



T.C.

İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN
ÇOCUKLARDA ODYOLOJİK BULGULAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Mustafa ÇEKİÇ

95003035

Danışman: Doç. Dr. M. Rita Krespi BOOTHBY

İstanbul, 2012



T.C.

İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Psikoloji Anabilim Dalı

**DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE
BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARDA ODYOLOJİK
BULGULAR**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan: **Mustafa ÇEKİÇ**

T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

25.09.2012

Enstitümüz *Psikoloji* Anabilim dalı yüksek lisans öğrencilerinden **95003035** numaralı **Mustafa ÇEKİÇ'in** "İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliği"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "**DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARDA ODYOLOJİK BULGULAR**" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 03.09.2012 tarih ve 2012/11 sayılı toplantısında seçilen ve Sefaköy Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin 48. maddesi gereğince (60) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçokluğu/oybirliği~~ ile **Kabul/Red-veya-Düzeltilme** kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

DANIŞMAN
DOÇ. DR. M. RİTA KRESPI BOOTHBY

ÜYE
YRD. DOÇ. DR. MUZAFFER ŞAHİN

ÜYE
YRD. DOÇ. DR. İREM ERDEM ATAK

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Odyolojik Bulgular” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Mustafa ÇEKİÇ

25.09.2012

ÖZET

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARDA ODYOLOJİK BULGULAR

Mustafa ÇEKİÇ

Yüksek Lisans Tezi, Psikoloji Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. M. Rita Krespi BOOTHBY

Eylül, 2012- 94 sayfa

Yaşam boyu süren bir bozukluk olan Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nda (DEHB), dikkatsizlik, aşırı hareketlilik gibi 3 yaş civarında ortaya çıkan temel özelliklerin izleri ergen ve erişkin dönemde de gözlenmektedir. DEHB, özellikle uyum becerisi ve dikkat süresi kavramlarının önem kazandığı okul dönemine geçiş ile çok daha ciddi bir sorun haline dönüşmektedir.

İşitme kaybı, işitsel uyarıların eksik ve bozulmuş olarak bireye ulaşmasına neden olduğu için sıklıkla dikkat dağınıklığı gibi sorunlara neden olmaktadır. Ayrıca işitme kayıplı bireyler bu engelleri nedeniyle işitsel uyarıların tam ve doğru alamadıkları zaman kendilerinden beklenen uygun tepkileri gösterememektedirler.

Bu çalışmanın amacı DEHB tanısı alan 6-18 yaş hastaların işitme özelliklerini incelemektir. Bu amaç doğrultusunda psikiyatri uzmanı tarafından yapılan görüşme sonucunda DEHB tanısı alan hastalara Connors' Ana Baba Derecelendirme Ölçeği – Kısa Form (CADÖ-48), Connors' Öğretmen Derecelendirme Ölçeği – Kısa Form (CÖDÖ-28) ve Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (ÇEDBÖ) uygulanmış ve timpanometrik ve odyometrik değerlendirme yapılmıştır.

Bu araştırma kapsamında DEHB tanısı alan 33 hasta odyolojik yönden değerlendirilmiştir. Bulgular 6 hastada (%18) çok hafif/hafif derecede işitme kaybı ve 9 hastanın (%28) normal işitme eşiklerine rağmen kulak zarı ve orta kulak da sorun olabileceğini düşündürdüğü tip As timpanograma sahip olduğunu göstermiştir. Sonuç olarak, DEHB olan hastaların odyolojik bulguları, normal kabul edilen değerlerden farklılık gösterebilmektedir.

Bu çalışmanın sonuçları; DEHB tanısı koyarken hastalara işitme değerlendirmesini de içeren çok yönlü değerlendirme yapılmasının gerekli olduğuna işaret etmektedir. DEHB bozukluğu olan bireylerin işitme özelliklerini ileri odyolojik değerlendirme yöntemleriyle daha geniş örneklem grubunda inceleyecek çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Psikolojik Değerlendirme, Odyolojik Değerlendirme

ABSTRACT

AUDIOLOGICAL EVALUATION OF CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

Mustafa ÇEKİÇ

Master's Thesis, Psychology Department

Supervisor: Ass. Prof. M. Rita Krespi BOOTHBY

September, 2012 - 94 pages

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a developmental disorder which is characterized primarily by the existence of attentional problems and hyperactivity problems starting about 3 years of age and the negative effects continuing during adolescence and adulthood, the impact of the disorder is more pronounced among the school-aged children because of the importance of attention span and adaptation problems at school.

Hearing loss can usually cause problems such as concentration difficulties because it leads to heard stimuli getting through as incomplete and distorted. Because hearing impaired individuals cannot receive the heard stimuli as complete and correct, they cannot respond to them appropriately.

The aim of the study is to investigate the hearing characteristics of the patients between the ages of 6-18 who have been diagnosed as having ADHD. Keeping this aim in mind, all the patients who have been diagnosed as having ADHD on the basis of a psychiatric evaluation were administered Conners' Parent Rating Scale–Short Form (CPRS-48), Conners' Teacher Rating Scale–Short Form (CTRS-28) and DSM-IV Based Screening and Rating Scale for Identifying Behaviour Disorders Among Children and Adolescents, underwent tympanometrical and audiometrical evaluation.

In the present study, 33 ADHD patients were evaluated on the basis of tympanometrical and audiometrical findings. The results showed that 6 (%18) had slight/mild hearing loss and 9 patients had tip As tympanogram suggesting problems in the tympanic membrane or middle ear pathology. These findings suggest that the

diagnosis of ADHD should involve multi-faceted evaluations including the evaluation of hearing characteristics.

Key Words: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Psychological Evaluation, Audiological Evaluation

ÖNSÖZ

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) özellikle okul dönemi çocuklarının psikiyatrist ve psikologlara en sık başvuru nedenlerinden biridir. DEHB ve işitme kaybı belirtileri yönünden benzerlikler taşımaktadır. Bu çalışma, DEHB tanısı alan hastalarda işitsel değerlendirilmenin önemini incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. DEHB tanısı konulması için klinik görüşmenin yanı sıra birçok yardımcı ölçek de kullanılmaktadır. Bu tanı koyma araçlarından bazılarının (CADÖ-48, CÖDÖ-28, ÇEDBÖ) incelenmesi bu çalışmanın diğer amaçlarından biridir.

Bu çalışma sonucunda, özellikle okul çağındaki çocuklarda, DEHB tanısı koymak için klinik görüşme ve ölçeklerle çok yönlü değerlendirilmenin gerekliliği bunun yanı sıra işitsel değerlendirilmenin önemi ortaya konmuştur.

Bu çalışma kapsamında ve yüksek lisans eğitimim boyunca bana yol gösteren ve yardımcı olan danışmanım Doç. Dr. M. Rita Krespi Boothby başta olmak üzere Psikoloji Anabilim Dalındaki tüm öğretim üyelerine çok teşekkür ederim. Tez çalışmam sırasında projenin oluşumu, hastaların değerlendirilmesi ve kaynak araştırması sırasında benden bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen sevgili kardeşlerim Psikiyatrist Dr. Tuğba Çekiç'e ve Uzm. Ody. Şule Kaya'ya, hastaların değerlendirilebilmesi için uygun izinlerin alınmasında büyük destek sağlayan araştırmanın yapıldığı devlet hastanesi Baş Hekimi Op. Dr. Gökhan Darılmaz'a ve KBB Uzmanları Dr. Medine Kara, Dr. Ali Rıza Ulutaş, Dr. Mithat Arıcıgil ve Dr. Abdullah Halit Oğuz'a teşekkür ederim. Ayrıca, yüksek lisans eğitimim boyunca bana destek olan sevgili eşim Zeynep Çekiç'e ve en değerli varlıklarım kızlarım Ayşe Berra ve Elif Rana'ya hayatıma kattıkları anlam için, tüm eğitim hayatım boyunca benden desteklerini esirgemeyen, her zaman yanımda gördüğüm annem Ayşe Eroğlu ve kardeşim Sema Çekiç'e içten teşekkürler.

İSTANBUL, 2012

Mustafa ÇEKİÇ

KISALTMALAR LİSTESİ

APA	:	American Psychology Association
ANSI	:	American National Standards Institute
ASHA	:	American Speech and Hearing Association
ÇEDBÖ	:	Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği
BT	:	Bilgisayarlı Tomografi
CADÖ-48	:	Conners' Ana Baba Derecelendirme Ölçeği – Kısa Form
CC	:	Cubic Centimeter
CÖDÖ-28	:	Conners' Öğretmen Derecelendirme Ölçeği – Kısa Form
dB	:	Desibel
DEHB	:	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DEHB-B	:	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu; Bileşik Tip
DEHB-D	:	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu; Dikkatsiz Tip
DEHB-H	:	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu; Hiperaktif Tip
DKK	:	Dış Kulak Kanalı
DSM-IV	:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition
DSM-IV-TR	:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition - Text Revision
DSM-V	:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition
HZ	:	Hertz
KA	:	Konuşmayı Alma
KAY	:	Konuşmayı Ayırt Etme
KBB	:	Kulak Burun Boğaz
MEB	:	Milli Eğitim Bakanlığı.
MRI	:	Manyetik Rezonans Görüntüleme
NICE	:	National Institute for Health and Clinical Excellence
SN	:	Sensöri-Nöral
SPECT	:	Tek Foton Yayılım Bilgisayarlı Tomografi
SPSS	:	Statistical Package for the Social Sciences
SSO	:	Saf Ses Ortalaması
MDB	:	Majör Depresif Bozukluk
TÜİK	:	Türkiye İstatistik Kurumu
VRAB	:	Veterans Review and Appeal Board

TABLULAR LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 2.1. DEHB DSM-IV-TR Tanı Kriterleri.	5
Tablo 2.2. DSM-IV-TR ve DSM-V Karşılaştırma Tablosu.	7
Tablo 2.3. TÜİK Özur Türüne Göre Özürlü Nüfus Oranı.	27
Tablo 4.1. Hastaların Teşhis Dağılımı.	38
Tablo 4.2. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri.	40
Tablo 4.3. Hastanın Ebeveyninin Sosyodemografik Özellikleri.	41
Tablo 4.4. Hastanın Ebeveyninin Ruhsal ve Fiziksel Durumları.	42
Tablo 4.5. Conners' Ölçeklerine Ait Bulgular.	43
Tablo 4.6. ÇEDBÖ Ait Bulgular.	44
Tablo 4.7. Timpanometrik Değerlendirme Sonuçları.	45
Tablo 4.8. Odyometrik Saf Ses Değerlendirme Sonuçları.	46
Tablo 4.9. Konuşma Testleri Sonuçları.	47
Tablo 4.10. DEHB Olan Hastalarda İşitme Kaybı.	47

ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa
Şekil 2.1. Kulak Yapısı.....	21
Şekil 2.2. Odyometre Cihazı (EK-7).	23
Şekil 2.3. Timpamogram Tipleri.....	25
Şekil 2.4. Tipanometre Cihazı (EK-7).	26

EKLER LİSTESİ

	Sayfa
Ek- 1. Tez Çalışması Akış Şeması.....	64
Ek- 2. Sağlık Bakanlığının Araştırma İzin Yazısı.	65
Ek- 3. Konya Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı.....	66
Ek- 4. Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	67
Ek- 5. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	69
Ek- 6. Conners' Ana Baba Derecelendirme Ölçeği – Kısa Form (CADÖ–48).....	71
Ek- 7. Conners' Öğretmen Derecelendirme Ölçeği – Kısa Form (CÖDÖ–28).....	73
Ek- 8. Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği – ÇEDBÖ.....	74
Ek- 9. Kullanılan Fotoğraflara Ait İzin Yazısı.	78

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖZET	vi
ABSTRACT.....	v
ÖNSÖZ	vii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	x
EKLER LİSTESİ	xi

1. BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. Giriş.....	1
-----------------	---

2. BÖLÜM

GENEL BİLGİLER, TANIMLAR ve İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)	4
2.1.1. Tanımı ve Genel Özellikleri	4
2.1.2. DSM-V’te DEHB İçin Öngörülen Güncellemeler	6
2.1.3. DEHB’nin Alt Tipleri.....	10
2.1.4. DEHB’nin Nedenleri - Etiyolojisi	10
2.1.4.1. Genetik Etkenler	11
2.1.4.2. Beyinde Yapısal Değişiklikler	11
2.1.4.3. Psikososyal ve Çevresel Etkenler	12
2.1.5. Tanı Koyma	12
2.1.5.1. Klinik Görüşme.....	13
2.1.5.2. Psikometrik Ölçekler	14

2.1.5.2.1. Conners' Ana Baba Derecelendirme Ölçeği – Kısa Form (CADÖ–48).....	14
2.1.5.2.2. Conners' Öğretmen Derecelendirme Ölçeği – Kısa Form (CÖDÖ–28).....	16
2.1.5.2.3. Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (ÇEDBÖ).....	17
2.1.5. Ek Tanı Kriterleri ve Birlikte Görülen Bozukluklar	18
2.1.6. Tüm olguların ve Yeni Olguların Yaygınlığı (Prevelans ve İnsidans).....	19
2.2. İşitme.....	20
2.2.1 İşitme Fizyolojisi ve İşitme Kaybı	20
2.2.2. İşitme Değerlendirmesinde Kullanılan Araç ve Yöntemler	21
2.2.2.1. Odyometri	21
2.2.2.2. Timpanometri.....	23
2.2.3. Tüm olguların ve Yeni Olguların Yaygınlığı	26
2.3. DEHB ve İşitme Kaybı	27
2.4. Araştırmanın Amacı	29
2.5 Araştırmanın Önemi.....	30

3. BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	32
3.2. Veri Toplama Araçları	32
3.2.1. Conners' Ana Baba Derecelendirme Ölçeği – Kısa Form (CADÖ–48)	32
3.2.2. Conners' Öğretmen Derecelendirme Ölçeği – Kısa Form (CÖDÖ–28).....	33
3.2.3. Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (ÇEDBÖ)	33
3.2.4. Odyometrik Değerlendirme.....	34
3.2.5. Timpanometrik Değerlendirme	34
3.2.6. Sosyodemografik Bilgi Formu	34
3.2.7. Bilgilendirilmiş Onam Formu	34
3.3. Yapılan İşlemler ve Verilerin Toplanması.....	35
3.3.1. DEHB Tanısı Koyma Aşamasındaki İşlemler.....	35
3.3.2. DEHB Ölçekleri İle İlgili İşlemler	36

3.3.3. İşitme Değerlendirmesi Aşamasındaki İşlemler.....	36
3.3.3.1. Timpanometrik Değerlendirme.....	36
3.3.3.2. Odyometrik Değerlendirme	37
3.4. İstatistiksel Analiz.....	37

4.BÖLÜM

BULGULAR

4.2. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular	39
4.2.1. Hastanın Yaş Cinsiyet ve Eğitim Durumu	39
4.2.3. Hastanın Ebeveyninin Sosyodemografik Özellikleri.....	40
4.2.2.Hastaların Ebeveynlerinin Ruhsal ve Fiziksel Durumu	42
4.3. DEHB ile İlgili Bulgular	42
4.3.1. CADÖ–48 ve CÖDÖ–28'ne İlişkin Bulgular	42
4.3.2. ÇEDBÖ'ne İlişkin Bulgular	43
4.4. İşitme Değerlendirmesine İlişkin Bulgular	44
4.4.1. Timpanometrik Değerlendirmeye İlişkin Bulgular	44
4.4.2. Odyometrik Değerlendirme İle İlgili Bulgular.....	45

5.BÖLÜM

TARTIŞMA

5.1. DEHB Olduğu Belirlenen Hastalara İlişkin Sosyodemografik ve Klinik Özellikler.....	48
5.2. DEHB'nin Değerlendirilmesi İle İlgili Sonuçlar	50
5.4. DEHB ve İşitsel Değerlendirme Sonuçları	51

6. BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

KAYNAKÇA	57
EKLER.....	64
ÖZGEÇMİŞ.....	79

1. BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. Giriş

Amerikan Psikiyatri Birliği (2001), Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nu (DEHB) dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve dürtüsellikle seyreden bir bozukluk olarak tanımlamaktadır. DEHB, temelde dikkatsizlik ve hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinin, benzer yaş ve gelişimsel düzeydeki bireylere kıyasla daha ağır, sürekli ve şiddetli yaşanması durumudur. DEHB, çocuğun sosyal, duygusal ve bilişsel alandaki gelişimini kesintiye uğratmaktadır. Farklı toplumsal alanlarda, getirdiği zorlukların yanı sıra, çocuğun aile içi ve yaşlıları ile ilişkilerini, akademik başarısını ve özgüveninin gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir. Ömür boyu süren bir bozukluk olan DEHB'de, dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik gibi özelliklerin belirtileri ergen ve erişkin dönemde de gözlenebilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008: 779).

DEHB'nin başlangıcı genelde üç yaş civarında olmakla birlikte rahatsızlığın fark edilmesi ve tanı konulması sıklıkla uyum becerisi ve dikkat süresi kavramlarının önem kazandığı ilkökul döneminde olmaktadır. Hastalığın nedenleri tam olarak bilinmese de, bozukluğun ortaya çıkmasında organik ve sosyal nedenlerin önemli rol oynadığı vurgulanmaktadır (Öncü ve Şenol, 2002).

DEHB'nin hiperaktivite boyutu; yerinde duramama, çok konuşma ve huzursuzluk şeklinde, dikkat eksikliği boyutu; dikkatini toplayamama ve çoğunlukla hayal kurma, dikkat dağınıklığı boyutu ise uzun süre tek bir işe odaklanmakta güçlük çekme şeklinde ortaya çıkmaktadır. Hiperaktivite gibi daha göze çarpan belirtiler hayatın ilerleyen dönemlerinde azalma eğiliminde olmakla birlikte, özellikle dürtüsellik ve dikkatsizlik yakınmaları daha uzun süreli seyir göstermektedir (Biederman ve Faraone, 1996).

DEHB'nin çocuğun okul performansı üzerindeki genel etkileri; üretkenlik ve motivasyon sorunları, fikir ve duygularını ifade edebilme yeteneğinde azalma, çalışan bellekte azalma, konuşmada bozukluklar, sözel muhakeme sorunlarıdır.

DEHB'nin davranış gelişimi üzerindeki etkileri ise; sınıfta kötü davranış, düşük nitelikli akademik başarı, özel eğitim gereksinimi, okul dışı kalma, sınıfta kalma, liseden mezun olamamadır (Özalp, 2006: 131).

DEHB'nin oluş nedenlerinin saptanması hem hastalığın ortaya çıkmadan önlenmesinde hem de tedavi yönteminin belirlenmesinde önemlidir. Okul çağı çocuklarının yaklaşık %3-9'unu etkileyen bozukluğun temelinde biyolojik ve psikososyal etkenlerin rol oynadığı düşünülmektedir (Turgay, 1997). Beyin görüntüleme sistemlerindeki gelişmeler, fizyoloji ve biyoloji alanındaki ilerlemeler, sosyal çevrenin etkilerinin değerlendirilmesi DEHB ile ilgili çeşitli nedenlerin bulunmasını desteklemektedir (Semerci ve Turgay, 2007: 69). National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2009' da, DEHB belirtilerinin birçok farklı bozuklukta da görülebilmektedir. Özellikle, öğrenme güçlüğü, nörolojik bozukluklar, motor kontrol bozuklukları, tourette sendromu, bipolar bozukluk, otizm spektrum bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğunda da; DEHB belirtileriyle benzer belirtilere görülmektedir. Bunlara ek olarak, işitme kaybı, doğuştan olan bazı bozukluklar da DEHB ile benzerlikler göstermektedir (NICE, 2009). Birlikte görülen hastalıkların bilinmesi tanı ve tedavi açısından önemli bir husustur. Ayrıca, DEHB varlığı, diğer hastalıkların da DEHB ile birlikte görülme riskini arttırmaktadır. Birden fazla bozukluğun birlikte olması sorunların artmasına neden olmaktadır (Semerci ve Turgay, 2007: 81).

İşitme kaybı yüzünden işitsel uyarılar eksik ve bozulmuş olarak bireye ulaştığı için sıklıkla, dikkat dağınıklığı, belirli bir konuya odaklanmada zorluk gibi sorunlara neden olmaktadır. Ayrıca, işitme kaybı olan bireyler bu engelleri nedeniyle işitsel uyarıları tam ve doğru alamadıkları zaman kendilerinden beklenen uygun tepkileri gösterememektedirler; bu da onların dinlemiyor, dikkatlerini vermiyormuş gibi algılanmalarına neden olmaktadır. Bu nedenlerden dolayı işitme kayıplı bireyler hem fiziksel hem de psikososyal birçok sorun yaşamaktadırlar (Katz, Medwetsky ve Burkard, 1994: 607). Literatürde DEHB olan hastaların odyolojik (işitme kayıplarını saptayan, işitme kaybının miktar ve cinsini tayin eden) değerlendirmesini içeren detaylı bir çalışma bulunmaması, tanıya ve tedavi yaklaşımına önemli katkı sağlayacak bilgilerin eksik olabileceğini düşündürmektedir. İşitme kaybını değerlendirebilmek ve normal olmayan işitme bulgularını belirleyebilmek için

kullanılan çeşitli klinik odyolojik testler ve yöntemler bulunmaktadır. Bu klinik testlerden olan, saf ses odyometrisi (saf ses üreterek işitme eşiğinin bulunması) ve konuşma odyometrisi (canlı ya da kayıtlı konuşma uyaranlarının hastaya aktarılması ile yapılan testler) işitme kaybını değerlendirmenin öncelikli yoludur (Boynukalın, Çalgüner ve Gerçekler, 2010).

Bu bilgiler doğrultusunda yapılan bu araştırmada DEHB tanısı almış olan hastaların sadece saf ses işitme eşik değerlendirmeleri değil aynı zamanda daha karmaşık işitme fonksiyonlarını değerlendirmek üzere gerekli işitme testleri yapılmıştır.

2. BÖLÜM

GENEL BİLGİLER, TANIMLAR ve İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)

2.1.1. Tanımı ve Genel Özellikleri

1902’de ilk kez tanımlanan Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), o zamandan beri daha iyi çözümler bulmak, çocukların ve ailelerinin olumsuz etkilenmelerini engellemek için üzerinde çalışılan bir sorundur. Özellikle bireysel katılım gerektiren etkinliklerde güçlük yaşanması, bir işin tamamlanmasında süreklilik sağlanamaması hastalığın en belirgin belirtilerindendir (Weiss ve Weiss, 2003: 645; Semerci ve Turgay, 2007: 69). DEHB’nin diğer özellikleri, bireyde kalıcı ve sürekli gözlenen, dikkat süresindeki kısalık ile benzer gelişimdeki bireylere göre çok daha fazla hareketlilik/dürtüsellik olmasıdır. DEHB’nin başlangıcı genelde üç yaş civarında olmakla birlikte rahatsızlığın fark edilmesi ve tanı konulması sıklıkla uyum becerisi ve dikkat süresi kavramlarının önem kazandığı ilköğretim döneminde olmaktadır (Weiss, 1996: 544; Özcan ve diğerleri, 1998). Dikkat süresindeki kısalık özellikle ilköğretim çağında çocuğun dersi anlamasında sorun oluşturmaktadır (Özcan ve diğerleri, 1998). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition Text Revision (DSM-IV-TR) tanı ölçütlerine göre tanı konulabilmesi için bozukluğun en az altı aydan beri sürüyor olması, belirtilerin en az iki ortamda (ev, okul, oyun alanları) ortaya çıkıyor olması, bozukluğun 7 yaşından önce başlaması ve akademik veya toplumsal işlevselliği bozuyor olması gerekmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001: 55) (Tablo 2.1.).

DEHB, ortaya çıkan belirtilerine göre farklı alt tiplere ayrılmaktadır. DSM-IV-TR son 6 ay içinde gözlenen belirtilere göre DEHB için 3 alt tipten söz edilmektedir. Dikkatsiz tip (DEHB-D), dikkat eksikliğinin ağırlıklı olarak gözlemlendiği DEHB alt tipidir. Hiperaktif tip (DEHB-H), aşırı hareketlilik ve hiperaktivitenin ağırlıklı gözlemlendiği alt tiptir. Bileşik tip (DEHB-B), dikkat eksikliği ve hiperaktivitenin özelliklerinin birlikte gözlemlendiği alt tiptir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001: 55-58). Tanımlanan alt tiplerde hastalar, DEHB belirtilerinde

farklılık gösterdikleri gibi tedavi ve iyileşme sürecinde de farklılıklar göstermektedir. DEHB alt tipleriyle ilgili daha detaylı bilgi bölüm 2.1.3. te bulunmaktadır.

DSM-IV-TR'ye göre DEHB tanı ölçütleri aşağıdaki tabloda belirtilmiştir.

Tablo 2.1. DEHB DSM-IV-TR Tanı Kriterleri.

<p>A. Aşağıdaki belirtilerden 1. yada 2. gruba ait belirtiler vardır:</p> <p>1- Aşağıdaki dikkatsizlik belirtilerinden altısı (ya da daha fazlası) en az 6 ay süreyle, uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür:</p> <p>Dikkatsizlik</p> <p>a) Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.</p> <p>b) Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı etkinliklerde dikkati dağınık.</p> <p>c) Doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür.</p> <p>d) Çoğu zaman yönergeleri izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek şeyleri ya da işyerindeki görevlerini tamamlayamaz (karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlayamamaya bağlı değildir).</p> <p>e) Çoğu zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker.</p> <p>f) Çoğu zaman sürekli zihinsel çabayı gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir.</p> <p>g) Çoğu zaman üzerine aldığı görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (Örn. oyuncaklar, okul ödevleri, kalemler, kitaplar ya da araç-gereçler).</p> <p>h) Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağınık.</p> <p>i) Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkanlıktır.</p> <p>2- Aşağıdaki hiperaktivite-dürtüsellik belirtilerinden altısı (ya da daha fazlası) en az 6 ay süreyle, uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür;</p> <p>Hiperaktivite</p> <p>a) Çoğu zaman elleri ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.</p> <p>b) Çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.</p> <p>c) Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuşturup durur ya da tırmanıp (ergenlerde ya da erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir).</p> <p>d) Çoğu zaman sakin bir biçimde, boş zamanları geçirme, etkinliklere katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.</p> <p>e) Çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi davranır.</p> <p>f) Çoğu zaman çok konuşur.</p> <p>İmpulsivite (dürtüsellik)</p> <p>g) Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan önce cevabını yapıştırır.</p> <p>h) Çoğu zaman sırasını bekleme güçlüğü vardır.</p>
--

i) Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer (örn. başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar).

B. Bozulmaya yol açmış olan bazı hiperaktif - dürtüsel belirtiler ya da dikkatsizlik belirtileri 7 yaşından önce de vardır.

C. İki ya da daha fazla ortamda belirtilerden kaynaklanan bir bozulma vardır (örn. okulda - ya da işte- ve evde).

D. Toplumsal, okuldaki ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan belirgin bir bozulma olduğunun açık kanıtları bulunmalıdır.

E. Bu belirtiler sadece bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Şizofreni ya da diğer bir Psikotik Bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir zihinsel bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. Duygu durum Bozukluğu, Anksiyete Bozukluğu, Dissosiyatif Bozukluk ya da bir Kişilik Bozukluğu).

Tipine göre kodlayınız:

314.01 Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu Bileşik Tip: Son 6 ay boyunca hem A1 hem A2 tanı ölçütü karşılanmışsa

314.00 Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, Dikkatsizliğin Önde Geldiği Tip: Son 6 ay boyunca A1 tanı ölçütü karşılanmış ancak A2 tanı ölçütü karşılanmamışsa

314.01 Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, Hiperaktivite - İmpulsivitenin Önde Geldiği Tip: Son 6 ay boyunca A2 tanı ölçütü karşılanmış, ancak A1 tanı ölçütü karşılanmamışsa

Kodlama Notu: O sırada artık tanı ölçütlerini tam karşılamayan bireyler (özellikle ergenler ve erişkinler) Kısmi remisyonda olarak belirtilmelidirler.

Kaynak: Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001: 55-58

2.1.2. DSM-V'te DEHB İçin Öngörülen Güncellemeler

Amerikan Psikiyatri Birliği'nce düzenlenen Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın beşinci versiyonunun (DSM-V) 2013 yılında yayınlanması öngörülmektedir. Bu zamana kadar sürdürülen hazırlıklar çeşitli ruhsal bozukluklarla ilişkili çalışma gruplarının kurulması ve tanı ölçütlerinin taslak hallerinin ortaya konulması ile yeni bir evreye girmiştir. Bunlarla birlikte internet aracılığıyla dışarıdan eleştiri, yorum ve önerilerin toplanılmasına devam edilmektedir (Şar, 2010).

DSM-V'te DEHB tanı kriterlerinde, mevcut durumda kullanılan DSM-IV-TR kriterlerine göre değişiklikler öngörülmektedir. DSM-IV-TR tanı kriterleri DEHB

belirtilerinin daha çok okul çağı için belirlerken DSM-V’te birçok belirtinin ergenlik döneminde daha yaygın hale geldiği fikri üzerinde durulmaktadır (Şar, 2010).

DSM-IV-TR ile DSM-V tanı kriterlerinin karşılaştırılarak değerlendirilmesi aşağıdaki tabloda gösterilmektedir;

Tablo 2.2. DSM-IV-TR ve DSM-V Karşılaştırma Tablosu.

DSM-IV-TR Tanı Kriterleri	DSM-V Tanı Kriterleri
A. Aşağıdaki belirtilerden 1. / 2. gruba ait belirtiler vardır:	A. Aşağıdaki belirtilerden 1. / 2. gruba ait belirtiler vardır:
1. Aşağıdaki dikkatsizlik belirtilerinden altısı (ya da daha fazlası) en az 6 ay süreyle, uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür:	1. Aşağıdaki belirtilerden altısı (ya da daha fazlası) en az 6 ay süreyle, gelişim düzeyi ve doğrudan sosyal ve mesleki / akademik faaliyetlerini etkileyen tutarsız bir dereceye kadar devam etmişse.
Dikkatsizlik:	Dikkatsizlik:
a) Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.	a) Genellikle ayrıntılara dikkat vermede zorlanır ve okul iş çalışmalarında basit hatalar yapar dikkatsiz hatalar yapar. (örneğin ayrıntıları abartır veya işleri yanlış yapar)
b) Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı etkinliklerde dikkati dağınık.	b) Sıklıkla görev ya da oyun etkinliklerinde dikkatini sürdürme güclüğü vardır. (örneğin derslerde, konuşmalar ya da uzun yazıları okuma esnasında odaklanamama)
c) Doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür.	c) Doğrudan bir şey söylendiği zaman dinliyor gibi görünmez. (yeterli uyaran yoksa akli başka yerde gibi görünür)
d) Çoğu zaman yönergeleri izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek şeyleri ya da işyerindeki görevlerini tamamlayamaz (karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlayamamaya bağlı değildir).	d) Sıklıkla talimatları takip etmez (göreve başlar ancak hızla odağı kaybeder ve ev işleri veya okul işlerini görevleri tamamlamakta başarısızdır).
e) Çoğu zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker.	e) Genelde görevleri ve faaliyetleri organize etmekte zorluk yaşarlar. (Sıralama görevlerinde ve sıralama gerektiren materyallerde zorlanır. Dağınık ve organize değildir, son başvuru/teslim tarihlerini kaçıırırlar)
f) Çoğu zaman sürekli zihinsel çabayı gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir.	f) Karakteristik olarak, sürekli zihinsel çaba gerektiren ve sevmediği görevler yapmaya isteksizdir (örneğin ergenler ve yetişkinler, raporlar hazırlanması, form doldurulması ya da uzun makalelerin gözden geçirilmesi, ödevi gibi).

g) Çoğu zaman üzerine aldığı görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örn. oyuncaklar, okul ödevleri, kalemler, kitaplar ya da araç-gereçler).	g) Sıkça görevler ya da etkinlikler için gerekli nesnelere kaybeder. (örneğin okul ödevleri, kalemler, kitaplar, araçlar, cüzdan, anahtar, kırtasiyecilik, gözlük veya cep telefonları).
h) Çoğu zaman dikkati dış uyarılarla kolaylıkla dağılır.	h) Genellikle kolayca yabancı uyarılar tarafından dikkati dağılır.
i) Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkanlıktır.	i) Günlük aktivitelerde, işlerde genellikle unutkanlıktır. (Özellikle ergen ve yetişkinlerde, geri arama fatura ödeme ve randevuları tutma gibi.)
2. Aşağıdaki hiperaktivite-dürtüsellik belirtilerinden altısı (ya da daha fazlası) en az 6 ay süreyle, uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür;	2. Aşağıdaki belirtilerden altı (ya da daha fazlasını) en az 6 ay süreyle gelişim düzeyi ve doğrudan sosyal ve mesleki / akademik faaliyetlerini etkileyen tutarsız bir dereceye kadar devam etmişse. Not: Ergenler ve yetişkinler (17 yaş ve üstü) için, sadece 4 belirti gereklidir. Belirtiler muhalif davranış, başkaldırı, düşmanlık veya görevleri veya talimatları anlamak için bir hatası nedeniyle değildir.
Hiperaktivite - Dürtüsellik	Hiperaktivite – Dürtüsellik
a) Çoğu zaman elleri ve ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.	a) Genellikle kıpırdar veya koltukta kıvrınır ve parmakları, elleri ile oynar.
b) Çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.	b) Başkaları oturur durumdayken o oturamaz yerinden kalkar, oturarak yapılan aktivitelerde sabırsızdır, huzursuzdur. (Sınıfta, ofiste veya diğer işyerinde kendine ait oturması gereken yeri terk edebilir.)
c) Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuşturur ya da tırmanır. (Ergenlerde ya da yetişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir)	c) Genellikle mobilya üzerine tırmanır eşyaların yerini değiştirir. Ergen ya da yetişkin olarak, huzursuz ya da sınırlı duyu yaşar.
d) Çoğu zaman sakin bir biçimde, boş zamanları geçirme, etkinliklere katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.	d) Genellikle oyun, eğlence veya sosyal etkinlikler sırasında aşırı derecede yüksek sesli ve gürültülüdür.
e) Çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi davranır.	e) Genellikle bir motor tarafından çalıştırılıyor gibidir. (Uzamış durumlarda restoranda toplantıda rahatsızdır ve başkaları tarafından takip edilmesi yetişilmesi çok zordur.)
f) Çoğu zaman çok konuşur.	f) Genellikle aşırı konuşuyor.
Dürtüsellik	- (DSM-V' te Mevcut Değil)
g) Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan önce cevabını yapıtırır.	g) Genellikle bir soru tamamlanmadan önce cevabı söyler. Bazı ergen veya yetişkinler karşısındaki insanların cümlelerini tamamlar. Konuşmaları böler.
h) Çoğu zaman sırasını bekleme güçlüğü vardır.	h) Genellikle sırasını beklerken ya da sıra alırken beklemede zorlanır.

i) Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer (örn. başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar).	i) Genellikle başkalarının aktivite ve konuşmalarını keser. (Konuşmalar, oyunlar veya faaliyetlerine izinsizce dalar izin almadan diğerlerinin eşyalarını izinsiz kullanır.)
B. Bozulmaya yol açmış olan bazı Hiperaktif -impulsif belirtiler ya da dikkatsizlik belirtileri 7 yaşından önce de vardır.	B. Birçok fark edilebilir, dikkatsiz veya hiperaktivite - dürtüsellik belirtileri 12 yaş itibariyle mevcuttur.
C. İki ya da daha fazla ortamda belirtilerden kaynaklanan bir bozulma vardır. (Örneğin okulda -ya da işte- ve evde)	C. Belirtiler iki veya daha fazla ortamda (Örneğin, arkadaşlar veya yakınları ile ev, okul ya da iş, ya da diğer etkinlikler de) görülür.
D. Toplumsal, okuldaki ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan belirgin bir bozulma olduğunun açık kanıtları bulunmalıdır.	D. Belirtilerin, sosyal ve akademik yaşam kalitesinde ya da mesleki işlevsellikte azalma yaptığına dair net kanıtlar olmalıdır.
E. Bu belirtiler sadece bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Şizofreni ya da diğer bir Psikotik bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz. (Örneğin Duygu Durum Bozukluğu, Anksiyete Bozukluğu, Dissosiyatif Bozukluk ya da bir Kişilik Bozukluğu)	E. Belirtiler şizofreni veya başka bir psikotik bozukluk varlığında ortada yoktur ve başka bir ruhsal bozukluk (örneğin, duyu durum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, dissosiyatif bozukluk, ya da bir kişilik bozukluğu) tarafından daha iyi açıklanamıyorsa.
Tipine göre kodlayınız:	Mevcut sunuma dayanarak belirleme:
314.01 Dikkat eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu Bileşik Tip: Son 6 ay boyunca hem A1 hem A2 Tanı Ölçütü karşılanmışsa	Kombine Tip: Eğer kriter A1 (Dikkatsizlik) ve kriter A2 (Hiperaktivite-Dürtüsellik) birlikte son 6 ay boyunca karşılanırsa.
314.00 Dikkat eksikliği / Hiperaktivite Bozukluğu, Dikkatsizliğin Önde Geldiği Tip: Son 6 ay boyunca A1 Tanı ölçütü karşılanmış ancak A2 Tanı ölçütü karşılanmamışsa	Ağırlıklı Dikkatsizliğin Önde Geldiği Tip: Kriter A1 (Dikkatsizlik) 6 ay boyunca karşılanır ancak kriter A2 (Hiperaktivite-Dürtüsellik) karşılanmaz.
314.01 Dikkat eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, Hiperaktivite-İmpulsivitenin Önde Geldiği Tip: Son 6 ay boyunca A2 Tanı ölçütü karşılanmış, ancak A2 Tanı ölçütü karşılanmamışsa	Ağırlıklı Hiperaktif / Tepkisel önde geldiği tanıtım: Kriter A2 (hiperaktivite-dürtüsellik) karşılandı ve kriter A1 (Dikkatsizlik) son 6 ay içinde karşılanmadıysa.
-	Dikkatsiz Sunum (Kısıtlayıcı): Kriter A1 (Dikkatsizlik) karşılanır ancak kriter A2 (Hiperaktivite-Dürtüsellik) den en fazla 2 belirti, son 6 ay için mevcutsa.

2.1.3. DEHB'nin Alt Tipleri

Tablo 2.1.'de belirtildiği üzere, DSM-IV-TR son 6 ay içinde gözlenen belirtilere göre DEHB için 3 alt tipten söz etmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001);

- DEHB-B: Dikkat eksikliği ve hiperaktivitenin birlikte gözlemlendiği tip.
- DEHB-D: Dikkat eksikliğinin ağırlıklı olarak gözlemlendiği tip.
- DEHB-H: Hiperaktivite ve dürtüsellik ağırlıklı olarak gözlemlendiği tip.

DEHB alt tipi olan dikkat eksikliğinin başlıca belirtileri, başladığı işi sürdürememe görevini erken bırakma şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Aşırı hareketlilik alt tipinde genelde sakin olmayı gerektiren durumlarda aşırı huzursuzluk, sürekli hareket halinde olma, bir yerde sürekli oturamama, kıpır kıpır olma, çok konuşma gibi belirtiler göstermektedir. Bu belirtiler sebebiyle çevresel ilişkiler etkilenmekte ve bu durum kişinin çevresi tarafından dışlanması ile sonuçlanabilmektedir (Weiss ve Weiss, 2003: 645).

Biederman ve diğerlerinin 2002'de yaptıkları çalışmada, DEHB tanısı alan kişilerin %50 - %75 arasında DEHB-B görüldüğü belirtilmiştir. DEHB-D'nin %20 - %30 arasında olduğunu ve DEHB-H alt tipinin %15'den daha az olduğunu bildirmektedirler.

DEHB-B'nin çocuklarda yaygın olarak görüldüğünü bildirilmektedir. Bununla birlikte kız çocuklarında DEHB-D daha yaygın görülmektedir. DEHB sorununun görülme oranı erkek/kız için 3/1 şeklinde belirtilmiştir (Biederman, 2004).

Hiperaktivite özelliğinin baskın olduğu çocukların, sadece dikkat eksikliği olan çocuklara göre tedaviye yönlendirilme olasılıklarının daha yüksek olduğu, hiperaktif tip DEHB olan çocukların zaman içindeki tanılarının daha az değiştiği bildirilmektedir (Sadock ve Sadock, 2005: 544).

2.1.4. DEHB'nin Nedenleri - Etiyolojisi

DEHB nedenleri ve etiyolojisi ile ilgili pek çok araştırma yapılmış olmasına rağmen, DEHB'in kesin nedenlerini belirlemek henüz mümkün olmamaktadır.

Hastalığın tek bir nedeni olmamakla birlikte bireylerde hastalığın ortaya çıkmasına sebep olabileceği düşünülen bazı faktörlerden bahsedilmektedir (Le Heuzey, 2005: 164). DEHB, oluşumunun nedenlerinde biyolojik ve psikososyal etkenlerin rol oynadığı düşünülmektedir. Yapılan çalışmalar, genetik, beyinde yapısal değişiklikler ve psikososyal nedenlerin DEHB oluşumundaki etkilerini belirlemeye yönelik olarak gerçekleştirilmektedir (Le Heuzey, 2005:164; Semerci ve Turgay, 2007: 78).

2.1.4.1. Genetik Etkenler

DEHB'nin oluşmasında, büyük oranda hem genetik hem de çevresel faktörlerin birlikte etkili olduğu düşünülmektedir (Spetic ve Arnold, 2007: 438). Yapılan çalışmalar DEHB'nin kalıtsal olduğu görüşünü desteklemektedir (Farone ve Doyle, 2001). İkiz çocuklar üzerinde yapılan araştırmalarda DEHB'nin tek yumurta ikizlerinde görülme olasılığının ortalama %76, çift yumurta ikizlerinde ise %33 oranında olduğu bildirilmektedir (Faraone, 2005). Evlat edinilen ailelerde DEHB hastalığı olan evlat edinilmiş çocukların biyolojik olmayan ebeveynlerinde, DEHB tanısı alan çocukların biyolojik ebeveynlerine göre daha az oranda DEHB görüldüğü belirtilmektedir (Semerci ve Turgay, 2007: 78).

2.1.4.2. Beyinde Yapısal Değişiklikler

DEHB'nin beyin hasarından, beyindeki gelişim kusurundan ileri geldiği konusunda görüşler bildirilmektedir (Dickstein, Bannon ve Castellanos, 2006). Tahiroğlu ve Avcı, 2005'te yaptıkları çalışmada DEHB olan kişilerle normal özellikler taşıyanların beyin görüntülenmesi (Bilgisayarlı Tomografi ve Manyetik Rezonans) incelemelerini karşılaştırmışlar ve araştırma sonucunda kişiler arası bazı farklılıkların olduğunu gözlemlemişlerdir. Yapılan bir çalışmada, DEHB olan kişilerin frontal bölge glukoz kullanımında düşüklük olduğu ayrıca Tek Foton Yayılım Bilgisayarlı Tomografi (SPECT) incelemelerinde frontal bölgede kanlanma azlığının olduğu belirtilmiştir (Ercan ve Turgay, 1999).

2.1.4.3. Psikososyal ve Çevresel Etkenler

DEHB’de psikososyal ve çevresel faktörleri de içeren birçok faktörün birlikte etkili olduğu bilinmektedir. Psikososyal etkenlerle ilgili yapılan çalışmalar, aile içerisindeki şiddet, olumsuz olay ve ilişkiler, düşük sosyoekonomik seviye, çocuğun ebeveyninin yanında değil de başka yerde yetişmesi gibi faktörlerin tek başlarına değil ancak bireyin gelişimini olumsuz etkileyeceği ve DEHB görülmesinde katkısı olacağını belirtmektedir (August, Braswell ve Thuras, 1998; Fletcher, Fischer ve Barkley, 1996: 3). Ancak yapılan birçok araştırmanın sonucunda, bu psikososyal ve çevresel faktörlerin DEHB’nin etiolojisinde öncelikli nedeni olmadıkları, bununla birlikte DEHB’ye sıkça eşlik eden karşıt olma karşıt gelme, davranım bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğunun nedenleri içinde çok önemli bir role sahip oldukları belirtilmektedir (Cantwell, 1996). Yapılan çalışmalarda, aile içinde yaşanan sorunlar, şiddet, erken yaşta yaşanan kayıplar, ailenin dağılması gibi etkenlere maruz kalan çocuklarda DEHB belirtilerinin ortaya çıktığı belirtilmiştir (August, Braswell ve Thuras, 1998; Fletcher, Fischer ve Barkley, 1996). Ayrıca, hamilelik sürecinde geçirilen rahatsızlıklar ve doğum sürecinde oluşan komplikasyonlar örneğin; fetüsün oksijensiz kalması, düşük doğum riski, Omega-3 temel yağ asitlerinin düşük olması DEHB’nin oluşumuna sebep olan etkenler arasında gösterilmektedir (Linnet, Dalsgaard ve Obel, 2003). Ayrıca hamilelik döneminde annenin sigara kullanımının DEHB’nin oluşumunda etkisi olduğu da bildirilmiştir (Elia, Ambrosini ve Rapoport, 1999).

2.1.5. Tanı Koyma

DEHB tanısı koymak, hastalığa ait belirtilerin diğer birçok bozukluğa benzerlik göstermesi nedeniyle çok yönlü değerlendirme gerektirmektedir. Çok boyutlu değerlendirme yapabilecek özgün bir tanısal test aracının olmaması tanı koyma aşamasındaki zorluklardan bir diğeridir. DEHB tanısının konulması, ancak, farklı kaynaklardan bilgi alınarak ve bunların değerlendirilmesiyle gerçekleştirilir (NICE, 2009). Ebeveyn ve çocukla yapılan görüşme, ebeveyn ve öğretmen tarafından psikolojik test ve ölçeklerin doldurulması, DEHB tanısı aşamasındaki işlemlerin bir kısmını oluşturmaktadır (Ercan ve Aydın, 1999: 32; Tahiroğlu, 2003). Ebeveyn ve öğretmenden alınan bilgiler çocuğu klinik görüşme sırasında

gözlemlenemeyen özelliklerini öğrenme ve çocuğu daha iyi tanıma açısından önemlidir. Bazen ebeveyn ve öğretmenlerden alınan bilgiler arasında tutarsızlık olduğu gözlemlenebilmektedir. Bunun nedeni, bilginin elde edildiği, gözlemlerin yapıldığı yerlerin farklı olması ile açıklanmaktadır. Bu iki görüş arasındaki farklılıkların ebeveyn ile öğretmen arasındaki kültürel farklılıklardan da kaynaklanabileceği düşünülmektedir (Waslick ve Greenhill, 2004). DEHB tanısı koymada kullanılan mevcut birçok yardımcı araca rağmen DSM-IV-TR tanı kriterlerine dayalı klinik görüşmeler altın standart olarak kabul edilmektedir (Schum, 2004).

2.1.5.1. Klinik Görüşme

Klinik görüşme, psikiyatristler ve psikologlar tarafından gerçekleştirilen hasta hakkında öğrenilmek istenen konu ile ilgili sistematik bir şekilde bilgi edinmek amacıyla yapılandırılmış, yarı-yapılandırılmış veya yapılandırılmamış formdaki görüşmelerdir. NICE'de (2009) belirttiğine göre; Costello ve diğerlerinin 1982'de hazırladığı Çocuklar İçin Tanı Görüşme Çizelgesi (Diagnostic Interview Schedule for Children - DISC), Robins ve diğerlerinin 1981'de hazırladığı Tanı Görüşme Çizelgesi (Diagnostic Interview Scale – DIS) ve Epstein ve diğerlerinin 2001'de hazırladığı Conners' DEHB Yetişkin Tanı Görüşme Çizelgesi (Conners' ADHD Adult Diagnostic Interview), klinik görüşmelerde kullanılabilir. Ancak bu değerlendirme formlarının uzun oluşu, klinik uygulamalarda kullanımlarını kısıtlamaktadır.

Klinik görüşmelerin ana amacı hastanın geçmişini de değerlendirerek sorunu, ailesel, sağlık, sosyal, eğitim ve demografik boyutlarıyla incelemektir (NICE, 2009). Klinik görüşmede, hastayı ve yakınlarını tanıyabilmek ve hastalıkla ilgili bilgi edinmek için ilk aşama öykü alma aşamasıdır. Görüşme esnasında hastalığın belirtileri olan; dikkat süresi, yaşlarına oranla aşırı hareketlilik, dürtüsellik, duygulanım ile ilgili farklılıklar ile diğer davranış sorunları yapılandırılmış veya yarı-yapılandırılmış görüşme tekniğiyle ayrıntılı olarak öğrenilmelidir (NICE, 2009). Ercan ve Aydın'ın (1999) yaptığı çalışmada DEHB tanısı koyma sırasında ayrıntılı bir şekilde alınacak gelişim öyküsünün önemi vurgulanmaktadır.

Diğer taraftan, Meyer ve diğerleri 2001 yılında yaptıkları çalışmada DEHB tanısının yalnızca klinik görüşmeyle konulmasının yetersiz olabileceğini, kişinin kendisiyle ilgili yanlı değerlendirmelerden etkileneceğini belirtmişlerdir. Bu nedenle, bir öyküden elde edilen detaylı bilgiler, uygulanacak standardize edilmiş ölçeklerle desteklenmelidir (NICE, 2009).

2.1.5.2. Psikometrik Ölçekler

NICE (2009) yayınladığı rehberde, oluş nedeni ile ilgili belirtileri ve seyri farklılıklar gösteren bir bozukluk olduğu için DEHB'yi çok boyutlu değerlendirmenin önemini vurgulamaktadır. Çok boyutlu değerlendirme yapabilmek için klinik görüşmenin yanı sıra, güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları yapılarak getirilmiş ölçekler kullanarak diğer kişilerin (öğretmen, ailenin diğer fertlerinin) görüşlerini almak gerekmektedir. DEHB konusunda hazırlanan psikolojik ölçekler genelde, anne baba ya da öğretmenlere yönelik hazırlanmış olan soru listeleri şeklindedir. Tanı koyarken öğretmenden bilgi alınması son derece önemlidir. DEHB belirtilerinin sınıf ve okul ortamında, çocuğun bireysel olarak değerlendirildiği ortamlara göre çok daha belirginleştiği bilinmektedir. Hastanın okul ortamındaki durumunu değerlendirmek için öğretmene gönderilen soru listeleri yeterli olabilmektedir; ancak yapılacak yüz yüze görüşmenin ve okul ortamında yapılacak doğrudan gözlemin çok daha faydalı olabileceği literatürde belirtilmektedir (Ercan ve Aydın, 2005: 87; Ercan ve Aydın, 1999: 36).

2.1.5.2.1. Conners' Ana Baba Derecelendirme Ölçeği – Kısa Form (CADÖ-48)

Conners' Derecelendirme Ölçekleri davranış sorunlarını değerlendirmede yaygın olarak kullanılan araçlar arasındadır. Conners' Ana Baba Derecelendirme Ölçeği – Kısa Form (CADÖ-48) çocukların ev içindeki tutum ve davranışların belirlemek ve belli kategoriler altında sınıflandırmak amacıyla Conners (1969) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin güncelleme ve geliştirilmesi Goyette ve diğerleri tarafından (1978) yapılarak yayınlanmıştır. Yıllar içinde çeşitli araştırmacılar tarafından Conners' Derecelendirme Ölçekleri'nin farklı formları geliştirilmiş ve değişik başlıklar altında sunulmuştur (Dereboy ve diğerleri, 1998; Dereboy ve diğerleri, 2007). Ölçeğin Türkiye'de kullanmak üzere 1989 yılında çeviri ve geçerlik

çalışmaları başlatılmıştır. CADÖ-48'in Türkçe geçerliğini ele alan ilk normal örneklem çalışmasının bulguları 2007 yılında yayınlanmıştır (Dereboy ve diğerleri, 2007).

Türkçe versiyonun geliştirmesinde yapılan çalışmada, klinik örneklem Gazi Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi polikliniğinde Dikkat Eksikliği Yıkıcı Davranış Bozuklukları tanılarıyla izlenen 6-16 yaşları (ortalama yaş 10,6) arasındaki 270 çocuk değerlendirilmiştir. Çalışmanın normal örneklemini ise Ankara'da çeşitli ilkokullarda eğitim gören yaşları 6 ile 13 arasında değişen (ortalama yaş 8,98) 954 öğrenci oluşturmuştur. Çalışmada, klinik ölçüt puanlarının ilgili alt ölçeklerin madde içeriği değerlendirilerek DEHB-H alt ölçeği dışında; tüm alt ölçeklerin Türkçe kullanım için uyarlanması gerekmiştir. Çalışma sonuçlarına göre, Kısa Form Conners Derecelendirme Ölçeklerinin ve alt ölçeklerinin Türk toplumunda özgün veya uyarlanmış olarak kullanılabilmesi belirtilmiştir (Dereboy ve diğerleri, 1998; Dereboy ve diğerleri, 2007).

Dereboy ve diğerleri (1998) tarafından yapılan çalışmalarda Türkçe formun güvenilirliği ile ilgili olarak, Cronbach alfa katsayısı CADÖ-48 için 0.90 bulunmuştur. Alt ölçeklerde ise öğrenme sorunu için 0.67, hiperaktivite için 0.82, karşıt gelme için 0.79 ve dikkat eksikliği için 0.92 bulunmuş, öğrenme sorunu dışındaki alt ölçeklerin yeterli güvenilirlikleri olduğu görülmüştür (Dereboy ve diğerleri, 2007). Türkçe formun geçerliliği değerlendirildiğinde, Dereboy ve diğerleri (1998) tarafından yapılan çalışmalarda gözlenen faktörlerin madde içerikleri ile Türkçe uyarlama çalışmasında gözlenenler arasında benzerlik olsa da, hiperaktivite faktörü dışındaki faktörlerin madde içeriklerinin özgün form ile tam uyuşmadığı görülmüştür. Bu nedenle CADÖ-48 alt ölçeklerinin Türkçe kullanım için uyarlanmasına karar verilmiştir (Dereboy ve diğerleri, 2007).

Ölçüt geçerliliği bakımından da, CADÖ-48 alt ölçeklerinin DSM-IV tanı ölçüt puanlarını ne derece ölçebildiğini incelemek için regresyon analizleri yapılmıştır. Yapılan çözümlemede dört ölçüt puan seti arasında hiperaktivite puanının CADÖ-48 alt ölçeği tarafından oldukça yüksek düzeyde ölçüldüğü gözlenmiştir. DSM-IV'e göre DEHB ölçüt puanlarının, hiperaktivite puanı kadar yüksek olmasa da, denk düşen CADÖ-48 alt ölçekleri tarafından yeterince ölçüldüğü görülmüştür. Buna karşın karşıt gelme bozukluğu ölçüt puanı, denenen hiç bir alt

ölçek tarafından yeterince ölçülemedi. Klinik ölçüt puanlarını ölçülmesinde, alt ölçek puanlarının CADÖ-48 toplam puanlarından üstün oldukları ortaya konmuştur (Dereboy ve diğerleri, 1998; Dereboy ve diğerleri, 2007).

CADÖ-48'in yapı geçerliliğini inceleyen ikinci normal örneklem çalışmasının bulguları 1998'deki 9. Ulusal Psikoloji Kongresinde sunulmuştur. CÖDÖ-28 ve CADÖ-48'in Türkçe formlarının ölçüt geçerliğini klinik örneklem üzerinde değerlendirmek için üçüncü çalışma yapılmıştır ve sonuçları 1997'deki Ulusal Çocuk Psikiyatrisi Kongresi'nde sunulmuştur. Dereboy ve diğerlerinin yaptığı çalışmada iki Conners' ölçeği üzerindeki üç çalışmanın verilerine dayanarak Türkçe alt ölçeklerinin özelliklerinin belirlenmesi ve uyarlaması için kullanılan istatistiksel işlemler ve sonuçları topluca bildirilmiştir (Dereboy ve diğerleri, 1998; Dereboy ve diğerleri, 2007).

2.1.5.2.2. Conners' Öğretmen Derecelendirme Ölçeği – Kısa Form (CÖDÖ-28)

Conners' Öğretmen Derecelendirme Ölçeği (CÖDÖ-28) çocuğun okuldaki davranışlarını belirlemek ve belli kategoriler altında sınıflandırmak amacıyla Conners tarafından geliştirilmiştir (Conners, 1969). CÖDÖ-28 için başlıca üç kullanım alanı belirtilmiştir: a- Çocuklarda görülen sorunlu davranışların saptanmasına yönelik genel bir tarama aracı, b- Belirli bir tanıyı netleştirmek için yardımcı araç ve c- Tedavi sonuçlarının değerlendirilmesinde ölçüm aracı. CÖDÖ-28, 28 madde ve üç alt ölçekten oluşmaktadır: a- Dikkat Eksikliği, b- Hiperaktivite, c- Davranım Sorunu (Dereboy ve diğerleri, 1995; Dereboy ve diğerleri, 2007).

Türkçe form çalışmasında, klinik örnekleme oluşturması amacıyla Gazi Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniği'nde dikkat eksikliği yıkıcı davranış bozuklukları tanılarıyla takip edilen 6-16 yaşları (ortalama yaş 10,6) arasındaki 270 çocuk değerlendirilmiştir. Çalışmanın normal örneklemini ise Ankara'da sekiz ilkokulda eğitim gören yaşları 5 ile 13 arasında değişen (ortalama yaş 8,9) 1539 öğrenci oluşturmuştur. Çalışmaya katılan her çocuk, CÖDÖ-28 ile sınıf öğretmeni tarafından ve bu çalışma için hazırlanmış DSM-IV ölçüt formu ile bir çocuk psikiyatristi tarafından derecelendirilmiştir (Dereboy ve diğerleri, 1995; Dereboy ve diğerleri, 2007).

Dereboy ve diğeri (2007) tarafından yapılan çalışmalarda Türkçe formun güvenilirliği ile ilgili olarak, Cronbach alfa katsayısı CÖDÖ–28 için 0.95 olarak hesaplanmıştır. Alt ölçeklerde ise dikkat eksikliği için 0.83, hiperaktivite için 0.76 ve davranım sorunları için 0.81 olarak bulunmuştur (Dereboy ve diğeri, 1995; Dereboy ve diğeri, 2007).

Türkçe formun geçerliliği ile ilgili olarak, yapı bakımından değerlendirildiğinde, Dereboy ve diğeri (1995) tarafından yapılan çalışmalarda faktör çözümlene verileri, davranım sorunları boyutunun hiperaktivite boyutundan ayrılmaması dışında ölçeğin yapı geçerliliğini destekler niteliktedir. Örneklemin yaş ve cinsiyete göre dört alt örnekleme bölünmesi, hiperaktivite ve davranım boyutlarının birbirinden ayrıştırılabilmesini sağlamıştır (Dereboy ve diğeri, 1995; Dereboy ve diğeri, 2007).

Ölçüt geçerliliği bakımından da, özgün ve uyarlanmış CÖDÖ–28 alt ölçeklerinin DSM-IV tanı ölçüt puanlarını ne derecede ölçümleyebildiğini incelemek için regresyon analizi yapılmıştır. Klinik ölçüt puanlarını ölçümlemede alt ölçek puanlarının CÖDÖ–28 toplam puanından üstün oldukları ortaya konmuştur. Uyarlanmış CÖDÖ–28 alt ölçeklerinin ilgili DSM-IV ölçüt puanları için en iyi ölçümleyici olduğu görülmüştür (Dereboy ve diğeri, 2007).

2.1.5.2.3. Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (ÇEDBÖ)

Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (ÇEDBÖ) çocukların ve ergenlerin DEHB alt tiplerinin belirlenmesi amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir. ÇEDBÖ, Atilla Turgay tarafından DSM-IV tanı ölçütlerine göre geliştirilmiştir (Kandemir, 2009; Ercan, Amado ve Somer, 2001).

Ercan ve diğeri tarafından bir çalışmada iki görüşmeci tarafından ayrı ayrı değerlendirilerek alınan DEHB ve Davranım Bozukluğu tanısı alan 109 birey ve kontrol grubunu oluşturmak amacıyla 120 birey çalışmaya dâhil edilmiştir. Çalışma grubu sadece DEHB tanısı konan 27 birey, DEHB – karşıt olma karşı gelme bozukluğu tanısı konan 53 birey ve DEHB – davranım bozukluğu tanısı konan 29

birey olmak üzere üç gruba ayrılarak çalışma yapılmıştır. Çalışmanın sonucunda DEHB ve ÇEDBÖ'nin dört alt ölçeği için yürütülen ayırt edici analizler sonucunda elde edilen ayırt etme fonksiyonlarının grupları ayırıştırma düzeyleri anlamlı olduğu bildirilmiştir. Madde düzeyindeki analizler de bu ölçeklerin iç tutarlığının yüksek olduğunu bildirmiştir (Ercan ve diğerleri, 2001).

Ölçekte, DSM-IV tanı ölçütleri anlamları değiştirilmeden soru haline çevrilmiştir. Ölçekteki sorular 0-3 puan arasında değerlendirilmektedir. Bu ölçeğin Türkiye' de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ercan ve diğerleri tarafından 2001 yılında yapılmıştır (Kandemir, 2009; Ercan ve diğerleri, 2001).

2.1.5. Ek Tanı Kriterleri ve Birlikte Görülen Bozukluklar

Diğer psikolojik hastalıklarda olduğu gibi DEHB'de diğer bazı hastalıklarla birlikte görülmekte ve bazı hastalıklarla belirtileri açısından benzerlikler göstermektedir. DEHB'ye eşlik eden tanılar oranı %46–68 arasında olduğu bildirilmektedir (Weiss ve Weiss, 2003: 645; Şenol, 2008: 293-311).

DEHB konusunda yapılan çalışmalarda DEHB tanısı konulan çocukların %50'inde karşıt olma karşı gelme bozukluğu, %25'inde ise davranım bozukluğu en sık eşlik eden tanılar olarak bildirmiştir (Pliszka,1998; Güçlü ve Erkıran, 2005). Karşıt olma karşı gelme bozukluğu çabuk sinirlenen, tartışmaya giren, kurallara uymayan, başkalarını kızdıran davranışlar sergileyen çocuk ve ergenleri tanımlamak için kullanılmaktadır. Davranım bozukluğu, yıkıcı, başkalarının haklarına yönelik saldırganca tutumlar sergileme, toplumsal değer yargılarını önemsememe gibi belirtileri tanımlamak için kullanılmaktadır (Şenol, 2008: 293-311).

DEHB'ye eşlik eden diğer psikolojik bozukluklar ile ilgili bir çalışmada gelişimsel koordinasyon bozukluğunun %50'nin üstünde ve iletişim bozukluklarının %15–75 arasında değişkenlik gösteren oranlarda görülebildiği belirtilmektedir (Barkley, 2006: 10).

Bipolar bozukluk, majör depresif bozukluk ve distimik bozukluk, DEHB ile en sık görülen diğer bozukluklardır. Hastada değersizlik düşüncesi, yorgunluk, dikkat ve konsantrasyonda düşme temel belirtileri oluşturmaktadır (Şenol ve Şener,

1998: 1119). Majör depresif bozukluğun görülme sıklığının %12–50 oranında olduğu belirtilmektedir (Biederman, Faraone ve Mick, 1995). DEHB ile bipolar bozukluk belirtileri iki hastalığın bazen birbirleri ile karıştırılmasına neden olabilmektedir. Dikkatin çelinebilirliği, dürtüsellik, aşırı hareketlilik ve duygusal değişkenliğin bipolar bozukluk ve DEHB için belirleyici oluşu, her iki bozukluk açısından zorluklarla karşılaşılmasına sebep olmaktadır (Wilens, Biederman, ve Prince, 1996).

DEHB ile anksiyete bozukluğunun birlikte görülme oranı %25 olarak bildirilmektedir. Anksiyete bozukluklarında vurgulanan aşırı koruyucu kollayıcı tutum ve/veya reddedici tutumların, DEHB ve anksiyete bozukluğu birlikteliğinde de rol oynayabileceği belirtilmektedir (Tannock, 2000: 157; Şenol, 2008: 293-311).

Özgül öğrenme bozukluğunda, normal zekâ düzeyine sahip bireylerin, yaş, zekâ düzeyi ve aldığı eğitim göz önünde tutulduğunda, okuma, yazılı anlatım ve matematik seviyesinin beklenenin önemli derecede altında belirtildiği, sıklıkla DEHB ile birlikte görülmekte olup oranının %10–60 arasında olduğu belirtilmektedir (Beitchman ve Young, 1997). Okuma, dil ve koordinasyon ile ilgili sorunlar DEHB ile birlikte görülebilmektedir (Sadock ve Sadock, 2005: 545). Tourette sendromu olan çocukların %50-90'ında DEHB görüldüğü ve bu durumun çocuk ve ergenlerde yıkıcı davranışlarda artış, okul başarısı ve kişilerarası ilişkilerde bozulmalara yol açtığı bildirilmiştir (Sukhodolsky ve diğerleri, 2003).

2.1.6. Tüm olguların ve Yeni Olguların Yaygınlığı (Prevelans ve İnsidans)

DEHB sıklığı konusunda yapılan çalışmalarda bulgular, araştırma yöntemlerinin ve bilgi toplama kaynaklarının farklı olması nedeni ile değişkenlik göstermekle birlikte DSM-IV-TR kriterlerine göre bu bozukluğun okul çağı çocukları için genel toplumdaki yaygınlığının %3 ve %5 arasında olduğu belirtilmektedir (Greenhill, 1998; Barkley, 1998; Schum, 2004).

Amerika'da 3-18 yaşları arasında 3006 öğrencinin öğretmenleriyle yapılan bir çalışmada çocuklarda DEHB davranış bozukluğu sıklığı %15,8 olarak saptanmıştır. Dikkatsiz alt tipi %9,9, hiperaktif alt tipi %2,4 ve bileşik tipi %3,6 olarak belirlenmiştir. Nalon ve diğerlerinin 2001'de yaptıkları çalışmada dikkatsiz alt tipi okul öncesi dönem çocuklarda %3,9 olarak gözlemlendiği ve hiperaktif alt tipin de

%0,8 ile gençlerde gözlemlendiği belirtilmiştir. New York-Rochester doğumlu 5718 kişiyle yapılan klinik görüşmenin değerlendirildiği bir araştırmada 19 yaşındaki ergenler arasında DEHB sıklığı %7,4 oranında bulunmuştur (Barbaresi ve Slavica, 2002).

Türkiye’de DEHB olan çocuklara yönelik yapılmış birçok çalışma bulunmaktadır. Malatya’da okul çağı çocuklarında DEHB’nin yaygınlığını araştırmak için 3002 ilkokul öğrencisinin öğretmenlerine anket uygulanarak yapılan çalışmada, DEHB olan çocuk oranı %9,5 olarak bulunmuştur. DEHB tanısı konulanlar içinde kız/erkek oranının 1/3 olduğu belirtilmiştir (Özcan ve diğerleri, 1998). Bursa’da yapılan bir araştırmada 8 ayrı okulda yaşları 7 ve 12 arasında olan 1676 öğrencinin öğretmenlerine uygulanan CÖDÖ–28 ve ailelerine uygulanan DSM-IV-TR değerlendirme listesi sonuçlarına göre DEHB görülme sıklığı %8,6 olarak tespit edilmiştir. (Albayrak, 1998). Ersan ve diğerlerinin (2004) DSM-IV-TR’ye dayalı değerlendirme ölçeği kullanarak yapmış oldukları araştırmada, 6-15 yaşları arasında 1425 çocuk DEHB bakımından değerlendirmiştir. Ailelerin bildirimine göre DEHB sıklığı %9,6 olarak; öğretmenlerin bildirimine göre ise DEHB sıklığı %7,3 olarak belirtilmiştir.

2.2. İşitme

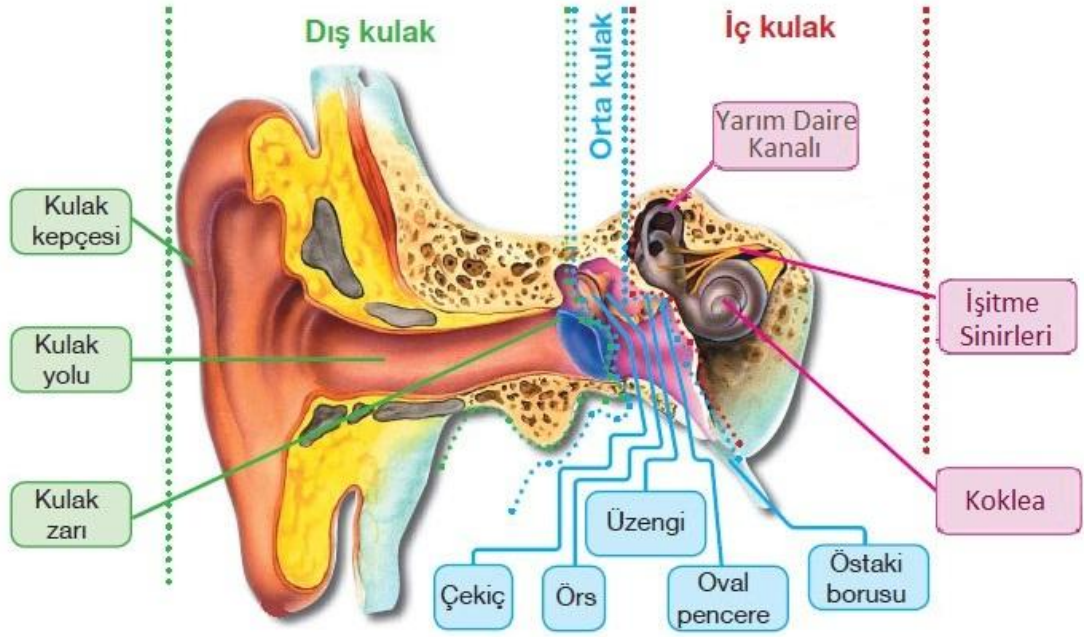
İşitme ses dalgalarının dış kulak kanalı (DKK) ile kulak zarına iletilerek orta kulak aracılığıyla iç kulağa ulaşır buradan da sinir liflerine ve merkezi sinir sistemine taşınarak beyine iletilmesi işlemidir (Bülbül, 2008; Taş, 1999).

2.2.1 İşitme Fizyolojisi ve İşitme Kaybı

İşitme fonksiyonu, dış kulağa gelen akustik (ses) basınç dalgalarının orta kulaktan geçerken mekanik titreşimlere dönüştürülmesi ile başlar. İç kulakta bulunan koklea (salyangoz), bu mekanik titreşimleri üzerindeki tüy hücrelerinin hareketi ile sinir liflerine iletir. Sinir lifleri, merkezi sinir sistemiyle iletişime geçerek akustik uyarılarla ilgili alınan bilgiyi beyne taşır. Bu sistem içinde oluşacak bir hasar, akustik basınç dalgalarının sinirsel uyarılara dönüştürülmesine engel olur. Bunun sonucu olarak işitme kaybı oluşur (Bülbül, 2008; Karagöz, Sezgin ve Yılmaz, 2004).

Doğuştan olan veya bebeklik döneminde oluşan kalıcı işitme kayıpları, çocuğun konuşma ve dil becerilerinin gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir (Stevenson ve diğerleri, 2011). İşitme kaybına bağlı olarak lisan gelişiminin olumsuz yönde etkilenmesi, ayrıca birçok davranışsal probleme de neden olmaktadır (Stevenson ve diğerleri, 2010). İşitme kaybının olumsuz etkileri bireylerin okul performansı ve arkadaş ilişkilerine de yansımaktadır (Fellinger ve diğerleri, 2009).

Monzani ve diğerlerinin 2008’de yaptıkları çalışma işitme kaybının yaşam kalitesi ve psikososyal yönden negatif etkilerini ortaya koymuştur. Yaşamın birçok alanına etki eden işitme kaybının erken tanınması ve uygun yöntemlerle rehabilite edilmesi, olumsuz etkilerin azalmasına neden olmaktadır. (Stevenson ve diğerleri, 2011).



Kaynak: Ayaz, Aydın ve Kazan, 2010: 24

Şekil 2.1. Kulak Yapısı.

2.2.2. İşitme Değerlendirmesinde Kullanılan Araç ve Yöntemler

2.2.2.1. Odyometri

Odyolojik tanı değerlendirmelerinde en sık uygulanan yöntemlerden biri odyometridir (işitme eşiği değerini belirlemeye olanak veren ölçüm ve tekniktir) (Katz, Medwetsky ve Burkard, 1994: 85). Bu amaçla kullanılan alete odyometre

denir. Odyometre kontrollü, kalibre ses sunumu için gereklidir (saf ses, konuşma sesi, gürültü). Odyometreler, genel olarak iki kanallı olarak hastanın her iki kulağına ayrı ayrı ve aynı anda istenilen şiddet ve özellikteki sesin sunumunu sağlayan araçlardır. Odyometre ile yapılan testlerin American National Standards Institute (ANSI) tarafından 1991’de belirlenen bazı özellikleri taşıyan sesiz oda adı verilen odalarda yapılması gerekmektedir (Katz, Medwetsky ve Burkard, 1994: 66). Bu odalar dışarıda oluşan seslere karşı hastaları korumaktadır. Sessiz odada bulunan ve odyometreye bağlanmış olan kulaklıklardan/hoparlörlerden verilen seslerle test yapılmaktadır (ASHA, 2010). Hastanın farklı frekanslarda (farklı kalınlıkta) verilen seslerden en az 3’te 2 ‘sini duyduğunu belirttiği minimum şiddet (gürlük) seviyesi işitme eşiği olarak belirlenmektedir. Tüm frekanslarda belirlenen işitme eşikleri odyogram denilen bir grafik haline dönüştürülmektedir. Odyogramların oluşturulmasının temel amaçlarından birisi konuşma muzu adı verilen ve normal işiten kişilerin hangi frekanslarda hangi ses birimlerini (fonem) duyduğunu gösteren grafiğe bağlı olarak işitme kayıplarından hastanın nasıl etkileneceğinin bulunmasını sağlamaktır. İşitme kaybının farklı dereceleri, farklı etkilere yol açmaktadır (ASHA, 2010; Katz, Medwetsky ve Burkard, 1994: 759-760). American Speech and Hearing Association (ASHA) kriterlerine göre belirlenen, Çocuklarda işitme kaybı dereceleri aşağıda gösterilmiştir.

Saf ses İşitme kaybı ortalaması (dB) derecesi;

-10 - 15 Normal işitme,

16 - 25 Çok hafif derecede işitme kaybı,

26 - 40 Hafif derecede işitme kaybı,

41 - 55 Orta derecede işitme kaybı,

56 - 70 Orta-ileri derecede işitme kaybı,

71 - 90 İleri derecede işitme kaybı,

91 ve üzeri çok ileri derecede işitme kaybı

İşitme kayıpları, oluş nedeni ve bozukluğun olduğu bölgeye göre dört tipe ayrılmaktadır (ASHA, 2010).

a. İletim tipi işitme kaybı: Dış ve orta kulakta meydana gelen sorunlara bağlı olarak ortaya çıkan işitme kaybıdır. Sesin iç kulağa iletiminde problem vardır.

b. Sensörinöral tip işitme kaybı: Kokleadaki meydana gelen sesin transfer ve dönüşümünü engelleyen işitme kayıplarıdır.

c. Mikst tip işitme kaybı: Hem dış, hem orta kulak hem de kokleada meydana gelen patolojilerin ortaya çıkarttığı iletim ve dönüşüm fonksiyonlarının etkilendiği işitme kayıplarıdır.

d. Santral işitsel işleme bozuklukları: Beyinde primer işitsel alanlar olarak isimlendirilen Wernicke ve Broca alanları arasındaki iletişim bozukluğunun ortaya çıkardığı işitsel fonksiyon bozukluğudur.

Bu dört tip işitme kaybına ek olarak psikojenik kökenli bir işitme kaybı tipi de fonksiyonel işitme kaybıdır. Fonksiyonel işitme kaybı, bireyde organik bir bozukluk olmadığı halde, bireylerin bilinçli veya bilinçsizce çıkar elde ettikleri işitme kayıplarıdır (Ashitani ve diğerleri, 2011).



Kaynak: Erişçi, [www.erisci.com/resimgoster.asp? Resimler/SiteIcerik/ AC40_ 20090818_ 173243.jpg](http://www.erisci.com/resimgoster.asp?Resimler/SiteIcerik/AC40_20090818_173243.jpg)

Şekil 2.2. Odyometre Cihazı (Inter-Acoustic AC-40) (EK-7).

2.2.2.2. Timpanometri

Dış kulak kanalındaki hava basıncının sistematik bir biçimde değiştirilmesiyle, DKK ve orta kulak yapılarının esneklik ve hareketliğinin grafiksel olarak ölçülmesi yöntemine timpanometri, elde edilen grafiğe timpanogram

denir (Van Camp ve diğeri, 1986). Timpanometri ölçümünde DKK sabit frekans ve şiddette (226 Hertz frekansında ve 85 dB ses basıncı seviyesinde) prob (test ölçümü için kullanılan kulağa yerleştirilen uç) ton verilmektedir. Basınç düzeyi +200 daPa'dan başlar ve giderek düşürülür. Bu durumda sistemin geçirgenliği başlangıçta çok düşük iken, giderek artmakta, daha sonra -400 daPa düzeyine doğru tekrar azaltmaktadır (ASHA, b.t.).

Bu değerlendirme yöntemiyle ilişkili olarak farklı terminolojiler bulunmaktadır. İmpedans, immitans, admitans, kompliyans bunlardan bazılarıdır.

İmpedans: Bir sistemin, herhangi bir enerjinin kendi üzerinden geçişine karşı koyma özelliğidir.

Kompliyans: Tam tersine enerji akışının kolaylığını tanımlamak için kullanılır.

Admittans: Kulağın sesi iç kulağa iletme yeteneğidir.

Akustik immitansmetri ise bu iki bakış açısını birden içeren genel bir tanımlamadır.

Timpanometrik değerlendirmenin en önemli avantajı iş birliği yapamayacak kadar küçük çocuklarda ve zihinsel engelli hastalarda dâhil istemli yanıtı gerek duyulmadan orta kulağın bütünlüğünün test edilmesidir (Katz, Medwetsky ve Burkard, 1994: 175-189). Akustik immitansmetri, bazı kulak hastalıklarının ayırıcı tanısında da yaygın olarak kullanılmaktadır. Timpanometre cihazına bağlı kulakla yapılan ölçümler hastanın kulak yapısı ve durumuna göre farklı sonuçlar ortaya çıkara bilmektedir. Bu sonuçlar için farklı sınıflandırmalar olmakla birlikte en yaygın kullanılan timpanogram tipleri sınıflandırması Jerger tarafından 1970'te yapılmıştır; (ASHA, b.t.). Bu sınıflandırmaya göre temel olarak 226 Hz. prob ton timpanometri için 5 tip timpanogram mevcuttur;

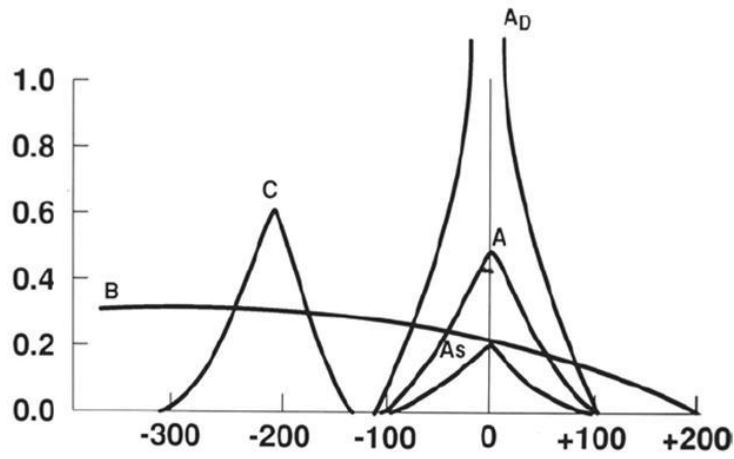
Tip A: Normal timpanogram. -100 ile +50 daPa basınç aralığında tepe veren, statik esneklik değeri 0.39 ile 1.30 cc arasında değişebilen timpanogramdır.

Tip As: Normal basınç alanında tepe veren, ancak statik esneklik değeri 0.35 cc'nin altında olan timpanogramdır. Ortakulak kemikçiklerinde kireçlenme (Otoskleroz) tipik bulgusudur.

Tip Ad: Normal basınç alanında tepe veren, ancak statik esneklik değeri 1.30 cc'nin üzerinde olan timpanogramdır. Ortakulak kemik zincir kopukluklarının tipik bulgusudur.

Tip C: Negatif basınç alanında tepe veren, statik esneklik değerleri değişkenlik gösterebilen (normal veya düşük amplitüdü olabilir) timpanogramdır. Statik esneklik değerleri normal sınırlarda ise timpanogram bulgusu daha çok östaki (kulak ve boğazın birleştiği yer) bozuklukları ile korelasyon göstermektedir. Statik esneklik değerinin düşmesi orta kulakta sıvı birikimine işaret etmektedir.

Tip B: Belirgin tepe noktası vermeyen (statik esneklik 0.10 cc'den az) timpanogramdır. Orta kulakta yoğunlaşmış sıvı olduğunu gösteren Glue ear'ın tipik bulgusudur.



Kaynak: Veterans Review and Appeal Board (VRAB, 2010)

Şekil 2.3. Timpanogram Tipleri.



Kaynak: Erişçi, www.erisci.com/resimgoster.asp? Resimler/SiteIcerik/AT235_01_20100421_192244.jpg

Şekil 2.4. Tipanometre Cihazı (Inter-Acoustics AT 235 H)(EK-7).

2.2.3. Tüm olguların ve Yeni Olguların Yaygınlığı

Dünya ortalamalarına göre, doğuştan işitme kaybının insidansı 1/800-1/1500 arasında değişmektedir (Blanchard ve diğerleri, 2012; Ptok, 2011). Türkiye, doğuştan işitme kayıplarının en sık görüldüğü ülkeler arasındadır. Çalışmalar farklı oranlar belirtse de Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye’de, her yıl yaklaşık olarak 2500 bebek işitme kaybı ile doğmaktadır (Kucur ve diğerleri, 2012; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008). Bu durum okul çağına kadar işitme kaybı oranı 5/1000 oluşmaktadır

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yapılan özür türüne göre özürlü nüfus oranı (2002) araştırmasında işitme engeli ile ilgili dağılım aşağıdaki tablodaki gibidir.

Tablo 2.3. TÜİK Özür Türüne Göre Özürlü Nüfus Oranı.

	Ortopedik özürlü Orthopedical disability	Görme özürlü Seeing disability	İşitme özürlü Hearing disability	Dil ve konuşma özürlü Speaking disability	Zihinsel özürlü Mental disability
Türkiye - Turkey	1.25	0.60	0.37	0.38	0.48
Yaş grubu - Age group					
0-9	0.64	0.33	0.20	0.46	0.42
10-19	0.77	0.36	0.29	0.43	0.58
20-29	1.21	0.45	0.32	0.42	0.65
30-39	1.26	0.46	0.35	0.31	0.54
40-49	1.39	0.62	0.35	0.26	0.39
50-59	1.79	0.91	0.41	0.30	0.26
60-69	2.80	1.56	0.77	0.41	0.27
70+	3.94	2.98	1.70	0.39	0.31
Yerleşim yeri - Place of residence					
Kent - Urban	1.09	0.52	0.32	0.33	0.38
Kır - Rural	1.49	0.73	0.45	0.46	0.64
Cinsiyet - Sex					
Erkek - Males	1.48	0.70	0.41	0.48	0.58
Kadın - Females	1.02	0.50	0.33	0.28	0.38
Bölge - Region					
Marmara - Marmara	1.11	0.53	0.37	0.33	0.37
Ege - Aegean	1.19	0.61	0.36	0.38	0.53
Akdeniz - Mediterranean	1.22	0.58	0.34	0.38	0.55
İç Anadolu - Central Anatolia	1.27	0.63	0.37	0.38	0.50
Karadeniz -Black Sea	1.60	0.66	0.45	0.46	0.63
Doğu Anadolu - East Anatolia	1.27	0.57	0.31	0.40	0.44
Güneydoğu Anadolu-South East Anatolia	1.25	0.70	0.36	0.45	0.45

Kaynak: TÜİK, 2010:109

TÜİK tarafından yapılan araştırmada 7-14 yaş grubundaki çocukların son 6 ay içinde geçirdiği hastalıkların cinsiyet ve yerleşim yerine göre dağılımı, 2008 raporunda, işitme ile ilgili sorunlar için görülme sıklığı oranı erkekler için %5.7 kızlar için %4.7 olarak açıklanmıştır (TÜİK, 2010).

2.3. DEHB ve İşitme Kaybı

Nöropsikiyatrik bir bozukluk olan DEHB ile işitme kaybı, belirtileri yönünden benzerlik göstermekle birlikte bazen bazı bireylerde birlikte görülebilmektedir (Schum, 2004; Leung ve Kao, 1999). İşitme kayıplarında DEHB belirtilerinin değerlendirilmesinin hem tanı hem tedavi için önemli olduğu bildirilmektedir (Ashitani ve diğerleri, 2011).

Murphy ve diğerleri (2010) tarafından yapılan bir çalışmada DEHB bozukluğu olan çocuklar ile anlama güçlüğü olan çocukların kontrol grubu ile davranışsal ve işitsel işleme testlerindeki performansları incelenmiştir. Bu çalışmada katılımcılar üç gruba ayrılarak, 7 ve 12 yaş arası olan, 30 çocuk üzerinde araştırma yapılmıştır. DEHB, anlama güçlüğü ve kontrol grubundan 10'ar çocuk belirlenmiştir. Tüm katılımcılara, temel odyolojik değerlendirme (ses odyometri, konuşma

odyometrisi) yapılmıştır. Anlama güçlüğü olan çocuklar ve DEHB olan çocuklar, tüm testlerde kontrol grubuna göre istatistiksel olarak düşük düzeyde anlamlı fark gösterdiği gözlenmiştir. Çalışma sonucunda daha ileri çalışmalar yaparak işitme yeteneğini ve DEHB bozukluğu arasındaki ilişkiyi araştırmanın gerekliliği bildirilmiştir.

İşitme sistemi açısından gerçek bir fizyolojik sorun olmadığı halde işitme kaybı olması durumu olan fonksiyonel işitme kaybında, test esnasında testin olumsuz sonuçlanmasının sebeplerinden birisi de dikkatin teste verilememesidir. Ashitani ve diğerleri tarafından yapılan araştırmada 97 fonksiyonel işitme kaybı olan çocuk psikolojik yönden de DEHB açısından değerlendirilmiş ve %36,1 çocukta DEHB olduğu görülmüştür. Özellikle fonksiyonel işitme kayıplarında DEHB bulgusunun dikkate alınması hem tanı hem tedavi için önemlidir (Ashitani ve diğerleri, 2011).

DEHB özellikle çocuklarda benzer belirtiler gösteren bozukluklarla karışabilmektedir. Hastalığın tespiti ile ilgili kullanılan anketler bozukluğun diğer tanı kriterleri ile karışıp karışmadığını belirlemek açısından yardımcı olmaktadır. Yapılan değerlendirmelerde, DEHB belirtileri ile özellikle işitme sorunlarının belirtilerinde eşdeğer bulgular varlığını doğrulamaktadır. Bununla birlikte DEHB tanısı koymadan önce çevresel koşulların incelenmesi, çocuğun gelişim öyküsü ve okul performansı hakkında bilgi edinmenin önemli olduğu da belirtilmektedir (Smucker ve Hedayat, 2001). Smucker ve Hedayat (2001) Metilfenidat ve Dekstroamfetamin DEHB tedavisi için ilk tercih edilen ilaçlar olarak göstermişlerdir. Bu ilaçlar hastalığın temel belirtilerinin iyileştirilmesinde eşit derecede etkili olduğu öne sürülmektedir. Ancak, DEHB olan çocukların iletişim becerilerini geliştirmek ve sosyal çevredeki işlevselliğini arttırmak için ilaç kullanımının yanı sıra sosyal olarak takip edilmesi ve desteklenmesi gerektiği çalışma sonucunda vurgulanmaktadır.

Diğer birçok bozuklukta olduğu gibi DEHB’de de ek tanılarının varlığı sorunun ağırlığı ve kalıcılığı ile ilişkilendirilmektedir. DEHB’de %70 oranında görülen ek sorunlar tedavi yöntemlerinin belirlenmesinde önemli bir unsurdur (Öztürk ve Uluşahin, 2008: 781).

DEHB olan çocuklarda daha ileri çalışmalar yaparak işitme yeteneği ve DEHB bozukluğu arasındaki ilişkiyi araştırmak gerekliliği belirtilmiştir (Murphy ve

diğerleri, 2010; Smucker ve Hedayat, 2001). DEHB olan çocukların iletişim becerilerini geliştirmek ve sosyal çevredeki etkinliklerini desteklemek hastalığın tedavisi açısından önemlidir (Escobar ve diğerleri, 2005; Yıldız, Çakın ve Ağaoğlu, 2010).

2.4. Araştırmanın Amacı

DEHB genelde, dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve dürtüsellikle seyreden bir bozukluk olarak, çocuğun sosyal, duygusal ve bilişsel alandaki gelişimini bozmaktadır. Çocuğun aile içi ve yaşıtları ile ilişkilerini, akademik başarısını ve özgüvenin gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008: 781). DEHB'nin başlangıcı genelde üç yaş civarında olmakla birlikte rahatsızlığın fark edilmesi ilkokul döneminde olmaktadır. Hastalığın nedenleri tam olarak bilinmese de, bozukluğun ortaya çıkmasında organik ve sosyal nedenlerin önemli rol oynadığı vurgulanmaktadır (Öncü ve şenol, 2002). Yapılan çalışmalar DEHB'nin ailesel genetik geçiş gösterdiği görüşünü desteklemektedir (Farone ve Doyle, 2001). DSM-IV-TR kriterlerine göre DEHB'nin okul çağı çocukları için genel toplumdaki yaygınlığı %3 ve %5 arasında olduğu belirtilmiştir (Greenhill, 1998).

DEHB'nin oluş nedenlerinin saptanması tedavi yönteminin belirlenmesinde önemlidir (Turgay, 1997). Fizyoloji ve biyoloji alanındaki ilerlemeler, sosyal çevrenin etkilerinin değerlendirilmesi DEHB ile ilgili çeşitli nedenlerin bulunmasını desteklemektedir. DEHB'nin birçok farklı bozuklukla birlikte görülmesi tanı, ayırıcı tanı ve tedavi açısından birlikte görülen hastalıkların bilinmesi önemli bir husustur (Semerci ve Turgay, 2007: 81).

DEHB tanı özellikleri ile birlikte değerlendirildiğinde özellikle fonksiyonel işitme kayıplarında DEHB bulgusunun dikkate alınması hem tanı hem tedavi için önem arz etmektedir (Ashitani ve diğerleri, 2011). Tanısı konulmamış ve tedavi edilmemiş işitme kayıplarının konuşma ve lisan bozukluklarına neden olmanın yanı sıra çocukların yaşamlarını ve okul performanslarını olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. DEHB olan çocukların işitme sorununda olduğu gibi akademik ve sosyal çevrede çıkan sorunlar nedeniyle hastanın yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkileri bulunmaktadır (Escobar ve diğerleri, 2005; Yıldız, Çakın ve Ağaoğlu, 2010).

Literatürde DEHB olan hastaların odyolojik (işitme kayıplarını saptayan, işitme kaybının miktar ve cinsini belirleyen) değerlendirmesini içeren detaylı bir çalışma bulunmaması, bu çalışmanın yapılması fikrini doğurmuştur. DEHB hastalarının sadece saf ses işitme testi değil ayrıca üst düzey işitme fonksiyonu ve işitme yollarını değerlendirmek için konuşma testlerinin ve timpanometrik değerlendirmelerin yapılması planlanmıştır.

Bu bilgiler doğrultusunda araştırmanın amacı; DEHB tanısı almış olan çocukların, işitsel özelliklerini incelemektir.

2.5 Araştırmanın Önemi

Dikkat eksikliği sürekli etkinlik değiştirme, verilen işlerden çabuk sıkılma, çevresel uyaranlarla dikkatin çabucak çelinmesi, hayallere dalma ve konu üzerinde belli bir süre çaba gösterememe şeklinde gözlemlenir. Aşırı hareketlilik yaş ve gelişimsel düzeyle uyumsuz, yapılması beklenen işle bağlantısız bir kıpır kıpırlığı, dürtüsel belirtiler ise düşünmeden hareket etme, kuralları umursamama ve sırasını bekleyememe ile tanımlanmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2008: 779). Özellikle okul dönemine geçiş ile birlikte çok daha ciddi bir sorun haline dönüşen DEHB, aslında işitsel girdilerin beyin tarafından doğru algılanabilmesi için ilk aşama olan işitmenin bozulmuş olduğu bireylerde görülen, algısal zayıflıkla karışabilmektedir (Semerci ve Turgay, 2007: 81; Ashitani ve diğerleri, 2011). İleri derecede işitme kaybı tanısı alıp koklear implant (iç kulak işitme cihazı) takılan hastalardan DEHB açısından şüphe edilip psikiyatride değerlendirilen ve tanı konan hastaların, cihazdan faydalanma ve terapiden fayda görüp konuşma öğrenme sürecinde zorlandıkları görülmüştür. İlerleme kaydedememiş (konuşmayı öğrenme ve uyum sağlama yönünden) bu hastaların DEHB bozukluğu için aldıkları tanının ardından üç ay süre ile ilaç kullanmalarının akabinde işitme cihazı kullanımında ve konuşma terapilerinde gelişme kaydettikleri gözlemlenmiştir. Yani işitme kaybı ve DEHB birlikte görülebilmektedir. İşitme kayıplı çocuklar değerlendirilirken psikolojik yönden de değerlendirilmesi önemlidir. Özellikle dikkat sorunu olan çocuklarda hem tedavi hem de rehabilitasyon açısından bu konu önemlidir (Pundir, Nagarkar, ve Panda, 2007).

DEHB hakkında bilgi sahibi olmak, Kulak Burun Boğaz (KBB) uzmanları açısından önemlidir. Çünkü DEHB'dekine benzer algısal sorunu olan bireyler, işitme kaybı şüphesiyle KBB hekimlerine yönlendirilmektedir. Bu yüzden gerek DEHB bozukluğu olan hastalardaki işitme durumu gerekse işitme sorunu olan hastalardaki DEHB sorunlarına ait belirtilerin hekimler tarafında göz önünde bulundurulması hastanın tedavi ve rehabilitasyonu açısından önem arz etmektedir (Schwemmler, Schwemmler ve Ptak, 2007).

DEHB konusunda tanı koymaya yardımcı olan ölçeklerden CADÖ-48 ve CÖDÖ-28 ile ÇEDBÖ ölçeğinin aynı çalışmada kullanılması ölçeklerin sonuçlarının birlikte değerlendirilebilmesinde ve DEHB'nin tanısının koyulmasında birbirlerine üstünlüklerinin incelenmesinde önemli bir hususu oluşturmaktadır. Ayrıca ölçek sonuçları ve klinik görüşme sonucu bir arada değerlendirilmesi, bu yöntemler arasında karşılaştırma yapabilme olanağı sunmaktadır.

DEHB'nin değerlendirilmesi ve odyolojik bulguların incelenmesini içeren bu araştırma disiplinler arası bir yapıda gerçekleştirilmiştir. Psikiyatri uzmanı, psikolog, kulak burun boğaz uzmanları ve odyoloji uzmanının görüşlerinin yer aldığı bu çalışma DEHB ve işitme kaybının tanısında çok yönlü değerlendirmenin gerekliliğine işaret etmektedir.

İşitme kaybı ve DEHB arasındaki ilişkinin gösterilmesi tedavi ve rehabilitasyon yönteminin seçilmesi açısından önemli fikirler verecektir. Literatürde DEHB ile ilgili ve işitme kayıplarında dikkat eksikliği gibi çalışmalar görülmekle birlikte, prospektif olarak DEHB olan hastaların işitmelerini değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamış olması bu çalışmanın yapılması fikrini doğurmuştur.

3. BÖLÜM

YÖNTEM

Bu araştırmada uygulanan işlemler Ek-1'deki akış şemasında belirtildiği şekilde yapılmıştır.

3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Konya ilindeki DEHB olan 6-18 yaş arası hastalar bu araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Konya ilindeki araştırmanın yapıldığı devlet hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran 6-18 yaş arası hastalar DEHB yönünden değerlendirilmiştir. Klinik görüşme ve uygulanan psikometrik testler sonucu DEHB olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 33 hasta çalışmaya dâhil edilmiştir. Bu 33 hasta araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır.

3.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamak için Ek-6'de sunulan CADÖ-48 ve Ek-7'de sunulan CÖDÖ-28, Ek-8'te sunulan EDBÖ, Ek-5'te sunulan Sosyodemografik Bilgi Formu kullanılmıştır. İşitsel değerlendirmeler odyometre ve timpanometre cihazları ile yapılmıştır. Tüm hastaların Ek-4'te sunulan Bilgilendirilmiş Onam Formunu doldurarak onamları alınmıştır.

3.2.1. Conners' Ana Baba Derecelendirme Ölçeği – Kısa Form (CADÖ-48)

CADÖ-48 ocukların ev içindeki tutum ve davranışlarının belirlemek ve belli kategoriler altında sınıflandırılmak amacıyla Conners (1969) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 48 sorudan oluşmaktadır, Türkçe uyarlaması Dereboy ve diğerleri (1998) tarafından yapılmıştır.

CADÖ-48'de sorular çocuğun bakımını üstlenen ebeveynler tarafından 4 basamaklı ölçek (likert ölçeği) ile cevaplanmaktadır. Cevaplarda kullanılan değerler 0=hibir zaman, 1=nadiren, 2=sıklıkla ve 3=her zaman şeklinde belirlenmiştir. Ölçekteki sorulardan 5'i ile dikkat eksikliği, 4'ü hiperaktivite, diğer 4'ü karşı olma karşıt gelme bozukluğu ve 11'i de davranım bozukluğunu ölçmektedir. Testteki

kesme puanı, dikkat eksikliği için en az 5, hiperaktivite için en az 6, davranım bozukluğu için en az 18 ve karşıt gelme bozukluğundan en az 7 puan olarak belirlenmiştir (Dereboy ve diğerleri, 1998)

3.2.2. Conners' Öğretmen Derecelendirme Ölçeği – Kısa Form (CÖDÖ–28)

CÖDÖ–28 çocuğun okuldaki davranışlarını belirlemek ve belli kategoriler altında sınıflandırılmak amacıyla Conners tarafından geliştirilmiştir (Conners, 1969). Ölçeğin ilk formu 39 maddeden oluşmaktadır. Daha sonra geliştirilen kısa form 28 madde olarak hazırlanmıştır (Conners, 1973; Goyette, Conners ve Ulrich, 1978). Türkçe formun geçerlilik güvenilirlik çalışması, Dereboy ve diğerleri (1995) tarafından yapılmıştır. Bu araştırmada 28 sorudan oluşan CÖDÖ–28 kısa form kullanılmıştır.

CÖDÖ–28'de sorular öğretmenler tarafından 4 basamaklı ölçek (likert ölçek) kullanılarak cevaplanmıştır. Cevaplarda kullanılan değerler 0=hiçbir zaman, 1=nadiren 2=sıklıkla ve 3=her zaman şeklinde belirlenmiştir. Ölçekteki soruların 6'sı dikkat eksikliğini, 6'sı hiperaktivite, 6'i davranım bozukluğunu ölçmektedir. Testteki kesme puanı, dikkat eksikliği için en az 9, hiperaktivite için en az 7, davranım bozukluğu için en az 8 puan olarak belirlenmiştir (Dereboy ve diğerleri, 1995). Bu çalışmada CÖDÖ–28 bireyin öğretmeni tarafından doldurulmuştur.

3.2.3. Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (ÇEDBÖ)

ÇEDBÖ ve DEHB ile çocukların ve ergenlerin DEHB alt tiplerinin belirlenmesi amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir. ÇEDBÖ, Atilla Turgay tarafından DSM-IV tanı ölçütlerine göre geliştirilmiştir (Kandemir, 2009; Ercan ve diğerleri, 2001).

ÇEDBÖ'de 4 basamaklı ölçek (likert ölçek) ile cevaplanmaktadır. Cevaplarda kullanılan değerler 0=yok, 1=biraz 2=fazla ve 3=çok fazla şeklinde belirlenmiştir. Ölçekteki soruların 9'u dikkat eksikliğini, 6'sı hiperaktiviteyi, 3'ü dürtüselliği ölçmektedir. Testteki kesme puanları, dikkat eksikliğini sorgulayan 9 maddenin en az

6'sının 2 ya da 3; hiperaktivite ve dürtüsellığı sorgulayan 9 maddenin en az 6'sının 2 ya da 3 puan alarak karşılanması gerekmektedir. (Ercan ve diğeri, 2001)

3.2.4. Odyometrik Değerlendirme

İşitme değerlendirmesi için en sık uygulanan test odyometridir (Katz, Medwetsky ve Burkard, 1994: 85). Bu çalışmada işitme değerlendirmesi yapmak için Inter-Acoustics marka AC-40 model odyometre kullanılmıştır.

3.2.5. Timpanometrik Değerlendirme

Timpanometri, kulak zarının ve orta kulağın hızlı, ve kolay bir biçimde değerlendirilmesini sağlayan bir testtir. Sıklıkla odyometrik değerlendirme yönteminin tamamlayıcısı olarak kullanılmaktadır. Bu çalışmada DEHB olan hastaların işitmesini değerlendirirken Inter-Acoustics marka AT 235 H model timpanometre kullanılmıştır.

3.2.6. Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmaya katılan hastalar hakkında detaylı bilgi sahibi olmak amacıyla hastaların sosyodemografik bilgilerine yönelik soruların bulunduğu form hastalara sunulmuştur. Formun ilk bölümünde hasta ile ilgili bilgiler, ikinci bölümünde ise hastanın ebeveynine ait bilgilere yönelik sorular bulunmaktadır. Hastanın ebeveyni tarafından doldurulan bu formda toplam 25 soru bulunmaktadır

3.2.7. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bu araştırmanın hangi amaçla ve nasıl gerçekleşeceği, hastaya ve ebeveynine sözel olarak detaylı bir şekilde anlatılmıştır. Araştırmayla ilgili bilgilerin yazılı bir şekilde sunulduğu bilgilendirilmiş onam formu çalışmaya katılmak isteyen hastalara imzalatılmıştır.

Araştırmaya katılmayı kabul eden ebeveynlerin bazıları daha sonra çalışmadan çekilmek istemiştir. Çalışmadan ayrılmak isteyen ebeveynler çalışmadan çıkartılmışlardır.

Araştırmada hasta ve hasta yakınlarının kişisel bilgileri sadece hasta ve yakını tarafından imzalanan onam formu üzerinde bulunmaktadır. Kullanılan diğer tüm form ve belgelerde kişisel bilgiler yerine verilen referans numaraları kullanılmıştır.

Onam formları araştırma boyunca araştırmanın yapıldığı devlet hastanesi yönetimi tarafından belirlenen kilitli bir dolapta muhafaza edilmiştir. İlgili dolabın anahtarı sadece araştırmacıda ve hastanenin idari amirinde bulundurularak gizlilik sağlanmıştır.

Araştırma bulguları, araştırmaya katılan hastaların kişisel bilgilerini koruyacak şekilde, tez yazma, akademik dergilerde yayınlama ve eğitim amaçlı kullanılması planlanmıştır.

3.3. Yapılan İşlemler ve Verilerin Toplanması

Konya ilindeki bir devlet hastanesinde gerçekteşirilmiş olan bu araştırmaya, gerekli izinler ve onayların alınmasından sonra başlanmıştır. Araştırmada kullanılacak tüm işlemlerde Konya İl Sağlık Müdürlüğü'nün araştırmalar konusunda belirlemiş olduğu kurallara uygun olarak hareket edilmiştir. Konya İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınan izin yazısı Ek-2'de sunulmuştur. DEHB tanısı konulurken ki işlemler ve işitsel değerlendirme aşamasındaki işlemler aşağıda anlatılmaktadır.

3.3.1. DEHB Tanısı Koyma Aşamasındaki İşlemler

Araştırmanın yapıldığı psikiyatri polikliniğine başvuran ve psikiyatri uzmanı tarafından yapılan klinik muayene sonucu DEHB şüphesi olan hastalar çalışmayla ilgili bilgilendirilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden ebeveynlere onam formu doldurtularak, klinik değerlendirmelerin yapılması için verilen randevu tarihinde gelmeleri söylenmiştir. Randevu günü gelen hastalara ve yakınlarına, yapılacak değerlendirmelerle ilgili aşamalar ayrıntılı bir şekilde anlatılmıştır. Öncelikle hasta ve ebeveyni hakkında detaylı bilgi almak ve araştırmada değerlendirmek amacıyla katılımcıların sosyodemografik bilgi formunu doldurmaları sağlanmıştır.

3.3.2. DEHB Ölçekleri İle İlgili İşlemler

Sosyodemografik bilgi formunu dolduran hasta ebeveynine DEHB tanısı koymada yardımcı araç olarak kullanılan aşağıdaki ölçekler ve ölçeklerin nasıl doldurulacağı hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Formları dolduracak hasta ebeveyninin zamanının uygun olması durumunda formun hastanede doldurulabileceği veya isteğine bağlı olarak daha sonra doldurulmak üzere zarf içinde eve götürülebileceği belirtilmiştir. Hasta ebeveyninin doldurmuş olduğu onam formu üzerindeki referans numarası diğer formlar üzerine kodlanmış olarak hastanın ebeveynine teslim edilmiştir. Onam formu dışında hiçbir form üzerinde kişisel bilgi bulundurulmamaktadır.

DEHB tanısı için uygulanan ölçekler CADÖ-48, CÖDÖ-28 ve ÇEDBÖ ile ilgili gerekli açıklamalar, hasta ebeveynine yapılmıştır. Öğretmen tarafından doldurulacak olan CÖDÖ-28 ve ÇEDBÖ kapalı zarf içerisinde hasta ebeveynine teslim edilmiştir. Ölçeklerin öğretmen tarafından doldurulduktan sonra bir sonraki görüşmede getirilmesi istenmiştir.

3.3.3. İşitme Değerlendirmesi Aşamasındaki İşlemler

DEHB tanısı konulan hastalar, işitme değerlendirilmeleri yapılmak üzere araştırmanın yapıldığı devlet hastanesinin KBB polikliniğine yönlendirilmiştir. KBB uzmanı tarafından kulak muayenesi yapılan hastalar, odyolojik değerlendirme için odyoloji birimine yönlendirilmiştir. Odyolojik değerlendirmeye ilişkin bilgiler aşağıda anlatılmaktadır.

3.3.3.1. Timpanometrik Değerlendirme

Odyometrist tarafından karşılanan hasta, test ile ilgili bilgilendirildikten sonra hastanın kulağına uygun prob ucu seçilerek test işlemine başlanmıştır. Uygun prob ucu takılan probun hastanın kulağına yerleştirilmesinden sonra timpanometrik ölçüm gerçekleştirilmiştir. Bu ölçüm diğer kulak için de tekrarlanmıştır. Sonuçlar cihazdan çıktı alınarak hastaya iletilmiştir.

3.3.3.2. Odyometrik Değerlendirme

Odyometrik değerlendirme için sessiz kabine alınan hastaya yönerge verildikten sonra kulaklarına kulaklık takılarak teste başlanmıştır. İlk olarak saf ses değerlendirmesi yapılmış, hastadan en düşük seviyede bile olsa duyduğu sesleri belirtmesi istenmiştir. Konuşma testleri için ise fonetik dengeli tek heceli kelime listesi ve üç heceli kelime listeleri hastaya okunarak tekrar etmesi istenmiştir. Kemik yolu işitme ölçümü için ise hastaya kemik vibratör takılarak, hastadan duyduğu en düşük seviyedeki sesleri belirtmesi istenmiştir. Değerlendirme tamamlandığında işitme eşiklerinin ve konuşma test sonuçlarının yer aldığı odyogram hastaya verilmiştir.

Araştırmada hasta sayısı 33'e ulaştığında DEHB tanısı için kullanılan ölçekler ve işitme tanısı ile ilgili testler psikiyatri uzmanı, uzman odyolog ve araştırmacı tarafından değerlendirilip yorumlanmıştır.

3.4. İstatistiksel Analiz

Çalışmanın istatistiksel analizi SPSS 16.0 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programı kullanılarak betimsel istatistiklerle belirlenmiş, sıklık değerleri için yüzdesel ifadeler kullanılmıştır.

4.BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde, yöntem bölümünde bahsedilen klinik değerlendirme sonuçları ve ölçeklere uygun olarak toplanan verilerin istatistiksel analizine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Analizler, amaç bölümünde belirtilen açıklamalara yönelik olarak yapılmıştır.

Bu araştırmada veri toplama sürecinde psikiyatri polikliniğine toplam 238 çocuk hasta başvurmuştur. Hastaların teşhislerine göre dağılımı, depresyon 44 hasta (%18,5), DEHB 43 hasta (%18,0), yaygın anksiyete bozukluğu 32 hasta (%13,5), enürezis 30 hasta (%12,6), özgül öğrenme bozukluğu 25 hasta (%10,5), mental retardasyon 15 hasta (%6,3), sosyal fobi 11 hasta (%4,6), obsesif kompulsif bozukluk 10 hasta (%4,2), karşıt olma karşı gelme bozukluğu 8 hasta (%3,4), diğer 20 hasta (%8,4) şeklinde olmuştur (Tablo 4.1.)

Tablo 4.1. Hastaların Teşhis Dağılımı.

	Sayı	Yüzde (%)
Depresyon	44	18,5
DEHB	43	18,0
Yaygın anksiyete bozukluğu	32	13,5
Enürezis	30	12,6
Özgül öğrenme bozukluğu	25	10,5
Mental retardasyon	15	6,3
Sosyal fobi	11	4,6
Obsesif kompulsif bozukluk	10	4,2
Karşıt olma karşı gelme bozukluğu	8	3,4
Diğer	20	8,4

Bu araştırmaya dâhil edilmek amacıyla DEHB şüphesi olan 54 hasta ile görüşülmüştür. Bu hastalardan 43'üne klinik görüşmeler sonucunda hekim tarafından DEHB tanısı konulmuştur. DEHB tanısı konulan 43 hasta ile yapılan görüşmeler sonucunda 7 hastanın ebeveyni araştırmaya katılmayı istememiştir. 3 hastanın ebeveyni ise onam formunu eşine imzalatmak istemesi sebebiyle almış, fakat araştırma süresi içerisinde tekrar psikiyatri polikliniğine başvurmamıştır. Hekim tarafından DEHB tanısı alan ve araştırmaya katılmayı onaylayan 33 hasta araştırmaya dâhil edilmiştir.

4.2. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Bu bölümde çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik durumlarına ait bulgular verilmektedir.

4.2.1. Hastanın Yaş Cinsiyet ve Eğitim Durumu

Çalışmaya katılan 33 hastanın 28'i (%84,8) erkek çocuk, 5'i (%15,2) kız çocuktur. Hastaların yaş ortalaması $11,24 \pm 3,20$ yıl (yaş aralığı 6 – 16 yıl) idi (Tablo 4.1.).

Katılımcı hastaların tamamı öğrenci olup, 17'si (%51,5) ilköğretim birinci kademe (1-5 arası sınıflar), 16'sı (%48,5) ilköğretim ikinci kademe (6-11 arası sınıflar) öğrencisidir (Tablo 4.1.).

Hastaların 27'sinin (%81,8) okul devamsızlığı vardı. Hastaların geçen yıl sınıf geçme derecesi değerlendirildiğinde 1 (%3) hastanın zayıf, 10 (%30,3) hastanın geçer, 10 (%30,3) hastanın orta, 6 (%18,2) hastanın iyi, 6 (%18,2) hastanın pekiyi ile sınıf geçtiği belirlenmiştir.

Hastaların kardeş sayısının dağılımı incelendiğinde 6 (%18,2) hastanın kardeşinin olmadığı, 12 (%36,4) hastanın 1 kardeşi, 5 (%15,1) hastanın 2 kardeşi, 7 (%21,2) hastanın 3 kardeşi ve 3 (%9,1) hastanın ise 4 kardeşi olduğu görülmüştür (Tablo 4.1.).

Hastanın birlikte yaşamakta olduğu ebeveynlerine ait bulgular, 3 (%9,1) hastanın annesi ile 27 (%81,8) hastanın anne ve babası ile birlikte, 1 (%3,0) hastanın yalnızca büyükanne - büyükbabası ile ve 2 hastanın da (%6,1) anne, baba – Büyükanne, Büyükbabası ile birlikte yaşadığını göstermektedir. Anne veya babasıyla birlikte yaşamayan 4 hastanın; “Hasta anne veya babası ile birlikte yaşamıyorsa sebebi nedir?” sorusuna hastaların tamamı (%100) anne ve babanın boşanmaları veya ayrı yaşamaları olarak cevap vermiştir (Tablo 4.2.).

Tablo 4.2. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri.

		Sayı	Yüzde (%)
Cinsiyet	Erkek Çocuklar	28	84,8
	Kız Çocuklar	5	15,2
Yaş Aralığı	6-11 Yaş	17	51,5
	12-16 Yaş	16	48,5
Sınıfı	1-5. Sınıflar	17	51,5
	6-11. Sınıflar	16	48,5
Kardeş Sayısı	Yok	6	18,2
	1	12	36,4
	2	5	15,1
	3	7	21,2
	4	3	9,1
Düzenli Olarak İlaç Kullanıyor mu?	Hayır	24	72,7
	Evet	9	27,3
Geçen Yılkı Sınıf Geçme Derecesi	Zayıf	1	3,0
	Geçer	10	30,3
	Orta	10	30,3
	İyi	6	18,2
	Pekiyi	6	18,2
Geçen Yıl Okul Devamsızlığı	Var	27	81,8
	Yok	6	18,2
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Anne	3	9,1
	Anne – Baba	27	81,8
	Büyükanne – Büyükbaba	1	3,0
	Anne, Baba – Büyükanne, Büyükbaba	2	6,1

4.2.3. Hastanın Ebeveyninin Sosyodemografik Özellikleri

Hastaya bakım veren ebeveynin hastaya olan yakınlığı? Sorusuna; 30 hasta (%90,9) anne, 1 (%3,0) hastanın cevabı baba ve 2 (%6,1) hastanın cevabı da diğer (abla ve dede) şeklinde olmuştur. Ebeveynin doğum yeri sorusuna ait cevapların 31 (%93,9)'i Konya, 2'si (%6,1) diğer (İstanbul, Urfa) şeklindedir.

Ebeveynlerin eğitim durumlarına bakıldığında 23 (%69,7) kişinin ilkökul, 4 (%12,1) kişinin ortaokul, 5 (%15,2) kişinin lise ve 1 (%3,0) kişinin de üniversite mezunu olduğu görülmüştür.

Ebeveynlerin çalışma durumları ise 30 hastanın (%90,9) ebeveyninin çalışmadığını, çalışan ebeveyn sayısının ise 3 (%9,1) olduğunu ortaya koymuştur.

Ebeveynin gelir düzeyine ait bilgiler ise, ebeveynlerden 8'i (%24,2) 0-710 TL gelir düzeyine sahip iken, 12'si (%36,4) 711-1000 TL gelir düzeyine, 8'i (%24,2) 1001-1600 TL gelir düzeyine, 5'i (%15,2) ise 1601-2400 TL' gelire sahip olduğunu göstermiştir.

Ebeveynin mesleki durumu bakımından değerlendirildiğinde 30 (%91,0) hastanın ebeveyninin ev hanımı, 1 (%3,0) kişinin memur, 1 (%3,0) kişinin serbest meslek ve 1 (%3,0) kişinin ise emekli olduğu şeklindedir. Ebeveynin sağlık güvencesine ait bilgiler kişilerin 25'nin (%75,8) SSK, 3'nün (%9,1) Emekli Sandığı, 3'nün (%9,1) Bağkur, 1'nin (%3,0) Yeşil Kart güvencesinde olduğunu ve 1 (%3,0)'hastanın ise sağlık güvencesinin olmadığını göstermektedir (Tablo 4.3.).

Tablo 4.3. Hastanın Ebeveyninin Sosyodemografik Özellikleri.

		Sayı	Yüzde (%)
Hastaya Olan Yakınlık Derecesi	Anne	30	90,9
	Baba	1	3,0
	Diğer	2	6,1
Doğum Yeri	Konya	31	93,9
	Diğer	2	6,1
Eğitim Durumu	İlk Okul	23	69,7
	Orta Okul	4	12,1
	Lise	5	15,2
	Üniversite	1	3,0
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	30	90,9
	Çalışıyor	3	9,1
Emeklilik Durumu	Emekli	2	6,1
	Emekli Değil	31	93,9
Gelir Düzeyi	0-710 TL	8	24,2
	711-1000 TL	12	36,4
	1001-1600 TL	8	24,2
	1601-2400 TL	5	15,2
Mesleki Durum	Memur	1	3,0
	Serbest Meslek	1	3,0
	Ev Hanımı / Çalışmıyor	30	91,0
	Emekli	1	3,0
Sağlık Güvencesi	Yok	1	3,0
	SSK	25	75,8
	Emekli Sandığı	3	9,1
	Bağkur	3	9,1
	Yeşil Kart	1	3,0

4.2.2.Hastaların Ebeveynlerinin Ruhsal ve Fiziksel Durumu

“Hastanın anne ve babasının bilinen ruhsal ve fiziksel bir sorunu var mı?” sorusuna verilen cevaplara göre;

Annenin bilinen ruhsal rahatsızlığı olan 1 (%3,1) kişi iken rahatsızlığı olmayan kişi sayısı 32 (%96,9) idi. Annesinin bilinen fiziksel rahatsızlığı olan 2 (%6,1) kişi varken rahatsızlığı olmayan kişi sayısı 31 (%93,9) idi.

Babasının bilinen ruhsal rahatsızlığı olan hasta sayısı 3 (%9,1) iken rahatsızlığı olmayan hasta sayısı 30 (%90,9) du. 1 (%3,1) hastanın babasında bilinen fiziksel rahatsızlık varken, babasında fiziksel rahatsızlığı olmayan hasta sayısı 32 (%96,9) idi (Tablo 4.4.).

Tablo 4.4. Hastanın Ebeveyninin Ruhsal ve Fiziksel Durumları.

		Sayı	Yüzde (%)
Annenin Ruhsal Sorunu Var mı?	Hayır	32	96,9
	Evet	1	3,1
Annenin Fiziksel Sorunu Var mı?	Hayır	31	93,9
	Evet	2	6,1
Babanın Ruhsal Sorunu Var mı?	Hayır	30	90,9
	Evet	3	9,1
Annenin Fiziksel Sorunu Var mı?	Hayır	32	96,9
	Evet	1	3,1

4.3. DEHB ile İlgili Bulgular

Bu bölümde DEHB değerlendirmesinde kullanılan testlere ait bulgular verilmektedir.

4.3.1. CADÖ–48 ve CÖDÖ–28’e İlişkin Bulgular

CADÖ–48’i dolduran ebeveyn sayısı 33 olmuş ve bunlardan 31’inde DEHB tanısını destekleyen sonuç tespit edilmiştir. CÖDÖ–28’i dolduran öğretmen sayısı 33 olmuş ve bunlardan 29’unda DEHB tanısını destekleyen sonuç tespit edilmiştir.

CADÖ-48'e ait bulgular, DEHB Alt tiplerine göre; 31 hastanın 7'sinde (%22,6) DEHB-D, 3'ünde (%9,7) DEHB-H, 21'inde (%67,7) DEHB-B olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4.).

CÖDÖ-28'e ait bulgular, DEHB Alt tiplerine göre; ebeveyn formuyla benzer şekilde formu doldurulan 29 hastanın 7'sinde (%24,1) DEHB-D, ebeveyn formundan farklı olarak 9'ünde (%31,1) DEHB-H, 13'inde (%44,8) DEHB-B olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5.).

Tablo 4.5. Connors' Ölçeklerine Ait Bulgular.

	CADÖ-48		CÖDÖ-28	
	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)
DEHB-D	7	22,6	7	24,1
DEHB-H	3	9,7	9	31,1
DEHB-B	21	67,7	13	44,8
Toplam	31	100,0	29	100,0

4.3.2. ÇEDBÖ'ne İlişkin Bulgular

ÇEDBÖ'yi dolduran ebeveyn sayısı 32 olmuş ve bunların 26'sında DEHB tanısını destekleyen sonuç tespit edilmiştir. ÇEDBÖ'yi dolduran öğretmen sayısı ise 30 olmuş ve bunlardan 19'u DEHB tanısını destekleyen sonuç tespit edilmiştir. ÇEDBÖ'ye göre yapılan ebeveyn değerlendirmesine ait bulgular, DEHB Alt tiplerine göre; hastaların 8'inde (%30,8) DEHB-D, 5'inde (%19,2) DEHB-H, 10'unda (%38,5) DEHB-B ve 3'ünde (%11,5) DEHB-Diğer bozukluğu olduğunu göstermektedir (Tablo 4.6.).

ÇEDBÖ'ye göre öğretmen değerlendirmesine ait bulgular, DEHB alt tiplerine göre; hastaların 8'inin (%42,1) DEHB-D, 4'ünün (%21,1) DEHB-H, 6'sının (%31,6) DEHB-B ve 1'inin (%5,2) DEHB-Diğer tanısı aldığını ortaya koymuştur (Tablo 4.6.).

Tablo 4.6. ÇEDBÖ Ait Bulgular.

	Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları Ebeveyn (ÇEDBÖ)		Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları Öğretmen (ÇEDBÖ)	
	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)
DEHB-D	8	30,8	8	42,1
DEHB-H	5	19,2	4	21,1
DEHB-B	10	38,5	6	31,6
DEHB-Diğer	3	11,5	1	5,2
Toplam	26	100,0	19	100,0

4.4. İşitme Değerlendirmesine İlişkin Bulgular

Bu bölümde DEHB olan hastaların odyolojik durumlarını değerlendirmek için timpanometre ve odyometre ile yapılan testlerin sonuçlarına ait bulgular verilmektedir.

4.4.1. Timpanometrik Değerlendirmeye İlişkin Bulgular

Sağ kulak timpanometrik değerlendirme sonuçları incelendiğinde; 32 kulaktan 18'sinde (%56,2) normal (tip A timpanogram), 14'ünde (%43,8) ise normal olmayan timpanogram sonuçları elde edilmiştir. Sağ kulak için timpanogram tipi dağılımı; 18 (%56,2) kulakta tip A, 9 (%28,1) kulakta tip As, 1 (%3,1) kulakta tip B, 4(%12,5) kulakta ise tip C timpanogram olduğunu göstermektedir (Tablo 4.7.).

Sol kulak için timpanometrik inceleme sonuçları; 32 kulaktan 20'sinde (%62,5) normal değerlerde, 12'inde (%37,5) ise normal olmayan değerlerde tespit edilmiştir. Sol kulak için timpanogram tipi dağılımı; 19 (%59,4) kulakta tip A, 9 (%28,1) kulakta tip As, 4 (%12,5) kulakta tip C timpanogram şeklindeydi (Tablo 4.7.).

Değerlendirilen hastaların 9'unda (%28,1) zarda hareket kısıtlılığı olduğu anlamına gelen tip As timpanogram elde edilmesi dikkat çekici bir bulgudur. Normal kabul edilen basınç seviyesinde tepe noktası olan tip As timpanogramlar için kompiyans değerleri ortalama 0,29 (ranj 0,16 - 0,48) olarak bulunmuştur.

Negatif orta kulak basıncı varlığı anlamına gelen tip C timpanogram elde edilen 4 (%12,5) hastaların ortalama orta kulak basınç değeri -160 dapa (ranj -109 - -285) olarak bulunmuştur.

Sol kulağında tip C timpanogram elde edilen bir hastanın sağ kulağında kulak zarı perforasyonu (yırılması) düşündürülen tip B timpanogram elde edilmiştir (Düz timpanogram)

Tablo 4.7. Timpanometrik Değerlendirme Sonuçları.

		Sağ Kulak		Sol Kulak	
		Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)
Timpanometre Normalite Durumu	Normal	18	56,2	20	62,5
	Normal Değil	14	43,8	12	37,5
Timpanometre Tipi	tip A	18	56,2	19	59,4
	tip As	9	28,1	9	28,1
	tip B	1	3,1	0	0,0
	tip C	4	12,5	4	12,5

4.4.2. Odyometrik Değerlendirme İle İlgili Bulgular

Sağ kulak için odyometrik değerlendirmeler incelendiğinde; 33 hastanın 27'sinin (%81,8) sağ kulakta normal odyometrik bulgulara sahip olduğu görülmüştür. Normal olan bu bulgular normal SSO (saf ses ortalaması), normal KA (konuşmayı alma) puanı, normal KAY (konuşmayı ayırt etme) puanı) şeklinde iken 6 (%18,2) hastanın ise normal olmayan bulgulara sahip olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.7.). Saf ses işitme değerlendirmesine göre, sağ kulakta odyolojik bulguları normal olmayan 6 hastanın, 4'ünde (%12,1) iletim tipi, 2'sinde (%6,1) sensöri nöral tip işitme kaybı tespit edilmiştir. İşitme kaybı olan hastaların, 5'inde (%15,2) çok hafif derecede iletim tipi işitme kaybı, 1 (%3,0) hastada hafif derecede iletim tipi işitme kaybı olduğu görülmüştür. 2 (%6,1) hastada saf ses ortalaması normal sınırlarda olmakla birlikte yüksek frekanslarda artan (4000 ve 6000 Hz.de) S/N düşüş gözlenmiştir. Bir hastanın ise yine sağ kulağında 2000 Hz.de çentik tespit edilmiştir

(Tablo 4.8.). Sağ kulağında 2000 Hz'de çentik görülen hastanın sol kulağındaki bulguları normal olarak değerlendirilmiştir.

Sol kulak için odyometrik değerlendirmeler incelendiğinde; 33 hastanın 25'inde (%75,8) sol kulakta normal odyometrik bulgulara sahip olduğu normal SSO (saf ses ortalaması), normal KA (konuşmayı alma) puanı, normal KAY (konuşmayı ayırt etme puanı), 8 (%24,2) hastanın ise normal olmayan bulgulara sahip olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.8.).

Saf ses işitme değerlendirmesine göre, sol kulakta odyolojik bulguları normal olmayan 8 hastanın, 5'inde (%15,2) iletim tipi, 3'ünde (%9,0) sensori nöral tip işitme kaybı tespit edilmiştir. İşitme kaybı olan hastaların, 7'sinde (%21,2) çok hafif derecede iletim tipi işitme kaybı, 1 (%3) hastada hafif derecede iletim tipi işitme kaybı olduğu görülmüştür (Tablo 4.8). Sol kulak değerlendirmesinde 4 (%12,1) hastada saf ses ortalaması normal sınırlarda olmakla birlikte yüksek frekanslarda artan (4000 ve 6000 Hz.de) S/N düşüş gözlenmiştir.

Tablo 4.8. Odyometrik Saf Ses Değerlendirme Sonuçları.

		Sağ Kulak		Sol Kulak	
		Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)
Odyolojik Değerlendirme Sonucu	Normal	27	81,8	25	75,8
	Normal Değil	6	18,2	8	24,2
İşitme Kaybı Tipi	Normal	27	81,8	25	75,8
	İletim	4	12,1	5	15,2
	Sensori Nöral	2	6,1	3	9,0
İşitme Kaybı Derecesi	Normal	27	81,8	25	75,8
	Çok Hafif	5	15,2	7	21,2
	Hafif	1	3,0	1	3,0
İşitme Kaybı Konfigurasyonu	Düz	26	78,8	24	72,7
	Alçak Frekanslarda Artan	4	12,1	5	15,2
	Yüksek Frekanslarda Artan	2	6,1	4	12,1
	2000 Hz' de Çentik	1	3,0	0	0,0

Konuşma değerlendirmesi sonuçları incelendiğinde 33 hastanın tümünde konuşmayı anlama puanları saf ses değerlendirmesinin sonuçlarıyla uyumlu bulunmuştur. Sol kulak ortalaması $21,5\pm 6,5$ (ranj 10-35), sağ kulak $21,67\pm 7,5$ (ranj 10-40), puanları normal sınırlarda olarak değerlendirilmiştir. Konuşma ayırt etme puanları ise sol kulak ortalaması $89,73\pm 3,1$ (ranj 84-96), sağ kulak $89,73\pm 3,4$ (ranj 80-96) Şeklinde normal sınırlarda bulunmuştur. En rahat ses değerleri ise sol kulak ortalaması $33,67\pm 7,3$ (ranj 25-45), sağ kulak $33,83\pm 7,9$ (ranj 20- 50) Şeklinde normal sınırlarda bulunmuştur.

Koklear hassasiyeti gösteren tesir edici ses seviyesi normal olarak kabul edilen sol kulak ortalaması $108,67\pm 4,5$ (ranj 100-115), sağ kulak $108,5\pm 4,4$ (ranj 100-115) değerlerde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.9.).

Tablo 4.9. Konuşma Testleri Sonuçları.

	Sol Kulak		Sağ Kulak	
	Ortalama	Ranj	Ortalama	Ranj
Konuşmayı Anlama	21,5	10-35	21,67	10-40
Konuşmayı Ayırt Etme	89,73	84-96	89,73	80-96
En Rahat Ses	33,67	25-45	33,83	20-50
Tedir Edici Ses	108,67	100-115	108,5	100-115

Sonuç olarak; hekim tarafından tanısı konulmuş olan 33 (%100) DEHB hastasından 6'sında (%18,2) işitme kaybı olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.10.).

Tablo 4.10. DEHB Olan Hastalarda İşitme Kaybı.

	İşitme Sorunu		Toplam
	Mevcut Değil	Mevcut	
DEHB Sorunu	27	6	33
	81,8%	18,2%	100,0%

5.BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu çalışmanın temel amacı Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı alan 6 ila 18 yaşındaki hastaların işitme özelliklerini incelemektir. Bu amaçla ilk olarak DEHB olan hastaları belirleyebilmek için psikiyatri uzmanı tarafından klinik görüşme yapılmış ve CADÖ-48 ve CÖDÖ-28 ile ÇEDBÖ uygulanmıştır. Görüşme ve değerlendirmeler sonucu DEHB tanısı konan hastalara işitme değerlendirmesi yapmak için timpanometrik ve odyometrik değerlendirme yapılmıştır. Bu bölümde, değerlendirmeler sonucunda DEHB olduğu belirlenen hastaların işitme özelliklerine ait bulgular tartışılmıştır.

5.1. DEHB Olduğu Belirlenen Hastalara İlişkin Sosyodemografik ve Klinik Özellikler

DEHB farklı ortamlarda farklı zorluklara ve kısıtlılıklara neden olan nöro-davranışsal bir bozukluktur (Venkatesh ve diğerleri, 2012). Bireyin kendi yaşı ve gelişim düzeyiyle kıyaslandığında dikkat, hareketlilik ve dürtüsellik boyutunda, bireyin işlevselliğini etkileyecek ölçüde sapma gözlemlenmektedir. Oluş nedenindeki farklılıklar gibi gözlemlenen temel özellikleri ve eşlik eden hastalıklar da farklılık göstermektedir. DEHB yaşam boyu süren bir bozukluk olduğu için, dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik gibi temel özelliklerin izleri ergen ve erişkin dönemde de gözlenmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008: 779).

DEHB okul çağı çocuklarının yaklaşık % 3-5'inde görülmektedir ve sıklıkla 10 yaş civarında daha fazla fark edilmektedir (Schum, 2004). Venkatesh ve diğerlerinin (2012) yaptıkları geriye dönük çalışmada, değerlendikleri 251 hastanın % 19.6'sının 3 yaşından küçük, % 35.3 'ünün 3 ila 5 yaş arasında,% 41'inin 5 ila 9 yaş arasında ve % 12'sinin 9 yaşından büyük olduğunu belirtmişlerdir. Aynı çalışmadaki erkek hastaların yaş ortalaması 5.8 ± 2.9 yıl kız hastaların yaş ortalaması ise 4.9 ± 1.9 yıl olarak bulunmuştur. Türkiye'de yapılan farklı araştırmalarda da ilkokul çağındaki çocuklarda ve ergenlerde DEHB sıklığının % 5-10 arasında değiştiği saptanmıştır (Motavallı, 1994; Albayrak, 1998; Özcan ve diğerleri, 1998). Bu çalışmada, sosyodemografik form ile alınan bilgiler, çalışmaya katılan DEHB

olan hastaların %51,5'sinin 6 ila 11 yaş arasında ve %48,5'inin 11 yaşından büyük olduğunu göstermektedir. Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması $11,24 \pm 3,20$ yıl (ranj 6 – 16 yıl) olarak bulunmuştur. Bu sonuç, DEHB'nin dünyada ve Türkiye'de görülme sıklığı ile ilgili çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Ayrıca bu çalışmadaki hastaların tamamının öğrenci olması, 17'si (%51,5) ilköğretim birinci kademedeki (1-5 arası sınıflar), 16'sı (%48,5) ilköğretim ikinci kademedeki (6-11 arası sınıflar), DEHB'nin farklı yaş gruplarında görülebildiğinin, çocuklukta başlayıp ergenlikte de devam edebildiği görüşlerini desteklemektedir. DEHB çocukluk çağlarında fark edilmesi ile başlayan ergenlik ve yetişkinlik döneminde devam eden yaşam boyu süren bir hastalıktır (Öztürk ve Uluşahin, 2008: 780).

DEHB kız çocuklara oranla erkek çocuklarda daha sık görülmektedir (Biederman, 2004; Özcan ve diğerleri, 1998). Yukarıda bahsedilen Venkatesh ve diğerlerinin (2012) yaptığı çalışmada DEHB olduğu belirlenen hastaların % 86.3 ünün erkek ve % 13.7 sinin kız olduğu belirtilmiştir. İngiltere'de 2003 yılında Ford ve diğerleri tarafından yapılan bir araştırmada değerlendirilen 5-15 yaş arası 10.438 çocuktan % 3.62'sinin erkek DEHB hastası olduğu % 0.85 kız DEHB hastası olduğu belirlenmiştir (NICE, 2009). Biederman (2004) tarafından yapılan araştırma sonucuna göre DEHB sorununun görülme oranı erkek/kız için 3/1 şeklindedir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda da DEHB'nin erkeklerde daha sık olduğu bilgisini desteklenmektedir (Özcan ve diğerleri, 1998). Bu çalışmada hastalığın cinsiyete göre dağılımı, hastaların 28'inin (%84,8) erkek, 5'inin (%15,2) kız olduğu şeklindedir. Cinsiyet farkı gözlemlenmeden rasgele seçilen hastaların büyük çoğunluğunun erkek olması, DEHB'nin erkeklerde daha sık görüldüğü bilgisine benzerlik göstermektedir.

Bir bireyin okula adaptasyonunu veya genç yetişkinin iş ortamındaki durumunu değerlendirmek DEHB ile ilgili tanı koyma aşamasında çok önemlidir. Okul ve iş yerindeki durum ile ilgili bilgi toplanırken gözlem yapılabilir, yetkili ile direkt görüşmeler yapılabilir veya anketler uygulanabilir (NICE, 2009). Bu çalışmada DEHB tanı koyma aşamasında çok boyutlu değerlendirme yapmak için öğretmen anketleri kullanılmıştır. NICE'nin 2009'da belirttiğine göre: 4-14 yaş arası okul çağı çocukları değerlendiren birçok çalışma ek mental sorunu olmayan bu çocukların dikkat dağınıklığı, hiperaktivite ve düşük okul performansı sergilediklerini göstermiştir (NICE, 2009). Türkiye'de yapılan bir çalışmada

DEHB'nun çocukların okul performansı üzerindeki genel etkilerinin; üretkenlik ve motivasyon sorunları, fikir ve duygularını ifade edebilme yeteneğinde azalma, çalışan bellekte azalma, konuşmada bozukluklar, sınıfta kötü davranış, düşük nitelikli akademik başarı, sınıfta kalma, liseden mezun olamama olarak belirtilmiştir (Özalp, 2006: 131). Bu çalışmada DEHB olan hastaların 29'unda (%87,9) okul devamsızlığının olması, hastaların geçen yıl sınıf geçme ortalamasının $2,23 \pm 1,18$ (dörtlü not sistemi 0-4) şeklinde düşük olması yukarıda belirtilen çalışma bulgularıyla benzerlik göstermekte, DEHB'nun hastaların okul yaşantılarında sorunlara neden olduğuna işaret etmektedir.

DEHB belirtileri, hastalığın oluşmasında genetik etkilerin olabileceğini düşündürmektedir. Faraone ve diğerlerinin 2005'te yaptıkları ikiz çalışmasında, DEHB belirtilerinde genetik faktörlere bağlı olarak yaklaşık % 76 farklılık olabileceği işaret edilmektedir (Buitelaar, Kan, ve Asherson, 2011: 120). Bununla birlikte hastalığa büyük oranda etki eden belirli bir genden bahsedilmemektedir. Genetik etkinin farklılıklar gösterdiği çalışmalarda belirtilmektedir (Semerci ve Turgay, 2007: 78). Bu çalışmada da değerlendirme sırasında aileye yönelik sorular olmakla birlikte bilgiler DEHB ile genetik yatkınlık arasındaki ilişkiyi tam değerlendirecek nitelikte olmadığı için DEHB ve genetik yatkınlık arasındaki ilişki incelenememiştir.

5.2. DEHB'nin Değerlendirilmesi İle İlgili Sonuçlar

DEHB ve işitme kaybı özellikle bazı belirtileri nedeniyle benzerlik göstermektedir. Bu benzerlikler için tanı koyma sırasında zaman zaman karışıklığa neden olabilmektedir. DEHB olan hastalarda işitsel değerlendirmenin gerekliliğini incelemek bu araştırmanın temelini oluşturmaktadır. Bu konuda detaylı bir çalışma bulunmamakla birlikte bazı araştırmalar konunun önemini altını çizmektedir (Graundfest,1991; Schum, 2004).

NICE'nin 2009'da yayınladığı rehberde, oluş nedeni, belirtileri ve seyri farklılıklar gösteren bir bozukluk olan DEHB'yi çok boyutlu değerlendirmenin önemi vurgulanmaktadır. Hastaları farklı ortamlarda çok yönlü etkileyen bir bozukluk olan DEHB değerlendirilirken de tek başına kullanılacak bir

değerlendirme yöntemi bulunmamaktadır. Klinik görüşme ve psikometrik anketlerin birlikte kullanılması önerilmektedir (NICE, 2009; Schum, 2004). DEHB tanısının yalnızca klinik görüşmeyle konmasının yetersiz olabileceği, kişinin kendisiyle ilgili taraflı değerlendirmelerinden etkileneyeceği ve bu nedenle uygunsuz tedaviyle sonuçlanabileceği yapılan çalışmalarda gösterilmektedir (Meyer, Finn ve Eyde, 2001). Ancak yine de DEHB tanısı koymada, mevcut olan birçok yardımcı araca rağmen davranışsal değerlendirme ve DSM-IV-TR tanı kriterleri doğrultusunda yapılan klinik görüşmeler altın standart olarak kabul edilmektedir (Schum, 2004).

Bu bilgiler ışığında bu çalışmada DEHB tanısı için DSM-IV-TR tanı kriterlerini göz önüne alan psikiyatrik görüşme yapılmış, CADÖ-48, CÖDÖ-28 ve ÇEDBÖ yardımcı araçlar olarak kullanılmıştır. Kullanılan CÖDÖ-28 ve CADÖ-48 ile ÇEDBÖ ölçekleri ile DEHB alt tiplerinin belirlenmesi sağlanmıştır. Bu ölçeklere göre, DEHB olan hastalar DEHB-D, DEHB-H ve DEHB-B alt tip gruplarına ayrılmıştır. Wilens ve diğerleri (2002) tarafından yapılan araştırmada DEHB tanısı alan kişilerin %50 - %75 arasında DEHB-B, %20 - %30 DEHB-D ve %15'den daha az da DEHB-H olduğu bildirilmektedir. Diğer bir çalışmada DEHB-B alt tip yaygınlığı % 40 oranında DEHB-D alt tipi % 31 oranında ve DEHB-H alt tipi % 25 oranında belirtilirken % 4 tanımlanamayan sınır seviye hastadan bahsedilmektedir (Venkatesh ve diğerleri, 2012). Bu çalışmada DEHB alt tiplerine göre; hastaların 10'sunda (%30,3) DEHB-D, 7'sinde (%21,2) DEHB-H, 16'sında (%48,5) DEHB-B tanısı saptanmıştır. DEHB alt tiplerinin yaygınlık dağılımı diğer araştırma bulguları ile benzer bulunmuştur.

Bu çalışmanın DEHB alt tiplerinin belirlenmesinde kullanılan ölçeklerin sonuçları yönünden birbiriyle uyumu değerlendirildiğinde, CADÖ-48 ve CÖDÖ-28' ne ait bulguların birbirleri ile genel olarak uyumlu oldukları görülmüştür. Ayrıca diğer ölçek olan ÇEDBÖ'ye göre de yapılan Ebeveyn değerlendirmesine ait bulgular ile ÇEDBÖ Öğretmen değerlendirmesine ait bulguların birbirleri ile genel olarak uyumlu oldukları görülmüştür.

5.4. DEHB ve İşitsel Değerlendirme Sonuçları

İşitme kaybı, iletişim için gerekli işitsel bilgilerin eksik alınmasından dolayı birçok yönden işitme kayıplı bireyleri etkilemektedir. İşitsel bilginin eksik

alınmasından dolayı oluşan özellikle algısal ve davranışsal problemler DEHB gibi nörodavranışsal bozukluklarla karışmakta, zaman zaman işitme kayıplı bireylerin DEHB gibi başka bir problemleri varmış gibi değerlendirilmesine neden olmaktadır (Schum, 2004; Ullrich, 2002; Pundir, Nagarkar ve Panda, 2007). Yapılan bir çalışmada çok hafif/hafif derecedeki işitme kaybının, DEHB olan hastaların özellikle sınıf ortamında konuşmaları anlayamaması ve iletişimde yaşadıkları zorluklarla ilişkili olabileceği belirtilmektedir (Schum, 2004). Ayrıca yapılan bazı çalışmalar konuşma gecikmesi, işitme kaybı ve öğrenme bozukluklarının otizm ve DEHB gibi bozukluklarla birlikte görülebileceği göstermektedir (Leung ve Kao, 1999; Schum, 2004). Bu çalışmada DEHB tanısı konulan hastaların işitsel değerlendirme sonuçları incelenmiştir. Hastaların bir kısmında, bulgular normalden farklılıklar göstermektedir. Yapılan odyometrik değerlendirme sonunda 33 hastanın 6'sında çok hafif/hafif derecede işitme kaybı tespit edilmiştir. Odyometrik değerlendirmede saf ses eşik bulguları 33 hastanın 7'sinde (%21) sağ kulakta, 9'unda (%27) sol kulakta normal sınırlar dışında bulunmuştur. Hastaların değerlendirme sonuçlarının kulaklar arasında farklılık göstermesi, her iki kulağın odyolojik açıdan ayrı ayrı değerlendirilmesi gerektiğinin önemini göstermektedir.

DEHB olan hastaların büyük bir çoğunluğunun televizyon ve radyonun sesini fazla açıyor olması aile görüşmelerinde karşılaşılan sık yakınmalardandır. Bu çalışmada DEHB olan 4 hastada saf ses değerlendirme sonucunda yüksek frekans (4000, 6000 Hz) eşiklerinde düşüş gözlenmesi, akustik travma nedeniyle olan yüksek frekans işitme kaybına işaret etmektedir. Bu bulgunun aile görüşmelerinde karşılaşılan yakınmayla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

DEHB olan çocuklar özellikle sınıf ortamı gibi uyarıların fazla olduğu, gürültülü ortamlarda daha fazla sorun yaşadıkları bilinmektedir (NICE, 2009). Bu çalışmada DEHB olan çocukların işitsel algı ve anlama becerilerini değerlendirebilmek için, konuşma testleri yapılmıştır. Bu testler; Konuşmayı Alma Seviyesi, Konuşmayı Ayırt Etme Puanı ve Rahatsız Edici Ses seviyesini belirlemeye yönelik yapılan test sonuçları tüm hastalar için saf ses eşikleriyle uyumlu ve normal sınırlarda bulunmuştur. Ancak, Konuşmayı Ayırt Etme Puanlarının 100 üzerinden 84 ile 96 arasında oluşu ve 5 hastanın alt sınır kabul edilen 84 puan alması, DEHB olan

hastaların özellikle sınıf ortamında konuşmaları anlayamaması ve iletişimde yaşadıkları zorluklarla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (Schum, 2004).

Timpanometrik değerlendirme sonuçları 33 hastanın 18'sinde (%56) sağ kulakta normal değerlerde, 20'sinde (%62) sol kulakta normal değerlerde bulunmuştur. Normal olmayan timpanogramlar, hastaların odyometrik değerlendirme sonuçlarıyla uyumlu olacak şekilde 5 hastada iletim tipi işitme kaybı düşündürülen tip B ve tip C şeklindedir. 9 hastanın ise işitme kaybı olmaksızın tip As timpanogramına sahip olması bu bulgunun DEHB ile ilişkisi yönünden araştırılması gereğine işaret etmektedir. Odyometrik bulgularla uyumlu olan timpanometrik bulgular da DEHB ve işitme kaybının birlikte görülebileceği veya benzer belirtiler gösterebileceği bilgisini desteklemektedir (Telee, 1990; Grundfast ve diğerleri, 1991; Schum, 2004).

Bu araştırmada DEHB tanısı konulan hastalarda işitme bulgularını incelemek amacıyla odyolojik değerlendirmeleri yapılmıştır. Bu amaçla yapılan timpanometrik ve odyometrik değerlendirme sonuçlarının normalden farklılık göstermesi dikkat çekicidir. Ashitani ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan bir çalışmada da işitme kayıplarında DEHB bulgusunun değerlendirilmesinin hem tanı hem tedavi için önemli olduğu belirtilmiştir.

Araştırmanın bulguları ışığında değerlendirme yapıldığında araştırmaya katılan 33 hastadan 6'sında çok hafif/hafif düzeyde işitme kaybı olması, 9 hastada normal işitme eşiklerine rağmen tip As timpanogram elde edilmesi bu konu üzerinde detaylı çalışmalar yapılması gerektiğini göstermektedir. Matas ve diğerleri, 2009 yılında yaptıkları çalışmada Asberger Sendromu ve Otizm Bozukluğu olan 8-19 yaş arası 20 bireyi odyometrik ve elektrofizyolojik yöntemlerle değerlendirmişlerdir. Bireylerin odyometrik değerlendirme sonuçlarının kontrol grubu sonuçlarına göre bir farklılık göstermediğini ancak, işitsel beyin sapı cevabını içeren elektrofizyolojik değerlendirme (ileri odyolojik tetkik) sonuçlarında farklılıklar olduğunu bulmuşlardır. Konuyla ilgili daha geniş örneklemlerle detaylı çalışmalara ihtiyaç olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada, DEHB olan hastaların sadece odyometrik ve timpanometrik değerlendirmelerinin yapılmış olması çalışmanın kısıtlılıklarından biridir. İşitsel dikkat ve algı kavramlarının çok önemli olduğu DEHB'nda, işitsel beyin sapı cevabı (auditory brainstem response, ABR), akustik reflex, otoakustik

emisyon değerlendirmelerini içeren diğer odyolojik yöntemlerin kullanılacağı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Pundir, Nagaskar ve Panda (2007) yaptıkları çalışmada, ileri derecede işitme kaybı tanısı alıp bir çeşit işitme cihazı olan koklear implant takılan hastaları DEHB yönünden değerlendirmişlerdir. DEHB olan hastaların, cihazdan faydalanma ve terapiden fayda görüp konuşma öğrenme sürecinde zorlandıklarını görmüşlerdir. Bu hastalar konuşmayı öğrenme ve uyum becerilerine yönelik aldıkları rehabilitasyonda ilerleme kaydedememişlerdir (konuşmayı öğrenme ve uyum sağlama yönünden). Oysa, DEHB için ilaç tedavisi alan hastaların işitme cihazı kullanımında ve konuşma terapilerinde gelişme kaydettikleri gözlemlemişlerdir. Bu çalışmada da 6 hastada işitme kaybı tespit edilmesi, DEHB ve işitme kaybının birlikte görülebileceğini göstermektedir. Bu yüzden gerek DEHB olan hastalardaki işitme değerlendirmesi gerekse işitme kaybı olan hastalardaki DEHB varlığının doğru tespit edilmesi tedavi ve rehabilitasyonu açısından büyük önem taşımaktadır (Schwemmler, Schwemmler ve Ptok, 2007).

Özetle; DEHB ve işitme kaybının değerlendirilmesi çok yönlü ve disiplinler arası bir çalışma gerektirmektedir. DEHB ve işitme kaybıyla ilgili olarak Kulak Burun Boğaz hekimlerinin, Odyologların ve Psikiyatri hekimlerinin işbirliği yaparak gerçekleştirecekleri değerlendirmelerin olası yanlış tanılama ve tedaviyi önleyeceği düşünülmektedir.

KISITLILIKLAR

Araştırmaya katılması planlanan DEHB ön tanısı almış 54 hasta ile görüşülmüştür. Yapılan klinik görüşmeler sonucunda DEHB tanısı konulan 43 hastanın 7'sinin ebeveyni araştırmaya katılmayı istememiştir ve 3 hastanın ebeveyni ise onam formunu aldığı halde polikliniğe tekrar dönmemiştir. Ayrıca Konya İl Sağlık Müdürlüğü'nün çalışmayı 3 ayda bitirme şartı nedeniyle örneklem sayısı düşük olmuştur. Böyle bir çalışmada örneklem sayısının düşük olması çalışmanın gücünü azaltmaktadır. Araştırmada uygulanması planlanan istatistiki yöntemlerin, verilerin istenilen sayıya ulaşmaması sebebiyle kullanılamaması araştırmanın kısıtlılıklarından bir diğeridir. İlişki testleri ve dağılımı için Ki-kare dağılımı testleri kullanılması planlanmış fakat bulgulara ait veri dağılımı Ki-kare dağılımı testleri için uygun olmadığından uygulanamamıştır. Araştırma verilerinin tek merkezden elde edilmesi sonuçların genellenebilirlik düzeyini düşürdüğü için araştırmanın kısıtlılıklarındandır.

Bu çalışmanın odyolojik değerlendirme ekipmanlarının sınırlı olduğu bir hastanede yapılması hastaların odyolojik değerlendirmelerinde eksiklikler olmasına neden olmuştur. Oysa, otoakustik emisyon, işitsel beyin sapı cevabı (ABR) gibi yöntemlerin de kullanılarak değerlendirme yapılması DEHB'de işitsel özelliklerle ilgili daha detaylı bilgi sağlayacaktır.

Bu nedenlerle ileri odyolojik değerlendirme yöntemlerinin kullanıldığı çok merkezli, daha geniş örneklemlerle çalışmalara ihtiyaç vardır.

6.BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

- a. CADÖ-48 – CÖDÖ-28, ÇEDBÖ ve psikiyatrik görüşme sonrası DEHB tanısı konulan hastaların odyometrik ve timpanometrik değerlendirmeleri yapılmıştır.
- b. Araştırmada hekim tanısı ile CADÖ-48, CÖDÖ-28 ve ÇEDBÖ'ye göre belirlenen sonuçlara göre olgular değerlendirildiğinde, DEHB Alt tiplerine göre; 10'unda (%30) DEHB-D, 7'sinde (%21) DEHB-H, 16'sında (%49) DEHB-B tanısı saptanmıştır.
- c. Odyolojik değerlendirmelerde timpanometre ile yapılan testlerde timpanik zar ve orta kulak problemlerini düşündürecek bulguların olması DEHB'da timpanometrik incelemenin önemli olduğunu düşündürmektedir.
- d. Odyometrik incelemede, konuşma uyaranlarındaki önemli ipuçlarının alınamaması ve dolayısıyla iletişim problemleri doğurabilen çok hafif/hafif derecede işitme kayıplarının görülmesi, odyometrik değerlendirmenin DEHB'daki değerine dikkat çekmektedir. Nitekim hekim görüşmelerinde ebeveynlerin, sıklıkla şikâyetçi oldukları konulardan birinin de çocuğun yüksek şiddette televizyon seyretmesi oluşu bu çok hafif/hafif işitme kaybına işaret etmektedir.
- e. Özetle, bulgular DEHB'nda işitme değerlendirmesinin gerekli olduğunu düşündürmektedir. İşitme kaybının doğru ve zamanında belirlenebilmesi hastalığın tanı ve tedavisi aşamalarında büyük önem taşıyacaktır. Bu çalışmada ileri odyolojik tetkiklerin yapılmamış olması, üst düzey işitsel yolların değerlendirilememesine neden olmuştur. Örneklem grubun küçük oluşu da diğer bir kısıtlılık olmuştur. Bu nedenle daha geniş örneklem grubunda otoakustik emisyon, ABR testlerini de içeren ileri odyolojik değerlendirmelerin yapılacağı çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKÇA

- Albayrak, E. C. (1998). Bursa İlinde Bir İlkokul Örnekleminde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Sıklığı ve İlgili Sosyodemografik Özellikler. *Tıpta Uzmanlık Tezi*. Bursa: Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2001). *Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı DSM-IV-TR*. Yeniden Gözden Geçirilmiş (4. Baskı). E. Köroğlu (çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği (orijinal baskı tarihi 2000).
- Ashitani, M., C. Ueno, T. Doi, T. Kinoshita ve K. Tomoda. (2011). Clinical Features Of Functional Hearing Loss With Inattention Problem in Japanese Children. *Pediatr Otorhinolaryngol*. 75.11, 1431-1435.
- August, G. J., L. Braswell ve P. Thuras. (1998). Diagnostic Stability of ADHD in a Community Sample of School-Aged Children Screened for Disruptive Behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 26.5, 345–356.
- Ayaz, İ., Aydın, H. ve Kazan, N. (hızl.). (2010). *Fen ve Teknoloji 7. Sınıf Ders Notu*. Ankara: Milli Eğitim Bakanlığı. Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğü Yayınları.
- Barbarese, W. J. ve K. K. Slavica. (2002). How Common Is Attention Deficit Hyperactivity Disorder? *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 156, 217-224.
- Barkley, R. A. (1998). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Scientific American*. 279.3, 66-71.
- Barkley, R. A. (2006). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. 3th ed., New York: Guilford Press.
- Biederman, J. (2004). Impact Of Comorbidity In Adults With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *The Journal Of Clinical Psychiatry*. 65.3, 3-7.
- Biederman, J., S. Faraone ve E. Mick. (1995). Psychiatric Comorbidity Among Referred Juveniles With Major Depression: Fact Or Artifact? *Journal of the American Academy Child Adolescent Psychiatry*. 34.5, 579–590.
- Beitchman, J. H. ve A. R. Young. (1997). Learning Disorders With A Special Emphasis On Reading Disorders: A Review of the Past Ten Years. *Journal of the American Academy Child Adolescent Psychiatry*. 36.8, 1020-1032.
- Blanchard, M., B. Thierry, S. Marlin ve F. Denoyelle. (2012). Genetic Aspects of Congenital Sensorineural Hearing Loss. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 19.8, 886-889.

- Boynukalın, K. Ş., M. Çalgüner ve M. Gerçeker. (2010). Presbiakuzide Saf Ses ve Konuşma Odyometrisi, Otoakustik Emisyon (OAE) ve Beyin Sapı Odyometrisi İncelemelerinin Karşılaştırmalı Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*. 13.3, 172.
- Buitelaar, J. K., Kan, C. C., Asherson, P. (2011). *ADHD in Adults: Characterization, Diagnosis, and Treatment*. New York: Cambridge University Press.
- Bülbül, A. B. (2008). Koklear İmplantlı Hastalarda Objektif ve Subjektif Test Yöntemlerinin Karşılaştırılması. *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Cantwell, D. P. (1996). Attention Deficit Disorder: A Review of the Past Ten Years. *Journal of the American Academy Child Adolescent Psychiatry*. 35.8, 978-987.
- Conners, C. K. (1969). A Teacher Rating Scale for Use in Drug Studies with Children. *American Journal of Psychiatry*. 126.6, 884-888.
- Conners, C. K. (1973). Psychological Assessment of Children with Minimal Brain Dysfunction. *Annals of the New York Academy of Science*. 28, 283-302.
- Dereboy, Ç., S. Şenol, Ş. Şener, ve F. Dereboy. (2007). Conners Kısa Form Öğretmen ve Ana Baba Derecelendirme Ölçeklerinin Geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 18.1, 48-58.
- Dereboy, Ç., S. Şenol, Ş. Şener ve F. Dereboy. (1998). Conners Ana Baba Derecelendirme Ölçeği Uyarlama Çalışması. *10. Ulusal Psikoloji Kongresi*, Ankara: 42.
- Dereboy, Ç., S. Şener, F. Dereboy ve Y. Sertcan. (1995). Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Türkçe Uyarlaması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 4.1, 10-18.
- Dickstein, S. G., K. Bannon, F. X. Castellanos ve M. P. Milham. (2006). The Neural Correlates Of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Meta-Analysis. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 47.10, 1051-1062.
- Elia, J., E. J. Ambrosini ve J. L. Rapoport. (1999). Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *The New England Journal of Medicine*. 340.10, 780-788.
- Ercan, E. S. , Aydın, C. (1999). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu*. A. Eksi (Ed). Ben Hasta Değilim: Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü 1. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Yayıncılık.

- Ercan, E. S. , Aydın, C. (2005). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Özellikleri Tedavisi Çocuklarda ve Eriskinlerdeki Belirtileri*. 11. baskı. İstanbul: Gendas Yayıncılık.
- Ercan, E. S. ve A. Turgay. (1999). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Beyin Görüntüleme Çalışmaları. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 10.2, 134-142.
- Ercan, E. S., S. Amadove ve O. Somer. (2001). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin Bir Test Bataryası Geliştirme Çalışması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı*. 8.3, 132-144.
- Ersan, E. E., O. Doğan, S. Doğan ve H. Sümer. (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.
- Escobar, R., C. S. Soutullo, A. H. Hervas, X. Gastaminza, P. Polavieja ve I. Gilaberte. (2005). Worse Quality Of Life For Children With Newly Diagnosed Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Compared With Asthmatic And Healthy Children. *Pediatrics*. 116.3, 364-369.
- Faraone, S. V., R. H. Perlis, A. E. Doyle, J. W. Smoller, J. J. Goralnick, M. A. Holmgren ve P. Sklar. (2005). Molecular Genetics of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Biologic Psychiatry*. 57.11, 1313-1323.
- Fellinger, J., D. Holzinger, C. Beitel, M. Laucht ve D. P. Goldberg. (2009). The Impact of Language Skills on Mental Health in Teenagers With Hearing Impairments. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 120.2, 153-159.
- Fletcher, K. E., M. Fischer ve R. A. Barkley. (1996). A Sequential Analysis of the Mother-Adolescent Interactions of ADHD, ADHD / ODD, and Normal Teenagers During Neutral and Conflict Discussions. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 24.3, 271-297.
- Goyette, C. H., C. K. Conners ve R. E. Ulrich. (1978). Normal Data On The Revised Conners' Parent And Teacher Rating Scales. *Journal Of Abnormal Child Psychology*. 6.2, 221-236.
- Greenhill, L. L. (1998). Diagnosing In Attention Deficit Hyperactivity Disorder Children. *Journal Of Clinical Psychiatry*. 59.7, 31-41.
- Grundfast, K. M., R. G. Berkowitz, C. K. Conners ve P. Belman. (1991). Complete Evaluation Of The Child Identified As A Poor Listener. *Pediatric Otorhinolaryngology*. 21.1, 65-78.
- Güçlü, O. ve M. Erkıran. (2005). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Çocukların Ebeveynlerinde Kişilik Bozuklukları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 8, 18-23.
- Le Heuzey, M. F. (2005). *Hiperaktif Çocuk*. İstanbul: İletişim Yayıncılık.

- Leung, A. K. ve C.P. Kao. (1999). Evaluation And Management Of The Child With Speech Delay. *American Family Physician*. 59.11, 3121-3128.
- Linnet, K. M., S. Dalsgaard, C. Obel, K. Wisborg, T. B. Henriksen, A. Rodriguez, A. Kotimaa, I. Moilanen, P. H. Thomsen, J. Olsen ve M.R. Jarvelin. (2003). Maternal Lifestyle Factors in Pregnancy Risk of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Associated Behaviors: Review of the Current Evidence. *American Journal of Psychiatry*. 160.6,1028–1040.
- Kandemir, H. (2009). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklar ve Ailelerinde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi*. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Karagöz, İ., Sezgin, K. E. ve Yılmaz M. (27-29 Mayıs 2004). Koklear Implant Algoritmalarının Formant Frekansları Üzerine Etkisi. *BİYOMUT 2004 Biyomedikal Mühendisliği Ulusal Toplantısı*. Bildiriler kitabı. Boğaziçi Üniversitesi. İstanbul: 259-264.
- Katz, J., Medwetsky, L. , Burkard, R. (1994). *Clinical Audiology*. 4th. ed., Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kucur, C., V. Kınış, S. Özdem ve S. K. Kucur. (2012). Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan İşitme Tarama Bulguları. *Kulak Burun Boğaz İhtisas Dergisi*. 22.1, 38-42.
- Meyer, G. J., S. E. Finn, L. D. Eyde, G. G. Kay, K. L. Moreland, R. R. Dies, E. J. Eisman, T.W. Kubiszyn ve Reed, G. M. (2001). Psychological Testing And Psychological Assessment: A Review Of Evidence And Issues. *The American Psychologist*. 56.2, 128-165.
- Motavalli, N. M. (1994). Kentsel Kesimde Türk İlkokul Çocuklarında Dehb'nin Nozolojik Bağlamda Prevalansının Araştırılması. *Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Monzani, D., G. M. Galeazzi, E. Genovese, A. Marrara ve A. Martini, (2008). Psychological Profile and Social Behaviour of Working Adults with Mild or Moderate Hearing Loss. *Acta Otorhinolaryngologica Italica*. 28.2, 61-66.
- Murphy, C. F. B., A. G. A. Rotger ve E. Schochat, (2010). Hearing Abilities In Children With Dyslexia And Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*. 22.1, 25-30.
- Öncü, B. ve S. Şenol. (2002). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Etiyolojisi: Bütüncül Yaklaşım. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 5, 111-119.
- Özalp, A. (2006). *Hiperaktivite, Dikkat Dağınıklığı, Okul Başarısı, Çocuk Psikolojisi*. İstanbul: Epsilon Yayıncılık.

- Özcan, M. E., M. Eğri, N. O. Kutlu, Yakıncı, H. Karabiber, ve M. Genç, (1998). Okul Çağı Çocuklarında DEHB Yaygınlığı. *İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*. 5, 2-3. 138-142.
- Öztürk, M. O. , Uluşahin, A. (2008). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 11. Baskı. Cilt 2. Ankara: Tuna Yayıncılık.
- Pliszka, S. R. (1998). Comorbidity Of Attention Deficit Hyperactivity Disorder With Psychiatric Disorder: An Overwiev. *Clinical Psychiatry*. 59.7, 50-57.
- Ptok, M. (2011). Early Detection Of Hearing Impairment In Newborns And Infants. *Deutsches Ärzteblatt International*. 108.25, 426-431.
- Pundir, M., A. N. Nagarkar ve N. K. Panda. (2007). Intervention Strategies In Children With Cochlear İmplants Having Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *International Journal Pediatric Otorhinolaryngology* 71.6, 985-988.
- Sadock, B. J. , Sadock, V. A. (2005). *Klinik Psikiyatri*. 2. Baskı. H. Aydın ve A. Bozkurt (çev), İstanbul: Güneş Yayıncılık (orijinal basım tarihi 2003).
- Schwemmler, C., U. Schwemmler ve M. Ptok. (2007). Attention Deficit And Hyperactivity Disorder: What Is Currently Known And Its Significance For ENT Specialists. *HNO*. 55.7, 569-74.
- Schum, R. (2004). Psychological Assessment of Children with Multiple Handicaps Who Have Hearing Loss. *The Volta Review*. 104.4, 237-255.
- Semerci, B. , Turgay, A. (2007). *Bebeklikten Erişkenliğe Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu*. 3. Baskı. İstanbul: Melisa Yayıncılık.
- Smucker, W. D. ve M. Hedayat. (2001). Evaluation And Treatment Of ADHD. *American Family Physician*. 64.5, 817-829.
- Spetie, L. , Arnold, E. L. (2007). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. M. Lewis (Ed.). *Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook* içinde. Baltimore: Williams&Wilkins.
- Stevenson, J., D. McCann, P. Watkin, S. Worsfold ve C. Kennedy. (2010). The Relationship Between Language Development and Behaviour Problems in Children with Hearing Loss. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 51.1, 77-83.
- Stevenson, J., D. C. McCann, C. M. Law, M. Mullee, S. Petrou, S. Worsfold, H. M. Yuen ve C. R. Kennedy. (2011). The Effect Of Early Confirmation Of Hearing Loss On The Behaviour In Middle Childhood Of Children With Bilateral Hearing Impairment. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 53.3, 269-74.

- Sukhodolsky, D. G., L. Scahill, H. Zhang, B. S. Peterson, R. A. King, P. J. Lombroso, L. Katsovich, D. Findley, ve J. F. Leckman. (2003). Disruptive Behaviour in Children With Tourette's Syndrome: Association With ADHD Comorbidity, Tic Severity And Functional Impairment. *Journal of the American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 42.1, 98-104.
- Şar, V. (2010). DSM-V Taslak Tanı Ölçütlerine Genel bir Bakış: Batı Cephesinde Yeni Bir Şey Yok mu? *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 13, 196-208.
- Şenol, S. (2008). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. F. Çuhadaroğlu (ed.) *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*. Ankara: Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Derneği Yayınları.
- Şenol, S. , Şener, Ş. (1998). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Köroğlu E., Güleç C., (ed.) *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Matas, C. G., I. C. Gonçaves ve F. C. Magliaro. (2009). Audiologic And Electrophysiologic Evaluation in Children With Psychiatric Disorders. *Brazilian Journal Of Otorhinolaryngology*. 75.1, 130-138.
- Tahiroğlu, Y. A. (2003). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların sosyodemografik özellikleri, eşlik eden bozukluklar ve tedavi yaklaşımları. *Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi*. Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Tahiroğlu, A. Y. , Avcı, A. (2005). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu*. Adana: Adana Nobel Kitabevi.
- Tannock, R. (2000). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder With Anxiety Disorders. Brown TE, (Ed.) *Attention-Deficit Disorders And Comorbidities in Children, Adolescents, And Adults*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Turgay, A. (1997). Gençlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Sınıflandırma, Tanı ve Tedavide Yenilikler. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*. 2.3, 413-452.
- TÜİK, Türkiye İstatistik Kurumu. (2010). *Türkiye İstatistik Yıllığı*. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası.
- Ullrich, D. (2002). Might The Cooperation With Neuropediatricians Improve The Treatment Of Hearing Impaired Children: Retrospective Analysis Of A Small Group Of Children With Hearing Aids. *Laryngorhinootologie*. 81.8, 558-564.
- Van, Camp, K. J., Margolis, R. H., Wilson, R. H., Creten, W. L. ve Shanks, J. E. (1986). Principles of tympanometry. *ASHA Monographs*. 24.1, 88.

- Venkatesh, C., T. Ravikumar, A. Andal ve B. S. Virudhagirinathan. (2012). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children: Clinical Profile and Comorbidity. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 34.1, 34-38.
- Yıldız, Ö., N. Ç. Memik ve B. Ağaoğlu. (2010). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Çocuklarda Yaşam Kalitesi: Kesitsel Bir Çalışma. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 47, 314-318.
- Waslick, B. , Greenhill, L. (2004). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. J. Wiener, M. Dulcan (Ed.). *Text Book of Child and Adolescent Psychiatry* içinde. Washington DC: American Psychiatric Press, 2004, 485-509.
- Weiss, G. , Weiss M. (2003). Attention Deficit Hiperaktivite Disorder. M. Lewis (Ed.). *Child and Adolescent Psychiatry, A Comprehensive Textbook* içinde, 3. Baskı. Philadelphia: Williamns and Wilkins, 2002, 645-670.
- Weiss G. (1996). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. M. Lewis (Ed.). *Child and Adolescent Psychiatry*. 2. Baskı. Baltimore: Williams and Wilkings, 1996, 544-563.
- Wilens, T. E., J. Biederman ve T. J. Spencer. (2002). Attention Deficit Hyperactivity Disorder Across the Lifespan. *Annual Review of Medicine*. 53, 113-131.
- Wilens, T. E., J. Biederman, J. Prince, T. J. Spencer, S. V. Faraone, R. Warburton, D. Schleifer, M. Harding, C. Linehan ve D. Geller. (1996). Six-Week, Double-Blind, Placebo-Controlled Study Of Desipramine For Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *The American Journal of Psychiatry*. 153.9, 1147-1153.
- ASHA. (t.y.). *Type, Degree, and Configuration of Hearing Loss Retrieved* <http://www.asha.org/public/hearing/disorders/types.htm> (15 Haziran 2012).
- ASHA. (2010). *Hearing Loss and Its Implications for Learning and Communication*.[http://www.asha.org/uploadedFiles/aud/InfoSeriesHearing Loss.pdf](http://www.asha.org/uploadedFiles/aud/InfoSeriesHearingLoss.pdf) (25 Ağustos 2012).
- Erişçi Elektronik. (t.y.). *İşitme Testi Cihazları*. <http://www.erisci.com/urunler.asp?KatID=43>. (15.07.2012)
- NICE. (2009). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults, (Guideline Number 72)*. London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53652/>). (15.Temmuz.2012).
- VRAB. (2010). *Discussion Paper on Hearing Loss*. <http://www.vrab-tacra.gc.ca/Publications/Discussion-Paper-Documen- de-travail-4-eng.cfm>, (15.07.2012)

Ek- 2. Sağlık Bakanlığının Araştırma İzin Yazısı.

**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü**

Sayı : B.10.0.THG.0.10.00.02-251-19- 2294
Konu : Araştırma İzni

16.01.2012

**KONYA VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)**

İlgi: 12.01.2012 tarih ve 2273 sayılı yazınız.

İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencisi Mustafa ÇEKİÇ'in, "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda İşitme Kaybı Sıklığı ve Derecesi" konulu araştırmanın iliniz Devlet Hastanesinde yapılıp yapılamayacağı konusunda görüş talep eden ilgide kayıtlı yazınız incelenmiştir.

Araştırmaya katılımların gönüllülük esasına ve hasta hakları mevzuatına uygun olması ve hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, yapılacak çalışmanın sonucundan bir suretinin Bakanlığımıza gönderilmesi ve Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla Genel Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. İrfan ŞENCAN
Bakan a.
Genel Müdür V.

Handwritten signature and date: 24.1.12.

Mithatpaşa Cad. No:3 (B) Blok 2.Kat Sıhhiye/ANKARA
Tel: (0312) 585 15 86 Faks: 0 312 585-15 65 / 0 312 585 15 66 Not : Cevabi yazılarınızda yazımızın tarih ve sayısı ile dosya numaralarını belirtiniz.

Ek- 3. Konya Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı.

T.C.
KONYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : B.10.ISM.4.42.009/044
Konu : Mustafa ÇEKİÇ'in
Anket çalışması

.....

İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencisi Mustafa ÇEKİÇ'İN, "Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda işitme kaybı sıklığı ve derecesi" konulu araştırmasını Devlet Hastanesi'nde yapmasına dair Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 16/12/2011 tarih ve 2294 sayılı Olur'u ekte gönderilmiştir.

Söz konusu araştırmanın onaylı anket formları kullanılarak 01.02.2012 tarihinden itibaren üç (3) ay süre ile, yukarıda belirtilen Olur'a uygun olarak yapılması; yapılacak çalışmanın sonucundan bir suretin İl Sağlık Müdürlüğümüze gönderilmesi ve izinsiz olarak araştırma sonucunun ilan edilmemesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Ömer ÜNSAL
Müdür a.
Sağlık Müdür Yardımcısı

Ekler:

- 1-İlgi Yazı (1 Syf)
- 2-Anket Formu (12 Syf)

Dağıtım:

Gereği: Devlet Hast. Başh.

Bilgi:

Sn. Mustafa ÇEKİÇ

Kazım Karabekir Caddesi No: 14 42040-Selçuklu/KONYA Ayrıntılı Bilgi için irtibat Eğitim Şubesi
İrtibat Telefon: (0332)3511832(1159 İçhat) Faks :(0332)3517268 egitim@konyasm.gov.tr
Elektronik Ağ:www.konyasm.gov.tr.

Haydi, Konya Hareket Et, Sağlıklı Beslenmeyi Davet Et, Obeziteye Veda Et!

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

ARAŞTIRMANIN ADI :

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARDA İŞİTME KAYBI SIKLIĞI VE DERECEŚİ

Gönüllünün Baş Harfleri ve Referans No:

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Katılmak isteyip istemediğimize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağıın çalışmanın neleri içerdiğini ve olası rahatsızlık verebilecek konuları anlamamız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve anlaşılmayan bir durum olduğunda lütfen araştırmacıya sorunuz.

BU ÇALIŞMAYA KATILMAK ZORUNDAMIYIM?:

Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Eğer çalışmaya katılmaya karar vererseniz imzalanmanız için size bu “Bilgilendirilmiş Onam Formu” verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI NEDİR?

Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, özellikle okul çağı dönemindeki çocukların genel yaşamlarını ve okul başarılarını etkileyen, tedavi edilmezse ciddi sorunlara neden olan bir bozukluktur. Bununla birlikte tanısı konulmamış ve tedavi edilmemiş işitme kayıpları ise konuşma ve lisan bozukluklarına neden olmanın yanı sıra çocukların yaşamlarını ve okul başarılarını olumsuz yönde etkilemektedir. İşitme kaybı sıklıkla dikkat dağınıklığı, konsantrasyon bozukluğu gibi sorunlara neden olmaktadır.

Bu araştırmada Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile işitme kaybı sorunu arasında bir ilişki olup olmadığı incelenecektir.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Beyhekim Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne müracaatı yapılan çocuğa, yapılan psikiyatrik muayene sonucunda, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olabileceği düşünülmüştür. Çocuğa ve size bu onam formu ile detaylı bilgilendirme yapılacak ve yeterli bilgilendirmeye sahip olduktan sonra araştırma ile ilgili olurunuz alınacaktır. Bundan dolayı, çocuğun bakımını üstlenen kişi olarak, size ve çocuğun öğretmenine bir takım sorular sorulacak ve hekiminiz bir takım tetkikler yapacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMANIN NE GİBİ OLASI RAHATSIZLIKLARI VARDIR?

Araştırmaya katılmanızın size ve bakımını üstlendiğiniz çocuğa herhangi bir rahatsızlık vermesi öngörülmemektedir. Araştırmanın herhangi bir evresinde konu ile ilgili istediğiniz zaman araştırmacıdan bilgi alabilir ve dilediğiniz zaman araştırmaya katılımınızı sonlandırabilirsiniz.

EK-4. Bilgilendirilmiş Onam Formu (Devamı).

ÇALIŞMAYA KATILMANIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu araştırmada, edinilen bilgiler ileride Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nu daha iyi anlayabilmemize ve işitme sorunlarıyla ilişkisinin tanımlanmasına fayda sağlayacağı öngörülmektedir.

ÇALIŞMAYA KATILMANIN MALİYETİ NEDİR?

Bu araştırmaya katılmanızın size herhangi bir maliyeti yoktur.

KİŞİSEL BİLGİLERİNİZ NASIL KULLANILACAK?

Araştırma süresince sizin ve bakımını üstlendiğiniz çocuğun kimlik bilgileri sadece bu onam formunda bulunacaktır. Bu onam formu kilitli bir dolapta muhafaza edilecektir. Kullanılacak diğer soru formlarında kimlik bilgileriniz yerine size verilmiş olan bir numara yazılı olacaktır.

Araştırma bulguları sizin ve çocuğun kişisel bilgileri gizli tutularak tez yazma, akademik dergilerde yayınlama ve eğitim amaçlı kullanılacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER

Araştırmanın her aşamasında Araştırma Sorumlusu olan Mustafa ÇEKİÇ ile iletişime geçebilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı;

Yukarıdaki bilgileri araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevaplandırdı. Bu bilgilendirilmiş onam formunu okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Araştırmacı saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Katılımcının Okulu :.....

Katılımcının Telefonu:.....

Katılımcının Adı Soyadı: *İmzası* *Tarih*

Katılımcının Velayetine Sahip Kişinin;

Adı Soyadı : *İmzası* *Tarih*

Adresi ve telefonu :

Rıza alım işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden görevlinin;

Adı Soyadı Görevi *İmzası* *Tarih*

Açıklamaları yapan araştırmacının;

Adı Soyadı: *İmzası*

Ek- 5. Sosyodemografik Bilgi Formu.

DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU:

Aşağıda, sizleri ve bakımını üstlenmiş olduğunuz çocuğu tanımamıza yardımcı olacak bir takım bilgiler istenmektedir. Lütfen dikkatli okuyunuz ve uygun cevabı işaretleyerek boşlukları doldurunuz.

Formun ilk bölümünde çocukla ilgili bilgiler, ikinci bölümünde ise çocuğun bakım verenine ait bilgilendirme soruları bulunmaktadır.

1.BÖLÜM	
Çocukla ilgili bilgiler;	
1.	Çocuğun Kayıt Numarası
2.	Çocuğun Okuldaki Sınıfı
3.	Çocuğun Doğum Tarihi (gün, ay, yıl)
4.	Çocuğun Doğum Yeri
5.	Çocuğun kaç kardeşi var? (Sayı ile belirtiniz.)
6.	Çocuğun kullanmakta olduğu düzenli ilaç varmı? (Varsa belirtiniz)
7.	Çocuğun annesinin bilinen fiziksel bir hastalığı var mı? Varsa ne olduğunu belirtiniz.
8.	Çocuğun annesinin bilinen sinirsel bir hastalığı var mı? Varsa ne olduğunu belirtiniz.
9.	Çocuğun babasının bilinen fiziksel bir hastalığı var mı? Varsa ne olduğunu belirtiniz.
10.	Çocuğun babasının bilinen sinirsel bir hastalığı var mı? Varsa ne olduğunu belirtiniz.
11.	Çocuğun geçen yıl sınıf geçme ortalaması kaçtı?
12.	Çocuğun geçen yıl okulda kaç gün devamsızlığı oldu?
13.	Çocuk kimlerle yaşıyor belirtiniz? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)
14.	Eğer çocuk annesiyle veya babasıyla yaşamıyorsa bunun sebebi nedir?
15.	Çocuk anne, baba veya diğer yakın akrabalarla yaşamıyorsa, nerede yaşıyor?

EK-5. Sosyodemografik Bilgi Formu. (Devamı).

2. BÖLÜM:		
Çocuğun Bakımından Sorumlu Kişi Olarak;		
16.	Çocuğa Olan Yakınlık Dereceniz.	a) Anne b) Baba b) Diğer (Belirtiniz.....)
17.	Doğum yeriniz?	
18.	Son 10 yıl içerisinde ikamet ettiğiniz iller.	
19.	Eğitim Durumunuz.	a) Okur- yazar değil b) İlkokul c) Ortaokul d) Lise e) Üniversite mezunu f) Lisansüstü
20.	Çalışıyor musunuz?	a) Evet b) Hayır
21.	Emekli misiniz?	a) Evet b) Hayır
22.	Emekli iseniz nedeni?	a) Malulen b) İsteğe Bağlı
23.	Mesleğiniz?	a) Memur b) Vasıflı İşçi c) Vasıfsız İşçi d) Serbest Meslek e) Ev hanımı / Ev Erkeği f) Emekli g) Öğrenci
24.	Sağlık güvenceniz nedir?	a) Yok b) SSK c) Emekli Sandığı d) Bağkur e) Yeşil Kart f) Diğer (Belirtiniz.....)
25.	Ekonomik durumuz. (Ailenizin toplam geliri.)	a) 0 – 710 TL b) 711 TL – 1.000 TL c) 1.001 TL – 1.600 TL d) 1.601 TL – 2.400 TL e) 2.401 TL – 3.500 TL f) 3.501 TL ve üzeri

Ek- 6. Conners' Ana Baba Derecelendirme Ölçeği – Kısa Form (CADÖ-48).

EBEVEYN DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Referans Numarası:

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

Aşağıdaki soruları okuyarak, her soru için size uygun cevabı, sorunun yan tarafında bulunan kutucuklardan, sadece bir tanesini işaretleyerek cevaplayınız. Teşekkürler.

Soru No:	Sorular:	Hiçbir zaman	Nadiren	Sıklıkla	Her Zaman
1.	Eli boş durmaz, sürekli bir şeylerle oynar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Büyüklere arsız ve küstah davranır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Arkadaşlık kurmada ve sürdürmede güçlük çeker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Çabuk heyecanlanır, ataktır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Her şeye karşı ve yönetmek ister.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Bir şeyler çiğner veya emer.(parmak,giysi vb.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Sık sık ve kolayca ağlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Her an sataşmaya hazırdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Hayallere dalar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Zor öğrenir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Kıpır kıpırdır, tez canlıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Ürkektir.(yeni durum, insan ve yerlerden.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Yerinde duramaz, her an harekete hazırdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Zarar verir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Yalan söyler, masallar uydurur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Utangaçtır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Yaşlılarından daha sık başını derde sokar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Yaşlılarından farklı konuşur.(çocuksu,kekeme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Hatalarını kabullenmez, başkalarını suçlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Kavgacıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Somurtkan ve asık suratlıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Çalma huyu vardır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Söz dinlemez ya da isteksiz ve zoraki dinler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Başkalarına göre endişelidir.(ölüm,hastalanma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Başladığı işin sonunu getiremez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Hassastır, kolay incinir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Kabadayılık taslar, başkalarını rahatsız eder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Tekrarlayıcı,durduramadığı hareketleri vardır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Kaba ve acımasızdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Yaşına göre daha çocuksudur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	Dikkati kolay dağılır, uzun süre dikkatini toplayamaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	Baş ağrıları olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	Ruh halinde ani ve göze batan değişiklikler olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	Kurallar ve kısıtlamalardan hoşlanmaz ve uymaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.	Sürekli kavga eder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EK-6. Connors' Ana Baba Derecelendirme Ölçeği – Kısa Form (CADÖ-48) (Devamı).

Soru No:	Sorular:	Hiçbir zaman	Nadiren	Sıklıkla	Her Zaman
36.	Kardeşleriyle iyi geçinmez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.	Zora gelemmez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38.	Diğer çocukları rahatsız eder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39.	Genelde hoşnutsuz bir çocuktur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.	Yeme sorunları vardır.(iştahsızlık vb.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.	Karın ağrıları olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42.	Uyku sorunları vardır.(kolay dalamaz,erken uyanır.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43.	Çeşitli ağrı ve sancıları olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44.	Bulantı ve kusmaları olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45.	Aile içinde daha az kayırdığını düşünür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46.	Övünür, böbürlenir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47.	İtilip kakılmaya müsaittir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48.	Dışkılama sorunu vardır.(sık ishaller,kabızlık)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ek- 7. Conners' Öğretmen Derecelendirme Ölçeği – Kısa Form (CÖDÖ–28).

ÖĞRETMEN DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Öğrencinin; Tarih:/...../.....
Referans Numarası :.....
Sınıfı :.....
Öğretmenin Adı Soyadı :.....

Aşağıdaki soruları okuyarak, her soru için size uygun cevabı, sorunun yan tarafında bulunan kutucuklardan, sadece bir tanesini işaretleyerek cevaplayınız. Teşekkürler.

Soru No:	Sorular:	Hiçbir zaman	Nadiren	Sıklıkla	Her Zaman
1.	Kıpır kıpırdır, yerinde duramaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Zamansız ve uyumsuz sesler çıkarır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	İstekleri hemen yerine getirilmelidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Bilmiş tavırları vardır, bilgiçlik taslar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Aniden parlar, ne yapacağı belli olmaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Eleştiriyi kaldıramaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Dikkati dağınıktır, uzun sürmez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Diğer çocukları rahatsız eder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Hayallere dalar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Somurtur, surat asar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Bir anı bir anını tutmaz, duyguları çabuk değişir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Kavgacıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Büyüklerin sözünden çıkmaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Hareketlidir, durmak, oturmak bilmez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Heyecana kapılıp, düşünmeden hareket eder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Öğretmenin ilgisi hep üzerinde olsun ister.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Arkadaş grubuna pek alınmaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Başkaları tarafından kolay yönlendirilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Oyun kurallarına uymaz, mızıkçıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Liderlik özelliğinden yoksundur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Başladığı işin sonunu getiremez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Olduğundan daha küçükmüş gibi davranır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Hatalarını kabul etmez, suçu başkalarının üzerine atar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Diğer çocuklarla iyi geçinemez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Sınıf arkadaşlarıyla yardımlaşmaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Zorluklardan hemen yılar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Öğretmenle işbirliğine girmez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Zor öğrenir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ek- 8. Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği – CEDBÖ.

ÇOCUKLARDA DAVRANIM BOZUKLUKLARI İÇİN DSM-4'E DAYALI TARAMA VE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (Dr. ATILLA TURGAY, Eylül 1995)

Davranış sorunları ya da bozukluklarına çocukluk ve ergenlik dönemlerinde oldukça sık rastlanmaktadır. Bu tarama ve değerlendirme ölçeği, Amerika Psikiyatri Derneği'nce ruhsal bozuklukların değerlendirilmesinde kullanılan en son tanı ölçütlerine ve Dr. Turgay'ın konuya ilişkin araştırma bulgularına dayanmaktadır.

Aşağıdaki sorular şuan değerlendirmesini yapacağınız çocuğun / gencin sık rastlanan davranış sorunlarının bazılarını gözden geçirecek ve değerlendirecektir.

Lütfen her bir soruda size en uygun gelen seçeneği işaretleyiniz.

Referans Numarası:

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

Değerlendirilmesi Yapılan Çocuğa Olan Yakınlığı:

Telif Hakkı Integrative Therapy Institute 'a aittir. Dr. Atilla Turgay'ın izni ile kullanılmaktadır. Atilla Turgay M.D. , Clinical Director, Scarborough General Hospital, Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health Division.

Ek -8. Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği – ÇEDBÖ (Devamı).

1. BÖLÜM

A. DİKKATSİZLİK

Sorun	Sorunun Derecesi			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
1. Dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı oyunlarda dikkatini sürdürmede zorluk çeker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kendisine doğrudan hitap edildiğinde dinlemiyormuş gibi görünür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Yönergeleri gerektiği gibi izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da iş yerindeki görevlerini tamamlayamaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Görev ve etkinliklerini düzenlemekte güçlük çeker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Uzun süreli dikkat gerektiren işlerden (ev ödevi gibi) kaçınır, bunlardan hoşlanmaz ve bunlara karşı isteksizdir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Üzerine aldığı görev ya da etkinlikler için gerekli olan eşyaları (kalem-kitap) kaybeder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Dikkati kolayca dağılır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Günlük etkinliklerde unuttandır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. AŞIRI HAREKETLİLİK-DÜRTÜSELLİK

AŞIRI HAREKETLİLİK

10. Elleri ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sınıfta ya da oturması gereken diğer durumlarda yerine oturamaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Uygun olmayan durumlarda sağa sola koşturur ya da tırmanır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sakince oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Hep hareket halindedir ya da sanki motor takılmış gibi davranır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Çok konuşur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DÜRTÜSELLİK

16. Sorulan soru tamamlanmadan yanıt verir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sırasını beklemekte güçlük çeker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer.(Başkasının konuşması ya da oyununa burnunu sokar.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ek -8. Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği – ÇEDBÖ (Devamı).

II. BÖLÜM

	Sorun	Sorunun Derecesi			
		Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
19.	Kontrolünü kaybeder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Erişkinlerle tartışır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Kurallara ve isteklere karşı çıkar ya da reddeder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Başkalarını isteyerek rahatsız eder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Hataları ya da yanlış davranışları için başkalarını suçlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Alıngandır ve başkaları tarafından kolayca kızdırılır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Kızgın ve güceniktir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Çoğu zaman kincidir ve intikam almak ister.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ek -8. Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği – ÇEDBÖ (Devamı).

III. BÖLÜM

A. İNSANLARA VE HAYVANLARA KARŞI SALDIRGANLIK

Sorun	Sorunun Derecesi			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
27. Kabadayılık eder, tehdit eder gözdağı verir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Kavga döğüş başlatır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Eşyalarına ciddi biçimde fiziksel zarar verecek silah (sopa, taş, kırık şişe, bıçak, tabanca vb.) kullanır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. İnsanlara fiziksel olarak acımasız davranır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Hayvanlara fiziksel olarak acımasız davranır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Başkalarının gözü önünde hırsızlık yapar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Başka birisini cinsel etkinlikte bulunmak için zorlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. MALA ZARAR VERME

34. Ciddi hasar vermek amacıyla yangın çıkarır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Başkalarının malına mülküne isteyerek zarar verir. (yangın çıkarma dışında)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. DOLANDIRICILIK VEYA HIRSIZLIK

36. Başkalarının evine binasına yada aracına zorla girer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Bir şey elde etmek, bir çıkar sağlamak ya da sorumluluklarından kaçmak için yalan söyler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Hiçkimse görmeden değerli şeyler çalar. (Mağazadan mal çalma, sahtekarlık gibi.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. KURALLARI CİDDİ BİÇİMDE BOZMA

39. 13 yaşından öncesinden başlayarak ailesinin yasaklarına karşın geceyi dışarıda geçirir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Anne babasının ya da onların yerini tutan kişilerin evinde yaşarken en az iki kez geceleyin evden kaçtı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. 13 yaş ve öncesinden başlayarak okuldan kaçır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ek- 9. Kullanılan Fotoğraflara Ait İzin Yazısı.



31.07.2012

Sayın Mustafa Çekiç,

T.C. İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ - SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ- Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programında; yapmakta olduğunuz "DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARDA ODYOLOJİK BULGULAR" tezinizde, Türkiye distribütörü olduğumuz INTERACOUSTICS firmasının AC40 Klinik Odyometre(http://www.erisci.com/resimgoster.asp?Resimler/SiteIcerik/AC40_20090818_173243.jpg) ile AT235 Klinik Timpanometre (http://www.erisci.com/resimgoster.asp?Resimler/SiteIcerik/AT235_01_20100421_192244.jpg)

İş bu müsaade, Türkiye yetkili mümessili sıfatıyla verilmiştir.

Saygılarımızla,


ERİŞÇİ
Elektronik San. ve Tic. Ltd. Şti.
Hürol Erşiç

Genel Müdür

İskete Sok. Firuz Apt. No.17 D.3 34381 Şişli - İSTANBUL / TÜRKİYE
Tel.: (0212) 230 87 06 - 231 06 77 Fax: (0212) 233 09 71

Ticaret Sicil No.: 262703 - 210275
E-mail: erisci@superonline.com

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER :

ADI VE SOYADI : Mustafa Çekiç

DOĞUM YERİ : Yozgat

DOĞUM TARİHİ : 27.11.1975

MEDENİ HALİ : Evli

E-MAIL : cekicmustafa@gmail.com

ADRES (EV) :

ADRES (İŞ) : Altunizade Mah. Haluk Türksoy Sok. No: 12/1 Üsküdar
İSTANBUL

TELEFON :

(EV/CEP) :

(İŞ) :

EĞİTİM DURUMU :

2009 – : İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Psikoloji Tezli Yüksek Lisans (Devam ediyor.)

2006 – 2008 : Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme
Yüksek Lisansı (Tezsiz)

2000 – 2005 : Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler
Fakültesi Kamu Yönetimi

YABANCI DİL : İngilizce (Okuma: İyi – Yazma: İyi – Konuşma: Orta)

İŞ TECRÜBESİ

2010 - Bisar Bilgi Teknolojileri (Devam Ediyor)

2006 – 2010 Pivol Bilişim (Genel Müdür)

: 2005 – 2006 Nobel Yayın Dağıtım (Genel Koordinatör)

2000 – 2005 Kompen A.Ş. (Sistem Yöneticisi)