd., 2015; Jin et al., 2014; Şan, 2013; Toklu, 2016). Ancak Kilit'in (2017) çalışmasında DEHB tanısı olmayan çocuklarda sezeryan doğumun yüksek oranda (%84.4) ve anlamlı olduğu bulunmuştur. Bu bulgu bizim bulgumuzu destekler niteliktedir. Bir başka çalışmada ise normal doğum ya da sezeryan doğumla dünyaya gelmekten daha çok normal doğumda ya da sezeryan doğumda suni sancı alınıp alınmamasının çocuklardaki DEHB ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Buna göre suni sancı alıp hem normal doğum hem de sezeryan doğum yapan annelerin çocuklarında suni sancı almayan normal doğum ve sezeryan doğum yapan annelere kıyasla çocuklarında DEHB riskinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Özellikle suni sancı alıp sezeryan doğum yapan annelerin çocuklarında daha fazla DEHB riski olduğu bulunmuştur (Talge, Allswede & Holzman, 2016). Hamilelik, doğum ve bebeklik komplikasyonları çocuğun beynine zarar verebileceği için çocukluk psikopatolojisi ile ilişkili çevresel faktörler olarak görülmektedir. Özellikle çocuğun oksijensiz kalmasına neden olan hamilelik, doğum ve bebeklik komplikasyonlarının çocukluk psikopatolojisinde daha fazla etkili olduğu belirtilmektedir (Milberger, Biederman, Faraone, Guite & Tsuang, 1997). Bizim çalışmamızda annelerin doğum esnasında suni sancı alıp almadıkları sorgulanmamıştır. Bulgularımız bize doğum şeklinden çok DEHB riskinin doğum sonrası ortaya çıkan sorunlarla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Bu bağlamda normal doğumla dünyaya gelen çocuklarda daha çok DEHB riski olmasının, doğum sonrası yaşanan komplikasyonlarla ve suni sancı verilerek ya da doğal yolla doğum yapmayla olan ilişkilerinin araştırılması, DEHB riski ile normal doğum ilişkisinin daha iyi anlaşılmasına yardımcı olacaktır. Bu görüşümüzü destekleyen diğer bulgularımız ise doğum sonrası sorun yaşanmayan annelerin çocuklarında DEHB riskinin daha düşük olması, buna karşın doğum sonrası iki haftayı geçen sarılığı olan çocuklarda DEHB riskinin daha yüksek olmasıdır ( $\chi^2=9.853$   $sd=3$   $p= 0.020$ ). Bu bulgumuz doğum sonrası yaşanan sorunların DEHB gelişimine etki ettiğini gösteren diğer alan yazın bulgularıyla tutarlılık göstermektedir (Biederman, 2005; Biederman & Faraone, 2002; Gül ve Öncü, 2018; Milberger et al., 1997). Bu araştırmalarda doğum sonrası çeşitli komplikasyonlar ile DEHB arasında bir



bağlantı olup olmadığı incelenmiştir. Örneğin hamilelik sırasında ya da doğum sırasında yaşanan komplikasyonlarda bebekte oksijen yetmezliğine bağlı ortaya çıkan durumların DEHB gelişiminde önemli rol oynadığı görülmektedir (Faraone & Biederman, 1998). Yapılan bazı çalışmalar yeni doğan sarılığının DEHB için bir risk faktörü olduğunu göstermektedir ( Tervo, Michelsson, Launes & Hokkanen, 2014; Perez Delgadillo, Hernandez, Sadurni & Santiago, 2019). Aksi yönde bulgular da bulunmaktadır. Bu çalışmalarda doğumda yaşanan sorunlar ile DEHB arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır (Acar vd., 2015; Çakaloz ve Akay, 2005; Öncü ve Şenol, 2002).

Kanda bilirubin düzeyinin yükselmesi bebekte sarılığa neden olmaktadır. Kanda aşırı derecede bilirubinün birikmesi beynin bazal ganglion bölgesini etkileyerek beyinde hasar oluşmasına neden olmaktadır (Açık, Deveci, Ulutaşdemir ve Nesrin, 2010). Yeni doğan bebeklerde bilirubin düzeyinin yüksek olmasının çocuklardaki nöromotor gelişimleri üzerinde olumsuz bir etkisi olduğu tespit edilmiştir (Arun Özer, Arslan, Yaprak, Deniz, Sütçüoğlu ve Dizdarer, 2003). 6-10 yaş arası DEHB olan ve olmayan çocuklar arasında yapılan bir çalışmada ise DEHB olan çocukların, tipik gelişim gösteren yaşlıtlarına göre motor becerilerinin daha zayıf olduğu tespit edilmiştir (Şahan, 2019). Ayrıca DEHB'nin bazal ganglion ve serebellumdaki yapısal anomaliler ile ilişkili olduğu ve DEHB'si olan kişilerde bazal ganglion ve serebellumun hacminde azalma olduğu öne sürülmektedir (Noordermeer et al., 2017). Bu bağlamda yapılan çalışmalara bakıldığı zaman uzun süreli sarılığın bazal ganglion üzerinde yarattığı beyin hasarının DEHB için bir risk faktörü olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda katılımcıların annelerinin hamilelik sırasında sigara kullarımlarına göre DEHB risklerine bakıldığı zaman, DEHB riskleri ile annelerinin hamilelik sırasında sigara kullanımı arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ( $\chi^2=7.028$   $sd=1$   $p=0.008$ ). Buna göre hamilelik sırasında sigara kullanan annelerin, kullanmayanlara göre çocuklarında daha fazla DEHB riski olduğu bulunmuştur. Birçok çalışmada annelerin hamilelik sırasında sigara kullanımı ile çocukların DEHB durumu arasında anlamlı bir fark olduğu ve DEHB tanısı alan çocukların annelerinin, kullanmayanlara göre

hamileliğinde daha çok sigara kullanımı olduğu tespit edilmiştir (Knopik et al., 2016; Kovess et al., 2015; Palmer et al., 2016; Şan, 2013). Toklu'nun (2016) çalışmasında katılımcıların DEHB olma durumu ile annenin gebelikte sigara içmesi arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak DEHB alt tiplerinden yalnızca DEHB-B tipi ile annenin gebelikte sigara içmesi arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu bağlamda yapılan çalışmalar bizim çalışmamızda DEHB için bir risk unsuru olarak görülen annenin hamileliğinde sigara içmesini destekler niteliktedir.

Yapılan birçok çalışmada DEHB olan çocukların, DEHB olmayanlara göre daha kısa süreli anne sütü aldığı görülmektedir (Ateşagaoglu, Mete, Gökçay, Tamay ve Yetim, 2013; Görmez, Örengül, Meral, Kaynar ve Ertaş, 2017; Mimouni-Bloch, Kachevanskaya, Mimouni, Shuper, Raveh & Linder, 2013; Sabuncuoğlu, Örengül, Bikmazer ve Kaynar, 2014; Türkoğlu, Bilgiç ve Akça, 2015; Yorbık, Kırmızıgül, Demirkan ve Söhmen, 2003). Ancak çalışmamızda anne sütü alma sürelerine göre DEHB risklerine ilişkin bulgularımız incelendiğinde katılımcıların DEHB risklerinin anne sütü alma süreleri açısından değişmediği tespit edilmiştir ( $\chi^2=5.68$  sd=5 p= 0.339). Türkiye'de yapılan bazı çalışmalar ise bu bulgumuzu destekler niteliktedir (Baykal, Nalbantoğlu, Yıldız ve Meriçli, 2018; Şan, 2013; Toklu, 2016). Yapılan çalışmalar anne sütünün, annenin emzirme sırasındaki bebeğiyle kurduğu yakın temastan dolayı anne-bebek arasındaki bağı güçlendiğini ve bebeğin ruhsal gelişimine katkıda bulunduğunu, ayrıca 6 aydan fazla anne sütü alan bebeklerin anne-bebek bağlanmasında daha iyi olduğunu göstermektedir (Yılmaz, 2017). Anne sütü güvenli bağlanma ile emme sırasında salgılanan oksitosin annelik duygusunun gelişmesini, bebeğin anne ile kurduğu göz ve ten teması da bebeğin güven duygusunu destekleyerek bağlanmayı geliştirmektedir (Scharfe,2012). Güvensiz bağlanma ile DEHB arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (Storebø, Rasmussen & Simonsen, 2013). Bu bağlamda anne sütü alma süresinden çok güvensiz bağlanmanın DEHB oluşumunda daha etkili olabileceğini düşünmekteyiz. Ancak bu görüşümüzün ileri araştırmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

Araştırmamızda irdelenen bir diğer değişken ise çocuklarda kronik bir hastalık olup olmamasıyla DEHB arasında bir bağlantı olup olmadığıdır.

Bununla ilgili bulgumuz çocuklarda kronik bir hastalığın olup olmamasıyla DEHB arasında bir bağlantı olmadığını göstermiştir. Yani her iki grupta DEHB riski benzerlik göstermektedir ( $\chi^2=2.53$   $sd=1$   $p= 0.112$ ). Toklu (2016) ise çalışmasında kronik hastalık varlığının DEHB için belirgin bir risk etmeni olduğunu ve DEHB ile epilepsi hastalığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Yapılan başka bir çalışmada da 6-13 yaş arası DEHB olan çocuklarda genel örnekleme göre iki kat daha fazla epilepsi hastalığının olduğu tespit edilmiştir (Cohen et al., 2013) Bazı çalışmalarda astımı olan çocuklarda DEHB belirtileri görüldüğü, bazılarında ise DEHB belirtileri görülmediği ifade edilmektedir (Yüksel, 2018). Obezite ve DEHB arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir başka çalışmada DEHB olan çocukların çoğunda, olmayanlara göre obezite daha az görüldüğü, ancak obez olan çocukların çoğunda, olmayanlara göre DEHB daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir. Bunun DEHB olan çocuklarda görülen dürtüsel davranışlarla ilişkili olduğu öne sürülmüştür (Akça Boylu, 2018). Yapılan başka bir çalışmada çocuklarda görülen tip- 1 diyabet ile DEHB arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, Tip-2 diyabet ile DEHB arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada Tip-2 olan hastalarda DEHB'li hastalarda olduğu gibi beynin frontal ve hipkampus bölgelerinin etkilenmekte olduğu ve bunun DEHB'ye yol açabileceği ifade edilmektedir (Chen, Lee, Yeh & Lin, 2013). DEHB'nin oluşum nedenlerine bakıldığı zaman beyin hasarına bağlı oluşabileceği ve beyin oksijensiz kalmasına bağlı oluşabileceği bilinmektedir (Ercan, 2013). Bizim çalışmamızda örneklemin %6.3'ünün kronik bir hastalığı olduğu, bu bağlamda kronik hastalıkların DEHB ile ilişkisinin araştırılması yönünde düşük bir oranda olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalara bakıldığı zaman kronik hastalıklardan çok hangi kronik hastalık olduğunun DEHB ile ilişkisi yönünde daha etkili olduğu görülmektedir. Özellikle beyinde hasara yol açan ya da çocuğun oksijensiz kalmasını sağlayan kronik hastalıkların DEHB oluşumunda daha çok etkili olabileceği düşünülmektedir.

## 6. BÖLÜM

### SONUÇ VE ÖNERİLER

#### 6.1 Sonuç

Çalışmamızın amacı KKTC'de 1.-5. sınıf ilkokul öğrencileri arasında DEHB yaygınlığını ve risk etmenlerini tespit etmektir. Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar şöyledir:

1. KKTC'de ilkokul öğrencileri arasında DEHB yaygınlığı %28.9 olarak tespit edilmiştir.
2. KKTC'de ilkokul öğrencileri arasında DEHB alt tiplerinin yaygınlık oranı DEHB-D alt tipi için %10.1, DEHB-H alt tipi için %11.0, DEHB-B için %7.8 olarak tespit edilmiştir. DEHB alt tipleri arasında en yaygın DEHB-H alt tipinin olduğu, en az yaygın ise DEHB-B alt tipinin olduğu bulunmuştur.
3. KKTC'de ilkokul öğrencileri arasında DEHB'si olan çocuklarda şimdiye kadar görülen komorbid psikiyatrik bozukluklara bakıldığında ÇDŞG-ŞY'ye göre DEHB tanısı alan katılımcıların görüşme tarihinden önceki döneme ait aldıkları geçmiş komorbid psikiyatrik tanıların Panik Bozukluğu, Enuresis, Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, Özgül Fobi, Sosyal Fobi Major Depresyon ve KOKGB olduğu tespit edilmiştir. ÇDŞG-ŞY'ye göre DEHB tanısı alan katılımcıların görüşme tarihinde aldıkları komorbid psikiyatrik tanılarının Özgül Fobi, Enuresis, KOKGB, Tourette Bozukluğu ve Sosyal Fobi olduğu tespit edilmiştir.
4. Katılımcıların DEHB riskleri ile eğitim gördükleri sınıf düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.
5. Katılımcıların DEHB riskleri ile annelerinin eğitim düzeyi arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Buna göre okumayan ve ilkokul mezunu olan annelerin çocuklarında daha çok DEHB riski olmasına rağmen, üniversite mezunu annelerin çocuklarında DEHB riskinin diğerlerine göre daha az olduğu bulunmuştur. Katılımcıların

DEHB riskleri ile babalarının eğitim düzeyi arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.

6. Katılımcıların DEHB riskleri ile annelerinin mesleği arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Buna göre annesi çalışmayan çocuklarda daha fazla DEHB riski olduğu, annesi öğretmen olan çocuklarda daha az DEHB riski olduğu saptanmıştır. Katılımcıların DEHB riskleri ile babalarının mesleği arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.
7. Katılımcıların DEHB riskleri ile kaldıkları yerleşim yerleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.
8. Katılımcıların DEHB riskleri ile anne sütü alma süreleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.
9. Katılımcıların DEHB riskleri ile annelerinin hamilelik süresi arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.
10. Katılımcıların DEHB riskleri ile doğum şekli arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Buna göre normal doğumla dünyaya gelen çocuklarda DEHB riskinin daha fazla görüldüğü, sezeryan doğumla dünyaya gelen çocuklarda ise DEHB riskinin daha az görüldüğü tespit edilmiştir.
11. Katılımcıların DEHB riskleri ile annelerinin hamilelik sırasında sigara kullanımı arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Buna göre hamilelik sırasında sigara kullanan annelerin, kullanmayanlara göre çocuklarında daha fazla DEHB riski olduğu bulunmuştur.
12. Katılımcıların DEHB riskleri ile doğum sonrası yaşadıkları sorunlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Buna göre doğum sonrası sorun yaşamayan çocuklarda DEHB riskinin daha düşük olduğu ve doğum sonrası iki haftayı gecen sarılığı olan çocuklarda DEHB riskinin daha fazla olduğu bulunmuştur.
13. Katılımcıların DEHB riskleri ile kronik hastalık durumu arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.
14. Katılımcıların DEHB riskleri ile ana-babaların ortalama aylık gelirleri arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Buna göre DEHB riskinin en fazla, aylık ortalama geliri 1834 TL altında olan ve 8000 TL ve üzerinde olan ana-babaların çocuklarında olduğu, aylık

ortalama geliri 1834- 4000TL arasında ve 4000- 8000 TL arasında olan ana-babaların çocuklarında ise DEHB riskinin daha düşük olduğu bulunmuştur.

15. Katılımcıların DEHB riskleri ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.
16. Katılımcıların CADÖ-YU'nun BP-D ve H alt ölçeklerinden elde ettikleri puanların cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir.
17. Katılımcıların CÖDÖ-YU ölçeğinden elde ettikleri BP-D puan ortalamasının cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermediği, ancak elde ettikleri H puan ortalamasının cinsiyete göre anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. CÖDÖ-YU ölçeği H puan ortalamasının erkek öğrencilerde kızlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
18. Katılımcıların CADÖ-YU ölçeğindeki BP-D alt ölçeğinden kesim puanı üzerinde puan alması durumu ile CÖDÖ-YU ölçeğindeki BP-D alt ölçeğinden kesim puanı üzerinde puan alması durumu arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Buna göre ana-baba ve öğretmen ölçeklerine göre çocuklardaki BP-D düzeyinin değiştiği ve öğretmenlerin ana-babalara göre daha fazla öğrencide dikkatsizlik riski bulunduğu saptanmıştır.
19. Katılımcıların CADÖ-YU ölçeğindeki H alt ölçeğinden kesim puanının üzerinde puan alması durumu ile CÖDÖ-YU ölçeğindeki H alt ölçeğinden kesim puanının üzerinde puan alması durumu arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.

## 6.2 Öneriler

Bu çalışmanın sonucuyla; DEHB'nin KKTC'de ilkokul öğrencileri arasında yaygın olduğu ve en yaygın DEHB-H alt tipinin olduğu görülmektedir. Bu bağlamda CADÖ-YU ve CÖDÖ-YU ölçeklerinin okullarda ve klinik görüşmelerde tarama aracı olarak kullanılmasının, DEHB olan çocukları erken saptamada yardımcı olacağı düşünülmektedir. DEHB'si olan çocuklarda, Özgül Fobi, Enuresis, KOKGB, Tourette Bozukluğu, Sosyal Fobi, Panik Bozukluğu, Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, Major Depresyon komorbid psikiyatrik bozukluklarının görülmesi oldukça önemli görülmektedir. Klinik pratikte bu yakınmalarla gelen çocuklarda eşlik eden DEHB tanıda araştırılmalıdır. Diğer yandan annelerin eğitim düzeyinin düşük olması, annelerin çalışmıyor olması, normal doğum şekli, annelerin hamilelik sırasında sigara kullanımı, çocukta doğum sonrası iki haftayı geçen sarılığın olması, ana-babaların ortalama aylık gelirlerinin düşük olması, DEHB için önemli risk unsurları olarak görülmektedir. Ayrıca ana-babalara göre kız ve erkek çocuklarının davranışlarında bir farklılık görülmemesine rağmen, öğretmenlerin erkek çocuklarını kız çocuklara göre daha hareketli olarak görmeleri, çocuklardaki bilişsel problemler, dikkatsizlik sorunlarının ana-baba ve öğretmen algılarına göre değişebilmesi de ana-baba ve öğretmenlerin çocuklardaki sorun davranışları değerlendirmesinde önemli farklılıklarını yansıtmaktadır. Buna göre DEHB olan çocukları değerlendirirken erkek çocuklarda olduğu gibi kız çocuklarda da görülebileceğini, DEHB olan çocukların, çalışmamızda bulunan komorbid psikiyatrik tanılarını da göz önünde bulundurularak değerlendirilmesi ve çocuk dışında, hem ana-baba, hem de öğretmenlerin görüşleri alınarak değerlendirmenin yapılması önerilmektedir. Ayrıca ülkemizde çocuğun bakımından sorumlu anneler için çeşitli eğitim olanaklarının sağlanmasının, çocuk bakımıyla ilgili babalarında yer aldığı ana-babalık becerilerine ve DEHB olan çocuklarına nasıl davranmaları gerektiğine ilişkin eğitimlerin verilmesinin, öğretmenlere yönelik de sınıflarda DEHB olan çocuklarla nasıl başedebilecekleri yönünde eğitimlerin verilmesinin DEHB'li çocuklar için faydalı olacağı düşünülmektedir. Araştırmacılar için CADÖ-YU ve CÖDÖ-YU ölçeklerinin başta DEHB olmak üzere çocuklardaki başka sorun davranışları da taramada da bir araç olarak

kullanılabileceği düşünölmektedir. Ayrıca DEHB ile ilişkili başka ölçekler için KKTC'de yapılacak geçerlik güvenirlik çalışmalarında özellikle ölçeğin yapı geçerliliğini değerlendirmede CADÖ-YU ve CÖDÖ-YU ölçeklerinin kullanılması önerilmektedir. Bunların dışında doğrudan yaş düzeyinin bağımsız değerşken olarak ele alındığı araştırmaların yapılması, ölçeğin KKTC uyarlama çalışmasının özgün ölçekte olduğu gibi 3 yaşından 17 yaşına kadar genişletilerek yapılması böylece okul öncesi dönemde de DEHB'nin incelenmesi ve Conners ölçek setinin ergenler için kısa ve uzun formlarının da KKTC uyarlamasının yapılması böylece ana-baba ve öğretmen görüşleri arasındaki tutarlılığın incelenmesi önerilmektedir.



## KAYNAKÇA

- Abdullah, M., Jowett, B., Whittaker, P., & Patterson, L. (2019). The effectiveness of omega-3 supplementation in reducing ADHD associated symptoms in children as measured by the Conners' rating scales: A systematic review of randomized controlled trials *Journal of psychiatric research*, 110, 64-73.
- Acar, Ş., Tan, S., Turan, Ö. ve Gücüyener, K. (2015). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun alt tiplerinde doğum öncesi ve doğum esnasındaki risk faktörlerinin değerlendirilmesi. *Yeni Tıp Dergisi*, 32, 49-53.
- Açık, Y., Deveci, S. E., Ulutaşdemir, N. ve Nesrin, İ. (2010). Yenidoğan sarılığı ve aile eğitimi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5(13), 61-77.
- Akça Boylu, P. (2018). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile obezite risk faktörleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. T.C. Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul.
- Akgün, G. M., Tufan, E., Yurteri, N. ve Erdoğan, A. (2011). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun genetik boyutu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1), 15-48.
- Aksu, E. ve Turan, F. (2005). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanı Ölçeği-Okul Derecelendirme Ölçeği Türkçe Uyarlaması. *Fizyoterapi Rehabilitasyon Dergisi*, 16(1), 31-40.
- Aktepe, E. (2011). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Konan Çocuk ve Ergenlerde Eş Tanılar ve Sosyodemografik Özellikler*. Paper presented at the Yeni Symposium, 49(4), 201-208.
- Alizadeh, H., Armion, E., Coolidge, F. L., Flores, Z. D., & Sutton, C. E. (2015). The Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder among Primary School Students in an Iranian Rural Region. *Psychology*, 6, 263-268.

- Alkan, D., Kaner, S. ve akici, E. (2020a). Connors Ana-Baba Derecelendirme leği-Yenilenmiş Uzun Formunun KKTC ilkokul öğrencileri için psikometrik özelliklerinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 21, 62-69.
- Alkan, D., Kaner, S. ve akici, E. (2020b). Connors ğretmen Derecelendirme leği-Yenilenmiş Uzun Formunun KKTC ilkokul öğrencileri için psikometrik özelliklerinin incelenmesi. Yayınlanmamış alışma.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2001). DSM-IV-TR tanı ltleri başvuru el kitabı. *Ankara, Hekimler Yayın Birliği*.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2005). *DSM-IV-TR tanı ltleri başvuru elkitabı* (E. Koroğlu Ed.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *Ruhsal bozuklukların tanısai ve sayımsai elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5)*.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). *DSM-5 tanı ltleri başvuru el kitabı* (E. Koroğlu Ed.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Arcia, E., & Connors, C. K. (1998). Gender differences in ADHD? *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 19(2), 77–83.
- Ardıç, A. ve Doğaroğlu, T. K. (2018). Vanderbilt Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ğretmen Değerlendirme leği (V-DEHB-D) Türkçe Uyarlama alışması. *Ege Eğitim Dergisi*, 19(2), 534-558.
- Arun zer, E., Arslan, Y., Yaprak, I., Deniz, E., Stuoğlu, S. ve Dizdarer, G.(2003). Yenidoğan Sarılığının Uzun Dönemde Nöromotor Gelişim zerine Etkisi. *İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 13(1), 25-31.
- Araz Altay, M. ve Görker, I. (2018). DSM-5 Kriterlerine Göre zgl ğrenme Bozukluğu Tanısı Alan Olguların Psikiyatrik Eştanı ve WISC-R Profillerinin Değerlendirilmesi. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 55(2), 127-134.
- Ateşağaoğlu, P., Mete, M., Gökçay, G., Tamay, Z. ve Yetim, A. (2013). Anne Sütü ile Beslenmenin ocuk Ruh Sağlığına Etkileri. *Journal of the Child/Cocuk Dergisi*, 13(3), 101-108.

- August, G. J., Realmuto, G. M., MacDonald, A. W., Nugent, S. M., & Crosby, R. (1996). Prevalence of ADHD and comorbid disorders among elementary school children screened for disruptive behavior. *Journal of abnormal child psychology*, 24(5), 571-595.
- Bahmanyar, S., Sundström, A., Kaijser, M., von Knorring, A.-L., & Kieler, H. (2013). Pharmacological treatment and demographic characteristics of pediatric patients with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Sweden. *European Neuropsychopharmacology*, 23(12), 1732-1738.
- Barkmann, C., & Schulte-Markwort, M. (2012). Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: a meta-analysis. *Journal of Epidemiology Community Health*, 66(3), 194-203.
- Barry, T. D., Lyman, R. D., & Klinger, L. G. (2002). Academic underachievement and attention-deficit/hyperactivity disorder: The negative impact of symptom severity on school performance. *Journal of school psychology*, 40(3), 259-283.
- Baykal, S., Nalbantoğlu, A., Yıldız, T. ve Meriçli, M. (2018). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Prenatal ve Postnatal Özellikler. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 49(3), 286-289.
- Bhutta, A. T., Cleves, M. A., Casey, P. H., Craddock, M. M., & Anand, K. (2002). Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: a meta-analysis. *Jama*, 288(6), 728-737.
- Bianchini, R., Postorino, V., Grasso, R., Santoro, B., Migliore, S., Burlò, C., . . . Mazzone, L. (2013). Prevalence of ADHD in a sample of Italian students: a population-based study. *Research in developmental disabilities*, 34(9), 2543-2550.
- Biederman, J. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biological psychiatry*, 57(11), 1215-1220.
- Biederman, J., & Faraone, S. (2002). Current concepts on the neurobiology of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of attention disorders*, 6(1\_suppl), 7-16.
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V., Braaten, E., Doyle, A., Spencer, T., . . . Johnson, M. A. (2002). Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *American Journal of Psychiatry*, 159(1), 36-42.

- Bozkurt, Ö. H., Dirik, E. ve Üneri, Ö. Ş. (2017). Prevalence of ADHD in Northern Cyprus. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(5), 478-484.
- Buckley, S., Hillery, J., Guerin, S., McEvoy, J., & Dodd, P. (2008). The prevalence of features of attention deficit hyperactivity disorder in a special school in Ireland. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(2), 156-162.
- Bussing, R., Zima, B. T., Perwien, A. R., Belin, T. R., & Widawski, M. (1998). Children in special education programs: attention deficit hyperactivity disorder, use of services, and unmet needs. *American Journal of Public Health*, 88(6), 880-886.
- Büyüköztürk, Ş., Kılıç-Çakmak, E., Akgün, Ö., Karadeniz, Ş. ve Demirel, F. (2013). Bilimsel araştırma yöntemleri. Ankara: Pegem Akademi.
- Castellanos, F. X., & Tannock, R. (2002). Neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder: the search for endophenotypes. *Nature Reviews Neuroscience*, 3(8), 617-628.
- Chen, H.-J., Lee, Y.-J., Yeh, G. C., & Lin, H.-C. (2013). Association of attention-deficit/hyperactivity disorder with diabetes: a population-based study. *Pediatric research*, 73(1), 492-496.
- Cohen, R., Senecky, Y., Shuper, A., Inbar, D., Chodick, G., Shalev, V., & Raz, R. (2013). Prevalence of epilepsy and attention-deficit hyperactivity (ADHD) disorder: a population-based study. *Journal of child neurology*, 28(1), 120-123.
- Collett, B. R., Ohan, J. L., & Myers, K. M. (2003). Ten-year review of rating scales. V: scales assessing attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(9), 1015-1037.
- Conners, C. K. (1999). Clinical use of rating scales in diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatric Clinics of North America*, 46(5), 857-870.
- Conners, C. K., Sitarenios, G., Parker, J. D., & Epstein, J. N. (1998a). The revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R): factor structure, reliability, and criterion validity. *Journal of abnormal child psychology*, 26(4), 257-268.

- Conners, C. K., Sitarenios, G., Parker, J. D., & Epstein, J. N. (1998b). Revision and restandardization of the Conners Teacher Rating Scale (CTRS-R): factor structure, reliability, and criterion validity. *Journal of abnormal child psychology*, 26(4), 279-291.
- Coşkun, G. N., Gürbüz, H. G. A., Çeri, V. ve Doğangün, B. (2018). Özgül öğrenme bozukluğu olan çocuklarda psikiyatrik eş tanılarının incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 19(1), 87-94.
- Cuffe, S. P., Moore, C. G., & McKeown, R. E. (2005). Prevalence and correlates of ADHD symptoms in the national health interview survey. *Journal of attention disorders*, 9(2), 392-401.
- Çak, H. T. ve Gökler, B. (2013). Erken doğan çocuklarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve ilişkili doğum öncesi risk etkenleri. *Türk Pediatri Arşivi*, 48(4), 315-322.
- Çakaloz, B. ve Akay, A. P. (2005). Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozukluklarında Doğum Öncesi, Doğum ve Doğum Sonrası Yaşanan Sorunların ve Anne Sütü Alış Sürelerinin Psikopatoloji Gelişimine Katkileri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 12(1), 3-10.
- Dağgöl, H. C. (2016). *Okul Öncesi Dönem Çocuklarının Öz Düzenleme Becerileri ile Ebeveynlerin Çocuk Yetiştirme Stilleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Eastern Mediterranean University (EMU)-Doğu Akdeniz Üniversitesi (DAÜ), Mağusa.
- De Ridder, A., & De Graeve, D. (2006). Healthcare use, social burden and costs of children with and without ADHD in Flanders, Belgium. *Clinical drug investigation*, 26(2), 75-90.
- Döpfner, M., Breuer, D., Wille, N., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U., & Group, B. S. (2008). How often do children meet ICD-10/DSM-IV criteria of attention deficit-/hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder? Parent-based prevalence rates in a national sample—results of the BELLA study. *European child & adolescent psychiatry*, 17(1), 59-70.
- Duarte, C., Hoven, C., Berganza, C., Bordin, I., Bird, H., & Miranda, C. T. (2003). Child mental health in Latin America: present and future epidemiologic research. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 33(3), 203-222.

- DuPaul, G. J., Fu, Q., Anastopoulos, A. D., Reid, R., & Power, T. J. (2020). ADHD Parent and Teacher Symptom Ratings: Differential Item Functioning across Gender, Age, Race, and Ethnicity. *Journal of abnormal child psychology*, 48, 679-691.
- DuPaul, G. J., Power, T. J., McGoey, K. E., Ikeda, M. J., & Anastopoulos, A. D. (1998). Reliability and validity of parent and teacher ratings of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 16(1), 55-68.
- Dursun, O. B., Güvenir, T. ve Özbek, A. (2010). Çocuk ergen ruh sağlığında epidemiyolojik çalışmalar: Yöntemsel bir bakış. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(3), 401-416.
- Ercan, E., Amado, S., Somer, O. ve Çıkoğlu, S. (2001). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve yıkıcı davranım bozuklukları için bir test bataryası geliştirme çabası. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 8(3), 132-144.
- Ercan, E. S. (2013). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu*. İstanbul: Doğan Kitap.
- Ercan, E. S., Bilaç, Ö., Özaslan, T. U. ve Rohde, L. A. (2015). Is the prevalence of ADHD in Turkish elementary school children really high? *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50(7), 1145-1152.
- Ercan, E. S., Kandulu, R., Uslu, E., Ardic, U. A., Yazici, K. U., Basay, B. K., . . . Rohde, L. A. (2013). Prevalence and diagnostic stability of ADHD and ODD in Turkish children: a 4-year longitudinal study. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 7(30), 1-10.
- Ercan, E. S., Polanczyk, G., Akyol Ardic, U., Yuce, D., Karacetin, G., Tufan, A. E., . . . Rodopman Arman, A. (2019). The prevalence of childhood psychopathology in Turkey: a cross-sectional multicenter nationwide study (EPICPAT-T). *Nordic journal of psychiatry*, 73(2), 132-140.
- Erden, H. ve Erden, A. (2019). Current Problems in Turkish Republic of Northern Cyprus Education System. *Sakarya University Journal of Education*, 9(2), 282-303.

- Erşan, E. E., Doğan, O., Doğan, S. ve Sümer, H. (2004). The distribution of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. *European child & adolescent psychiatry*, 13(6), 354-361.
- Eser, B. (2016). *Kuzey Kıbrısta ailede çocuğun değerinin aile yapıları açısından incelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Eastern Mediterranean University (EMU)-Doğu Akdeniz Üniversitesi (DAÜ), Mağusa.
- Evans, S. W., Owens, J. S., Wymbs, B. T., & Ray, A. R. (2018). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(2), 157-198.
- Faber, A., Kalverdijk, L. J., Hugtenburg, J. G., Minderaa, R. B., & Tobi, H. (2010). Co-morbidity and patterns of care in stimulant-treated children with ADHD in the Netherlands. *European child & adolescent psychiatry*, 19(2), 159-166.
- Fabiano, G. A., Vujnovic, R., Naylor, J., Pariseau, M., & Robins, M. (2009). An investigation of the technical adequacy of a daily behavior report card (DBRC) for monitoring progress of students with attention-deficit/hyperactivity disorder in special education placements. *Assessment for Effective Intervention*, 34(4), 231-241.
- Fabiano, G. A., Vujnovic, R. K., Pelham, W. E., Waschbusch, D. A., Massetti, G. M., Pariseau, M. E., . . . Carnefix, T. (2010). Enhancing the effectiveness of special education programming for children with attention deficit hyperactivity disorder using a daily report card. *School Psychology Review*, 39(2), 219-239.
- Faraone, S. V., & Biederman, J. (1998). Neurobiology of attention-deficit hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*, 44(10), 951-958.
- Faraone, S. V., Biederman, J., Mick, E., Williamson, S., Wilens, T., Spencer, T., . . . Pert, J. (2000). Family study of girls with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157(7), 1077-1083.

- Faraone, S. V., & Doyle, A. E. (2001). The nature and heritability of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 10(2), 299-316.
- Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A., & Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*, 57(11), 1313-1323.
- Faulkenberry, G. D., & Weeks, D. L. (1968). Sample size determination for tolerance limits. *Technometrics*, 10(2), 343-348.
- Feldman, H. M., & Reiff, M. I. (2014). Attention deficit–hyperactivity disorder in children and adolescents. *New England Journal of Medicine*, 370(9), 838-846.
- Froehlich, T. E., Lanphear, B. P., Epstein, J. N., Barbaresi, W. J., Katusic, S. K., & Kahn, R. S. (2007). Prevalence, recognition, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in a national sample of US children. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 161(9), 857-864.
- Gaub, M., & Carlson, C. L. (1997). Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1136-1139.
- Gershon, J., & Gershon, J. (2002). A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *Journal of attention disorders*, 5(3), 143-154.
- Giacobini, M., Medin, E., Ahnemark, E., Russo, L. J., & Carlqvist, P. (2018). Prevalence, patient characteristics, and pharmacological treatment of children, adolescents, and adults diagnosed with ADHD in Sweden. *Journal of attention disorders*, 22(1), 3-13.
- Gökler, B., Ünal, F., Pehlivan Türk, B., Kültür, E. Ç., Akdemir, D. ve Taner, Y. (2004). Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 11(3), 109-116.
- Göl, İ. ve Bayık, A. (2013). İlköğretim sınıf öğretmenlerinin çocuklarda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunu tanıma yeterlilikleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 6(4), 207-213.



- Görmez, V., Örengül, A. C., Meral, Y., Kaynar, T. B. ve Ertaş, E. (2017). Doğum Öncesi ve Sonrası Faktörlerin Okul Çağı Klinik Örneklemde Psikopatoloji ile İlişkisi. *Journal of Mood Disorders*, 7(2),79-85.
- Greene, R. W., Biederman, J., Faraone, S. V., Monuteaux, M. C., Mick, E., DuPRE, E. P., . . . Goring, J. C. (2001). Social impairment in girls with ADHD: patterns, gender comparisons, and correlates. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(6), 704-710.
- Gül, H. ve Öncü, B. (2018). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun etyolojisinde çevresel etkenler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10(2), 138-175.
- Gül, N., Tiryaki, A., Kültür, S. E. C., Topbaş, M. ve Ak, I. (2010). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disruptive behavior disorders among school age children in Trabzon. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 20(1), 50-56.
- Güler, A. S., Scahill, L., Jeon, S., Taşkın, B., Dedeoğlu, C., Ünal, S. ve Yazgan, Y. (2014). Use of multiple informants to identify children at high risk for ADHD in Turkish school-age children. *Journal of attention disorders*, 21(9), 764-775.
- Güney, E., Ceylan, M. F. ve İşeri, E. (2011). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda aday gen çalışmaları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(4), 664-682.
- Henriksen, L., Wu, C. S., Secher, N. J., Obel, C., & Juhl, M. (2015). Medical augmentation of labor and the risk of ADHD in offspring: a population-based study. *Pediatrics*, 135(3), e672-e677.
- Hergüner, S. ve Hergüner, A. (2012). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan Çocuk ve Ergenlerde Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 49, 114-118.
- Holmberg, K., & Bölte, S. (2014). Do symptoms of ADHD at ages 7 and 10 predict academic outcome at age 16 in the general population? *Journal of attention disorders*, 18(8), 635-645.
- Hoşgörür, V. ve Kaplan, İ. (2017). Devlet ve özel ilköğretim okullarının kurum teftiş raporlarına göre karşılaştırması. *Turkish Journal of Social Research/Turkiye Sosyal Arastirmalar Dergisi*, 21(3), 577-601.

- Huss, M., Hölling, H., Kurth, B.-M., & Schlack, R. (2008). How often are German children and adolescents diagnosed with ADHD? Prevalence based on the judgment of health care professionals: results of the German health and examination survey (KiGGS). *European child & adolescent psychiatry*, 17(1), 52-58.
- Inci, S. B., Ipci, M., Akyol Ardiç, U. ve Ercan, E. S. (2016). Psychiatric comorbidity and demographic characteristics of 1,000 children and adolescents with ADHD in Turkey. *Journal of attention disorders*, 23(11), 1356-1367.
- Jensen, C. M., & Steinhausen, H.-C. (2015). Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 7(1), 27-38.
- Jin, W., Du, Y., Zhong, X., & David, C. (2014). Prevalence and contributing factors to attention deficit hyperactivity disorder: A study of five-to fifteen-year-old children in Zhabei District, Shanghai. *Asia-Pacific Psychiatry*, 6(4), 397-404.
- Kadesjö, B., & Gillberg, C. (2001). The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(4), 487-492.
- Kaner, S., Büyüköztürk, S. ve Iseri, E. (2013a). Conners Anababa Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa: Türkiye Standardizasyon Çalışması/Conners Parent Rating Scale-Revised Short: Turkish Standardization Study. *Noro-Psikiyatri Arsivi*, 50(2), 100-109
- Kaner, S., Büyüköztürk, S. ve Iseri, E. (2013b). Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa: Türkiye Uyarlama Çalışması. *Eğitim ve Bilim*, 38(167), 81-97.
- Kaner, S., Büyüköztürk, S. ve Iseri, E. (2012). Conners-Wells Öz-Bildirim Ölçeği Kısa Formunun Türk Ergenlerde Uyarlama Çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 15, 208-217.

- Kaner, S., Büyüköztürk, Ş., İşeri, E., Ak, A. ve Özaydın, L. (2011a). Connors anababa dereceleme ölçeği yenilenmiş uzun formu: Faktör yapısı, geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 18(1), 45-58.
- Kaner, S., Büyüköztürk, Ş., İşeri, E., Ak, A. ve Özaydın, L. (2011b). Connors Öğretmen Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş/Uzun: Türk Çocukları için Psikometrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 14(3),150-163.
- Kaner, S., Büyüköztürk, Ş., İşeri, E., Ak, A. ve Özaydın, L. (2011c). Connors Wells Ergen Öz-Bildirim Ölçeği Uzun Formu: Türk Ergenlerde Psikometrik Özelliklerin Değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 14,71-84.
- Kaplan, H., Sadock, B., & Grebb, J. (1994). Attention-deficit disorders. *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry*, 1063-1068.
- Karakaş, S. (2010). Kognitif Nörobilimler (3. Baskı). *İstanbul: Nobel Tıp*.
- Karaman, D., Türkbay, T. ve Gökçe, F. (2006). Özgül öğrenme bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu binişikliğinin bilişsel özellikleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 13(2), 60-68.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., . . . Ryan, N. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980-988.
- Khushabi, K., Pour-Etemad, H., Mohammadi, M., & Mohammadkhani, P. (2006). The prevalence of ADHD in primary school students in Tehran. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran (MJIRI)*, 20(3), 147-150.
- Klilit, N. (2017). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı alan çocukların ve anne-babalarının bağlanma biçimlerinin araştırılması. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. T.C. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir.
- Kim, J.-w., Park, K.-h., Cheon, K.-a., Kim, B.-n., Cho, S.-c., & Hong, K.-E. M. (2005). The child behavior checklist together with the ADHD rating

scale can diagnose ADHD in Korean community-based samples. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(12), 802-805.

Kırmaz, S. (2017). *MOXO d-CPT DEHB testi çocuk versiyonunun dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda değerlendirme aracı olarak kullanılması (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)* İstanbul Ticaret Üniversitesi, İstanbul.

Knopik, V. S., Marceau, K., Bidwell, L. C., Palmer, R. H., Smith, T. F., Todorov, A., . . . Heath, A. C. (2016). Smoking during pregnancy and ADHD risk: A genetically informed, multiple-rater approach. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 171(7), 971-981.

Kovess, V., Keyes, K. M., Hamilton, A., Pez, O., Bitfoi, A., Koç, C., . . . Mihova, Z. (2015). Maternal smoking and offspring inattention and hyperactivity: results from a cross-national European survey. *European child & adolescent psychiatry*, 24(8), 919-929.

Kraut, A. A., Langner, I., Lindemann, C., Banaschewski, T., Petermann, U., Petermann, F., . . . Garbe, E. (2013). Comorbidities in ADHD children treated with methylphenidate: a database study. *BMC psychiatry*, 13(1), 11.

Kutcher, S., Aman, M., Brooks, S. J., Buitelaar, J., van Daalen, E., Fegert, J., . . . Huss, M. (2004). International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): clinical implications and treatment practice suggestions. *European Neuropsychopharmacology*, 14(1), 11-28.

Leibson, C. L., Katusic, S. K., Barbaresi, W. J., Ransom, J., & O'Brien, P. C. (2001). Use and costs of medical care for children and adolescents with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *Jama*, 285(1), 60-66.

Loe, I. M., & Feldman, H. M. (2007). Academic and educational outcomes of children with ADHD. *Journal of pediatric psychology*, 32(6), 643-654.

Mansour, R., Dovi, A. T., Lane, D. M., Loveland, K. A., & Pearson, D. A. (2017). ADHD severity as it relates to comorbid psychiatric

- symptomatology in children with Autism Spectrum Disorders (ASD). *Research in developmental disabilities*, 60, 52-64.
- Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S. V., Guite, J., & Tsuang, M. T. (1997). Pregnancy, delivery and infancy complications and attention deficit hyperactivity disorder: issues of gene-environment interaction. *Biological psychiatry*, 41(1), 65-75.
- Mimouni-Bloch, A., Kachevanskaya, A., Mimouni, F. B., Shuper, A., Raveh, E., & Linder, N. (2013). Breastfeeding may protect from developing attention-deficit/hyperactivity disorder. *Breastfeeding Medicine*, 8(4), 363-367.
- Montiel, C., Peña, J. A., Montiel-Barbero, I., & Polanczyk, G. (2008). Prevalence rates of attention deficit/hyperactivity disorder in a school sample of Venezuelan children. *Child psychiatry and human development*, 39(3), 311-322.
- Mowlem, F. D., Rosenqvist, M. A., Martin, J., Lichtenstein, P., Asherson, P., & Larsson, H. (2019). Sex differences in predicting ADHD clinical diagnosis and pharmacological treatment. *European child & adolescent psychiatry*, 28(4), 481-489.
- Mukaddes, N. M. (2015). *Yaşam Boyu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Eşlik Eden Durumlar*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
- Nigg, J. T. (2013). Attention-deficit/hyperactivity disorder and adverse health outcomes. *Clinical psychology review*, 33(2), 215-228.
- Nolan, E. E., Gadow, K. D., & Sprafkin, J. (2001). Teacher reports of DSM-IV ADHD, ODD, and CD symptoms in schoolchildren. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(2), 241-249.
- Noordermeer, S. D., Luman, M., Greven, C. U., Veroude, K., Faraone, S. V., Hartman, C. A., . . . Heslenfeld, D. J. (2017). Structural brain abnormalities of attention-deficit/hyperactivity disorder with oppositional defiant disorder. *Biological psychiatry*, 82(9), 642-650.
- Normand, S., Ambrosoli, J., Guet, J., Soucisse, M. M., Schneider, B. H., Maisonneuve, M.-F., . . . Tassi, F. (2017). Behaviors associated with negative affect in the friendships of children with ADHD: An exploratory study. *Psychiatry research*, 247, 222-224.

- Okumuş, G., Önal Sönmez, A., Kahyaoğlu, H. ve Erdoğan, A. (2017). Çocuk ve Ergenlerde Moxo Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Testi Sonuçları ile Klinik Tanı Olarak Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Karşılaştırılması. *Journal of Social and Humanities Sciences Research*,4(5), 899-905.
- Öncü, B., ve Şenol, S. (2002). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun etiolojisi: Bütüncül yaklaşım. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5(2), 111-119.
- Öner, Ö. ve Soykan-Aysev, A. (2007). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *İçinde: Aysev AS, Taner YI (Editörler). Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*, 1, 397-421.
- Öztürk, O. ve Uluşahin, A. (2008). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları II*. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Palmer, R. H., Bidwell, L. C., Heath, A. C., Brick, L. A., Madden, P. A., & Knopik, V. S. (2016). Effects of maternal smoking during pregnancy on offspring externalizing problems: contextual effects in a sample of female twins. *Behavior genetics*, 46(3), 403-415.
- Pelham Jr, W. E., & Fabiano, G. A. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 184-214.
- Percinel, I., Yazici, K. U. ve Ustundag, B. (2016). Iron deficiency parameters in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Psychiatry & Human Development*, 47(2), 259-269.
- Perez Delgado, P., Hernandez, L., Sadurni, C., & Santiago, C. (2019). A-50 A Comprehensive Neuropsychological Case Study of a Child with Perinatal Hyperbilirubinemia. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 34(6), 910-910.
- Polanczyk, G., De Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6):942-948
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345-365.

- Rogers, M. A., Wiener, J., Marton, I., & Tannock, R. (2009). Parental involvement in children's learning: Comparing parents of children with and without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Journal of school psychology, 47*(3), 167-185.
- Rutter, M. J., Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J. S., Taylor, E. A., & Thapar, A. (2011). *Rutter's child and adolescent psychiatry*. United States: John Wiley & Sons.
- Sabuncuoğlu, O., Orengül, C., Bikmazer, A. ve Kaynar, S. Y. (2014). Breastfeeding and parafunctional oral habits in children with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *Breastfeeding Medicine, 9*(5), 244-250.
- Sadock, B., & Sadock, V. (2005). *Kaplan & Sadock Comprehensive Textbook of Psychiatry*. (Aydın, H. Bozkurt, A., Çeviri Ed.). Ankara: Güneş Kitapevi.
- Sadock, B., Sadock, V. A., Ruiz, P., & Kaplan, H. I. (2009). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (9 ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Safavi, P., Ganji, F., & Bidad, A. (2016). Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in students and needs modification of mental health services in Shahrekord, Iran in 2013. *Journal of clinical and diagnostic research: Journal of Clinical Diagnostic Research, 10*(4), 25-28.
- Schatz, N. K., Aloe, A. M., Fabiano, G. A., Pelham Jr, W. E., Smyth, A., Zhao, X., . . . Hong, N. (2020). Psychosocial Interventions for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Systematic Review with Evidence and Gap Maps. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 41*, S77-S87.
- Scheffé, H., & Tukey, J. W. (1944). A formula for sample sizes for population tolerance limits. *The Annals of Mathematical Statistics, 15*(2), 217-217.
- Semerci, B. (2015). *Birlikte Büyütelim Çocuk Ruh Sağlığı*. İstanbul: Alfa Yayıncılık.

- Skounti, M., Giannoukas, S., Dimitriou, E., Nikolopoulou, S., Linardakis, E., & Philalithis, A. (2010). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in schoolchildren in Athens, Greece. Association of ADHD subtypes with social and academic impairment. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2(3), 127-132.
- Skounti, M., Philalithis, A., & Galanakis, E. (2007). Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *European journal of pediatrics*, 166(2), 117-123.
- Skounti, M., Philalithis, A., Mpitzaraki, K., Vamvoukas, M., & Galanakis, E. (2006). Attention-deficit/hyperactivity disorder in schoolchildren in Crete. *Acta Paediatrica*, 95(6), 658-663.
- Srinath, S., Kandasamy, P., & Golhar, T. S. (2010). Epidemiology of child and adolescent mental health disorders in Asia. *Current opinion in psychiatry*, 23(4), 330-336.
- Staller, J., & Faraone, S. V. (2006). Attention-deficit hyperactivity disorder in girls. *CNS drugs*, 20(2), 107-123.
- Strine, T. W., Lesesne, C. A., Okoro, C. A., McGuire, L. C., Chapman, D. P., Balluz, L. S., & Mokdad, A. H. (2006). Peer reviewed: emotional and behavioral difficulties and impairments in everyday functioning among children with a history of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Preventing chronic disease*, 3(2), 1-10.
- Subcommittee On Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, S. C. O. Q. I. A. M. (2011). ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, peds. 2011-2654.
- Sürücü, Ö. (2003). Anababa Öğretmen El Kitabı Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. *İstanbul: Ya-Pa Yayın Pazarlama Sanayi ve Tic. A.*
- Şahan, N. (2019). Motor Beceri, Görsel Algılama ve Yaşam Kalitesinin Çocukluk Çağı Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun (DEHB) Farklı Eş Tanı Grupları Arasında İncelenmesi (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.



- Şahin, B., Bozkurt, A. ve Karabekiroğlu, K. (2019). Perinatal and Medical Risk Factors in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Autism Spectrum Disorder or Specific Learning Disorder: Comparison Between Diagnostic Groups. *Istanbul Medical Journal*, 20(6), 502-507.
- Şan, V. (2013). Edirne il merkezi ilköğretim çağı çocuklarında dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu yaygınlığı (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi). T.C. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne.
- Scharfe, E. (2012). Maternal attachment representations and initiation and duration of breastfeeding. *Journal of Human Lactation*, 28(2), 218-225.
- Schnoes, C., Reid, R., Wagner, M., & Marder, C. (2006). ADHD among students receiving special education services: A national survey. *Exceptional Children*, 72(4), 483-496.
- Şenol, S. (2008). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. In Ç. Ç. F (Ed.), *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı* (pp. 293-311). Ankara: Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları.
- Shen, Y.-M., Chan, B. S. M., Liu, J.-B., Zhou, Y.-Y., Cui, X.-L., He, Y.-Q., . . . Luo, X.-R. (2018). The prevalence of psychiatric disorders among students aged 6~ 16 years old in central Hunan, China. *BMC psychiatry*, 18(243), 1-9.
- Storebø, O. J., Rasmussen, P. D., & Simonsen, E. (2013). Association between insecure attachment and ADHD: environmental mediating factors. *Journal of attention disorders*, 20(2), 187-196.
- Tahiroğlu, A. Y., Uzel, M., Avcı, A. ve Fırat, S. (2004). Öğretmenlerin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna Bakışları ve Öğretmen Eğitimi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 11(3), 123-129.
- Talge, N. M., Allswede, D. M., & Holzman, C. (2016). Gestational age at term, delivery circumstance, and their association with childhood attention deficit hyperactivity disorder symptoms. *Paediatric and perinatal epidemiology*, 30(2), 171-180.
- Tarakçıoğlu, M. C., Kadak, M. T., Gürbüz, G. A., Poyraz, B. Ç., Erdoğan, F., & Aksoy, U. M. (2018). Evaluation of the relationship between attention deficit hyperactivity disorder symptoms and chronotype. *Archives of Neuropsychiatry*, 55(1), 54-58.

- Tervo, T., Michelsson, K., Launes, J., & Hokkanen, L. (2014). A prospective 30-year follow-up of ADHD associated with perinatal risks. *Journal of attention disorders, 21*(10), 799-810.
- Thapar, A., O'donovan, M., & Owen, M. J. (2005). The genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Human molecular genetics, 14*(suppl\_2), R275-R282.
- Toklu, Ç. (2016). Eskişehir ili merkez ilçelerinde ilköğretim çağı çocuklarda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu yaygınlığı ve risk etmenleri (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi). T.C. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir.
- Tuğlu, C., ve Şahin, Ö. Ö. (2010). Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Nörobiyoloji, tanı sorunları ve klinik özellikler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2*(1), 75-116.
- Turgut, S., Erden, G. ve Karakaş, S. (2010). Özgül Öğrenme Güçlüğü (ÖÖG) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Birlikteliği ve Kontrol Gruplarının ÖÖG Bataryası ile Belirlenen Profilleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 17*(1), 13-25.
- Türkoğlu, S., Bilgiç, A., & Akça, Ö. F. (2015). ADHD symptoms, breast-feeding and obesity in children and adolescents. *Pediatrics International, 57*(4), 546-551.
- Ünal, F., Kültür, E. Ç., Öktem, F., Topçu, M. ve Yalınzoğlu, D. (2004). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. *Hacettepe Tıp Dergisi, 35*, 160-167.
- van Lieshout, M., Luman, M., Twisk, J. W., Faraone, S. V., Heslenfeld, D. J., Hartman, C. A., . . . Rommelse, N. N. (2017). Neurocognitive predictors of ADHD outcome: a 6-year follow-up study. *Journal of abnormal child psychology, 45*(2), 261-272.
- Venkata, J. A., & Panicker, A. S. (2013). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in primary school children. *Indian journal of psychiatry, 55*(4), 338-342.

- Wang, T., Liu, K., Li, Z., Xu, Y., Liu, Y., Shi, W., & Chen, L. (2017). Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder among children and adolescents in China: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, *17*(32), 1-11.
- WHO. Constitution of World Health Organization: International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics 2018, 11th Revision. Retrieved from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2ficd%2fentity%2f821852937> (Access date: 25.09.2019)
- Wolraich, M. L., Hagan, J. F., Allan, C., Chan, E., Davison, D., Earls, M., . . . Frost, J. (2019). Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, *144*(4), 1-25.
- Wüstner, A., Otto, C., Schlack, R., Hölling, H., Klasen, F., & Ravens-Sieberer, U. (2019). Risk and protective factors for the development of ADHD symptoms in children and adolescents: Results of the longitudinal BELLA study. *PloS one*, *14*(3), 1-19.
- Xiang, H., Stallones, L., Chen, G., Hostetler, S. G., & Kelleher, K. (2005). Nonfatal injuries among US children with disabling conditions. *American Journal of Public Health*, *95*(11), 1970-1975.
- Kuzey Kıbrıs Türk Devlet Planlama Örgütü İstatistik ve Araştırma Dairesi (2016). *Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti İstatistik Yıllığı 2013*. Lefkoşa: KKTC Devlet Basımevi.
- Yalın Sapmaz, Ş., Serim Demirgören, B., Öztürk, M., Bilaç, Ö., Özek Erkurtaran, H., Köroğlu, E. ve Aydemer, Ö. (2016). DSM-5 Düzey 2 Dikkatsizlik Ölçeği Türkçe Formunun Güvenilirliği ve Geçerliliği (6-17 Yaş Ebeveyn Formu). *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, *23*(3), 227-233.
- Yavuzer, H. (2004). *Okul Çağı Çocuğu*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Yazgan, Y. (2013). *Hiperaktif Çocuk ve Ergen Okulda* (3th ed.). İstanbul: Doğan Kitap.

Yılmaz, F. (2017). Anne sütü ile beslenmeyi bırakmaya neden olan faktörler ve emzirme süresinin anne ocuk bağlanmasına etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. T.C. Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Yorbık, ., Kırmızıgül, P., Demirkan, S. ve Söhmen, T. (2003). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda anne sütü alma süreleri. *ocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 10(3), 115-120.

Yüksel, H. (2018). Çocukluk ağında Astım, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Nedeni midir? *Klinik Tıp Pediatri Dergisi*, 10(5), 28-31.

Zorlu, A., Unlu, G., Cakaloz, B., Zencir, M., Buber, A., & Isildar, Y. (2015). The prevalence and comorbidity rates of ADHD among school-age children in Turkey. *Journal of attention disorders*, 24(9), 1237-1245.

## EKLER

### Ek 1. Ebeveyn ve Öğretmenler için Katılımcı Onam Formu ve Bilgilendirme Formu

Bu çalışma, Yakın Doğu Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü tarafından gerçekleştirilen bir çalışmadır.

Bu araştırmanın amacı, KKTC’de İlkokul Öğrencileri Arasında, Conners Ana- Baba Dereceleme Ölçeği Uzun Formu (CADÖ-Y/U) ve Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği Uzun Formu’nun (CÖDÖ-Y/U), Geçerlik, Güvenirlik ve Standardizasyon Çalışması’nı yapmaktır.

Anket tamamen bilimsel amaçlarla düzenlenmiştir. Anket formunda size ve çocuğunuza/öğrencinize ilişkin kimlik bilgileriniz yer almayacaktır. Size ve çocuğunuza/öğrencinize ait bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Çalışmadan elde edilen veriler yalnızca istatistik veri olarak kullanılacaktır. Yanıtlarınızı içten ve doğru olarak vermeniz bu anket sonuçlarının toplum için yararlı bir bilgi olarak kullanılmasını sağlayacaktır.

Telefon numaranız anketörün denetlemesi ve anketin uygulandığının belirlenmesi amacıyla istenmektedir.

Yardıminız için çok teşekkür ederim.

Uzman Psikolog

Damla Alkan Saygılı

Yukardaki bilgileri ayrıntılı biçimde tümünü okudum ve anketin uygulanmasını onayladım.

Formu dolduran: anne/ baba/ anne-baba/ öğretmen/ diğer (lütfen uygun seçeneği daire içine alınız)

İmza:

Telefon:

**KKTC'DE İLKOKUL ÖĞRENCİLERİ ARASINDA, CONNERS ANA- BABA DERECELEME ÖLÇEĞİ UZUN FORMU (CADÖ-Y/U) VE CONNERS ÖĞRETMEN DERECELEME ÖLÇEĞİ UZUN FORMU'NUN (CÖDÖ-Y/U), GEÇERLİK, GÜVENİRLİK VE STANDARDİZASYON ÇALIŞMASI**

Bu araştırmanın amacı, KKTC'de 6-11 yaş arası ilkokul öğrencileri arasında, Connors Ana- Baba Dereceleme Ölçeği Uzun Formu (CADÖ-Y/U) ve Connors Öğretmen Dereceleme Ölçeği Uzun Formu'nun (CÖDÖ-Y/U), Geçerlik, Güvenirlik ve Standardizasyon Çalışması'nı yapmaktır.

Bu çalışmada size, Çocuklar için Anne-Baba Bilgi Formu ve bir dizi ölçek sunduk. Çocuklar için Anne-Baba Bilgi Formu, sizin ve çocuğunuzun yaş cinsiyet gibi demografik özellikleriniz hakkındaki soruları içermektedir. Ölçekler ise Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu belirtilerinin düzeyini, özelliklerini ölçmektedir.

Daha önce de belirtildiği gibi, ölçeklerde ve görüşmelerde verdiğiniz cevaplar kesinlikle gizli kalacaktır. Eğer çalışmayla ilgili herhangi bir şikayet, görüş veya sorunuz varsa bu çalışmanın araştırmacılarından biri olan Uzm. Psk. Damla Alkan Saygılı ile iletişime geçmekten lütfen çekinmeyiniz (damla-alkan@hotmail.com, 0548 870 70 76).

Eğer araştırmanın sonuçlarıyla ilgileniyorsanız, 1 Ekim 2017 tarihinden itibaren araştırmacıyla iletişime geçebilirsiniz.

Katıldığınız için tekrar teşekkür ederim.

Uzm. Psk. Damla Alkan Saygılı

Psikoloji Bölümü,

Yakın Doğu Üniversitesi,

Lefkoşa.

## **Ek 2. Katılımcı Aydınlatılmış Onam Formu ve Bilgilendirme Formu**

**Bu çalışma, Yakın Doğu Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü tarafından gerçekleştirilen bir çalışmadır.**

**Bu araştırmanın amacı, KKTC’de 6-11 yaş arası ilkokul öğrencileri arasında Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) yaygınlığını ve risk etmenlerini tespit etmektir.**

**Anket formlarının değerlendirilmesinin ardından klinik görüşmeye çocuğunuzla birlikte çağırılmaya uygun görüldünüz. Klinik görüşme tamamen bilimsel amaçlarla düzenlenmiştir. Sizinle ve çocuğunuzla yapılacak olan klinik görüşme, çocuğunuzun Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu belirtilerini ve eğer varsa diğer davranışsal sorunlarını değerlendirmeyi içermektedir. Klinik görüşmede size ve çocuğunuza ait bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Çalışmadan elde edilen veriler yalnızca istatistik veri olarak kullanılacaktır. Klinik görüşmede size sorulacak olan sorulara içten ve doğru olarak yanıt vermeniz, çıkacak olan sonuçların toplum için yararlı bir bilgi olarak kullanılmasını sağlayacaktır.**

**Telefon numaranız çocuğunuzla ilgi danışılması gereken ya da size geri dönülmesi gereken bir durum söz konusu olursa, size ulaşılabilmesi amacıyla istenmektedir.**

**Yardıminız için çok teşekkür ederim.**

**Uzman Psikolog**

**Damla Alkan Saygılı**

**Yukardaki bilgileri ayrıntılı biçimde tümünü okudum. Benimle ve çocuğumla klinik görüşme yapılmasını onayladım.**

**Formu dolduran: anne/ baba/ anne-baba/ diğer (lütfen uygun seçeneği daire içine alınız)**

**İmza:**

**Telefon:**

## **KKTC'DE İLKOKUL ÖĞRENCİLERİ ARASINDA DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU YAYGINLIĞI VE RİSK ETMENLERİ**

Bu araştırmanın amacı, KKTC'de 6-11 yaş arası ilkokul öğrencileri arasında DEHB yaygınlığını ve risk etmenlerini tespit etmektir.

Bu çalışmada size Çocuklar için Anne-Baba Bilgi Formu ve Yenilenmiş Connors Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği'ni sunduk. Çocuklar için Anne-Baba Bilgi Formu, sizin ve çocuğunuzun yaş cinsiyet gibi demografik özellikleriniz hakkındaki soruları içermektedir. Yenilenmiş Connors Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği ise Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu belirtilerinin düzeyini, özelliklerini ölçmektedir.

Daha önce de belirtildiği gibi, ölçeklerde ve görüşmelerde verdiğiniz cevaplar kesinlikle gizli kalacaktır. Eğer çalışmayla ilgili herhangi bir şikayet, görüş veya sorunuz varsa bu çalışmanın araştırmacılarından biri olan Uzm. Psk. Damla Alkan Saygılı ile iletişime geçmekten lütfen çekinmeyiniz (damla-alkan@hotmail.com, 0548 870 70 76).

Eğer araştırmanın sonuçlarıyla ilgileniyorsanız, 1 Ekim 2017 tarihinden itibaren araştırmacıyla iletişime geçebilirsiniz.

**Katıldığınız için tekrar teşekkür ederim.**

**Uzm. Psk. Damla Alkan Saygılı**

**Psikoloji Bölümü,**

**Yakın Doğu Üniversitesi,**

**Lefkoşa.**



### Ek 3. Çocuklar için Anne- Baba Bilgi Formu

Tarih: ..../...../ 2017

Çocuğunuzun cinsiyeti: Kız /Erkek (lütfen uygun cevabı daire içine alınız.)

İletişim için telefon numarası:

Lütfen aşağıdaki bilgileri çocuğunuzu düşünerek doldurunuz.

- 1) Çocuğunuzun okulunun ismi:.....
- 2) Çocuğunuz kaçınıcı sınıf? a) 1.sınıf b) 2.sınıf c) 3.sınıf d) 4. sınıf e) 5. sınıf
- 3) Çocuğunuzun doğum yeri: a) Kıbrıs b) Türkiye c) İngiltere d) Diğer
- 4) Annenin yaşı: .....
- 5) Babanın yaşı: .....
- 6) Annenin eğitim düzeyi nedir?
  - a) Okuma yazması yok b) İlkokul mezunu c) Ortaokul mezunu d) Lise mezunu
  - e) Üniversite mezunu
- 6) Annenin mesleği nedir?
  - a) Çalışmıyor b) Memur c) Öğretmen d) Serbest Meslek e) Diğer
- 7) Babanın eğitim düzeyi nedir?
  - a) Okuma yazması yok b) İlkokul mezunu c) Ortaokul mezunu d) Lise mezunu
  - e) Üniversite mezunu
- 8) Babanın mesleği nedir?
  - a) Çalışmıyor b) Memur c) Öğretmen d) Serbest Meslek e) Diğer
- 9) Yerleşim yeriniz: a) Köy b) Şehir
- 10)Çocuğunuzun kendisi dışında kaç kardeşi var?
  - a) Yok b)1 c) 2 d)3 e)4 veya üstü

- 11)Eğer çocuğunuzun kardeşi varsa baştan kaçınıcı çocuk?  
a) 1. b) 2. c) 3. d) 4. ve üzeri
- 12)Çocuğunuzun anne sütü alma süresi nedir?..... ay
- 13)Doğumu nasıl oldu? a) Normal b) Sezeryan
- 14)Doğum zamanı nasıl oldu?  
a)Erken doğum (38 haftadan önce) b)Zamanında (38- 42 hafta arası)  
c) Geç doğum (42 haftanın üstü)
- 15)Anne hamileliğinde sigara kullandı mı? a) Evet b) Hayır
- 16)Doğum sonrası çocuğunuzda herhangi bir sorun yaşandı mı?  
a) Yaşanmadı b) Küvezde kaldı c) 2 haftayı geçen uzun süreli sarılığı oldu  
d) Uzun süreli ateş e) Diğer belirtiniz.....
- 17)Çocuğunuzun kronik (diyabet, epilepsi, astım,vb) bir hastalığı var mı?  
a) Evet (belirtiniz..... ) b) Hayır
- 18)Ailenin eve giren ortalama aylık geliri nedir?  
a) 1834 TL altı b) 1834- 4000 TL c) 4000- 8000 TL d) 8000 TL ve üzeri
- 19)Anne ve babayla ilgili olan seçeneği işaretleyiniz  
a) Anne ve baba evli ve birlikte yaşıyorlar  
b) Anne ve baba evli ve ayrı yaşıyorlar  
c) Anne ve baba boşandılar  
d) Anne sağ, baba vefat etti  
e) Baba sağ anne vefat etti
- 20)Çocuğunuz sınıfta hiç kaldı mı? a) Evet b) Hayır

#### Ek 4. YENİLENMİŞ CONNERS EBEVEYN DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ ( 3-17 YAŞ)

Çocuğunuzun Cinsiyeti: K / E
Okulunun İsmi:
Sınıfı:
Formu Dolduran Kişi: Anne/ Baba/ Anne-Baba/ Diğer
Bugünün Tarihi : -----/-----/----- Ay Gün Yıl

**Yönerge:** Aşağıda çocukların yaşadıkları yaygın pek çok sorun vardır. Lütfen her bir maddeyi, çocuğunuzun son bir ay içerisindeki davranışlarına göre derecelendiriniz. Her bir madde için kendinize ‘Son bir ay içinde bu sorunun ne kadar görüldüğü’ sorusunu sorunuz ve her madde için en uygun yanıtı yuvarlak içine alınız. Eğer o davranış hiçbir zaman görülmüyorsa ya da çok seyrek, nadiren görülüyorsa 0’ı işaretleyiniz. Eğer çok sık görülüyorsa 3 ü işaretleyiniz. Bu ikisi arasında kalan derecelendirmeler için 1’i ya da 2’yi işaretleyiniz. Lütfen bütün maddeleri yanıtlayınız.

	HİÇ DOĞRU DEĞİL (Hiçbir zaman, nadiren)	BİRAZ DOĞRU (Bazen)	OLDUKÇA DOĞRU (Çoğu kez, Sık sık)	ÇOK DOĞRU (Pek çok kez, Çok sık sık)	
1	Öfkeli ve alıngandır.	0	1	2	3
2	Ev ödevlerini yapmada ya da tamamlamada güçlük çeker	0	1	2	3
3	Sürekli hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi hareket eder.	0	1	2	3

## Ek 5. YENİLENMİŞ CONNERS SINIF ÖĞRETMENİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (3-17 YAŞ)

Öğrencinizin Cinsiyeti: K / E(daire içine alınız)

Okulunun İsmi:

Sınıfı:

Bugünün Tarihi : ----/----/-----  
Ay Gün Yıl

**Yönerge:** Aşağıda çocukların okulda yaşadıkları yaygın pek çok sorun vardır. Lütfen her bir maddeyi, problemin son bir ay içerisinde görülme sıklığına göre derecelendiriniz. Her bir madde için kendinize “son bir ay içerisinde bu sorunun ne kadar görüldüğü” sorusunu sorunuz ve en uygun yanıtı yuvarlak içine alınız. Eğer bu problem hiçbir zaman görülüyorsa ya da nadiren ya da çok az görülüyorsa 0’ı yuvarlak içine alınız. Eğer çok doğruysa ya da çok sık görülüyorsa 3’ ü yuvarlak içine alınız. Bu ikisi arasında kalan derecelendirmeler için 1’ ya da 2’yi yuvarlak içine alınız. Lütfen bütün maddeleri yanıtlayınız.

		HİÇ DOĞRU DEĞİL (Hiçbir zaman, nadiren)	BİRAZ DOĞRU (Bazen)	OLDUKÇA DOĞRU (Çoğu kez, Sık sık)	ÇOK DOĞRU (Pek çok kez, Çok sık sık)
1	Karşılıklıdır.	0	1	2	3
2	Kıpırkıpırdır, huzursuzdur.	0	1	2	3
3	Öğrendiklerini hemen unutur.	0	1	2	3

## Ek 6. İzin Belgeleri



KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ  
MİLLİ EĞİTİM VE KÜLTÜR BAKANLIĞI  
İLKÖĞRETİM DAİRESİ MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı: İÖD.0.00-35/2017/1B-1153

Lefkoşa, 13 Nisan 2017

Sayın Damla Alkan SAYGILI,  
Yakın Doğu Üniversitesi,  
Lefkoşa.

Müdürlüğümüze bağlı okullardaki öğrencilere uygulamak istediğiniz “KKTC’de İlkokul Öğrencileri Arasında Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Yaygınlığı ve Risk Etmenleri” konulu çalışma soruları, Talim ve Terbiye Dairesi Müdürlüğü tarafından incelenmiş olup gizlilik ve gönüllülük ilkelerine riayet edilerek uygulanması uygun görülmüştür.

Çalışma uygulamadan önce okul müdürlükleri ile temas kurulması ve tamamlandıktan sonra da sonuçların **Talim ve Terbiye Dairesi Müdürlüğü**’ne iletilmesi hususunda gereğini saygı ile rica ederim.

Hakkı BAŞARI  
Müdür Muavini  
ve  
Müdür (V)

/FB

Tel (90) (392) 228 3136 - 228 6893  
Fax (90) (392) 228 7158  
E-mail meb@mebnet.net

Lefkoşa-KKTC



KUZAY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi Müdürlüğü

23

Sayı : YTK.0.00-460.02-18-E.1829

8 Haziran 2018

Konu : Uz. Psikolog Damla Alkan'ın tez çalışması  
hk.

Barış Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi,

Yakın Doğu Üniversitesi Klinik Psikoloji doktora öğrencisi Uz. Psikolog Damla Alkan'ın, Öğretim üyesi Prof. Dr. Ebru Çakıcı danışmanlığında 'KKTC'de İlkokul öğrencileri arasında dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu yaygınlığı ve risk etmenleri ' konulu tez çalışmasının raporlarını Bakanlığımızla paylaşmak kaydıyla, hastanenizde yapılması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.

e-İmzalıdır

Dr. Nil ERGÜN ELEDAĞ  
Ytkd Başhekimi

Ek : 31 Mayıs 2018 tarihli sayılı yazı.

Dağıtım:

Gereği:

Barış Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi,

Bilgi:

Yakın Doğu Üniversitesi

# İNTİHAL RAPORU

Damla Alkan			
ORIGINALITY REPORT			
<b>11</b> %	<b>10</b> %	<b>7</b> %	%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS
PRIMARY SOURCES			
<b>1</b>	www.ejmanager.com Internet Source		<b>1</b> %
<b>2</b>	www.sporbilimleri.org.tr Internet Source		<b>1</b> %
<b>3</b>	acikerisim.pau.edu.tr Internet Source		<b>&lt;1</b> %
<b>4</b>	openaccess.hku.edu.tr Internet Source		<b>&lt;1</b> %
<b>5</b>	acikerisim.deu.edu.tr Internet Source		<b>&lt;1</b> %
<b>6</b>	dergipark.org.tr Internet Source		<b>&lt;1</b> %
<b>7</b>	docs.neu.edu.tr Internet Source		<b>&lt;1</b> %
<b>8</b>	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 Internet Source		<b>&lt;1</b> %
<b>9</b>	klinikpsikiyatri.org Internet Source		<b>&lt;1</b> %

# ETİK KURUL RAPORLARI



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ

BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

18.04.2017

Sayın Doç. Dr. Ebru Çakıcı,

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz YDÜ/SB/2017/25 proje numaralı ve "KKTC'de İlkokul Öğrencileri Arasında Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEBH) Yaygınlığı ve Risk Etmenleri" başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur. Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğiniz bilgilerin dışına çıkmamak suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.

Yardımcı Doçent Doktor Direnç Kanol

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Raportörü

*Direnç Kanol*

**Not:** Eğer bir kuruma resmi bir kabul yazısı sunmak istiyorsanız, Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na bu yazı ile başvurup, kurulun başkanının imzasını taşıyan resmi bir yazı temin edebilirsiniz.





YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ

## BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

18.04.2017

Sayın Doç. Dr. Ebru Çakıcı,

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz YDÜ/SB/2017/24 proje numaralı ve "KKTC'de İlkokul Öğrencileri Arasında, Conners Ana-Baba Dereceleme Ölçeği Uzun Formu (CADÖ-Y/U) ve Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği Uzun Formu'nu (CÖDÖ-Y/U), Geçerlik, Güvenirlilik ve Standardizasyon Çalışması" başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur. Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğiniz bilgilerin dışına çıkmamak suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.

Yardımcı Doçent Doktor Direnç Kanol

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Raportörü

**Not:** Eğer bir kuruma resmi bir kabul yazısı sunmak istiyorsanız, Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na bu yazı ile başvurup, kurulun başkanının imzasını taşıyan resmi bir yazı temin edebilirsiniz.