

Üniversite öğrencilerinde kendilerinin bildirdikleri dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtilerinin değerlendirilmesi

Alev KILIÇOĞLU,¹ Elif ÇALIK,² İmran KURT,³ Fatma KARADAĞ,² Nigar ÇELİK,⁴
Kevser YETER,⁴ Nuriye DEĞİRMEN,⁴ Sultan ÖZTÜRK,² Nuriye ÜLKGÜN⁵

ÖZET

Amaç: Çalışmamızda üniversite öğrencilerinde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) belirtilerinin ölçekle taranarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Çalışmaya 1961 üniversite öğrencisi alınmış ve Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği (Adult ADD/ADHD DSM-IV-Based Diagnostic Screening and Rating Scale) uygulanmıştır. Ölçeğin sonuçlarına göre yüksek düzeyde DEHB belirtisi bildiren üniversite öğrencileri belirlenmiştir. Cinsiyetler arasında ve 1. ve 2. öğretimde okuma arasında bu açıdan anlamlı bir fark olup olmadığı değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Çalışmaya katılan 1961 öğrenciden %63.4'ü (s=1244) kadın, %36.5'i (s=717) erkekti. Yaş ortalaması 18.97'yd. Öğrencilerin %65.0'ı (s=1273) örgün öğretimde, %35.0'ı (s=687) ikinci öğretimde okumaktaydı. Değerlendirmeler sonucunda üniversite öğrencilerinin %15.55'inde yüksek düzeyde DEHB belirtileri saptanmıştır. Erkeklerin, ölçeğin aşırı hareketlilik (p=0.001) ve toplam (p=0.047) puanlarında kızlara göre anlamlı olarak daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır. Örgün ve ikinci öğretimde okuyanlar arasında DEHB belirtileri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. **Sonuç:** Üniversite öğrencilerinin kendilerinin doldurduğu ölçeğe göre yüksek düzeyde DEHB belirtisi saptananların oranı literatürdeki DEHB yaygınlık çalışmalarına göre yüksektir. Bu yükseklik çalışmamızda çocukluk döneminin sorgulanmamış ve klinik değerlendirmeye tanrı konmamış olmasına bağlanabilir. Literatürde DEHB'nin çocukluk çağında erkeklerde daha fazla görülmesine karşın, erişkin dönemde erkek ve kadın arasında farklılığın kaybolduğu bildirilmektedir; ancak bizim çalışmamızda erkeklerde DEHB belirtileri daha fazla bildirilmiştir. Bu durum çalışmamızda daha çok genç erişkinlik dönemdeki üniversite öğrencilerinin değerlendirilmiş olmasından kaynaklanabilir. (Anadolu Psikiyatri Dergisi 2009; 10:88-93)

Anahtar sözcükler: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, yaygınlık, üniversite öğrencileri

The assessment of attention deficit hyperactivity disorder symptoms in university students

ABSTRACT

Objective: In our study, we aimed to scan attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) symptoms with scale and determine the prevalence of persons who had high level of ADHD symptoms. **Methods:** 1961 university students participated in the study and they were given Adult ADD/ADHD DSM-IV-Based Diagnostic Screening and Rating Scale. According to results, we determined prevalence of university students who reported high degree ADHD symptoms and the difference between genders and between formal education and night school

¹ Yrd.Doç.Dr., ⁵ Psikolog, Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD, Kütahya

² Öğr.Gör., ⁴ Araş. Gör., Dumlupınar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Kütahya

³ MSc, Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ABD, Eskişehir

Yazışma adresi/Address for correspondence:

Yrd.Doç.Dr. Alev KILIÇOĞLU, Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD, Kütahya

E-mail: alevkiloglu@gmail.com

students. **Results:** 1961 university students were taken to the study and 63.4% (n=1244) of them were women and 36.5% (n=717) of them were men. 65.0% (n=1273) of the students were from formal education and 35.0% (n=687) were from night school of university. After statistical evaluations, we found the prevalence of students with high degree ADHD symptom as 15.55%. Men got significantly more points in hyperactivity subscale ($p=0.001$) and total points ($p=0.047$) of the scale. There was no significant difference between formal education and night school students according to ADHD symptoms. **Discussion:** According to results of the scale we used, the prevalence rate of students with self reported high degree of ADHD symptoms was higher than previous ADHD prevalence studies. This high rate may be due to not questioning childhood period for ADHD and not diagnosing the disorder with clinical assessment. In previous studies, it was shown that although ADHD is more common in boys, in adulthood it has an equal rate in both sexes, but in our study, we found ADHD more common in men and that may be because we assessed university students in early adulthood period. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2009; 10:88-93)

Key words: attention deficit hyperactivity disorder, prevalence, university students

GİRİŞ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) çocukluk çağında iyi tanımlanmış bir durumdur. 18. yüzyılda 'kötü çocuk' olarak tanımlanan bu çocuklar, DSM-II'de 'çocukluk çağı hiperkinetik reaksiyonu' ismini almış, daha sonra DSM-III-R'de bugün kullanılan 'dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu' ismi verilmiştir.¹ DSM-IV-TR'ye göre çocukluk çağındaki DEHB, dikkat eksikliği ve/veya hiperaktivite/impulsivite belirtilerinin varlığıyla karakterizedir, bu belirtiler yedi yaşından önce de vardır ve en az iki ortamda işlevsellikte belirgin bozulmayla birlikte dir.²

DEHB'nin çocukluk dönemindeki belirtileriyle ilgili tanımlama ve tedavi çalışmaları uzun zamandır olmasına karşın, erişkinlik dönemindeki görünümü üzerindeki çalışmalar yakın zamana kadar ihmal edilmiştir.

2007 yılında yayımlanan bir meta-analizde tüm dünyadan 171756 çocuğu içeren 102 çalışma incelenmiş ve genel olarak coğrafi bölgelere göre değişen oranlar bildirilmesine karşın, çocukluk çağı DEHB yaygınlığı ortalama %5.29 olarak belirlenmiştir.³ Türkiye'de yapılan bir çalışmada bu oran %8.1 olarak bildirilmiştir.⁴ Bununla birlikte, çocukluk döneminde başlayan DEHB'nin genel olarak erişkinlik döneminde azalarak sürdüğü kabul edilmektedir.⁵ Faraone ve arkadaşlarının⁶ izleme çalışmalarını değerlendirerek yaptıkları meta-analiz sonucuna göre, DEHB tanısı konan çocukların %15'inin erişkinlikte DSM ölçütlerinin tümünü karşıladığını, %65'inin kısmi remisyona yaşamlarını sürdürdüğünü bulmuştur. Kessler ve arkadaşlarının 18-44 yaşları arasındaki 3199 kişiyi DEHB yönünden taradığı çalışmada, erişkinlikteki DEHB yaygınlığı %4.4 olarak belirlenmiştir.⁷ Türkiye'de yapılmış bir çalışmada, psikiyatri polikliniğine başvuran erişkin hastalarda DEHB

değerlendirilmiş ve bu hastaların %15.9'una DEHB tanısı konmuştur.¹

Dünyada erişkin DEHB ile ilgili çalışmalar giderek artmaktadır. Bunun nedeni, erişkin dönemdeki DEHB'nin hem bozukluğun kendisi, hem de komorbid bozuklukların normal popülasyondan daha çok olması nedeniyle kişinin yaşamındaki olumsuz etkilerinin farkına varılmasıdır.⁸

Erişkin yaşamdaki DEHB, çocukluk çağında olduğu gibi kişinin akademik sorunlar yaşamasına neden olacaktır. Bu durumun özellikle üniversite yaşamında sorun yaratacağı tahmin edilebilir. Hem ülkemizde erişkin DEHB yaygınlığına yönelik çalışmaların yetersiz olması, hem de üniversite yıllarındaki DEHB'nin yaygınlığının belirlenmesinin daha sonraki müdahaleler açısından önemli olması nedeniyle, çalışmamızda üniversitede yüksek DEHB belirtisi olanların yaygınlığını değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM

Örneklem

Çalışmamıza başlamadan önce Dumlupınar Üniversitesi Eğitim, Uygulama ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan, daha sonra çalışma için üniversite rektörlüğünden izin alındı. Çalışmamıza Dumlupınar Üniversitesi Fen-Edebiyat, İktisat, Eğitim, Mühendislik Fakülteleri ve Sağlık Yüksekokulu bölümlerine yeni başlayan, örgün ve ikinci öğretimde birinci sınıfa devam eden 1961 öğrenci alınmıştır. Herhangi bir dışlama ölçütü uygulanmamıştır. Değerlendirme için öğrenciler ders öncesinde çalışma konusunda bilgilendirildi ve katılmayı kabul edenlerin yazılı onayları alındı. Çalışmamıza katılmayı kabul etmeyen öğrenci olmadı.

Değerlendirme

Çalışmamızda DEHB taraması yapmak için Erişkin DEHB Ölçeği kullanılmıştır. Öğrencilerin ölçeği doldurmaları her sınıfta ortalama 10 dakika kadar sürmüştür.

Ölçeğin Türkiye'de geçerlilik güvenirliği Günay ve arkadaşları⁹ tarafından yapılmıştır. Ölçek, beşli Likert tipi derecelendirme ölçeği olup, üç alt bölümden oluşmaktadır: 1. Bölüm: Dikkat eksikliği bölümü: DSM-IV teki dikkat eksikliği (DE) belirtileri alınarak oluşturulmuş, toplam dokuz madde vardır. Üçten düşük puan alanlar DE belirtileri düşük düzeyde olanlar, 3.01-10.99 arasında puan alanlar orta düzeyde DE belirtileri olanlar, 11 ve üstünde puan alanlar DE belirtileri yüksek düzeyde olanlar grubuna girmektedir. 2. Bölüm: Aşırı hareketlilik/dürtüsellik bölümü: Bu bölümde DSM-IV'teki aşırı hareketlilik (AH) belirtileri alınmış ve toplam dokuz maddeden oluşmaktadır. Burada da üçten düşük puan alanlar AH belirtileri düşük düzeyde olanlar, 3.01-10.99 arasında puan alanlar orta düzeyde AH belirtileri olanlar, 11 ve üstünde puan alanlar AH belirtileri yüksek düzeyde olanlar grubuna girmektedir. 3. Bölüm: DEHB ile ilgili özellikler ve sorunlar bölümü: Klinik deneyim ve gözlemlere göre oluşturulan bölüm toplam 30 maddeyi içermektedir. Sorun (S) bölümünde 0-12.99 arasında puan alanlar düşük, 13-35 arasında puan alanlar orta, 35-75 arasında puan alanlar yüksek düzeyde sorun bölümünde belirtilen özellikleri taşımaktadır. Genel toplamda ise 20'nin altında alanlar düşük düzeyde DEHB, 20-59 arasında puan alanlar orta düzeyde DEHB, 59'un üstünde puan alanlar ise yüksek düzeyde DEHB belirtileri göstermektedir.

İstatistiksel değerlendirme

Veriler SPSS ver. 13 ile değerlendirildi. Ölçekte DE, AH ve S bölümlerinde yüksek düzeyde belirtisi olanların ve toplam puanda yüksek düzeyde DEHB belirtileri gösterenlerin oranları hesaplandı. DE, AH, S ve toplam puanların normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile incelendi. Veriler normal dağılıma uygun olmadığı için cinsiyet ve öğretim türü gruplarına göre DE, AH, S ve toplam puanlar bakımında farklılık olup olmadığının belirlenmesinde Mann Whitney U testi kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler, median (%25-75 percentiles) biçiminde gösterildi.

DE, AH, S ve toplam puanları düşük, orta ve yüksek kategorilere ayrıldıktan sonra cinsiyet ve öğretim türüne göre puan kategorilerinin karşılaştırılmasında ki-kare analizi kullanıldı.

Anatolian Journal of Psychiatry 2009; 10:88-93

BULGULAR

Çalışmaya katılan 1961 öğrenciden %63.4'ü (s=1244) kız, %36.5'i (s=717) erkekti. Yaş ortalaması 18.97±1.45 yıldır (ortanca=19). Öğrencilerin %65.0'ı (s=1273) örgün öğretimde, %35.0'ı (s=687) ikinci öğretimdeydi.

Erişkin DEHB Ölçeğinin DE bölümündeki ortalama puan 8.20±3.96, 11 ve üstünde puan alanların oranı %24.78'di (s=486). Bunların %60.5'i (s=294) kız, %39.5'i (s=192) erkek; %62.8'i (s=305) örgün öğretimde, %37.2'si (s=181) ikinci öğretimdeydi.

Erişkin DEHB Ölçeğinin AH bölümündeki ortalama puan 7.26±4.76, 11 ve üstünde puan alanların oranı %20.8 (s=408) idi. Bunların %59.3'ü (s=242) kız, %40.7'si (s=166) erkek; %65.0'ı (s=265) örgün öğretimde, %35.0'ı (143) ikinci öğretimdeydi.

Erişkin DEHB Ölçeğinin S bölümündeki ortalama puan 25.63±12.68, 35 ve üstünde puan alanların oranı %21.72 (s=426) idi. Bunların %61.5'i (s=262) kız, %38.5'i (s=164) erkek; %65.0'ı (s=277) örgün öğretimde, %35.0'ı (s=149) ikinci öğretimdeydi.

Erişkin DEHB Ölçeğinden alınan ortalama toplam puan 41.09±18.58, 59'un üzerinde puan alanların oranı %15.55'ti (s=305). Bunların %60.0'ı (s=183) kız, %40.0'ı (s=122) erkek; %64.3'ü (s=196) örgün öğretimde, %35.7'si (s=109) ikinci öğretimdeydi.

Ortalama puanlarda cinsiyet farkı olup olmadığına bakıldığında AH bölümünde (p=0.001) ve toplam puanda (p=0.047) erkeklerde daha yüksek olmak üzere anlamlı bir fark bulundu (Tablo 1).

Ortalama puanlarla örgün ve ikinci öğretimde okuyanlar arasında fark olup olmadığına bakıl-

Tablo 1. Erişkin DEHB Ölçeğinde cinsiyetler arası farkın değerlendirilmesi

Alt ölçekler	Kız (s=1244)	Erkek (s=717)	p
Dikkat eksikliği	8 (5-10)	8 (6-11)	0.076
Aşırı hareketlilik	6 (4-9)	7 (4-10)	0.001
Sorun puanı	23 (16-33)	24 (17-34)	0.157
Toplam puan	38 (27-51)	40 (29-53)	0.041

Bulgular, median (25%-75% persentil) biçiminde gösterilmiştir.

Tablo 2. Örgün ve ikinci öğretimde okuyanların Erişkin DEHB Ölçeğine göre karşılaştırılması

Alt ölçekler	Örgün öğr. (s=1274)	İkinci öğr. (s=687)	p
Dikkat eksikliği	8 (5-10)	8 (6-11)	0.298
Aşırı hareketlilik	6 (4-10)	7 (4-10)	0.310
Sorun puanı	24 (16-33)	24 (17-33)	0.634
Toplam puan	38 (27-52)	40 (28-51)	0.418

Bulgular, median (25%-75% persentil) biçiminde gösterilmiştir.

Tablo 3. Cinsiyete göre Erişkin DEHB Ölçeği kategorileri arasındaki farkın değerlendirilmesi

Kategoriler	Kız		Erkek		p
	Sayı	%	Sayı	%	
Dikkat eksikliği					0.251
Düşük	116	9.3	64	8.9	
Orta	835	67.1	460	64.2	
Yüksek	293	23.6	193	26.9	
Aşırı hareketlilik					0.023
Düşük	282	22.7	130	18.1	
Orta	720	57.9	421	58.7	
Yüksek	242	19.5	166	23.2	
Sorun puanı					0.389
Düşük	178	14.3	89	12.4	
Orta	804	64.6	464	64.7	
Yüksek	262	21.1	164	22.9	
Toplam puan					0.221
Düşük	132	10.6	62	8.6	
Orta	918	73.8	528	73.6	
Yüksek	194	15.6	127	17.7	

diğinde, bölümler arasında veya toplam puanda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 2).

DE, AH, S ve toplam puanlar düşük, orta, yüksek olarak kategorilere ayrılarak değerlendirildiğinde AH bölümünde erkeklerin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek kategoride daha çok yer aldığı saptandı ($p=0.023$, yüksek kategorideki kızlar: %19.5, erkekler: %23.2) (Tablo 3). Örgün ve ikinci öğretim arasında tüm bölümler ve toplam puanın kategorileri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı.

TARTIŞMA

Çalışmamızda üniversite öğrencileri arasındaki DEHB belirtileri yüksek düzeyde olanların yaygınlığını belirlemeyi amaçladık. Toplam puan açısından 1961 öğrencinin içinde yüksek düzeyde DEHB belirtileri olanların oranını %15.55 olarak bulduk. Bu oran DEHB erişkin yaygınlığını değerlendiren diğer çalışmalara göre yüksek bir orandır.

Çalışmamıza benzer bir çalışmayı DuPaul ve arkadaşları¹⁰ yayımlamıştır. Bu çalışma, İtalya, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve Yeni Zelanda'dan 1209 üniversite öğrencisinde Genç Erişkin Derecelendirme Ölçeği (Young Adult Rating Scale) ile DEHB yaygınlığını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Kullandıkları ölçek bizim çalışmamızdakine benzer bir şekilde DSM-IV DEHB ölçütlerini temel almakta ve ek olarak 7 madde potansiyel sorunları araştırmaktadır. Bu çalışmada üç ülkede de aynı şekilde uygulanan ölçeği öğrencilerin kendileri doldurmuştur. ABD'de DEHB tanısı konan erkek oranı %2.9 iken, İtalya'da %7.4, Yeni Zelanda'da %8.1'dir. Kız öğrencilerde bu oran İtalya'da %0, ABD'de %3.9 ve Yeni Zelanda'da %1.7 olarak belirtilmiştir. Bu sonuçlara göre en yüksek oran Yeni Zelanda'da %9.8'dir. Bu çalışmada örneklem grubu 213 üniversite öğrencisinden oluşmaktadır. DuPaul ve arkadaşlarının bu çalışması, üniversite öğrencilerinde yapılan az sayıdaki çalışmalardan biri olması ve bizim çalışmamıza yöntem olarak benzerliği açısından önemlidir.

Kessler ve arkadaşları⁷ 3199 (18-44 yaş) kişide DEHB yaygınlığını %4.4 oranında bulmuştur. Bu çalışmada kişilere yarı yapılandırılmış Erişkin DEHB Klinik Tanı Ölçeği 1.2 versiyonu (Adult ADHD Clinical Diagnostic Scale, version 1.2) uygulanmış ve çocukluk döneminde başlayanlar değerlendirilmiştir. Kullandığımız Erişkin DEHB Ölçeği her ne kadar DSM-IV'e dayalı olarak erişkinlere uygulanmak üzere geliştirilmişse de, çocukluk çağını sorgulamamaktadır. Çalışmamız tarama çalışması olarak planlanmış ve çocukluk çağındaki belirtiler sorgulanmamıştır. Öyle görünüyor ki, çocukluk çağı belirtilerinin sorgulanması bizim çalışmamızda da yaygınlık oranının %10'un altına düşmesini sağlayabilir.

DuPaul ve arkadaşlarının¹⁰ çalışmasında üç ülkede aynı yöntemin kullanılmış olmasına karşın farklı sonuçların bildirilmiş olması, DEHB açısından kültürel ve çevresel farkların olup olmadığı sorusunu akla getirmektedir. Bu konu-

da çok merkezli önemli çalışmalardan biri olan ve on ülkeyi kapsayan Fayyad ve arkadaşlarının¹¹ çalışması kültürel farklılıkları ortaya koysa da, çalışmada ülkeler arasındaki farkın beklenenden az olduğu vurgulanmıştır. Bu çalışmaya Belçika, Kolombiya, Fransa, Almanya, İtalya, Lübnan, Meksika, Hollanda, İspanya ve ABD katılmış ve 18-44 yaşları arasındaki erişkinlerde DEHB araştırılmıştır. Görüşmeler yüz yüze yapılmış ve belirtilerin çocukluk çağında başlayıp başlamaması da sorgulanmıştır. Bu çalışmada en düşük yaygınlık oranı %1.2 ile İspanya'da (toplam 960 kişide taranmış) saptanırken, en yüksek %7.3 ile Fransa'da (toplam 727 kişi taranmış) saptanmıştır. Ülkeler arası varyans hesaplandığında, çalışmada diğer bozukluklara göre ülkeler arasındaki DEHB yaygınlık farklılığının daha düşük olduğu ve bunun belki de çevresel değişimin bu bozukluk için daha az rol oynayabileceğiyle açıklanabileceği belirtilmiştir. Polanczyk ve arkadaşlarının³ çocukluk çağı DEHB'nin dünyadaki yaygınlığını değerlendiren metaregresyon analizi çalışmasında ülkeler arasında anlamlı heterojenite bildirmiştir. Afrika ve Orta Doğu ülkelerinde anlamlı olarak daha düşük yaygınlık oranlarının olduğu; Avrupa, Güney Amerika ve Asya ülkeleriyle Kuzey Amerika arasında anlamlı fark olmadığı bildirilmiştir. Bu çalışmaların sonuçlarına bakıldığında ülkeler arası farklılığın olduğunu söylemek olasıdır. Bu farklılığın beklenenden düşük olduğunun belirtilmesi ve Orta Doğu ülkelerinde çocukluk çağı DEHB yaygınlığının daha düşük olarak saptanması, sonuçlarımızla çelişmektedir. Erşan ve arkadaşlarının⁴ 1425 çocukta buldukları %8.1 oranındaki DEHB yaygınlığı çocukluk çağı dünya ortalamasından³ yüksektir. Bunun ülkemizde erişkinler için de benzer olması olasıdır.

Burada göz ardı edilmemesi gereken etkenlerden biri de, hem ölçeklerin doldurulmasında, hem de klinik değerlendirmede ailenin veya bireyin kişisel algılamalarının belirtilerin varlığıyla ilgili verecekleri bilgiyi etkilemesidir. Kabul edilebilir davranışın farklı kültürlerde farklı olmasının tanıyı etkileyebileceği bildirilmektedir.¹² Bunu gösteren bir çalışma da Erman ve arkadaşlarının¹³ çalışmasıdır. Bu çalışmada Kanadalı ve Türk çocukların ailelerinin bildirdikleri belirtiler incelenmiş ve Türk ailelerin, çocuklarındaki hareketliliği daha fazla olarak bildirdikleri saptanmıştır. Buna göre, farklı kültürlerde yetişmek gerçek yaygınlığı etkilemeksizin kişinin bireysel algılayışına bağlı olarak bildirilen bozukluğun yaygınlığını değiştirebilmektedir. Benzer şekilde Erşan ve arkadaşlarının⁴ yaptığı çalışmada çocuklarda DEHB yaygınlığı %8.1 olarak bildiril-

mesine karşın, çalışmada anne-babaların bildirdiği oran %14.38'dir. Bu çalışma da ailelerin belirtileri daha fazla bildirdiklerini göstermektedir. Çalışmamızda da kişinin kendini algılaması verdiği yanıtları etkilemiş olabilir ve bu durum kültürel olarak daha fazla belirti bildirmeye eğilimin olmasıyla da ilişkili olabilir.

Dikkat çekilmesi gereken bir başka konu ise, farklı ülkelerde bulunan erişkin DEHB yaygınlığı oranlarının beklenenden yüksek olmasıdır. İster klinik görüşmeyle olsun, ister kendi bildirimlerine dayalı olsun ortalama çocukluk çağı DEHB yaygınlığının %5 civarında olduğu³ ve genel kanı olarak DEHB'nin yaşla birlikte azaldığı düşünülürse (ki, Hill ve Schoener⁴ her beş yılda DEHB oranının %50 azalacağını öngörmüştür), yaygınlık oranları daha düşük bulunmalıdır. Her ne kadar bizim %15.55 olarak saptadığımız yüksek belirti düzeyi olanların oranı diğer çalışmalardaki oranlara göre çok yüksekse de, izleme çalışmalarında belirtilenin aksine kesitsel çalışmalar hem farklı sonuçlar, hem de genel olarak beklenenden yüksek erişkin DEHB oranları bildirmektedir. Bu durum birkaç nedene bağlı olabilir. Şu anda kullanılan ölçekler büyük ölçüde çocukluk çağı belirtilerinin erişkinler için uyarlanmasıyla oluşturulmuştur ve erişkinlere özgü tanı ölçütleri oluşturulmamıştır. Bir başka sorun da çocukluk döneminin sorgulandığı çalışmalardaki anımsamayla ilgilidir. Yanı sıra, tanı ölçütleri çocukluk çağında başlamış olmayı ön koşul olarak getirirse de, erişkin dönemde bozukluğun başlayıp başlamayacağına da araştırılması gerekmektedir.

Çalışmamızda değerlendirdiğimiz diğer parametreler cinsiyet ile örgün ve ikinci öğretimde okumanın fark yaratıp yaratmadığıdır. Çocukluk döneminde erkek/kız oranının 3/1 olmasına karşın, erişkinlik döneminde bu farkın ortadan kalktığı bildirilmektedir.¹⁴ Bizim çalışmamızda AH bölümünde erkekler lehine güçlü bir anlamlılık saptanırken, toplam puanda zayıf da olsa anlamlı bir erkek üstünlüğü saptanmıştır. Örneklemimizin büyük olması cinsiyetler arası farkı ortaya koyma açısından önemlidir; ancak çalışmamızda böyle bir sonucun elde edilmesi üniversiteye yeni girmiş olan öğrencilerin örneklemimizi oluşturmasıyla ilişkili olabilir. Üniversite öğrencileri tam olarak erişkin popülasyonunu temsil etmemektedir. Erişkinlerle yapılan çalışmalar 18-44 yaşları arasını değerlendirmiştir, bizim çalışmamızda ise yaş ortancası 19'dur. Bu nedenle örneklemimiz daha çok genç yetişkinlik dönemini temsil etmektedir. Ortancası daha yüksek olan erişkin yaş grubunda toplam puandaki bu farklılık ortadan kalkabilir.

Değerlendirdiğimiz diğer bir parametre örgün ve ikinci öğretimde okumanın DEHB belirtileri açısından bir farkının olup olmadığıydı. DEHB olan, özellikle tedavi görmemiş kişilerde ders başarısının daha düşük olabileceği ve üniversite sınavı gibi üç saat süren bir sınavda başarılarının DEHB olmayanlara göre daha düşük olacağı düşünülebilir. İkinci öğretimdeki öğrenciler daha düşük puanla üniversiteye girmektedir. Bu göz önüne alınırsa, DEHB bu grupta daha fazla görülebilir. Bizim de örgün ve ikinci öğretimi karşılaştırmamızın nedeni böyle bir farklılığın olup olmadığını değerlendirmekti; ancak iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptayamadık.

Çalışmamız bu konuda Türkiye’de yapılmış az sayıdaki epidemiyolojik çalışmalardan biri oldu-

ğu için önemlidir. Ancak bazı kısıtlılıkları vardır. Daha önce de belirtildiği gibi, uyguladığımız ölçek her ne kadar tarama yapmayı amaçlasa da, çocukluk dönemini sorgulamamaktadır; bizim bunu sorgulamamış olmamız önemli bir kısıtlılıktır. Bir diğer kısıtlılık ise, ölçek taramasının kişinin kendi bildirimine dayanmasıdır. Bu durum tanı açısından tüm psikiyatrik bozukluklar için ciddi bir kısıtlılık oluşturmaktadır. Bu nedenle elde ettiğimiz verileri tanı konan kişi yaygınlığı yerine, yüksek düzeyde belirtisi olanların yaygınlığı olarak değerlendirmek yerinde olacaktır. Benzer şekilde yapılmış ve DEHB yaygınlığı olarak belirtilmiş benzer çalışmaların olması, bizim çalışmamızın da kısıtlılıklarına karşın DEHB yaygınlığı açısından fikir verebileceği düşünülebilir.

KAYNAKLAR

1. Duran Ş. *Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastalarda Erişkin Dikkat Eksikliği-Hiperaktivite Bozukluğu Sıklığı ve Eşitani Durumları*. Yayımlanmamış Psikiyatri Uzmanlık Tezi, Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2006.
2. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*. Gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-IV-TR), E Köroğlu (Çev. Ed.), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2001.
3. Polanczyk G, De Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry* 2007; 164:942-948.
4. Erşan EE, Doğan O, Doğan S, Sümer H. The distribution of symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004; 13:354-361.
5. Hill JC, Schoener EP. Age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 1996; 153:1143-1146.
6. Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med* 2006; 36:159-165.
7. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners K, Demler O, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey replication. *Am J Psychiatry* 2006; 163:716-723.
8. Secnik K, Swensen A, Lage MJ. Comorbidities and costs of adult patients diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder. *Pharmacoeconomics* 2005; 23:93-102.
9. Günay Ş, Savran C, Aksoy UM, Maner F, Turgay A, Yargıç İ. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeğinin (Adult ADD/ADHD DSM IV-Based Diagnostic Screening and Rating Scale) dilsel eşdeğerlilik, geçerlik güvenirlik ve norm çalışması. *Türkiye’de Psikiyatri* 2006; 8:98-107.
10. DuPaul GJ, Schaughency EA, Weyandt LL, Tripp G, Kiesner J, Ota K, et al. Self-report of ADHD symptoms in university students: cross-gender and cross-national prevalence. *J Learn Disabil* 2001; 34:370-379.
11. Fayyad J, De Graaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K, et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry* 2007; 190:402-409.
12. Dwivedi KN, Banhatti RG. Attention deficit/hyperactivity disorder and ethnicity. *Arch Dis Childhood* 2005; 90:i10-i12.
13. Erman H, Öncü B, Türkbay T, Erman Ö, Turgay A, Yorbık Ö, ve ark. İki farklı kültürde dikkat eksikliği aşırı hareketlilik bozukluğu ve karşı gelme bozukluğu belirtilerinin karşılaştırılması. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi* 2000; 7:92-98.
14. Greydanus DE, Pratt HD, Pate DR. Attention deficit hyperactivity disorder across the lifespan: the child, adolescent, and adult. *Dis Mon* 2007; 53:70-131.