

**T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI**

**ACİL SERVİSE SPOR YARALANMASI NEDENİYLE
BAŞVURAN ERİŞKİN HASTALARDA ERİŞKİN TİPİ DİKKAT
EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE/DÜRTÜSELLİK
BOZUKLUĞU (DEHB) İLİŞKİSİ**

**UZMANLIK TEZİ
Dr. Mehmet ÖLMEZ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Bülent ERDUR**

DENİZLİ – 2023

**T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI**

**ACİL SERVİSE SPOR YARALANMASI NEDENİYLE
BAŞVURAN ERİŞKİN HASTALARDA ERİŞKİN TİPİ DİKKAT
EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE/DÜRTÜSELLİK
BOZUKLUĞU (DEHB) İLİŞKİSİ**

**UZMANLIK TEZİ
Dr. Mehmet ÖLMEZ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Bülent ERDUR**

DENİZLİ – 2023

TEŞEKKÜR

Uzmanlık tez çalışmam süresince beni destekleyen, bilgisi ve tecrübesiyle bana ilham veren, tezimin ve eğitimimin her aşamasında büyük emeği olan Sayın Danışman Hocam Prof. Dr. Bülent ERDUR'a,

Akademisyenliği ve kişiliği ile her zaman örnek olan, asistanlık sürem boyunca kendilerinden çok şey öğrendiğim Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD 'daki hocalarım Prof. Dr İbrahim TÜRKÇÜER'e, Doç.Dr.Atakan YILMAZ'a, Doç.Dr.Mert ÖZEN'e, Doç.Dr. Murat SEYİT'e, Dr. Öğr. Üyesi Alten OSKAY'a, Dr. Öğr. Üyesi Aykut UYANIK'a

Tez çalışmam süresince birlikte çalışmaktan gurur duyduğum değerli ekip arkadaşlarım Pamukkale Üniversitesi Eğitim, Uygulama ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp A.D.'nda görevli meslektaşlarıma,

Tüm hayatım boyunca beni hep destekleyen annem, babam ve sevgili eşime

TEŞEKKÜR EDERİM...

Dr. Mehmet Ölmez

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

TEZ ONAY FORMU	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
SİMGELER VE KISALTMALAR	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
ÖZET	x
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1 DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU	2
2.1.1 Temel Bilgiler	2
2.1.2 Etyoloji	6
2.1.2. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu.....	8
2.1.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar	11
2.1.3.1 Yıkıcı davranım bozukluğu	11
2.1.3.2 Alkol-madde kullanımı/ bağımlılığı	11
2.1.3.3 Sigara bağımlılığı	12
2.1.3.4 Anksiyete bozuklukları.....	12
2.1.3.5 Duygudurum bozuklukları.....	13
2.1.3.6 Yeme bozuklukları	13
2.2. SPOR YARALANMALARI.....	14
2.2.1. Burkulmalar	14
2.2.2. Gerilme	15
2.2.3. Çıkık	16
2.2.4. Kırık.....	16
2.2.5. Bayılma.....	16
2.2.6. Bel Ağrısı.....	17

2.2.7. Omuz Sıkışma Sendromu	17
2.2.8. Tenisçi Dirseği.....	18
2.2.9. Çekiç Parmak.....	19
2.2.10. Patellar Yaralanmalar	20
2.2.11. Çim Parmak	21
2.2. Spor yaralanmalarında Risk Faktörleri.....	22
2.3. SPOR YARALANMALARINDA TEDAVİ YAKLAŞIMLARI.....	23
3. MATERYAL METOT	25
3.1 Araştırmanın Tipi	25
3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	25
3.3 Etik Kurul İzni.....	25
3.4 Araştırmanın Evreni, Örneklem Büyüklüğü	25
3.5 Çalışmaya Alınan Bireylerin Seçimi	26
3.7. Hariç Tutulma Kriterleri.....	26
3.8. Gönüllüler İçin Çalışmadan Çıkarılma Kriterleri.....	26
3.9. Araştırmanın Veri Kaynakları	27
3.10. Araştırmanın İnsan Gücü.....	29
3.11. İstatiksel Yöntem.....	29
4. BULGULAR	30
5. TARTIŞMA	38
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	44
7. KAYNAKLAR	45
EKLER.....	54
Ek 1 DEHB TURGAY DSM IV YDB-TDÖ	54

SİMGELER VE KISALTMALAR

AH	: Aşırı Hareketlilik/ Dürtüsellik
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
DAT	: Dopamin Taşıyıcı Geni
DE	: Dikkat Eksikliği
DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite/Dürtüsellik Bozukluğu
DRD	: Dopamin Reseptör Geni
DSM	: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
ED	: Eating Disorder
ICD	: Uluslararası Hastalık Sınıflandırma
MINI	: Çoklu Uluslararası Psikiyatrik Görüşme
SCID-I	: Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No:

Şekil 1. Ayak bileği burkulması yaralanması örneği	15
Şekil 2. Omuz sıkışma sendromunun anatomik yapısı	18
Şekil 3. Atıcıların dirsek yaralanması örneği	19
Şekil 4. Çekiç parmağı yaralanması örneği	20
Şekil 5. Diz yaralanması nedeniyle iltihaplı patellar tendon örneği	21
Şekil 6. Çim ayak parmağı yaralanması.....	22
Şekil 7. Hasta ve kontrol gruplarının cinsiyet dağılımı.....	30
Şekil 8. Hasta ve kontrol gruplarının yaşlarının karşılaştırması	31

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No:

Tablo 1. Hasta ve kontrol gruplarının arasındaki cinsiyet dağılımı	30
Tablo 2. Hasta ve kontrol gruplarının yaşlarının karşılaştırması	31
Tablo 3. Hasta ve kontrol gruplarının eğitim durumu ve sigara kullanımına göre incelenmesi.....	32
Tablo 4. DEHB derecesinin hasta ve kontrol gruplarıyla arasındaki ilişkisi	32
Tablo 5. Hasta ve kontrol grubunun dikkat eksikliğine dair skor ortalamaları.....	33
Tablo 6. DEHB derecesinin cinsiyet ile arasındaki ilişkisi.....	33
Tablo 7. Cinsiyetin dikkat eksikliğine dair skor ortalamaları	34
Tablo 8. DEHB derecesinin eğitim durumu ile arasındaki ilişkisi.....	34
Tablo 9. Eğitim durumunun dikkat eksikliğine dair skor ortalamaları	35
Tablo 10. DEHB derecesinin sigara kullanımı ile arasındaki ilişkisi	35
Tablo 11. Sigara kullanımının dikkat eksikliğine dair skor ortalamaları.....	36
Tablo 12. DEHB skorlarının ve yaşla karşılaştırılması.....	36
Tablo 13. DEHB derecesinin yaşla karşılaştırılması.....	37
Tablo 14. DEHB skorlarının ve yaşla karşılaştırılması.....	37

ÖZET

ACIL SERVİSE SPOR YARALANMASI NEDENİYLE BAŞVURAN ERİŞKİN HASTALARDA ERİŞKİN TİPİ DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE/DÜRTÜSELLİK BOZUKLUĞU (DEHB) İLİŞKİSİ

Dr. Mehmet ÖLMEZ

Bu çalışmada spor yaralanmalarında DEHB'in rolünün araştırılması ve bu durumu etkileyen faktörler belirlenerek, müdahale planlamalarının yapılmasında temel oluşturacağını düşünüyoruz. Acil Servise spor yaralanması nedeniyle başvuran erişkin hastalarda spor yaralanması ile DEHB arasındaki ilişkiyi araştırdık.

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalına spor yaralanması ile başvurmuş hastalar çalışmaya alındı. Acil servise spor yaralanması ile başvuran yetişkin bireyler (n= 150) ile travma ve yaralanma harici bir şikâyet ile başvuran bireyler (n=150) kontrol grubu olarak tanımlandı. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite/Dürtüsellik Bozukluğu (DEHB) Turgay DSM-IV YDB-TDÖ kullanılmıştır. Birey Tanıma Formu, Dikkat Eksikliği, Aşırı Hareketlilik/ Dürtüsellik, DEHB ile ilgili özellikleri değerlendiren bölümlerden alınan puanlarla hastaların DEHB düşük, orta veya yüksek dereceli semptom gösterme durumlarını inceledik.

Araştırmada yer alan hasta grubunda 62 (%41,3) kadın, 88 (%58,7) erkek vardı ve kontrol grubu ile istatistiksel anlamlılık yoktu ($p=0,128$). Hasta grubunun yaş ortalaması (32,29) kontrol grubunun yaş ortalamasına (30,17) göre daha yüksektir. Hasta grubunda üniversite mezunlarında 63 (%42) kişiyle en çok, ilkökul mezunlarında 14 (%9,3) kişiyle en az olarak görülürken; kontrol grubunda üniversite mezunlarında 71 (47,3) kişiyle en çok, ortaokul mezunlarında 12 (%8) kişiyle en düşük mezuniyete sahipti. Sigara kullanımı ve eğitim durumunun hasta ve kontrol grubuyla arasında anlamlılık görülmedi ($p<0,05$). Hasta ve kontrol gruplarının DEHB derecesi ile aralarında bir anlamlılık görülmemiştir ($p=0,071$). Hasta grubunda dikkat eksikliğinin ortalama 5,96 ile, aşırı hareket dürtüsellik ortalama 5,93 ile, DEHB ilişkisinin ortalama 19,56 ile, DEHB skorunun 31,27 ile kontrol grubundan daha

yüksek olduğu görülmüştür. Düşük DEHB derecesinde sigara kullanmayanların 80 (%47,1) kişiyle daha fazla, orta DEHB derecesinde sigara kullanmayanların 69 (%40,6) kişiyle fazla olduğu görülürken, yüksek DEHB derecesinde 21 kişiyle kişiyle eşit olduğu görülmüştür. DEHB derecesi ile sigara kullanımı arasında anlamlı bir fark görülmüştür ($p=0,036$). Yaralanmamış yetişkin atletler arasındaki semptom raporlamasını inceleyen bir çalışmada, DEHB'li olanlar, DEHB'si olmayanlara göre çok daha fazla fiziksel, duygusal ve bilişsel semptomları doğrulamıştır. DEHB'li yaralanmamış erkeklerin neredeyse üçte biri (%31,5) ve yaralanmamış kadınların yarısı (%52,6) çeşitli işlevsellik alanlarındaki semptomlar bildirilmiştir. Yetişkinlerde travmatik spor yaralanmalarına risk faktörü olarak çevresel faktörlerin yanında insan davranışlarının incelendiği bir çalışmada DEHB'nin önemli bir unsur olduğu bildirilmiştir. Özellikle beyin sarsıntısı, temas sporlarında tüm yaş grupları arasında yaygındır; DEHB tanılı 13 yaş ve altı çocuklarda beyin sarsıntısı ile başvuru 1997 ile 2007 arasında iki katına ve 14-19 yaşındaki çocuklarda üç katına ve yetişkinlerde de 2 katına çıkmıştır.

Bireylerin sporda veya farklı alanlarda yaralanmalarından önce DEHB taraması ile dikkatle irdelenerek incelenmesi ve potansiyel tanı konulmamış DEHB şüpheli bireylerin aktivitelerde yatalanmalarının önüne geçmek için klinik destek almaları gerektiğini düşünüyoruz. Spor yaralanmasında DEHB ilişkisi ile ilgili literatür taramasında çocuklarda yapılmış birkaç çalışma bulunmasına rağmen yetişkinlerde benzer çalışma bulamadık. Acil servise spor yaralanması ile başvuran yetişkin bireylerde DEHB varlığının gözden geçirilmesi ve olası bir şüphe halinde ilgili bölümlere yönlendirilmesinin önemli olduğu sonucuna varılmış olup, bu konu hakkında daha ayrıntılı ve kapsamlı çalışmalar yapılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Spor yaralanması, dikkat eksikliği, hiperaktivite, dürtüsellik, yetişkinlerde DEHB, acil servis

ABSTRACT

EMERGENCY DEPARTMENT VISITS FOR SPORTS INJURIES IN ADULT PATIENTS: RELATIONSHIP WITH ADULT-TYPE ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD)

Dr. Mehmet ÖLMEZ

In this study, we aimed to investigate the role of ADHD in sports injuries, identify factors influencing this condition, and lay the foundation for intervention planning. We examined the relationship between sports injuries and ADHD in adult patients who presented to the Emergency Department due to sports-related injuries.

Patients who sought care for sports injuries at the Emergency Medicine Department of Pamukkale University Faculty of Medicine were included in the study. Adult individuals presenting with sports injuries (n=150) were defined as the patient group, and individuals presenting with trauma or complaints other than injuries (n=150) were defined as the control group. The Turgay DSM-IV YDB-TDÖ was used to assess Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in patients who agreed to participate in the study. The Individual Recognition Form and sections evaluating Attention Deficiency, Hyperactivity/Impulsivity, and characteristics related to ADHD were used to examine the patients' degrees of exhibiting low, moderate, or high levels of ADHD symptoms.

In the patient group, there were 62 (41.3%) females and 88 (58.7%) males, with no statistical significance compared to the control group ($p=0.128$). The average age of the patient group (32.29) was higher than that of the control group (30.17). While the highest number of university graduates in the patient group was 63 (42%), the lowest number among elementary school graduates was 14 (9.3%). In the control group, the highest number of university graduates was 71 (47.3%), and the lowest among middle school graduates was 12 (8%). There was no significant difference in smoking status and education level between the patient and control groups ($p<0.05$).

There was no significant correlation between the degree of ADHD and smoking in both groups ($p=0.071$).

In the patient group, the average scores for attention deficiency, hyperactivity, impulsivity, and overall ADHD were higher (5.96, 5.93, 19.56, and 31.27, respectively) than those in the control group. The study revealed a significant difference in smoking among individuals with different degrees of ADHD ($p=0.036$). In a study examining symptom reporting among non-injured adult athletes, those with ADHD confirmed significantly more physical, emotional, and cognitive symptoms than those without ADHD. Nearly one-third of non-injured adult males with ADHD (31.5%) and half of non-injured females with ADHD (52.6%) reported symptoms in various functional areas. In a study examining traumatic sports injuries in adults, environmental factors, along with human behaviors, were reported to be significant risk factors, with ADHD being a crucial factor.

Despite several studies on ADHD in children related to sports injuries, our literature review did not reveal similar studies in adults. It is concluded that evaluating the presence of ADHD in adults presenting to the Emergency Department with sports injuries is crucial, and in case of suspicion, referral to relevant departments is essential. We recommend further detailed and comprehensive studies on this topic.

Keywords: Sports injury, attention deficit, hyperactivity, impulsivity, adult ADHD, emergency department.

1. GİRİŞ

Spor yaralanması; spor faaliyetiyle ilgili antrenman veya oyundan kaynaklanan genellikle kas iskelet sistemi travmasıyla azalmış aktivite seviyesi ve tıbbi müdahale ihtiyacı şeklinde tanımlanır (1). Ülkemizde acil servise başvuran ekstemite kırıklarının %9,4'ü spor yaralanmasından kaynaklı olduğu bildirilmiştir (11). Spor yaralanmalarının başlıca nedeni ise dikkatsizlik ve aceleci davranış biçimi olarak vurgulanmaktadır (12). Yapılan çalışmalar DEHB ile spor yaralanmaları arasında ilişki olabileceğini düşündürmektedir (5-8). DEHB dikkatin sürdürülmesinde zorluk, kolayca dikkat dağılması ve yaralanmalarla ilişkilidir (2-4). Yaygınlığı tam olarak bilinmese de DEHB çocuklarda %8-10 erişkinlerde ise %5-6 aralığında olduğu düşünülmektedir (9). Ülkemizde DEHB'nin çocuk ve erişkinlerde 1 milyonun üzerinde bireyi etkilediği düşünülmektedir (10).

DEHB temel özelliği, kalıcı ve sürekli olan dikkat süresinin kısalığı, engellemeye yönelik denetim eksikliği nedeniyle davranışlarda ya da bilişte ortaya çıkan ataklık ve huzursuzluktur (10). Bunun sonucu olarak, çocukta gelişimsel olarak uygunsuz dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik ve ataklık vardır. Son yıllarda DEHB tedavisinde büyük yol katedilmiştir. Tedavisi mümkün olan bu rahatsızlığın spor yaralanmalarından önce keşfedilerek bireylerin daha güvenli spor yapmalarına ve yaşam kalitesini düşürecek yaralanmaların önüne geçilmesine ya da en azından azaltılmasına katkı sağlayacağını ön görmekteyiz. Yaptığımız literatür araştırmasında DEHB'nin erişkinlerde spor yaralanmasıyla ilişkisini gösteren bir çalışmaya rastlamadık. Çalışmamızın DEHB ve spor yaralanması ilişkisini araştıran öncü yayınlardan olduğunu düşünüyoruz.

Acil servisimize başvuran erişkin hastalarda dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik bozukluğu ilişkisinin araştırılıp spor yaralanması ile DEHB arasındaki ilişkinin gösterilmesi amaçlanmaktadır. Yaptığımız literatür araştırmasında DEHB'nin erişkinlerde spor yaralanması ile ilişkisini gösteren herhangi bir çalışmaya rastlamadık. Bu tür travmalarda DEHB'nin rolünün araştırılmasıyla bu durumu etkileyen faktörler belirlenecek, müdahale planlamalarının yapılmasında temel oluşturacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

2.1.1 Temel Bilgiler

DEHB, temel olarak dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik beliren özelliklerini içeren nörobiyolojik bir bozukluktur. DEHB'nin tarihi gelişimi karmaşıktır ve farklı zamanlarda farklı terimler ve tanımlamalarla adlandırılmıştır. 18. Yüzyıl- "Kötü Çocuklar" (Bad Children): DEHB ile ilgili ilk tanımlamalar, 18. yüzyılda "Kötü Çocuklar" olarak adlandırılan çocuklar üzerine yapılmıştır. Bu terim, çocukların dürtüsellik ve dikkatsizlik ile ilişkilendirilmiştir. 19. Yüzyıl- "Çılgın Budalalar" (Mad Idiots) ve "Fevri Delilik" (Impulsive Insanity): 19. yüzyılda DEHB benzeri semptomları olan bireyler için "Çılgın Budalalar" veya "Fevri Delilik" gibi ifadeler kullanılmıştır. Bu terimler, dürtüsellik beliren olduğu durumları tanımlamak için kullanılmıştır (13).

Sir George Frederic Still, DEHB'nin temel özelliklerini tanımlayan ilk kişilerden biridir. 1902'de, bu çocukların "ahlaki kontrolde bir defekt" taşıdığını ve bu durumun hem çevresel faktörler hem de organik nedenlerle ilişkilendirilebileceğini öne sürmüştür. 1947'de Strauss, DEHB semptomları gösteren çocuklarda "minimal beyin hasarı" terimini önermiştir. Bu, DEHB'nin nörobiyolojik bir temele sahip olabileceği fikrini desteklemiştir (14). 1962'de Clements ve Peters, DEHB'yi "minimal beyin disfonksiyonu" olarak adlandırmışlardır. Bu terim, DEHB semptomlarının altında yatan beyinsel düzensizlikleri vurgulamıştır (15).

Daha sonraki yıllarda, DEHB'nin nedenleri, semptomları ve tedavisi üzerine daha fazla araştırma yapılmış ve bu bozukluğun daha spesifik tanımlamaları geliştirilmiştir. DSM-5 (Psikiyatrik Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 5. baskı), DEHB'yi daha ayrıntılı bir şekilde tanımlayan bir kaynak olarak kabul edilir ve bu bozukluğun teşhis ve tedavisinde kullanılan standart bir rehberdir. DEHB, nörolojik ve genetik faktörlerin etkileşimiyle gelişen bir bozukluk olarak kabul edilmektedir ve tedavi edilebilir bir durumdur (14).

DSM-II (1968) döneminde, DEHB "Çocukluk Çağının Hiperkinetik Reaksiyonu" olarak adlandırılmıştır. Daha sonra DSM-III (1980) ve DSM-III-R (1987) ile DEHB, hiperaktivitenin eşlik ettiği ve etmediği iki alt gruba ayrılmış ve tanımlanmıştır. DSM-III-R, DEHB'yi "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu" olarak adlandırmış ve bu bozukluğun tanı kriterlerini belirlemiştir, bu kriterler belirli sayıda belirtinin varlığını ve süresini gerektirmiştir (16).

DSM-IV (1994) ile birlikte, DEHB terimi kullanılmış ve bozukluk daha ayrıntılı olarak sınıflandırılmıştır. DSM-IV, DEHB'yi "Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu" olarak adlandırmış ve dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik farklı kombinasyonlarına sahip "dikkatsizliğin ön planda olduğu tip ile hiperaktivite ve dürtüsellik ön planda olduğu tip ve bileşik tip" olmak üzere iki alt tipi tanımlamıştır (17).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise ICD-9 ve ICD-10 sınıflandırmalarında DEHB'yi "Hiperkinetik Sendrom" ve "Hiperkinetik Bozukluk" olarak sınıflandırmıştır. Bu sınıflamalarda impulsiviteye ayrı bir belirti olarak yer verilmemiş ve başlangıç yaşının 6 yaşın altında olması gerektiği belirtilmiştir. DEHB'nin tanı ve sınıflandırılması zaman içinde gelişmiş ve daha spesifik hale gelmiştir. Bu süreç, bozukluğun daha iyi anlaşılmasına ve uygun tedavi yöntemlerinin geliştirilmesine katkı sağlamıştır (18-20).

Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu DSM-IV tanı ölçütlerine göre dikkatsizlik ve hiperaktivite için semptomlar ayrı ayrı belirtilmiştir. Bu semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az altı ay süreyle uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyiyle uyumsuz bir derecede sürdüğünde tanı konması gerektiği belirtilmiştir.

Dikkatsizlik tanısı için aranan semptomlar:

- a. Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerinde dikkatsizce hatalar yapar.
- b. Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı oyunlarda dikkati dağınık.

- c. Doğrudan kendisiyle konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür.
- d. Çoğu zaman yönergeleri izleyemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da iş yerindeki görevlerini tamamlayamaz (karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlayamamaya bağlı değildir).
- e. Çoğu zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemede zorluk çeker.
- f. Çoğu zaman sürekli zihinsel çaba gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almada isteksizdir.
- g. Çoğu zaman üzerine aldığı görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örneğin; oyuncaklar, okul ödevleri, kalemler, kitaplar ya da araç gereçler).
- h. Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağılır. i. Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkanır (21).

Hiperaktivite tanısı için aranan semptomlar:

- a. Çoğu zaman elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.
- b. Çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.
- c. Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuşturup durur ya da tırmanır (ergenlerde ya da erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir).
- d. Çoğu zaman sakin bir biçimde boş zamanları geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.
- e. Çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi davranır.
- f. Çoğu zaman çok konuşur.
- g. Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan önce cevabı yapıştırır.

h. Çoğu zaman sırasını bekleme güçlüğü vardır.

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

Bozulmaya yol açmış olan bazı hiperaktif-dürtüsel semptomlar ya da dikkatsizlik semptomları yedi yaşından önce de gözlemlenebilir. İki ya da daha fazla ortamda (iş/okul ve ev gibi) semptomlardan kaynaklanan bir bozulma oluşabilir. Toplumsal, okul ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan belirgin bir bozulma olduğunun açık kanıtları bulunmalıdır. Bu semptomlar sadece bir yaygın gelişimsel bozukluk, şizofreni ya da diğer bir psikotik bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır. Başka bir mental bozuklukla (anksiyete, duygudurum bozukluğu gibi) daha iyi açıklanamaz (22).

DEHB alt tipler ise şöyle tanımlanmaktadır:

1. DEHB-bileşik tip: Son altı ay boyunca hem dikkatsizlik hem de hiperaktivite tanı ölçütlerinin karşılandığı durumdur.
2. DEHB-dikkatsizliğin ön planda olduğu tip: Son altı ay boyunca dikkatsizlik tanı ölçütü karşılanmış ancak hiperaktivite tanı ölçütünün karşılanmadığı durumdur.
3. DEHB-hiperaktivite ve dürtüsellüğün ön planda olduğu tip: Son altı ay boyunca hiperaktivite tanı ölçütü karşılanmış ancak dikkatsizlik tanı ölçütünün karşılanmadığı durumdur (23).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından geliştirilen DSM ve WHO tarafından geliştirilen ICD (Uluslararası Hastalık Sınıflandırma) gibi tanı kılavuzları, psikiyatrik bozuklukların tanı ve sınıflandırılmasında kullanılır (21, 23-25). DSM-II döneminde, DEHB "Çocukluk Çağının Hiperkinetik Reaksiyonu" olarak adlandırılmıştır. Daha sonra DSM-III (1980) ve DSM-III-R (1987) ile DEHB, hiperaktivitenin eşlik ettiği ve etmediği iki alt gruba ayrılmış ve tanımlanmıştır. DSM-III-R, DEHB'yi "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu" olarak adlandırmış ve bu bozukluğun tanı kriterlerini belirlemiştir, bu kriterler belirli sayıda belirtinin varlığını ve süresini gerektirmiştir (18, 19).

WHO ise ICD-9 ve ICD-10 sınıflandırmalarında DEHB'yi "Hiperkinetik Sendrom" ve "Hiperkinetik Bozukluk" olarak sınıflandırmıştır. Bu sınıflamalarda impulsiviteye ayrı bir belirti olarak yer verilmemiş ve başlangıç yaşının 6 yaşın altında olması gerektiği belirtilmiştir. DEHB'nin tanı ve sınıflandırılması zaman içinde gelişmiş ve daha spesifik hale gelmiştir. Bu süreç, bozukluğun daha iyi anlaşılmasına ve uygun tedavi yöntemlerinin geliştirilmesine katkı sağlamıştır (26).

2.1.2 Etyoloji

DEHB'nin kesin etyolojisi hala tam olarak bilinmese de araştırmalar nörolojik ve genetik faktörlerin bu bozukluğun gelişiminde önemli bir rol oynadığını göstermektedir. DEHB'nin genetik temeli olduğunu destekleyen birçok bulgu vardır. Aile geçmişi üzerine yapılan çalışmalar, DEHB tanısı almış bireylerin birinci derece akrabalarında DEHB riskinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (27).

DEHB ile ilgili evlat edinme araştırmaları, biyolojik akrabalığı olmayan çocukların biyolojik akrabalığı olan çocuklara göre DEHB riskinin daha düşük olduğunu göstermektedir. Bu tür çalışmalar, DEHB'nin biyolojik temelinin güçlü bir göstergesi olarak kabul edilir. Hiperaktif çocukların biyolojik ebeveynlerindeki hiperaktivite oranlarının, hiperaktif çocukları olan evlat edinmiş ebeveynlerdekenden daha yüksek olduğu bulunmuştur (21).

DEHB tanısı alan hastaların kardeşlerinin, DEHB tanısı almamış çocuklara kıyasla 2-3 kat daha fazla DEHB tanısı aldığı belirtilmektedir (28). Bu da genetik faktörlerin yanı sıra aile içi etkileşimlerin de önemli olabileceğini göstermektedir. İkizler üzerinde yapılan çalışmalar, DEHB'nin genetik yatkınlığının bir göstergesi olarak kabul edilir. Tek yumurta ikizlerinde DEHB insidansının çift yumurta ikizlerinden daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Bu, genetik faktörlerin DEHB'nin gelişiminde önemli bir rol oynadığını desteklemektedir (29).

DEHB'nin nedeni hala karmaşık bir konudur ve genetik faktörlerin yanı sıra çevresel etkenlerin de etkisi olabileceği düşünülmektedir. Ancak, bu tür genetik araştırmalar, DEHB'nin biyolojik kökenleri hakkında daha fazla anlayış

geliştirmemize yardımcı olmuş ve bu bozukluğun tedavi ve yönetimine daha iyi yaklaşımlar geliştirmemize katkı sağlamıştır (30).

DEHB'nin genetik temelleri hakkındaki araştırmalar dopamin reseptör geni (DRD4) ve dopamin taşıyıcı geni (DAT1) gibi belirli genler üzerinde yoğunlaşmıştır. Ancak, genetik yatkınlık ve DEHB arasındaki ilişki karmaşık bir konudur ve tek bir genin DEHB'nin gelişimini açıklamak için yeterli olmadığına işaret eden birçok çalışma bulunmaktadır. DRD4 geni, dopamin reseptörleriyle ilişkilidir ve bu nedenle DEHB ile ilgili birçok çalışmada incelenmiştir. Bazı çalışmalar, DRD4 genindeki belirli varyantlarla DEHB riski arasında küçük bir ilişki olduğunu göstermiştir. Ancak bu ilişki, DEHB'nin gelişiminde tek başına belirleyici bir faktör değildir ve genetik olarak daha karmaşıktır (28). DAT1 Geni ve DEHB: DAT1 geni, dopamin taşıyıcı proteininin üretimini düzenleyen bir gen olarak bilinir ve DEHB ile ilgili birçok çalışmada incelenmiştir (31).

Ancak, DAT1 geni ile DEHB arasındaki ilişki konusunda tutarlı bir kanıt bulunmamaktadır. Bazı çalışmalar bu ilişkiyi desteklerken, diğerleri bu ilişkiyi gösterememiştir. DEHB'nin gelişimi, genetik faktörlerin yanı sıra çevresel etmenlerin etkileşimiyle şekillenir. Genetik yatkınlığı olan bir bireyin DEHB geliştirip geliştirmemesi, çevresel etkenlerin etkisi altında olabilir. Bu nedenle, aynı genetik yatkınlığa sahip bireyler arasında farklı sonuçlar görülebilir (32).

DEHB'nin nörobiyolojik temelleri hala tam olarak anlaşılmış değil, ancak yapılan araştırmalar merkezi norepinefrin sistemi ve dopamin sistemi gibi nörotransmitter sistemlerinin DEHB'nin gelişiminde rol oynayabileceğini göstermektedir (33). Merkezi norepinefrin sistemi, beyindeki norepinefrin adı verilen bir nörotransmitteri içeren bir sistemdir. Bu sistem, dikkat, uyanıklık ve stres tepkilerinin düzenlenmesinde önemli bir rol oynar. Bazı araştırmalar, DEHB'lu bireylerde merkezi norepinefrin sisteminin bozuk olabileceğini öne sürmüştür. Bu, DEHB semptomlarının bir kısmının norepinefrin seviyelerindeki dengesizliklerle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (34).

Dopamin, özellikle ödül ve ceza ile ilişkilendirilen bir nörotransmitterdir. DEHB ile ilişkilendirilen bazı semptomlar, dopamin sistemi ile bağlantılı olabilir.

Örneğin, dikkat eksikliği ve ödül-öğrenme süreçleri arasında bir ilişki olabilir. Bu nedenle, dopamin sisteminin DEHB'nin gelişiminde bir rol oynayabileceği düşünülmüştür. DEHB tedavisinde yaygın olarak kullanılan ilaçlar arasında stimulanlar bulunur. Bu ilaçlar, norepinefrin ve dopamin seviyelerini artırarak DEHB semptomlarını iyileştirebilirler. Bu nedenle, periferik norepinefrin sistemi ile DEHB'lu bireylerin stimulanlara verdiği yanıt arasında bir ilişki olduğu öne sürülmüştür (30).

DEHB'nin etyolojisi karmaşık bir konudur ve nörotransmitter sistemlerin yanı sıra genetik faktörler, çevresel etkenler ve beyin yapısı gibi birçok farklı faktörün etkileşimiyle şekillenir. Bu nedenle, DEHB'nin nörobiyolojik temellerini anlamak için çok boyutlu bir yaklaşım gerekmektedir. Bu alandaki araştırmalar devam etmektedir ve daha fazla bilgi edinildikçe, DEHB'nin nedenleri ve etkileri hakkındaki anlayışımız gelişmektedir (32).

2.1.2. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

Erişkin dönemi DEHB tanısı, çocukluk dönemi DEHB tanısından farklılık gösterebilir ve bu alanda birçok tartışma bulunmaktadır. DEHB semptomları çocukluk döneminden yetişkinlik dönemine kadar değişebilir. Bazı semptomlar zaman içinde azalabilir veya değişebilir, bu da tanıyı karmaşıklarlaştırabilir. Çocukluk dönemi DEHB tanı kriterlerinin erişkinlere uygulanması bazen yetersiz olabilir (35). Bazı uzmanlar, çocukluk çağı DEHB kriterlerinin erişkinler için uygun olmadığını savunurlar. Erişkinlerin yaşamları farklı stres faktörleri ve sorumluluklarla dolu olabilir. Bu da DEHB semptomlarının farklı bir şekilde ortaya çıkmasına neden olabilir.

Hill ve Schoener'in çalışması, yaşla birlikte DEHB semptomlarının azaldığını göstermiştir. Bu nedenle, çocukluk dönemi DEHB semptomlarının doğrudan erişkinler için geçerli olmadığını düşündüren bulgular sunmuştur (36). Erişkin DEHB tanısının daha doğru olabilmesi için çocukluk dönemi DEHB kriterlerinin revize edilmesi veya farklı bir yaklaşımın geliştirilmesi gerekebilir. Erişkinlerin yaşam koşulları ve ihtiyaçları göz önüne alındığında, daha spesifik ve uygun kriterlerin geliştirilmesi önemli olabilir.

DEHB'nin erişkin dönemi tanısı konusundaki karmaşıklık, tanı sürecini daha fazla araştırma ve inceleme gerektiren bir alandır. Erişkinlerde DEHB'nin tanısının konulması, dikkatlice değerlendirilmesi gereken bir konudur ve klinik pratiğin geliştirilmesi ve daha iyi anlaşılması için daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir. Erişkin DEHB'nin tanısı ve tedavisi, bireyin yaşam kalitesini önemli ölçüde artırabilir ve işlevselliğini iyileştirebilir (37).

DEHB'nun erişkinlikteki sıklığı ve etkileri hakkında yapılan çalışmalar, bu bozukluğun yetişkinlerde de önemli bir sorun olabileceğini ve fonksiyonelliği düşürebileceğini göstermektedir. Özellikle DSM-IV kriterlerine göre dar DEHB ve geniş DEHB kategorileri kullanılarak yapılan çalışma, bu bozukluğun farklı düzeylerde semptomlara sahip olabileceğini ve geniş bir yelpazede etkileyebileceğini ortaya koymuştur. Dar DEHB'nun %2.9 ve geniş DEHB'nin %16.4 prevalansı, bu sorunun yaygın olduğunu göstermektedir (38).

Erişkinlerde DEHB'nun sıklığının belirlenmesi, bu popülasyonun ihtiyaçlarını anlamak ve uygun tedavi ve destek sağlamak açısından önemlidir. Ayrıca, DEHB'nun eğitim ve iş statüsü ile ilişkilendirilmesi, bu bozukluğun işlevsellik üzerindeki etkisini vurgulamaktadır (34). Ayrıca, DEHB'nun sıkça komorbid (eşlik eden) diğer psikiyatrik bozukluklarla ilişkilendirildiği görülmektedir. Özellikle madde kullanım bozuklukları, depresyon, anksiyete bozuklukları ve kişilik bozuklukları gibi durumlar DEHB ile sıkça bir arada bulunabilir. Bu nedenle, DEHB tanısı alan bireylerin aynı zamanda diğer psikiyatrik sorunlara da değerlendirilmesi ve gerekirse uygun tedavi planlarının oluşturulması önemlidir (39).

Smith ve Johnson (1998) DEHB'ü tanısında 4 semptomun belirleyiciliğine vurgu yapmışlardır. Bunlar;

- 1- Boş zamanını sakin şekilde geçirmede zorlanma
- 2- Patlarcasına cevap verme
- 3- Kuyrukta beklemede zorlanma
- 4- Diğerlerine müdahale etmedir (40).

Buna tam karşı olarak ise çocuklarda 6 semptomun tanı koymada en fazla etkiye sahip olduğu ifade edilmiştir;

- 1- Dikkatini devam ettirmede zorlanma
- 2- Etrafta sürekli gezinme
- 3- Oturma sırasında zorlanır
- 4- Otururken rahatsız olur
- 5- Boş zamanını sakin şekilde geçirmede zorlanma
- 6- Gitmeye hazır değildir (41).

Erişkin dönemi DEHB'nun çocukluk çağı DEHB'den farklılık gösterdiği ve bazı semptomların yetişkinlik döneminde daha baskın olduğu doğru bir gözlem olarak ortaya çıkmaktadır. Özellikle işyerinde zorluklar, düşük benlik saygısı, organizasyon eksikliği ve sık iş değiştirme gibi şikayetler yetişkin DEHB'nun tipik semptomları olarak sıkça karşılaşılanlar arasındadır. Ayrıca, her bireyin semptomları farklı olabilir ve DEHB'nun belirtileri kişiden kişiye değişkenlik gösterebilir. Bu nedenle, DEHB tanısı koymak için tek bir standarttan ziyade, bireyselleştirilmiş bir yaklaşımın kullanılması önemlidir. Bu, bireyin semptomlarına ve işlevselliğine daha iyi uyacak bir tanı ve tedavi planının oluşturulmasına yardımcı olabilir (42).

Çocukluk döneminde, genel toplumda DEHB tanısı alan erkeklerin sayısı, kızlara göre daha yüksektir. Bu nedenle, çocukluk döneminde DEHB için daha fazla erkek çocuğunun klinik desteğe ihtiyaç duyduğu görülmektedir. Ancak, DEHB'nun tanı oranları çocukluk döneminden erişkinliğe geçişte farklılık gösterebilir (2).

Erişkinler arasında, cinsiyet ile DEHB arasındaki ilişki daha karmaşıktır. Bazı araştırmalar, erkek ve kadınların DEHB semptomlarının görülme sıklığı açısından benzer olduğunu göstermektedir. Ancak, erkeklerin daha sık yıkıcı davranış bozuklukları gibi eşlik eden problemlerle başvurduğu belirtilmektedir. Bu nedenle, erişkinlerde DEHB tanısı konulma oranlarında cinsiyet farklılıkları daha karmaşıktır (43).

DEHB tanısı almayan ancak semptomları olan birçok erişkin bulunmaktadır. Bu bireyler iş veya ev yaşamlarında sorunlar yaşayabilirler, ancak klinik yardım aramayabilirler. Bu nedenle, DEHB'nun erişkinler arasında daha fazla tanınması ve anlaşılması önemlidir, böylece bu bireylere uygun destek ve tedavi sağlanabilir (35).

2.1.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar

2.1.3.1. Yıkıcı davranım bozukluğu

DEHB tanılı bireylerde antisosyal davranışların ve davranış bozukluklarının daha sık görüldüğüne dair birçok çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalar, DEHB'nun sadece dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellige değil, aynı zamanda sosyal ve duygusal düzenlemeleri de etkileyebileceğini göstermektedir. DEHB tanılı ergenlerin anti-sosyal davranışlara daha erken başladığı gözlemlenmiştir. Davranış bozuklukları, DEHB tanısı konmuş ergenlerde daha sık görülebilir (44).

DEHB tanılı bireylerde karşı gelme, karşıt gelme bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğu gibi sorunların sıklığı artabilmektedir. Agresyon ve yıkıcılıkla ilişkili bozukluklar, DEHB tanılı erkeklerde kadınlara göre daha sık görülmektedir. Davranış bozukluğu, erkeklerde DEHB tanılı olmayanlara göre daha fazla görülmektedir. Benzer bir etki antisosyal kişilik bozukluğu için de geçerli olabilir. DEHB tanısı alan bireylerin %25-45'inde antisosyal davranışlar ve %25'inde antisosyal kişilik bozukluğu görülmektedir. Cezaevinde yatan bireyler arasında yapılan çalışmalarda DEHB tanısı alanların oranı oldukça yüksek bulunmuştur. Tüm bu bulgular ışığında, DEHB'nun sadece bilişsel işlevler üzerinde değil, aynı zamanda sosyal ve duygusal işlevler üzerinde de önemli etkilere sahip olduğu görülmektedir (45).

2.1.3.2 Alkol-madde kullanımı/ bağımlılığı

DEHB tanısı alan bireylerde madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı riskinin daha yüksek olduğunu gösteren birçok araştırma bulunmaktadır (46-48). DEHB tanısı alan erişkinler arasında alkolizmin ve madde kötüye kullanımının sıkça görüldüğü bildirilmektedir. Bir çalışmada, DEHB tanısı alan erişkinlerin %34'ünde alkolizm ve %30'unda madde kötüye kullanımı belirtilmiştir. DEHB ve madde kullanımı arasında antisosyal kişilik bozukluğu gibi sorunların birlikte görülme sıklığının daha yüksek olduğu görülebilmektedir (49).

DEHB tanılı kişilerde madde bağımlılığının, özellikle kokain kullanımının DEHB ile ilişkilendirildiği belirtilmiştir. DEHB tanılı erişkinler arasında alkol, kannabis, kokain ve diğer uyarıcı maddelerin kullanımı görülmüştür. DEHB'nun sadece madde kullanımına başlama riskini artırmakla kalmayıp, aynı zamanda daha uzun süreli kullanım ve tedaviye cevap verme açısından da risk faktörü olabileceği öne sürülmüştür (49).

2.1.3.3 Sigara bağımlılığı

DEHB tanısı alan bireyler arasında sigara bağımlılığının daha yüksek olduğunu gösteren bulgular, DEHB'nun sadece madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı ile ilişkili olmadığını, aynı zamanda sigara içme alışkanlığı gibi başka bağımlılıklarla da ilişkilendirilebileceğini göstermektedir. DEHB tanısı alan bireyler arasında sigara içme oranının yüksek olması, DEHB ile sigara içme arasında bir ilişkinin olabileceğini düşündürmektedir. Ancak bu ilişkinin doğası tam olarak anlaşılmamıştır (50).

2.1.3.4 Anksiyete bozuklukları

DEHB ile anksiyete bozuklukları, özellikle çocuklar ve erişkinler arasında sıkça bir arada bulunan psikiyatrik sorunlardır. Çocuklarda yapılan çalışmalarda, DEHB ve anksiyete bozuklukları arasında hafif bir ilişki bulunmuştur. DEHB tanısı almış çocuklarda anksiyete bozukluğu prevalansının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir (51).

Erişkinlerde DEHB ile anksiyete bozuklukları arasındaki ilişki daha karmaşıktır. Bazı çalışmalarda DEHB tanısı olan erişkinlerde anksiyete bozukluklarına dair belirgin bir farklılık bulunmamıştır (52). Ancak diğer çalışmalar bu ilişkiyi daha güçlü göstermiştir (53).

DEHB ve anksiyete bozuklukları arasındaki ilişki karmaşıktır ve bireysel farklılıklara, yaşa ve cinsiyete bağlı olarak değişebilir. Tanı ve tedavi süreçlerinde bu faktörlerin dikkate alınması önemlidir. Her iki bozukluğun da belirtileri ve etkileri kişiden kişiye farklılık gösterebilir, bu nedenle her hasta için özelleştirilmiş bir yaklaşım gerekebilir (54).

2.1.3.5 Duygudurum bozuklukları

Yetişkinlerde psikiyatrik bir bozukluk olarak nispeten yakın zamanda tanınması nedeniyle, DEHB'nin genellikle yeterince tanınmadığına ve yeterince tedavi edilmediğine inanmak için iyi bir neden vardır (55). DEHB'li yetişkinler sıklıkla başka sorunlar nedeniyle tedavi için başvurduklarından, yaygın zihinsel bozukluğu tedavi eden klinisyenler Yetişkin yaşam bozuklukları olan kişiler DEHB'nin ortaya çıkan belirtilerini tanıyabilmeli ve uygunsa tedavi edebilmelidir. Yetişkinlerde DEHB'nin geçerli bir tanı olarak kabul edilmesi, bu bozukluk için profesyonel yardıma başvuran yetişkinlerin sayısının artmaya devam edeceğini göstermektedir. Klinisyenlerin DEHB semptom sunumunun çocuklarda ve yetişkinlerde farklılık gösterdiğinin farkına varmaları gerekir (56).

2.1.3.6 Yeme bozuklukları

Son zamanlarda DEHB ve ED'lerin birlikte tanısına ilişkin kanıtlar ortaya çıkmıştır. DEHB'li kızlarda yapılan vaka kontrollü, boylamsal bir aile çalışması, DEHB'li kızlarda klinik veya subklinik ED geliştirme olasılığının 3,6 kat, klinik veya subklinik BN geliştirme olasılığının ise 5,6 kat daha fazla olduğunu buldu (57). DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmeyi (SCID-I) içeren klinik tanısal değerlendirmeleri kullanan Sobanski ve ark. (2007), ayakta tedavi gören DEHB kliniğine başvuran yetişkin hastalar arasında (n= 70) eşlik eden klinik eating disorder (ED) %11,4'lük bir oranını bulmuş, buna karşılık yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş kontroller arasında bu oran %1,4'tür (58).

Benzer şekilde Yates ve ark. (2009), yeni başvuran kadın hastaların %21'inin (n = 189) acil servis tedavi merkezinde SCID-I ve Çoklu Uluslararası Psikiyatrik Görüşme (MINI) kullanılarak altı veya daha fazla mevcut DEHB semptomu vardı (59). Daha endişe verici bir şekilde, acil servis kliniğine yeni başvuran kadın hastalarla yapılan klinik görüşmelere dayanarak Fernandez-Aranda ve ark. (2013), aşırı yeme/çıkarma ED alt tipleri arasında, daha yüksek DEHB semptom düzeylerinin, aşırı yeme ataklarının artan sıklığı ile ilişkili olduğu sonucuna varmıştır (60).

2.2. SPOR YARALANMALARI

Spor yaralanmaları, atletik aktiviteler veya egzersiz sırasında meydana gelen yaralanmalardır. Kazalardan, uygulamadaki zayıf antrenman tekniğinden, yetersiz ekipmandan ve belirli bir vücut bölümünün aşırı kullanımından kaynaklanabilirler. Her yıl yaklaşık 3 milyon hırslı spor yarışmacısı spor yaralanmalarına maruz kalmakta, bu da spora katılımında bir miktar zaman kaybına neden olmaktadır (61). Vücutta tam olarak ne olduğunu ve ayakta durma etkilerini belirleme sürecinde çoğu tıp uzmanı, yaralanma bölgesine güvenilir bir çözüm bulmak için teknolojik tıbbi cihazlardan oluşan bir yöntem seçer. Önlemler potansiyel spor yaralanmalarının azaltılmasına yardımcı olur. İlgi duyulan sporda yaygın olarak kullanılan ana kas gruplarına odaklanan ısınma, esneme ve egzersizlere katılımın sağlanması önemlidir. Ayrıca ekipman, rehidrasyon, beslenme, “risk altındaki” ekip üyelerinin izlenmesi, davranış, beceri ve tekniklerin izlenmesi konularında eğitim içeren bir yaralanma önleme programının oluşturulması spor yaralanmalarının engellenmesi açısından önemlidir (62). Sezon analizi incelemeleri ve sezon öncesi taramalar da oyuncuların spor yaralanmalarının önlenmesi açısından faydalı incelemelerdir. Yetişkinlerin spor yaralanmalarına maruz kalma olasılığı, olgunlaşmamış refleksler, riskleri tanıma ve değerlendirmedeki yetersizlik ve az gelişmiş koordinasyon nedeniyle hassasiyeti artan çocuklara göre daha azdır. Yaralanma oranları temas sporlarına katılan sporcularda en yüksektir ancak en ciddi yaralanmalar bireysel aktivitelerle ilişkilidir (63).

2.2.1. Burkulmalar

Burkulma, bağlarınızın bir veya daha fazlasının gerildiği, büküldüğü veya yırtıldığı yerdir. Ligamentler eklemlerin etrafındaki güçlü doku bantlarıdır. Bir kemiği diğerine bağlarlar ve kemiklerinizi bir arada ve sabit tutmanıza yardımcı olurlar. Burkulma sıklıkla ayak bileği veya dizdeki eklemlerin etrafındaki bağlarda meydana gelir (64). Eklem yerinden çıkmamış veya kırılmamıştır. Burkulma belirtileri şunları içerir:

- Ağrı
- İnflamasyon (şişme)

- Morarma ve hareket kısıtlılığı

Burkulma birçok spor dalında sık görülen bir yaralanmadır ve gerekirse dinlenme ve antiinflamatuvar ilaçlarla tedavi edilebilir (63).



Şekil 1. Ayak bileği burkulması yaralanması örneği

2.2.2. Gerilme

Kas gerginliği, kas dokularının veya liflerinin gerildiği veya yırtıldığı yerdir. Bir kas gerginliğine bazen 'kasın çekilmesi' denir. Tendonlar da gerilebilir. Tendon, kasın ucunda bulunan ve onu kemiğe bağlayan sert, dar dokudur. Gerginlik, aşırı gerilmiş veya aşırı kasılmış bir kasta kaynaklanır (65). Gerilmenin belirtileri şunlardır:

- Ağrı
- Kas spazmı
- Kasta güç kaybı

Gerilmeler birçok sporda, özellikle de koşma, atlama veya hızlı yön değiştirmeyi içerenlerde yaygındır. Burkulma ve gerginliklerin önlenmesine yardımcı olmak için egzersiz yapmadan önce uygun şekilde ısınmalı ve uygun ayakkabılar giymelisiniz. Kondisyonlama ve güçlendirme egzersizleri de yardımcı olabilir (66).

2.2.3. Çıkık

Çıkık, kemiklerinizin uçlarının normal konumlarından zorlandığı bir yaralanmadır. Sebep genellikle düşme, araba kazası veya temas veya yüksek hızlı spor sırasında meydana gelen çarpışmadan kaynaklanan travmadır. Çıkık genellikle vücudun daha büyük eklemlerini içerir. Yetişkinlerde yaralanmanın en sık görüldüğü bölge omuzdur. Çocuklarda ise dirsektir. Başparmağınız ve parmaklarınız da zorla yanlış yöne büküldüğünde savunmasız kalır. Yaralanma eklemınızı geçici olarak deforme edip hareketsiz hale getirecek ve ani, şiddetli ağrı ve şişmeye neden olabilir. Bir çıkık, kemiklerinizi uygun konumlarına döndürmek için derhal tıbbi müdahale gerektirir (63).

2.2.4. Kırık

Kırıklar her yaştan insan için yaygın bir yaralanmadır. Bir kırığın teşhisi, konuma ve parçaların nasıl hizalandığına bağlı olduğundan bazen karmaşık olabilir. Bileşik kırık ile basit kırık arasındaki fark görülebilir ve bir röntgen kırığın şeklini belirleyebilecektir. Çocuklar, vücutları hala büyüdüğü için yetişkinlere göre daha hızlı iyileşir. Bir çocukta kırığın iyileşmesi yalnızca birkaç haftayı bulabilirken, daha yaşlı bir yetişkinde bu durum aylar sürebilir. Böyle bir durumun oluşmasını önlemenin en iyi yolu güvenlik ve farkındalık uygulamaktır (67, 68).

2.2.5. Bayılma

Spor dolaylı bayılma nedenleri değişkenlik gösterebilmektedir. Nakavt, boks, kickboks, karate, bazı tekvando türleri ve vuruş içeren diğer sporlar gibi çeşitli tam temaslı dövüş sporlarında dövüşü bitiren, kazanma kriteridir. Terim genellikle fiziksel bir darbenin neden olduğu ani travmatik bilinç kaybıyla ilişkilendirilir. Kafaya tek bir

güçlü darbe, beyin sarsıntısına veya senkopla birlikte karotis sinüs refleksine neden olabilir ve ani, dramatik bir bayılmaya neden olabilir (69).

Egzersiz yaparken bayılma, beyninize giden kan akışını kısıtlayan çeşitli nedenlerden kaynaklanabilir. Dehidrasyon, yani vücudunuzda yeterli sıvı bulunmaması kan basıncınızı düşürebilir ve özellikle çok terliyorsanız bayılmaya neden olabilir (70). Dehidrasyon, ortostatik hipotansiyonun en yaygın nedenidir; bu, yatmadan oturmaya ve ayakta durmaya geçtiğinizde kan basıncında önemli düşüşlere neden olur. Önemli ölçüde susuz kaldıysanız ve çömelmeye çalışıyorsanız, kan basıncınızdaki değişikliklerin başınızın dönmesine ve bayılmaya yakın olmanıza neden olabilir (71).

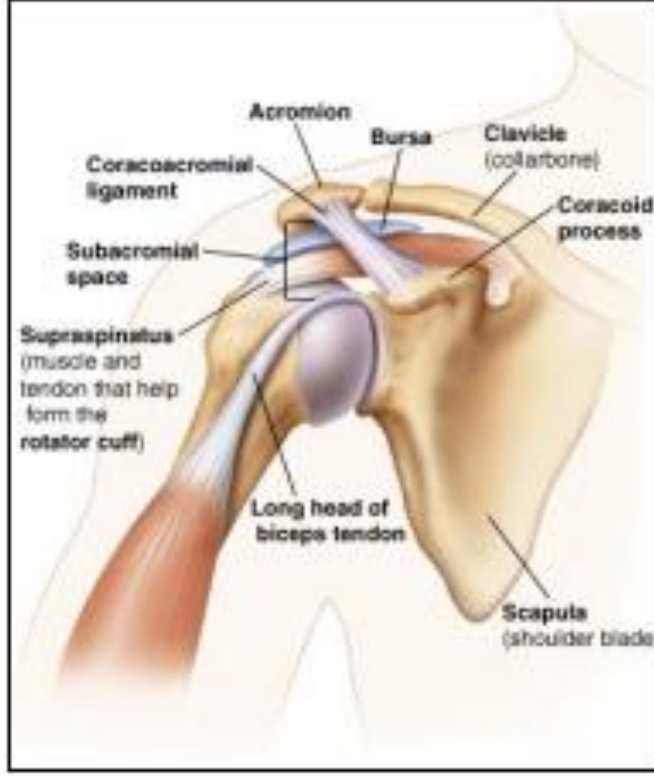
2.2.6. Bel Ağrısı

Bel ağrısı, lomber omurgadaki karmaşık, birbirine bağlı omurga kasları, sinirler, kemikler, diskler veya tendonlar ağrının herhangi bir bölümündeki çeşitli sorunlardan kaynaklanabilir (72). Bel ağrısı, kemikli lomber omurgayı, omurlar arasındaki diskleri, omurga etrafındaki bağları ve diskleri, omurilik ve sinirleri, bel kaslarını, pelvisin iç organlarını ve karın bölgesini etkileyen durumların bir sonucu olabilir. Bel ağrısının tedavisi optimal olarak teşhis edilmiş veya şüphelenilen spesifik bir nedene yöneliktir (73). Akut bel ağrısı için başlangıçta ev yapımı ilaçların kullanılması yararlı olabilir. Egzersiz bel ağrısını önlemede yararlı görünmektedir (74). Egzersiz, altı haftadan uzun süren ağrıların tekrarını önlemede de muhtemelen etkili olabilir.

2.2.7. Omuz Sıkışma Sendromu

Omuz sıkışma sendromu omuz ağrısının yaygın bir nedenidir. Omuz kemiklerinden tendonların sıkışması durumunda ortaya çıkar (75). Omuzun baş üstü aktivitesi, özellikle tekrarlanan aktivite, omuz sıkışma sendromu için bir risk faktörüdür. Örnekler arasında şunlar yer alır: resim yapma, ağırlık kaldırma, yüzme, tenis ve diğer baş üstü sporlar. Diğer risk faktörleri kemik ve eklem anormalliklerini içerir. Sıkışma sendromunda ağrı kalıcıdır ve günlük aktiviteleri etkiler. Örneğin bir palto veya bluz giymek için sırtın arkasına uzanmak veya başınızın üstüne uzanmak

gibi hareketler ağrıya neden olabilir. Zamanla sıkışma sendromu rotator manşet tendonlarının iltihaplanmasına (tendinit) ve bursite (bursitis) yol açabilir. Sıkışma sendromu genellikle konservatif olarak tedavi edilir, ancak bazen artroskopik cerrahi veya açık cerrahi ile tedavi edilir (76). Konservatif tedavi dinlenmeyi, ağırlı aktivitenin durdurulmasını ve fizik tedaviyi içerir.

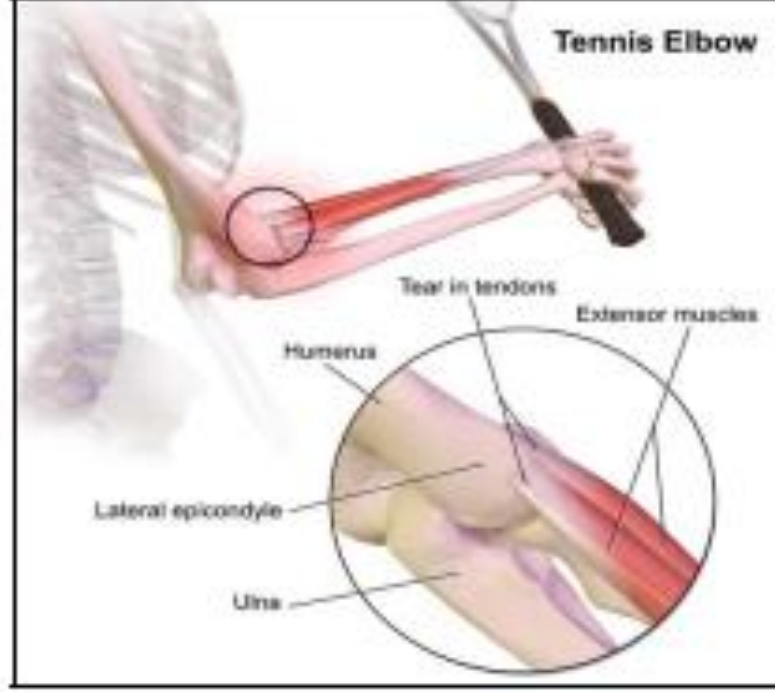


Şekil 2. Omuz sıkışma sendromunun anatomik yapısı

2.2.8. Tenisçi Dirseği

Tenisçi dirseği, kol, önkol ve el kaslarının aşırı kullanımından kaynaklanan ve dirsek ağrısına neden olan bir durum için kullanılan yaygın bir terimdir. Bunu elde etmek için tenis oynamanıza gerek yok, ancak bu terim bazı tenis oyuncularını için önemli bir sorun olabileceği için kullanılmaya başlandı. Tenisçi dirseği, dirseğin dış kısmındaki kas ve tendon bölgesinin ani veya dolaylı yaralanmasından kaynaklanır (77). Tenisçi dirseği özellikle önkol kaslarının ve tendonlarının dirseğin dış kemik bölgesine bağlandığı alanda (epikondil) görülür. Tenisçi dirseği genellikle dominant

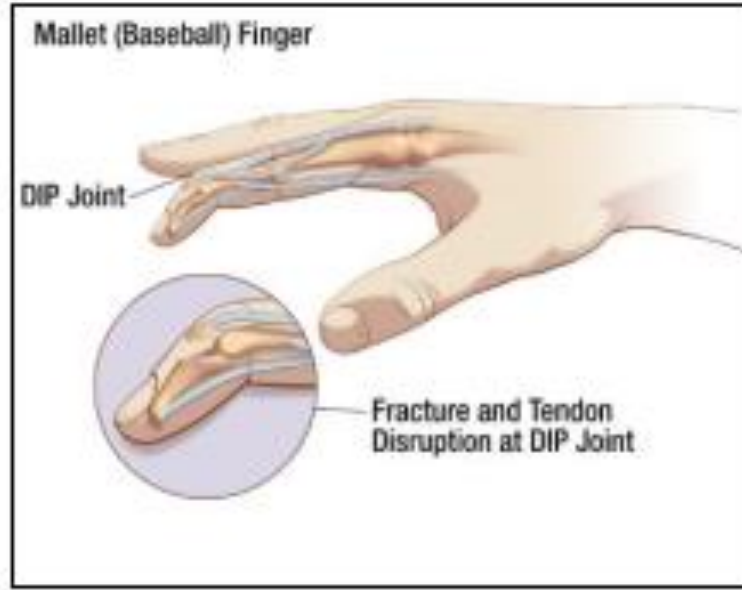
kolda sıklıkla görülürken zayıf kolda veya iki kolda birden görülebildiği de raporlanmıştır (78).



Şekil 3. Atıcıların dirsek yaralanması örneği

2.2.9. Çekiç Parmak

Çekiç parmağı, parmağınızı düzleştiren tendonun (ekstansör tendon) hasar görmesi sonucu ortaya çıkan bir parmak deformitesidir. Bir top veya başka bir nesne parmağın veya başparmağın ucuna çarpıp onu zorla büktüğünde, kuvvet parmağı düzleştiren tendonu yırtar. Darbenin kuvveti tendonla birlikte bir kemik parçasını bile çekip çıkarabilir. Çekiç parmağında parmak ucu sarkar, kendi gücüyle düzelemez. Parmak, özellikle ilişkili bir kırık varsa, ağrılı, şişmiş ve morarmış olabilir, ancak çoğu zaman tek bulgu, ucun düzleştirilememesidir (79).



Şekil 4. Çekiç parmağı yaralanması örneği

2.2.10. Patellar Yaralanmalar

Koşucu dizi, takma adını bariz ve çok talihsiz bir nedenden dolayı almıştır; koşucular arasında yaygındır. Ancak yürüme, bisiklete binme ve atlama gibi çok fazla diz bükmeyi gerektiren aktiviteler yapan her sporcuya da çarpabilir. Genellikle diz kapağı çevresinde ağrıya neden olur. Koşma stresi, diz kapağının (patella) uyluk kemiğine dayandığı yerde tahrişe neden olabilir. Ortaya çıkan ağrı keskin, ani veya donuk ve kronik olabilir ve koşarken kaybolabilir, ancak daha sonra tekrar geri gelebilir, nedeni genellikle kötü durumdaki kuadriseplere ve gergin diz arkası kirişlerine kadar uzanabilir (80). Kıkırdak hasarının yokluğunda, aşırı kullanıma bağlı dizin ön kısmındaki ağrı, RICE (dinlenme, buz, kompresyon, yükseltme), antiinflamatuvar ilaçlar ve fizyoterapinin bir kombinasyonu ile yönetilebilir (81).



Şekil 5. Diz yaralanması nedeniyle iltihaplı patellar tendon örneği

Patellar tendinit veya patellar tendinopati olarak da bilinen Jumper dizi, patellayı tibiaya birleştiren kordon benzeri doku olan patellar tendonun iltihaplanması veya yaralanmasıdır. Jumper'ın dizi aşırı kullanım yaralanmasıdır ve atletizm (özellikle yüksek atlama), basketbol, voleybol, jimnastik, koşu ve futbol gibi çok sayıda tekrarlayan atlama gerektiren sporları yapanların düzenli olarak başına gelir (80).

2.2.11. Çim Parmak

"Çim ayak parmağı", ayak başparmağı eklemi etrafındaki bağların burkulmasını tanımlamak için kullanılan yaygın bir terimdir. Yaygın olarak suni çimde oynayan futbolcularla ilişkilendirilse de (82) futbol, basketbol, güreş, jimnastik ve dans gibi diğer spor dallarındaki sporcuları da etkilemektedir. Ayak başparmağının sıkışması veya koşma ve atlamada olduğu gibi ayak başparmağını tekrar tekrar kuvvetli bir şekilde itmenin neden olduğu bir durumdur (83).



Şekil 6. Çim ayak parmağı yaralanması

2.2. Spor yaralanmalarında Risk Faktörleri

Spor yaralanmaları tüm yaş gruplarında oluşabilmektedir (84). Ancak bilinen bir diğer gerçek de şudur ki spor yaralanmaları; yaş, cinsiyet, yapılan spor disiplini, spora katılımın rekreatif ya da profesyonel seviyede oluşu gibi çeşitli faktörlere göre değişiklik gösterebilmektedir (84, 85). Örneğin Amerika'da her yıl 2,6 milyon acil servis başvurusunun nedeni 5-24 yaş aralığındaki kişilerin spor ile ilişkili yaralanmalarıdır (86). Bu kişiler yaş grubuna göre kategorize edildiğinde, 5-14 yaşındaki bireylerin yaralanma riski her 100 kişiye karşı 5,9 iken 15-24 yaş aralığındakilerde bu rakam 5,6 olarak belirlenmiştir (87, 88). Schmikli ve arkadaşlarının araştırmasına göre her 10 bin saatlik spora katılımında 10 yaralanma gelişmektedir. Bunların %50'si tıbbi bakıma ihtiyaç duymaktadır. Tıbbi bakıma ihtiyaç gösteren yaralanmaların 2/3'ü koşu/tempolu yavaş koşu, futbol, tenis, voleybol, hokey, jimnastik, kayak/snowboard, binicilik gibi spor disiplinlerinde yoğunlaşmaktadır (86).

Tüm spor yaralanmaların %50'den fazlası alt ekstremitede gelişmektedir. Ayrıca kontakt tipte yaralanmaların maç esnasında gelişme riski antrenmana göre daha yüksektir (89). Çok faktörlü ve dinamik yapıdaki spor yaralanmaları riskini oluşturan

faktörler ekstrensek ve intrensek olmak üzere ana iki başlık altında toplanabilmektedir. Ekstrensek risk faktörleri; yarışmacı seviye (profesyonel/rekreatif), yetenek, ayakkabı, bantlama ya da destek ekipmanı veya spor yapılan zemin vb. olarak sıralanabilmektedir. İntrensek risk faktörleri ise kas performansı veya yetersizliği, esneklik kaybı, zayıf denge/koordinasyon/dayanıklılık kabiliyeti, önceki yaralanmalar, vücut yapısı, anatomik dizilim, ayak morfolojisi, yaş, cinsiyet, psikolojik ve sosyal faktörler ve benzeridir. Yaralanma riskini oluşturan faktörlerden ekstrensek faktörlerin çoğuna müdahale edilebilirken intrensek faktörlerin değiştirilebilmesi daha zordur (87, 90). Ancak kişinin risk durumunun bilinmesi ve müdahale edilebilen faktörlerin düzenlenmesi spor yaralanmalarından korunmada vazgeçilmez bir unsurdur.

2.3. SPOR YARALANMALARINDA TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Spor yaralanmalarında tedavi yaklaşımlarını 4 ana başlıkta incelenir (91).

İlk Yardım: Spor sahalarında ilk yardım, öncelikle spor yapılan ortamda karşılanmalıdır. Bu amaçla sağlık ekipleri ve gerekli tıbbi malzemelerin hazır bulundurulması önemlidir. Spor yaralanmalarının önemli bir bölümü ön tedavi yöntemi ile baş edilebilecek sağlık sorunlarıdır (92).

Doğası gereği değişen oranlarda yaralanmaya açık olan spor dallarında tedaviye erken başlayabilmek iyileşme süresini, harcanacak emek ve istenmeyen komplikasyonların ortaya çıkma riskini azaltır, Spora erken dönüşü sağlar. Yaralanma olasılığına karşı, sporcu ile direkt ilgisi olan kimsenin ilk ve ivedi yardım bilgileri açısından aydınlatılması bazı durumlarda yaşam kurtarıcı olmaktadır (93).

Spor hekimliğinde ilk yardım ilkeleri şu şekilde sıralanabilir:

1. Yaşam desteğinin sağlanması
2. Sakatlığın ya da yaralanmanın daha ciddi durum almasının engellenmesi,

3. Tedavi olanakları yeterli değilse hastanın en uygun şekilde hastaneye taşınması,

4. Toparlanma için mümkün olan en kısa sürede uygun tedavinin başlaması (93).

Sahada bulundurulacak ilk yardım gereçleri spor aktivitelerinde, acil yardım ekibi ve ambulans hazır olmalıdır. Spor alanlarındaki akut yaralanmalarda gerekli malzeme, ilk yardım çantasında ve spor alanlarının içinde belirli bir noktada bulundurulmalıdır (92).

Ön Tedavi: Yaralanma meydana gelmişse; ilk adım, gerçeği ve yaralanmanın şiddetini erken teşhisi sağlamaktır. Ön tedavide hedef, yaralanan bölgede ortaya çıkan semptomlara yöneliktir (94).

Ön tedavi yöntemleri; soğuk, kompresyon bandajı, elevasyon (kalp seviyesi üzerinde tutma) ve istirahat uygulanmasıdır. Yaralanma ile devreye giren vücudun kendisini onarması ve yenilemesi ön tedavi yöntemleriyle desteklenmelidir (92)

Kesin Tedavi: Spor yaralanmalarında kesin tedavi yöntemleri; fizik tedavi yöntem ve teknikleri, ilaç tedavisi, termoterapi (sıcak), kriyoterapi (soğuk), egzersiz, masaj ve bandajlamadır (95).

Rehabilitasyon: Spor yaralanmalarında uygulanacak rehabilitasyon programının amacı, sporcunun yaşadığı kısıtlılık ve engel durumunun tamamen ortadan kaldırılmasıdır. Bu da, sporcunun mümkün olan en kısa zaman diliminde önceki aktivite seviyesine gelmesini sağlayacak olan bir restorasyon sürecini gerektirir (94).

3. MATERYAL METOT

3.1 Arastırmanın Tipi

Bu araştırma kesitsel bir biçimde epidemiyolojik bir çalışmadır.

3.2 Arastırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı'nda, yetişkin bireyler arasında spor yaralanması nedeniyle acil servise başvuran hastaların yaralanma öyküsü alınarak sonrasında DEHB Turgay DSM-IV YDB-TDÖ uygulanarak travmanın dikkat eksikliği ve hiperaktiviteye göre sıklığını ve aralarındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla prospektif olarak planlandı. Bu araştırma etik kurul onayını takiben 01.04.2023 ile 01.10.2023 tarihleri arasında yürütüldü.

3.3 Etik Kurul İzni

Bu araştırmanın etik açıdan uygunluğu, Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 14.03.2023 tarih ve 05 sayılı toplantısında görüşülüp 28.03.2023 tarih ve E-60116787-020-349470 sayılı etik kurul onay yazısı ile bildirildi.

3.4 Arastırmanın Evreni, Örneklem Büyüklüğü

Bu çalışma dönemde Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı'nda yapıldı. Yaklaşık 140.000 hasta acil servise başvurmaktadır. Spor yaralanmasına bağlı olarak acil servisimiz içinde araştırmayı 24 saat primer olarak kontrol edecek araştırma görevlisi ve/veya öğretim üyesi bulunmaktadır. Çalışmanın evreni olarak yetişkin bireylerde yaralanma ile başvuranlar alınmıştır. Çalışmanın örnekleme belirlenen zaman aralığında spor yaralanması ile başvuran yetişkinlerin çalışmaya katılmaya gönüllü olan Turgay DSM-IV YDB-TDÖ uygulanan tüm yetişkin bireyler alınmıştır.

3.5 Çalışmaya Alınan Bireylerin Seçimi

Çalışmaya acil servisimize yetişkin (18 ila 65 yaş arası) spor yaralanması şikayetiyle başvuran, kendisi çalışmaya katılmayı kabul etmiş, aydınlatılmış onam veren ve dahil olma kriterlerini karşılayan olgular dahil edilmiştir. Çalışmaya alma ve almama kriterleri çalışma öncesinde belirlenmiştir.

3.6. Dahil Etme Kriteri

Hasta grubu: 18-65 yaş arası spor yaralanması şikayetiyle acil servise başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar (n=150).

Kontrol grubu: 18-65 yaş arası spor yaralanması hariç katılmayı kabul eden diğer hastalar (n=150).

3.7. Hariç Tutulma Kriterleri

Hasta grubu:

- 18-65 yaş aralığı dışında kalan hastalar
- 1 hafta içinde enfeksiyon, enflamasyon, travma öyküsü tespit edilen hastalar,
- Grubunda ek psikiyatrik, nörolojik ve metabolik hastalığı olanlar
- Nörolojik hastalık şüphesi olan hastalar
- Çalışmayı kabul etmeyen hastalar
- Çalışmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan çıkmak isteyen hastalar

3.8. Gönüllüler İçin Çalışmadan Çıkarılma Kriterleri

Gönüllüler için çalışmaya katılmayı kabul etmeme durumunda hastalar çalışmaya alınmamıştır.

Spor yaralanmasıyla acil servise başvuran hastalarda çalışmaya katılan hastalara DEHB testi uygulanarak sonuçlar kaydedilmiştir. Hastaların spor yaralanmalarına dair şikayetleri doğrultusunda rutin tedavi protokolü uygulanmıştır.

3.9. Araştırmanın Veri Kaynakları

Yetişkinlerde DEHB Turgay DSM-IV YDB-TDÖ kullanılmıştır. Ruhsal hastalıkların taranması amacıyla DSÖ tarafından geliştirilen ölçeklerden biridir.

İlk bölüm 9 soruda DEHB'nin dikkat eksikliği baskın türünü, ikinci bölüm yine 9 soruda ve DEHB'nin hiperaktivite baskın türünü değerlendirmektedir. Hastalar her soruya karşılık kendilerine 0'dan 3'e kadar skor verdiler. 0= Hemen hiç, 1= Bazen, 2= Sıklıkla, 3= Çok sık anlamına gelmektedir.

- Hiç yok 0,
- Biraz 1,
- Oldukça fazla 2,
- Çok fazla 3, olmak üzere yanıtlar 0–3 arasında skorlanmaktadır.

Acil serviste DEHB açısından DSM-V'e göre ayrıntılı olarak incelendi. Yapılan araştırmada uygulanan Turgay DSM-IV YDB-TDÖ, DSM-IV tanı ölçütlerine dayalı olarak yıkıcı davranış bozukluklarının taranması için Turgay tarafından geliştirilmiş, Türk toplumuna uyarlanması ve geçerlilik-güvenirlilik çalışması Ercan ve ark. tarafından 2001 yılında yapılmıştır (96, 97).

Araştırmada uygulanan ölçek araçları şunlardır:

1. Bireyi tanıma formu
2. Yetişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği

Birey Tanıma Formu

Örneklem hakkında bilgi toplamak için araştırmacı tarafından hazırlanan formula; bireyin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, sigara kullanımının olup olmadığına dair sorular ve demografik özelliklerinin belirlenmesi hedeflenmiştir.

Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği Erişkin DEHB ölçeği 1995 yılında Kanada'da A. Turgay tarafından geliştirilmiştir (97). Ölçek, likert tipi derecelendirme ölçeği olup, üç alt bölümden oluşmaktadır:

1.Bölüm: Dikkat Eksikliği bölümü (DE): DSM-IV'teki DE belirtileri alınarak oluşturulmuş, toplam 9 madde vardır.

2.Bölüm: Aşırı Hareketlilik/ Dürtüsellik Bölümü (AH): Bu bölümde de yine DSM IV teki Aşırı Hareketlilik belirtileri alınmış ve toplam 9 maddeden oluşmaktadır.

3. Bölüm: DEHB ile ilgili özellikler ve sorunlar (Sorun) bölümü: Klinik deneyim ve gözlemlere göre oluşturulan bölüm toplam 30 maddeyi içermektedir.

DE Bölümü:

- 0 ile 2.99 puan: Dikkat eksikliği belirtileri düşük düzeyde.
- 3.01 ile 10.99 puan: Orta düzeyde dikkat eksikliği belirtileri.
- 11 ve üzeri puan: Yüksek düzeyde dikkat eksikliği belirtileri.

AH Bölümü:

- 0 ile 2.99 puan: Aşırı hareketlilik belirtileri düşük düzeyde.
- 3.01 ile 10.99 puan: Orta düzeyde aşırı hareketlilik belirtileri.
- 11 ve üzeri puan: Yüksek düzeyde aşırı hareketlilik belirtileri.

Sorun Bölümü:

- 0 ile 12.99 puan: Sorunlar düşük düzeyde.
- 13 ile 35 puan: Orta düzeyde sorunlar.
- 35 ile 75 puan: Yüksek düzeyde sorunlar.

Genel Toplam:

- 0 ile 19.99 puan: Düşük düzeyde DEHB.
- 20 ile 59 puan: Orta düzeyde DEHB.
- 59 üzeri puan: Yüksek düzeyde DEHB.

3.10. Araştırmanın İnsan Gücü

Araştırmada verilerin toplanması, değerlendirilmesi ve analizi, örneklerin DEHB ölçeğini yetişkinlerde uygulaması ve sonuçları kaydedilmesi araştırmacı tarafından yapılacaktır. Hastalara DEHB sonuçları hakkında bilgilendirme yapılarak eğer ihtiyaç duyulursa kesin tanı için psikiyatri polikliniğine gitmeleri tavsiye edildi.

3.11. İstatiksel Yöntem

Analizler için IBM SPSS for Windows versiyon 25 istatistik paket programı kullanıldı. Analizlerde verilerin tanımlayıcı özellikleri; kategorik veriler için sayı(n) ve yüzdeler (%), sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değeri olarak sunuldu. Verilerin normal dağılıma uygunluğu incelendi. Normal dağılım koşullarını sağladığı görüldü. Sürekli değişkenlerin iki grup arasında karşılaştırmasında bağımsız gruplar t testi (Student t testi) kullanıldı. Kategorik değişkenler arasındaki dağılımın değerlendirilmesinde Ki-kare testi uygulandı. Analizlerde istatistiksel anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak alındı.

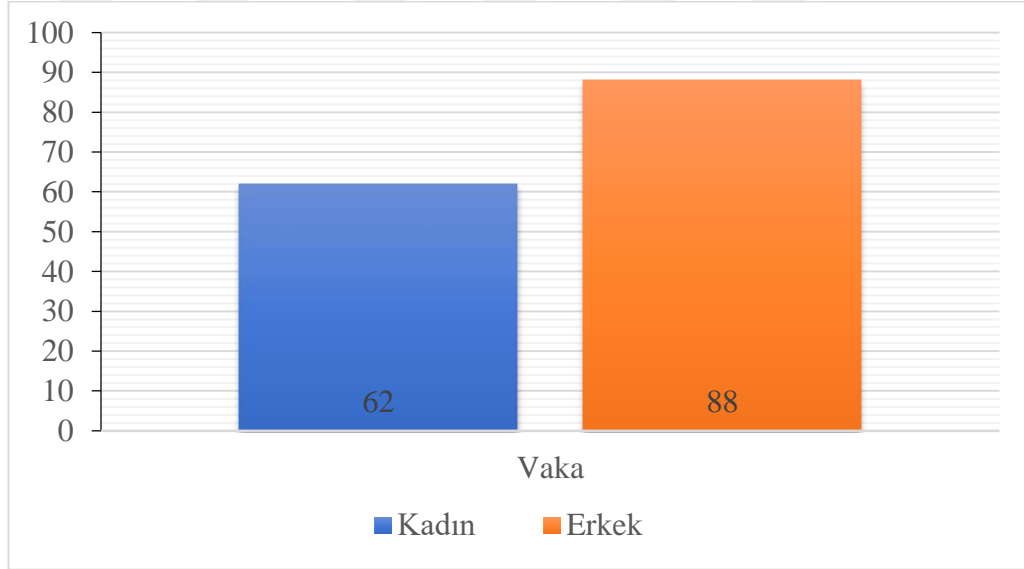
4. BULGULAR

Araştırmada yer alan hasta grubu 62 (%41,3) kadın, 88 (%58,7) erkekten oluşmaktadır. Kontrol grubu ise 75 (%50,0) kadın ve 75 (%50,0) erkekten oluşmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Hasta ve kontrol gruplarının arasındaki cinsiyet dağılımı

Cinsiyet	Hasta		Kontrol		Tüm Gruplar		p*
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Kadın	62	41,3	75	50	137	45,7	0.082
Erkek	88	58,7	75	50	163	54,3	

*Spearsman Kesin Ki-Kare uygulandı.



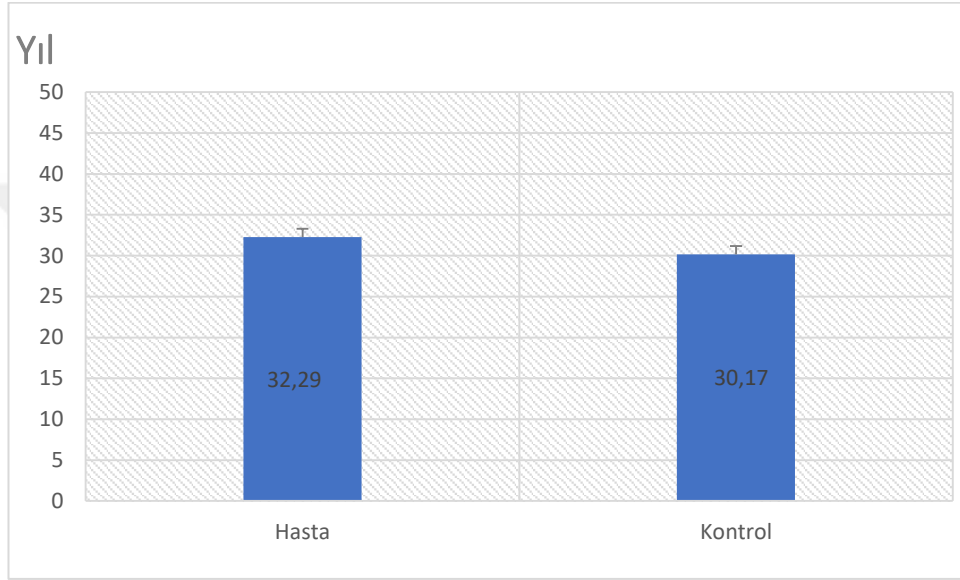
Şekil 7. Hasta ve kontrol gruplarının cinsiyet dağılımı

Hasta ve kontrol grubundaki hastaların yaş ortalamaları anlamlı farklılık göstermemiştir ($p=0,082$). Hasta grubunun yaş ortalaması (32,29) kontrol grubunun yaş ortalamasına (30,17) göre daha yüksektir. Hasta grubunda ortanca değeri 28 iken kontrol grubunun ortanca değeri 25 olarak bulunmuş ve yaş aralığı benzerlik göstermiştir (18-65) (Tablo 2).

Tablo 2. Hasta ve kontrol gruplarının yaşlarının karşılaştırması

Yaş	Ort±(s.s.)	Ortanca (min.-maks.)	p*
Hasta	32,29±12,65	28 (18-65)	0.128
Kontrol	30,17±11,36	25 (18-65)	

*: Independent-Sample T Testi uygulandı



Şekil 8. Hasta ve kontrol gruplarının yaşlarının karşılaştırması

Çalışmada yer alan (150 hasta, 150 kontrol) 300 kişi eğitim durumlarına göre incelendiğinde:

Hasta grubunda üniversite mezunlarında 63 (%42) kişiyle en çok, ilkokul mezunlarında 14 (%9,3) kişiyle en az olarak görüldürken; kontrol grubunda üniversite mezunlarında 71 (47,3) kişiyle en çok, ortaokul mezunlarında 12 (%8) kişiyle en az olarak gözlemlenmiştir.

Hasta grubunda sigara kullananlar 64 (%42,7) iken kullanmayanlar 86 (%57,3) kişiydi. Kontrol grubunda sigara kullananlar 66 (%44) iken kullanmayanlar 84 (%56) kişiydi.

İki grupta da sigara kullanımı ve eğitim durumunun hasta ve kontrol grubuyla arasında anlamlılık görülmedi ($p<0,05$). (Tablo 3)

Tablo 3. Hasta ve kontrol gruplarının eğitim durumu ve sigara kullanımına göre incelenmesi

Değişken		Hasta		Kontrol		p*
		N	%	N	%	
Eğitim Durumu	İlkokul	14	9,3	13	8,7	0,702
	Ortaokul	17	11,3	12	8,0	
	Lise	56	37,3	54	36,0	
	Üniversite	63	42,0	71	47,3	
Sigara	Yok	86	57,3	84	56,0	0,816
	Var	64	42,7	66	44,0	

*Spearsman Kesin Ki-Kare uygulandı.

Hasta ve kontrol gruplarında DEHB derecesine göre incelendiğinde hasta grubunda en fazla kişi bulunan DEHB derecesi: düşük derecede olmakla birlikte 65 (%43,3) kişiydi. Kontrol grubunda DEHB derecesi yine en fazla orta derecede ve 77 (%51,3) kişi olarak görülmüştür. Hasta ve kontrol gruplarının DEHB derecesi ile aralarında bir anlamlılık görülmemiştir ($p=0,071$). (Tablo 4).

Tablo 4. DEHB derecesinin hasta ve kontrol gruplarıyla arasındaki ilişkisi

		Hasta		Kontrol		p*
		N	%	N	%	
DEHB derecesi	Düşük	65	43,3	57	38,0	0,071
	Orta	59	39,3	77	51,3	
	Yüksek	26	17,3	16	10,7	

*Spearsman Kesin Ki-Kare uygulandı.

Hasta ve kontrol grubu dikkat eksikliğine dair skorlamaları karşılaştırıldığında;

Hasta grubunda dikkat eksikliğinin ortalama 5,96 ile, aşırı hareket dürtüselliğinin ortalama 5,93 ile, DEHB ilişkisinin ortalama 19,56 ile, DEHB skorunun 31,27 ile kontrol grubundan daha yüksek olduğu görülmüştür. Dikkat eksikliği

skorlarının hasta ve kontrol grubu ile arasında anlamlılık görülmemiştir (p=0,053). (Tablo 5)

Tablo 5. Hasta ve kontrol grubunun dikkat eksikliğine dair skor ortalamaları

Değişken	Hasta Ort±(s.s.)	Kontrol Ort±(s.s.)	p*
Dikkat Eksikliği	5,96±6,33	4,75±4,30	0,053
Aşırı Hareket Dürtüsellik	5,93±6,18	5,37±4,98	0,394
DEHB İlişki Özelliği	19,56±18,93	18,30±15,08	0,524
DEHB Skoru	31,27±29,05	28,72±21,56	0,389

*: Independent-Sample T Testi uygulandı

DEHB derecesi ile cinsiyet ilişkisi incelendiğinde en fazla DEHB derecesinde erkekler 73 (%44,8) kişiyle düşük derecedeyken, kadınlar orta DEHB derecesinde 64 (%46,7) kişiyle en yoğun ortalamaya sahipti. DEHB derecesinin cinsiyetle arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (p=0,148). (Tablo 6)

Tablo 6. DEHB derecesinin cinsiyet ile arasındaki ilişkisi

		Kadın		Erkek		p*
		N	%	N	%	
DEHB derecesi	Düşük	49	35,8	73	44,8	0,148
	Orta	64	46,7	72	44,2	
	Yüksek	24	17,5	18	11,0	

*Spearsman Kesin Ki-Kare uygulandı.

Cinsiyet ile dikkat eksikliği skorlamaları karşılaştırıldığında;

Kadınların dikkat eksikliğinin ortalama 5,82 ile, aşırı hareket dürtüsellik ortalama 6,18 ile, DEHB ilişkisinin ortalama 20,29 ile, DEHB skorunun 32,52 ile erkeklerden daha yüksek olduğu görülmüştür. Dikkat eksikliği skorlarının cinsiyet ile arasında anlamlılık görülmemiştir (p<0,05). (Tablo 7)

Tablo 7. Cinsiyetin dikkat eksikliğine dair skor ortalamaları

Değişken	Kadın Ort±(s.s.)	Erkek Ort±(s.s.)	p*
Dikkat Eksikliği	5,82±5,60	4,96±5,28	0,176
Aşırı Hareket Dürtüsellik	6,18±5,87	5,20±5,35	0,132
DEHB İlişki Özelliği	20,29±17,04	17,79±17,12	0,206
DEHB Skoru	32,52±25,80	27,87±25,27	0,118

*: Independent-Sample T Testi uygulandı

DEHB derecesi ile eğitim durumunun ilişkisi en fazla orta derecede 15 (%55,6) kişiyle, ortaokulda orta ve düşük seviye yüksek iken iki grupta da 11 (%37,9) kişi vardı. DEHB derecesi ile lise mezunları ilişkisinde yine orta ve düşük derecede eşit olmakla birlikte 46 (%41,8) kişi olduğu görüldü. Üniversite mezunları incelendiğinde en fazla orta derecede 64 (%47,8) kişiyle yoğun olduğu görüldü. DEHB derecesinin eğitim durumuyla arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (p=0,053). (Tablo 8)

Tablo 8. DEHB derecesinin eğitim durumu ile arasındaki ilişkisi

		İlkokul N(%)	Ortaokul N(%)	Lise N(%)	Üniversite N(%)	p*
DEHB derecesi	Düşük	10(37,0)	11(37,9)	46(41,8)	55(41,0)	0,053
	Orta	15(55,6)	11(37,9)	46(41,8)	64(47,8)	
	Yüksek	2(7,4)	7(24,1)	18(16,4)	15(11,2)	

*Spearsman Kesin Ki-Kare uygulandı.

Dikkat eksikliği ortalamasının en fazla ortaokul mezunlarında 5,90 ile görülürken, en az 4,89 ortalama ile ilkokul mezunlarında görülmüştür. Aşırı hareket dürtüsellik ortalamasının en fazla ortaokul 6,86 ile görülürken, en az 5,33 ortalama ile ilkokul mezunlarında görülmüştür. DEHB ilişki özelliği ortalamasının en fazla ortaokul mezunlarında 20,52 ile görülürken, en az 14,26 ortalama ile ilkokul mezunlarında görülmüştür. DEHB skoru ortalamasının en fazla ortaokul mezunlarında 33,24 ile görülürken, en az 24,74 ortalama ile ilkokul mezunlarında görülmüştür. Dikkat

eksikliği skorlarının eğitim durumu ile arasında anlamlılık görülmemiştir ($p>0,050$). (Tablo 9)

Tablo 9. Eğitim durumunun dikkat eksikliğine dair skor ortalamaları

Değişken	İlkokul Ort±(s.s.)	Ortaokul Ort±(s.s.)	Lise Ort±(s.s.)	Üniversite Ort±(s.s.)	p*
Dikkat Eksikliği	4,89±4,37	5,90±6,84	5,55±5,56	5,17±5,23	0,853
Aşırı Hareket Dürtüsellik	5,33±5,39	6,86±6,90	5,78±5,76	5,34±5,23	0,595
DEHB İlişki Özelliği	14,26±13,40	20,52±20,25	19,74±18,57	18,87±15,74	0,600
DEHB Skoru	24,74±20,02	33,24±29,99	31,11±27,75	29,43±23,71	0,713

*:ANOVA Testi uygulandı

DEHB derecesi ile sigara kullanımı ilişkisi incelendiğinde düşük DEHB derecesinde sigara kullanmayanların 80 (%47,1) kişiyle daha fazla, orta DEHB derecesinde sigara kullanmayanların 69 (%40,6) kişiyle fazla olduğu görülürken, yüksek DEHB derecesinde 21 kişiyle kişiyle eşit olduğu görülmüştür. DEHB derecesi ile sigara kullanımı arasında anlamlı bir fark görülmüştür ($p=0,036$). (Tablo 10)

Tablo 10. DEHB derecesinin sigara kullanımı ile arasındaki ilişkisi

		Sigara Kullanmayan		Sigara Kullanan		p*
		N	%	N	%	
DEHB derecesi	Düşük	80	47,1	42	32,3	0,036
	Orta	69	40,6	67	51,5	
	Yüksek	21	12,4	21	16,2	

*Spearsman Kesin Ki-Kare uygulandı.

Sigara kullananların dikkat eksikliğinin ortalama 5,72 ile, aşırı hareket dürtüsellik ortalama 6,55 ile, DEHB ilişkisinin ortalama 22,42 ile, DEHB skorlarının 34,59 ile sigara kullanmayanlardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Dikkat eksikliği skorlarının sigara kullanımı ile arasında anlamlılık görülmemiştir ($p<0,05$). (Tablo 11)

Tablo 11. Sigara kullanımının dikkat eksikliğine dair skor ortalamaları

Değişken	Sigara kullanmayan Ort±(s.s.)	Sigara kullanan Ort±(s.s.)	p*
Dikkat Eksikliği	5,04±5,11	5,76±5,83	0,517
Aşırı Hareket Dürtüsellik	4,96±5,24	6,55±5,96	0,362
DEHB İlişki Özelliği	16,26±15,23	22,42±18,76	0,176
DEHB Skoru	26,48±23,43	34,59±27,55	0,215

*: Independent-Sample T Testi uygulandı

Hasta grubunun kategorik yaşları ile DEHB dereceleri Tablo 12’de karşılaştırılmıştır. DEHB skorları ve yaş karşılaştırıldığında; dikkat eksikliği, aşırı hareket dürtüsellik, DEHB ilişki özelliği, DEHB skoru ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 12. DEHB skorlarının yaşla karşılaştırılması

Ort.±(s.s.)	18-24 yaş arası (n=53)	25-35 yaş arası (n=47)	36 yaş ve üstü (n=50)	p*
Dikkat Eksikliği	6,15±6,49	5,91±5,80	5,80±6,74	0,960
Aşırı Hareket Dürtüsellik	6,36±5,89	5,79±6,06	5,60±6,66	0,812
DEHB İlişki Özelliği	23,74±19,08	17,79±19,34	16,80±17,95	0,132
DEHB Skoru	35,87±29,35	29,36±29,19	28,18±28,56	0,353

*:ANOVA Testi uygulandı

DEHB derecesi ile yaş karşılaştırması Tablo 13’de verilmiştir. DEHB derecesinde yüksek skor bildirenler ortalama 28,26 yaşındaydı orta skor bildiren hastalar ortalama 30,88 yaşındaydı ve düşük skor bildiren hastalar 32,63 yaşındaydı. DEHB derecesi ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,116$). Yaşın kategorik değişkenleri ile DEHB derecesi arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p=0,564$).

Tablo 13. DEHB derecesinin yaşla karşılaştırılması

Ort.±(s.s.)	Düşük	Orta	Yüksek	p
Yaş	32,63±12,77	30,88±12,15	28,26±8,76	0,116*
18-24 yaş arası	46 (%37,7)	62 (%45,6)	17 (%40,5)	
25-35 yaş arası	34 (%27,9)	32 (%23,5)	14 (%33,3)	0,564^
36 yaş ve üstü	42 (%34,4)	42 (%30,9)	11 (%26,2)	

*:ANOVA Testi uygulandı

^:Kikare testi uygulandı.

DEHB skorlarının DEHB dereceleri ile karşılaştırılması Tablo 14’de verildi. DEHB toplam skoru ve alt boyut skorlarına göre DEHB dereceleri anlamlı farklılaştı (p=0,000). Buna göre DEHB toplam skoru (77,36) ve alt boyut skorlarında (dikkat eksikliği= 14,31; aşırı hareket dürtüsellik= 14,55; dehb ilişki özellik= 48,29) yüksek DEHB skoru bildirenler daha fazlaydı.

Tablo 14. DEHB skorlarının dehb derecesiyle karşılaştırılması

Ort.±(s.s.)	Düşük	Orta	Yüksek	p*
Dikkat Eksikliği	1,82±2,47	5,76±3,54	14,31±6,01	0,000
Aşırı Hareket Dürtüsellik	1,62±2,16	6,51±4,24	14,55±4,96	0,000
DEHB İlişki Özellik	3,66±4,31	23,57±9,14	48,29±12,40	0,000
DEHB Skoru	7,10±6,37	35,90±11,76	77,36±14,83	0,000

*:ANOVA Testi uygulandı

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada acil servise spor yaralanması ile başvuran erişkin 150 hasta ve 150 kişiden oluşan kontrol grubu alınmış ve karşılaştırma yapılmıştır. DEHB alt derecelendirmesinde: Dikkat eksikliği skor ortalamaları 5,96 ortalama, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik 5,93 ortalama DEHB ilişkisi 19,56 ortalama ve DEHB skoru 31,27 ortalama ile hasta grubumuzda biraz daha yüksek görünmesine rağmen kontrol grubu ile istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar görmedik ($p=0.389$). 18-54 yaş arası DEHB ilişkili yaralanmalarda 55 yaş üstü bireylere göre anlamlı derecede yüksek skor bildirilmiştir (100). DEHB derecelendirmesi skorlarının yaş, cinsiyeti eğitim durumu ve sigara kullanımı gibi değişkenlerde kontrol grubuyla benzer sonuçlar gördük ($p>0,05$). DEHB tanısına göre sigara kullanan hastalarda daha fazla yüksek (%16,2) DEHB sınıfı görüldü ve istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,036$).

DEHB ile demografik değişkenler arasında anlamlı fark olmamasına ($p>0,05$) rağmen sigara kullanımı ile anlamlı fark olduğunu gördük ($p=0,036$). DEHB ile demografik değişkenler arasında anlamlı fark olmamasına ($p>0,05$) rağmen sigara kullanımı ile anlamlı fark olduğunu gördük ($p=0,036$). DEHB derecesi ile sigara kullanımı ilişkisi incelendiğinde düşük DEHB derecesinde sigara kullanmayanların 80 (%47,1) kişiyle daha fazla, orta DEHB derecesinde sigara kullanmayanların 69 (%40,6) kişiyle fazla olduğu görülürken, yüksek DEHB derecesinde 21 kişiyle gruplarda sigara kullanan kişi sayısı eşitti.

DEHB toplam skoru ve alt boyut skorlarına göre DEHB dereceleri anlamlı farklılaştı ($p=0,000$). DEHB toplam skorlamasında yüksek derecelendirmede (77,36) düşük (7,10) ve orta (35,90) dereceye göre oldukça yüksekti. Benzer şekilde tüm alt boyutlarda DEHB skorlamasında yüksek derecelendirmede (dikkat eksikliği= 14,31; aşırı hareket dürtüsellik= 14,55; dehb ilişki özellik= 48,29) düşük (dikkat eksikliği= 1,82; aşırı hareket dürtüsellik= 1,62; dehb ilişki özellik= 3,66) ve orta (dikkat eksikliği= 5,76; aşırı hareket dürtüsellik= 6,51; dehb ilişki özellik= 23,57) dereceye göre oldukça yüksekti. DEHB tanılı insanların spor aktivitelerinde daha dikkatli olmaları ve olası yaralanmalar için önlem alınması ve DEHB semptomlarının azalması için tedavi protokolüne uymaları gerektiğini düşünüyoruz. Acil servise spor

yaralanması nedeniyle başvuran erişkin hastalarda spor yaralanması ile DEHB arasındaki ilişkiyi araştırdık. Bu tür travmalarda DEHB'ın rolünün araştırılması ve bu durumu etkileyen faktörler belirlenecek, müdahale planlamalarının yapılmasında temel oluşturacağını düşündüğümüz çalışmanın sonuçları aşağıda verilmiştir.

Spor yaralanması ile başvuran hastalarla kontrol grubundaki DHEB tanısı bulunmayan bireyler arasında yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve sigara kullanma alışkanlığı gibi demografik değişkenler arasında fark yoktu. Yaptığımız literatür taramasında da erişkin spor yaralanmasında demografik verilerle ilişkili bir sonuca rastlamadık.

Çalışmaya katılan hastaları DEHB derecelendirmesini düşük, orta ve yüksek şeklinde sınıflandırdık (26). Hastalarımızda yüksek DHEB oranı %17,3 oranındayken orta derece %39,3 ve düşük derece %43,3 oranındaydı. Kontrol grubuna göre DEHB dereceleri daha yüksek olduğunu gördük. Ama bu sonucumuz anlamlılık değerine yakın olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı sonuçla destekleyemedik ($p=0,071$). Literatürdeki diğer çalışmalarda yüksek DEHB skoru prevalansımız benzerdi (98, 99).

Dikkat eksikliği bozukluklarının görülme sıklığı son yıllarda hem çocuklarda hem de yetişkinlerde artmıştır (101-103). Yetişkinlerde dikkat eksikliğinin görülme sıklığı 2000'lerin başında %2,5-5 olarak tanımlanırken 2010'da %9 olarak tanımlanmıştır (102, 103). Birçok yetişkin DEHB'si için tedavi aramasa da, tedavi arayan DEHB tanısı alan yetişkinlerin sayısı 1996'da %2,1'den 2006'da %11'e çıkmıştır (104, 105). DEHB hastalarının ergenlikten yetişkinliğe geçtikçe semptomlarının ortadan kalkabileceğine inanılıyordu (14). Ancak yapılan son çalışmalara göre DEHB'nin hastanın ömrü boyunca sürebileceği bildirilmiştir (106, 107).

2000 ve öncesi çalışmalarda DEHB çocuklukla sınırlı bir durum olarak kabul ediliyordu ve avrupada DEHB tedavisi için kullanılan metilfenidat tedavisinin normalde ergenlik döneminde durdurulması gerektiğini tavsiye edilmiştir (108, 109). Bununla birlikte, temel semptomların yetişkinlikte de devam ettiğine ve devam eden klinik ve psikososyal bozukluklarla ilişkili olduğuna dair kanıtlar artmaktadır (6, 110).

Yetişkinlerde DEHB'nin doğru tanısı, yetişkinlerde ve çocuklarda aynı Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV) kriterleri kullanılarak ayrıntılı bir hasta geçmişi ve mevcut davranış ve işleyiş düzeyinin değerlendirilmesine dayanmaktadır (20). Kriterler semptomların 7 yaşından önce mevcut olması gerektiğini şart koşmuştur. Bununla birlikte, birçok yetişkine erken belirtileri hatırlamamakta veya çocuklukta DEHB tanısı konmamaktadır, bu da sıklıkla yetişkinlerde DEHB teşhisinin yakalanmasında daha dikkatli olunması gerektiğini düşündürmüştür (111, 112). Üniversitemiz acil servisinde de spor yaralanmaları dahil başvurularda literatürdeki gibi DEHB şüphesi yerine hastaların klinik rahatsızlığının üstünde durmakta ve tedavi sonrası taburculuk sağlamaktayız. Acil serviste yetişkin hastalarda belirgin DEHB semptomları bulunmaması durumunda DEHB testi uygulanması ve hastanın yönlendirilmesi yapılmamaktadır.

DEHB tanılı medikal tedavi gören ve tedavi görmeyen sporcular üzerinde yapılan bir çalışmada ilaç kullanarak DEHB semptomlarını baskılandığında %24 oranında daha az yaralanma bildirilmiştir (100, 113, 114). DEHB'li yetişkinler yüksek morbidite ve sağlık maliyetleriyle ilişkilidir (115). Ayrıca DEHB'li yetişkinlerde kazalardan kaynaklanan ölüm oranları daha yüksek olduğu bildirilmiştir (116, 117). Bu nedenle DEHB'li çocuk ve ergenlerde yaralanmalar önemli bir sorundur ve bu popülasyonda yaralanma riskinin DEHB olmayanlara göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir (118).

Egzersiz türü ve süresi açısından çocuk ve ergenlerde (18 yaş altı) 20-30 dakika sonrasında dikkatin dağıldığı ve daha fazla dürtüsellik sağladığı bildirilirken orta yaştaki bireylerde (18-34 yaş arası) %40-75 oranında uzun süreli egzersizi dikkat dağılmadan uygulandığı bildirilmiştir (119). Bunun yanında DEHB ilişkili sporcularda bu oranın daha düşük olacağı düşünülmektedir (120). Bunun yanında spor yaralanmalarının egzersizin hangi aşamasında olduğu veya egzersiz süresi ile ilgili bir çalışmaya rastlamadık. Çalışmamızda acil servise gelen hastaların akut yaralanmalarına öncelik verdik. Sonrasında DEHB ilişkisi için çalışma protokolüne aldığımız hastalarda demografik değişkenlerin yanında DEHB puanları için tarama yaptık.

Yaralanmamış yetişkin atletler arasındaki semptom raporlamasını inceleyen bir çalışmada, DEHB'li olanlar, DEHB'si olmayanlara göre çok daha fazla fiziksel, duygusal ve bilişsel semptomları doğrulamıştır (121). DEHB'li yaralanmamış erkeklerin neredeyse üçte biri (%31,5) ve yaralanmamış kadınların yarısı (%52,6) çeşitli işlevsellik alanlarındaki semptomlar bildirilmiştir (121). DSM-IV DEHB saha araştırmaları ırk/etnik kökene ilişkin hiçbir etki göstermemiştir (122). DEHB tanısı bulunan çocukluk veya ergenlik çağındaki DEHB'nin kadınların yetişkinliğe kadar devam etme olasılığının erkeklerden daha fazla olmadığı bildirilmiştir (123). Buna karşın erkeklerin kadınlardan 1,6 kat daha fazla DEHB bulgusu taşıdıkları bildirilmiştir (104). Spor yaralanmalarında yetişkin erkeklerin daha fazla travmaya maruz kaldığı (%62) bildirilmiştir (84). Bizim çalışmamızda da spor yaralanması bildirmiş hastalarda %58,7 oranında erkek vardı. Yüksek DEHB semptomu bildiren hastalarda %17,3 oranında kadın hastalar bulunurken erkeklerde bu oran %10,7 olduğunu gördük. Dikkat eksikliği skorlarında ve aşırı hareket ve dürtüsellik skorlarında da kadınlar anlamlı olmasa da daha yüksek skorlara sahipti ($p=0,118$). DEHB semptomlarının kabul edilebilirliği veya bazı kombinasyonlarında yetişkinlerde DEHB'nin erkekler arasında kadınlardan önemli ölçüde daha yaygın olduğu bulgusu, daha önceki araştırmaların çoğuyla tutarlıdır (99). Buna karşın çalışmamızda gruptaki kadınların oranının literatüre göre yüksek olmasının yaralanma durumunda tedavi kurumlarına başvurma sıklığının erkeklerden daha fazla olduğundan kaynaklandığını düşünüyoruz.

Genç yetişkin sporcular üzerine yapılan bir çalışmada (19 yaş ortalama): DEHB'li sporcular, DEHB olmayan sporcularla karşılaştırıldığında Yürütücü İşlev Davranış Değerlendirme Envanteri (BRIEF) testi uygulanmış ve hemen hemen her alt ölçeğinde belirgin şekilde daha kötü performans gösterdiği bildirilmiştir (124). DEHB hastalarının problem çözme, sözel öğrenme, hafıza, ve işlem hızı gibi yürütücü işlevler ölçümlerinde kötü performans gösterdiğini gösteren başka çalışmalarda mevcuttur (125, 126). Yetişkinlerde travmatik spor yaralanmalarına risk faktörü olarak çevresel faktörlerin yanında insan davranışlarının incelendiği bir çalışmada DEHB'nin önemli bir unsur olduğu bildirilmiştir (127). Özellikle beyin sarsıntısı, temas sporlarında tüm yaş grupları arasında yaygındır; DEHB tanılı 13 yaş ve altı çocuklarda beyin sarsıntısı

ile başvuru 1997 ile 2007 arasında iki katına ve 14-19 yaşındaki çocuklarda üç katına ve yetişkinlerde de 2 katına çıkmıştır (128-130). Üniversite okuyan 18 yaş üstü genç yetişkin bireylerde beyin sarsıntısı ile DEHB tanısına göre ilaç kullanımının tedaviyi hızlandırdığı ve hastanın daha hızlı iyileştiği bildirilmiştir (130).

DEHB'li yetişkinlerin günlük aktivitelerde işlevsel bozulmalarla çeşitli faktörler ilişkilendirilmiştir. DEHB'nin semptomatolojisine ek olarak, bozukluğa eşlik eden diğer psikiyatrik sorunlar da sportif alanlardaki işleyişi zorlaştırabilir. Yapılan araştırmalarda DEHB'li erişkinlerde en az bir psikiyatrik tanının eşlik etme oranını %70-75 kadar yüksek olduğu bildirilmiştir (131, 132). En sık gözlemlenen eştanı türleri arasında davranış bozuklukları ve antisosyal kişilik bozuklukları, anksiyete ve depresyon gibi içselleştirme bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları yer almıştır (133). Bununla birlikte yetişkinlerde, belirgin dikkatsizlikle karakterize edilen alt türlerin (dikkat eksikliği), hiperaktivite ve aşırı hareket ile ilişkilendirilen olan bireylere göre daha yüksek oran vardır (134).

DEHB'nin etiyolojisi bilinmemektedir, ancak son çalışmalar hem güçlü bir genetik bağlantının yanı sıra erken doğum öyküsü ve belki de annenin hamilelik sırasında sigara içmesi gibi çevresel faktörleri öne sürmektedir (135, 136). DEHB'li orta ve yüksek derecelendirilmiş bireylerin gençlerin sağlık ve ruh sağlığı hizmetlerini akranlarına göre daha sık kullandıkları ve sigara, alkol ve madde bağımlılığı gibi sağlığı daha fazla tehdit eden davranışlara yönelimlerinin düşük DEHB semptomu gösteren veya normal bireylere göre daha fazla olduğu bildirilmiştir (106). Bizim çalışmamızda spor yaralanması bulunan 170 hasta sigara kullanırken 130 hasta sigara kullanımı bildirmedi. Sigara kullanan ve kullanmayan hastaların ikisinde de yüksek DEHB semptomu bulunan 21 hasta vardı. Bunların yanında sigara kullanmayan hastaların düşük DEHB semptomu gösterme oranı (%47,1) daha yüksekti ($p=0,036$). Çalışmamızda sigara kullanımı ile DEHB semptom derecelendirmesi istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar verdi. Bunun yanında DHEB alt belirtilerinde dikkat eksikliği, aşırı hareket ve dürtüsellik ve DEHB ilişkili özerklik anlamlı değildi ($p>0,05$). Aynı şekilde DEHB skoru sigara kullanan bireylerde daha yüksekti. Literatürdeki gibi sigara kullanan hastalarda DEHB belirtileri belirgin olmasa da daha fazlaydı ($p=0,215$). Buna ek olarak yetişkinlerde sigara kullanımının DEHB belirtilerine benzer semptomlara

sebepe olması ihtimalinin ileride yapılacak çalıřmalarda deęerlendirilmesi ve incelenmesi gerektięini dūřunuyoruz.

DEHB hastalarının karşılaştığı en yaygın engellerden bazıları odaklanma ve plan yapamama, sosyal katılım eksikliği ve gūnlük yaşamlarını organize etmede zorluktur (137, 138). DEHB'nin çocuklar ve yetişkinler arasındaki yaygınlığına yoğun bir Őekilde değinilmektedir, ancak sporla uğraşan gençler ve yetişkinler arasındaki yaygınlığa ilişkin çok az bilgi mevcuttur (139). Yetiřkin ruh sağlığı alanındaki DEHB hizmetlerinin Őu anda yeterince gelişmediği dūřunılmektedir (140). Yetiřkinlerde DEHB tedavisine yōnelik net dūzenlemeler ve spor aktivitelerindeki yōnergeler literatūrde eksik tanımlanmıştır (141). Spor yapan DEHB'li hastaların yaralanma riski daha yūksək olduğundan potansiyel olarak tanı konmamış DEHB'li hastalarda yaralanmaların Őnlenmesinde hastanelerde DEHB testlerinin yaygınlaşması gerektiğini dūřunuyoruz. Bu, klinik olarak endike olsa bile hastaların DEHB tedavisinin başlatılması veya sūrdürölmesi için yetişkin servisleri tarafından dikkate alınmamasına neden olmaktadır.

Spor yaralanmaları ile acil servis başvurusunda DEHB tanısının incelendiği çocuklar üzerinde yapılan ilk çalışma 2020 yılında Amerikada yayınlanmıştır (142). Çalışmada cinsiyet ve yař gibi değişkenlerin ocuk ve ergenlerde DEHB ilaç kullanımı ile kasıtsız yaralanma nedeniyle acil servise gitme riski arasındaki eşzamanlı ilişki olmadığı bildirilmiştir (142). Literatūrde yetişkin bireylerin kalıcı DHEB bulgularına sahip olduğunu bildiren çalışmalarda son yıllarda sıklamış olduğunu dūřündüğümüzde bu çalışmanın gelecekte yapılacak çalışmalara Őncū nitelikte olduğunu dūřunuyoruz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada spor yaralanması ile acil servise başvuran hastalarda DEHB ilişkisini test etmek için hasta onayı ile birlikte uyguladığımız testte kalıcı DEHB tanısı alması gerektiğini düşündüğümüz yüksek dereceli 42 hasta vardı. Bu hastaların eğitim durumunda istatistiksel anlamlılığını görmedik ($p>0,05$). Her eğitim seviyesinde de DEHB atlanabilir ve bu hastaların potansiyel ve tanı konulmamış DEHB hastası olabileceğini ve tedavi ile dikkat eksikliği veya aşırı hareketlilik semptomlarının baskılanabileceğini düşünüyoruz.

Bireylerin sporda veya farklı alanlarda yaralanmalarından önce DEHB taraması ile dikkatle irdelenerek incelenmesi ve potansiyel tanı konulmamış DEHB şüpheli bireylerin aktivitelerde yaralanmalarının önüne geçmek için klinik destek almaları gerektiğini düşünüyoruz.

Spor yaralanması ile başvuran hastaların %17,3'ünün ve kontrol grubunun %10,7 dahil 42 hastanın DEHB yüksek derecede semptom gösterdiğini gördük.

Hasta grubunda dikkat eksikliği kontrol grubuna göre ($5,96>4,75$) daha yüksek skor olmasına ve istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen anlamlılığa çok yakın bir değer bulduk ($p=0,071$). Daha geniş bir çalışma grubu ile tekrar incelenmesi gerektiğini düşünüyoruz.

Sigara kullanan hastalarda yüksek derecede DEHB semptomu gösteren hasta oranı vardı. Orta ve yüksek derecede DEHB görülme sıklığı sigara kullanmayan hastalarda %53 ve sigara kullanımı olan hastalarda %67,7 oranındaydı. Sigara kullanımının DEHB ile ilişkili olduğunu düşünüyoruz ($p=0,036$).

Spor yaralanmasında DEHB ilişkisi ile ilgili literatür taramasında çocuklarda yapılmış birkaç çalışma bulunmasına rağmen yetişkinlerde benzer çalışma bulamadık. Acil servise spor yaralanması ile başvuran yetişkin bireylerde DEHB varlığının gözden geçirilmesi ve olası bir şüphe halinde ilgili bölümlere yönlendirilmesinin önemli olduğu sonucuna varılmış olup, bu konu hakkında daha ayrıntılı ve kapsamlı çalışmalar yapılması önerilir.

7. KAYNAKLAR

1. Arnold A, Thigpen CA, Beattie PF, Kissenberth MJ, Shanley E. Overuse physéal injuries in youth athletes: risk factors, prevention, and treatment strategies. *Sports health*. 2017;9(2):139-47.
2. Barkley RA. Attention-deficit/hyperactivity disorder, self-regulation, and time: toward a more comprehensive theory. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 1997;18(4):271-9.
3. Fischer M, Barkley RA, Smallish L, Fletcher K. Hyperactive children as young adults: Driving abilities, safe driving behavior, and adverse driving outcomes. *Accident Analysis & Prevention*. 2007;39(1):94-105.
4. Olazagasti MAR, Klein RG, Mannuzza S, Belsky ER, Hutchison JA, Lashua-Shriftman EC, et al. Does childhood attention-deficit/hyperactivity disorder predict risk-taking and medical illnesses in adulthood? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2013;52(2):153-62. e4.
5. Alosco ML, Fedor AF, Gunstad J. Attention deficit hyperactivity disorder as a risk factor for concussions in NCAA division-I athletes. *Brain injury*. 2014;28(4):472-4.
6. Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological medicine*. 2006;36(2):159-65.
7. Akinbami LJ, Liu X, Pastor PN, Reuben CA. Attention Deficit Hyperactivity Disorder among Children Aged 5-17 Years in the United States, 1998-2009. NCHS Data Brief. Number 70. Centers for Disease Control and Prevention. 2011.
8. Databases H. Agency for Healthcare Research and Quality. 2017. Available online: www.hcup-us.ahrq.gov/nisoverview.jsp (accessed on 1 February 2022).
9. Ng QX, Ho CYX, Chan HW, Yong BZJ, Yeo WS. Managing childhood and adolescent attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) with exercise: A systematic review. *Complementary therapies in medicine*, 2017;34:123-8.
10. Sürücü Ö. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Anne Baba-Öğretmen El Kitabı. Bilgi Yayınevi: Ankara; 2019.
11. Genç S, Çatal Y, Şen M, Oğuz AB, Koca A, Eneyli MG, et al. Acil Serviste Ayak ve Ayak Bileği Travmalarının Klinik Özelliklerinin ve Maliyetinin Değerlendirilmesi. *Journal of Ankara University Faculty of Medicine/Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 2022;75(3).
12. Mirze F, Sari C. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Bireyler İçin Fiziksel Aktivite. *Sağlık ve Spor Alanında Güncel Yaklaşımlar*, 2023:103.
13. Thorley G. Hyperkinetic syndrome of childhood: clinical characteristics. *The British Journal of Psychiatry*. 1984;144(1):16-24.
14. Weiss M, Weiss G. Attention deficit hyperactivity disorder Child and Adolescent Psychiatry, A Comprehensive Textbook. Philadelphia: Lippincott William and Wilkins; 2002.
15. Trull TJ, Vergés A, Wood PK, Jahng S, Sher K. The structure of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (text revision) personality disorder symptoms in a large national sample. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2012;3(4):355.

16. Gngr Raif S. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan hastalarda elektroensefalografi bulgulari. Uzmanlık Tezi, 2012.
17. Beyoğlu R. Acil servise kafa travması ile başvuran ilkokul çağındaki çocuklarda dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik bozukluğu (DEHB) ilişkisi. Uzmanlık tezi. 2021.
18. Association AP, Spitzer RL. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: American psychiatric association; *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5, No. 5). Washington, DC: American psychiatric association. 1980.
19. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders (DSM-III-R): American psychiatric association; 1987.
20. Bell CC. DSM-IV: diagnostic and statistical manual of mental disorders. *JAMA*. 1994;272(10):828-9.
21. Barkley RA. Developmental course, adult outcome, and clinic-referred ADHD adults. *Attention-deficit hyperactivity disorder*. 1998:186-224.
22. Tahiroğlu AY, Avcı A, Fırat S, Seydaoğlu G. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Alt tipleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2005;6(1):5-10.
23. Wolraich ML, Hannah JN, Pinnock TY, Baumgaertel A, Brown J. Comparison of diagnostic criteria for attention-deficit hyperactivity disorder in a county-wide sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1996;35(3):319-24.
24. Diagnostic A. statistical manual of mental disorders. Washington. DC: American Psychiatric Association. 1994;4.
25. Baumgaertel A, Wolraich ML, Dietrich M. Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a German elementary school sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1995;34(5):629-38.
26. Ercan E, Aydın C. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu zellikleri-Tedavisi, Çocuklarda ve Erişkinlerde Belirtileri. çnc Baskı, İstanbul, Gendaş. 2000.
27. Çetin FH, Işık Y. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve genetik. *Psikiyatride Gncel Yaklaşımlar*, 2018;10(1):19-39.
28. Faraone SV, Biederman J. What is the prevalence of adult ADHD? Results of a population screen of 966 adults. *Journal of attention disorders*, 2005;9(2):384-91.
29. Klug WS, Cummings MR. Concepts of genetics: Pearson Education, Inc; 2003.
30. Akgn GM, Tufan E, Yurteri N, Erdoğan A. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun genetik boyutu. *Psikiyatride Gncel Yaklaşımlar*, 2011;3(1):15-48.
31. Johnson DE, Epstein JN, Waid LR, Latham PK, Voronin KE, Anton RF. Neuropsychological performance deficits in adults with attention deficit/hyperactivity disorder. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 2001;16(6):587-604.
32. Pliszka SR, McCracken JT, Maas JW. Catecholamines in attention-deficit hyperactivity disorder: current perspectives. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1996;35(3):264-72.
33. Faraone SV, Mick E. Molecular genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics*, 2010;33(1):159-80.

34. Küçük B. Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda erişkin tip dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun sıklığı ve eşhastalanımı. Uzmanlık tezi. 2019.
35. Biederman J, Mick E, Faraone SV. Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *American journal of psychiatry*, 2000;157(5):816-8.
36. Hill JC, Schoener EP. Age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 1996;153(9):1143-6.
37. Sachdev P. Attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Psychological Medicine*, 1999;29(3):507-14.
38. Seidman LJ, Biederman J, Weber W, Hatch M, Faraone SV. Neuropsychological function in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*, 1998;44(4):260-8.
39. Ratey JJ, Greenberg MS, Bemporad JR, Lindem K. Unrecognized attention-deficit hyperactivity disorder in adults presenting for outpatient psychotherapy. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 1992;2(4):267-75.
40. Smith Jr EV, Johnson BD. Factor structure of the DSM-IV criteria for college students using the adult behavior checklist. *Measurement and evaluation in counseling and development*, 1998;31(3):164-83.
41. Cumba-Avilés E, Bauermeister J. Differential diagnosis of ADHD and other disorders using conditional probabilities. 110th annual convention of the American Psychological Association, Chicago, IL; 2002.
42. Heiligenstein E, Conyers LM, Berns AR, Smith MA. Preliminary normative data on DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder in college students. *Journal of American college health*, 1998;46(4):185-8.
43. Biederman J, Kim JW, Doyle AE, Mick E, Fagerness J, Smoller JW, et al. Sexually dimorphic effects of four genes (COMT, SLC6A2, MAOA, SLC6A4) in genetic associations of ADHD: A preliminary study. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 2008;147(8):1511-8.
44. Uyan Z. Ergenlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu sıklığının araştırılması. *Konuralp Medical Journal*, 2014;6(3):21-6.
45. Eyestone LL, Howell R. An epidemiological study of attention-deficit hyperactivity disorder and major depression in a male prison population. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 1994;22(2):181-93.
46. Önal A, Ögel K, Eke C. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtileri bulunan ergenlerde madde kullanımı ve aile özellikleri üstüne kesitsel bir çalışma. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 2011;21(3):225-31.
47. Aydın H, Diler RS, Yurdağül E, Uğuz Ş, Şeydaoğlu G. DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde DEHB oranı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2006;9(2):70-4.
48. Örum MH, Kara MZ, Kuştepe A, Kalenderoğlu A. Bilişsel hatalar ve dikkat-eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtilerinin madde kullanım özellikleri ile ilişkisi. *Bağımlılık Dergisi*, 2019;20(2):47-60.
49. Biederman JJ. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a life-span perspective. *Journal of clinical psychiatry*, 1998;59(7):4-16.

50. Alaçam H. Denizli bölgesi üniversite öğrencilerinde internet bağımlılığının görülme sıklığı ve yetişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile ilişkisi. Uzmanlık Tezi. 2012.
51. Gümüş YY, Çakın Memik N, Ağaoğlu B. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Anksiyete Bozukluğu Eşhastalanımı. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 2015;52:185-93.
52. Ekinci S, Öncü B, Canat S. Erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu: Eş tanı ve işlevsellik. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2011;12(3):185-91.
53. Tuğlu C, Şahin ÖÖ. Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Nörobiyoloji, tanı sorunları ve klinik özellikler. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*, 2010;2(1):75-116.
54. D'Agati E, Curatolo P, Mazzone L. Comorbidity between ADHD and anxiety disorders across the lifespan. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 2019;23(4):238-44.
55. Kessler RC, Adler LA, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Faraone SV, et al. Patterns and predictors of ADHD persistence into adulthood: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, 2005;57(11):1442.
56. Goodman DW. The consequences of attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *Journal of Psychiatric Practice*®, 2007;13(5):318-27.
57. Biederman J, Ball SW, Monuteaux MC, Mick E, Spencer TJ, McCreary M, et al. New insights into the comorbidity between ADHD and major depression in adolescent and young adult females. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2008;47(4):426-34.
58. Sobanski E, Brüggemann D, Alm B, Kern S, Deschner M, Schubert T, et al. Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 2007;257:371-7.
59. Yates WR, Lund BC, Johnson C, Mitchell J, McKee P. Attention-deficit hyperactivity symptoms and disorder in eating disorder inpatients. *International Journal of Eating Disorders*, 2009;42(4):375-8.
60. Fernández-Aranda F, Agüera Z, Castro R, Jiménez-Murcia S, Ramos-Quiroga JA, Bosch R, et al. ADHD symptomatology in eating disorders: a secondary psychopathological measure of severity? *BMC psychiatry*, 2013;13:1-8.
61. Statistics SI. Children's Hospital of Wisconsin. 2016.
62. Roald B, Lars E. Sports Injury Prevention. Chichester, UK; Hoboken. NJ: Wiley-Blackwell; 2009.
63. Abou Elmagd M. Common sports injuries. *International journal of physical education, sports and health*, 2016;3(5):142-8.
64. Fong DT, Chan YY, Mok K-M, Yung PS, Chan KM, Medicine, Rehabilitation. Understanding acute ankle ligamentous sprain injury in sports. *BMC Sports Science, Medicine and Rehabilitation*, 2009;1:1-14.
65. Zatsiorsky VM, Kraemer WJ, Fry AC. Science and practice of strength training: Human Kinetics; 2020.
66. Nosaka K, Newton M, Sacco P. Delayed-onset muscle soreness does not reflect the magnitude of eccentric exercise-induced muscle damage. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 2002;12(6):337-46.

67. Moore TM, Patzakis MJ, Harvey JP. Tibial plateau fractures: definition, demographics, treatment rationale, and long-term results of closed traction management or operative reduction. *Journal of orthopaedic trauma*, 1987;1(2):97-119.
68. Balıkcı R. Çocuklarda ve ergenlerde çevrimiçi oyun bağımlılığı ve agresif davranışlar arasındaki ilişkinin incelenmesi: Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; Yüksek lisans tezi. 2018.
69. Lieberman A, McCall M. 100 questions and answers about Parkinson disease: Jones & Bartlett Learning; 2002.
70. Pang S. Why Some Lifters Pass Out After Deadlifts, and How to Avoid It 2021 [Available from: <https://www.hygieia.com.sg/library/articles/why-some-lifters-pass-out-after-deadlifts-and-how-to-avoid-it/>].
71. Misra A. Common sports injuries: incidence and average charges. *ASPE [homepage on the Internet]*. 2014.
72. Yang H, Haldeman S, Lu M-L, Baker D. Low back pain prevalence and related workplace psychosocial risk factors: a study using data from the 2010 National Health Interview Survey. *Journal of manipulative and physiological therapeutics*, 2016;39(7):459-72.
73. Alshorman SA, Alqudah AH, Akour AA, Alzoubi HS, Alnu'man NF, Ra'ed RB, et al. The Common Sports Injuries among Swimming Female Students at the Faculty of Physical Education at the University of Jordan. *Revista iberoamericana de psicología del ejercicio y el deporte*, 2023;18(1):99-101.
74. Steffens D, Maher CG, Pereira LS, Stevens ML, Oliveira VC, Chapple M, et al. Prevention of low back pain: a systematic review and meta-analysis. *JAMA internal medicine*, 2016;176(2):199-208.
75. Fongemie AE, Buss DD, Rolnick S. Management of shoulder impingement syndrome and rotator cuff tears. *American family physician*, 1998;57(4):667-74.
76. TaheriAzam A, Sadatsafavi M, Moayyeri A. Outcome predictors in nonoperative management of newly diagnosed subacromial impingement syndrome: a longitudinal study. *Medscape General Medicine*, 2005;7(1):63.
77. Du Toit C, Stieler M, Saunders R, Bisset L, Vicenzino B. Diagnostic accuracy of power Doppler ultrasound in patients with chronic tennis elbow. *British Journal of Sports Medicine*. 2008;42(11):872-6.
78. Nirschl RP. Elbow tendinosis/tennis elbow. *Clinics in sports medicine*, 1992;11(4):851-70.
79. Kellicker PG. Finger Extensor Tendon Injury.
80. Heintjes EM, Berger M, Bierma-Zeinstra SM, Bernsen RM, Verhaar JA, Koes BW. Pharmacotherapy for patellofemoral pain syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004(3).
81. Jenkins SP. Sports science handbook: IZ: Multi-science publishing; 2005.
82. Bowers Jr KD, Martin RB. Turf-toe: a shoe-surface related football injury. *Med Sci Sports*, 1976;8(2):81-3.
83. Allen LR, Flemming D, Sanders TG. Turf toe: ligamentous injury of the first metatarsophalangeal joint. *Military medicine*, 2004;169(11):XIX.
84. Jessiman-Perreault G, Godley JJ. Playing through the pain: A university-based study of sports injury. *Advances in Physical Education*, 2016;6(3):178-94.

85. Faude O, Rössler R, Petushek EJ, Roth R, Zahner L, Donath L. Neuromuscular adaptations to multimodal injury prevention programs in youth sports: a systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in physiology*, 2017;8:791.
86. Schmikli SL, Backx FJ, Kemler HJ, Van Mechelen W. National survey on sports injuries in the Netherlands: target populations for sports injury prevention programs. *Journal of Sport Medicine*, 2009;19(2):101-6.
87. Hanlon C, Krzak JJ, Prodoehl J, Hall KD. Effect of injury prevention programs on lower extremity performance in youth athletes: a systematic review. *Sports health*, 2020;12(1):12-22.
88. Timpka T, Lindqvist K, Ekstrand J, Karlsson NBJ, Björnsdottir M. Impact of social standing on sports injury prevention in a WHO safe community: intervention outcome by household employment contract and type of sport. *British Journal of sports medicine*, 2005;39(7):453-7.
89. Dhillon H, Dhillon S, Dhillon MS. Current concepts in sports injury rehabilitation. *Indian journal of orthopaedics*, 2017;51(5):529-36.
90. Bolling C, Van Mechelen W, Pasma HR, Verhagen E. Context matters: revisiting the first step of the 'sequence of prevention' of sports injuries. *Sports medicine*, 2018;48(10):2227-34.
91. Yıldız M. Afyonkarahisar ili amatör futbol takımlarında oynayan sporcularda görülen sakatlanma sıklıkları ve nedenlerinin araştırılması: Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; Yüksek lisans tezi. 2009.
92. Kanbir O. Sporda sağlık bilinci ve ilkyardım: Ekin Kitapevi; 2001.
93. Ergen E. Spor Hekimliği Nedir. 2021. https://akademi.olimpiyat.org.tr/wp-content/uploads/Spor_Hekimligi_Nedir.pdf
94. Ergun N, Baltacı G. Spor yaralanmalarında fizyoterapi ve rehabilitasyon prensipleri. Ankara: Pelikan Yayınevi. 2014.
95. Griffith H. Spor sakatlıkları rehberi. Güzel Sanatlar Matbaası, İstanbul. 2000.
96. Ercan E, Amado S, Somer O, Çıkoğlu S. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve yıkıcı davranım bozuklukları için bir test bataryası geliştirme çabası. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 2001;8(3):132-44.
97. Turgay A. Adult ADHD screening and rating scale and structured interview guidelines. Toronto, Ontario: Integrative Therapy Institute Publication. 1995.
98. Vaa T. ADHD and relative risk of accidents in road traffic: a meta-analysis. *Accident Analysis & Prevention* 2014;62:415-25.
99. Scahill L, Schwab-Stone M. Epidemiology of ADHD in school-age children. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 2000;9(3):541-55.
100. Chien W-C, Chung C-H, Lin F-H, Yeh C-B, Huang S-Y, Lu R-B, et al. The risk of injury in adults with attention-deficit hyperactivity disorder: A nationwide, matched-cohort, population-based study in Taiwan. *Research in developmental disabilities*, 2017;65:57-73.
101. Deal LS, Sleeper-Triplett J, DiBenedetti DB, Nelson L, McLeod L, Haydysch EE, et al. Development and validation of the ADHD Benefits of Coaching Scale (ABCS). *Journal of Attention Disorders*, 2015;19(3):191-9.
102. Cantwell DP. Attention deficit disorder: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1996;35(8):978-87.

103. White RD, Harris GD, Gibson ME. Attention deficit hyperactivity disorder and athletes. *Sports Health*, 2014;6(2):149-56.
104. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of psychiatry*, 2006;163(4):716-23.
105. Sankaranarayanan J, Puumala SE, Kratochvil C. Diagnosis and treatment of adult attention-deficit/hyperactivity disorder at US ambulatory care visits from 1996 to 2003. *Current Medical Research and Opinion*, 2006;22(8):1475-91.
106. Rowland AS, Lesesne CA, Abramowitz A. The epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a public health view. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 2002;8(3):162-70.
107. Miranda A, Berenguer C, Colomer C, Roselló R. Influence of the symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and comorbid disorders on functioning in adulthood. *Psicothema*, 2014;26(4):471-6.
108. Schlander M. The NICE ADHD health technology assessment: A review and critique. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 2008;2:1-9.
109. Ford T, Goodman R, Meltzer H. The British child and adolescent mental health survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry*, 2003;42(10):1203-11.
110. Faraone SV, Biederman J, Spencer T, Wilens T, Seidman LJ, Mick E, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: an overview. *Biological psychiatry*, 2000;48(1):9-20.
111. Levin H, Hanten G, Max J, Li X, Swank P, Ewing-Cobbs L, et al. Symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder following traumatic brain injury in children. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 2007;28(2):108-18.
112. Max JE. Concussion and Psychiatric Outcome in Adults and Children. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2016;61(5):257-8.
113. Mikolajczyk R, Horn J, Schmedt N, Langner I, Lindemann C, Garbe E. Injury prevention by medication among children with attention-deficit/hyperactivity disorder: a case-only study. *JAMA pediatrics*, 2015;169(4):391-5.
114. Merrill R, Lyon J, Baker R, Gren L. Attention deficit hyperactivity disorder and increased risk of injury. *Advances in medical sciences*, 2009;54(1):20.
115. Groom MJ, Van Loon E, Daley D, Chapman P, Hollis C. Driving behaviour in adults with attention deficit/hyperactivity disorder. *BMC psychiatry*, 2015;15(1):1-11.
116. Dalsgaard S, Østergaard SD, Leckman JF, Mortensen PB, Pedersen MGJTL. Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. *The Lancet*, 2015;385(9983):2190-6.
117. London AS, Landes SD. Attention deficit hyperactivity disorder and adult mortality. *Preventive medicine*, 2016;90:8-10.
118. Kang JH, Lin HC, Chung SD. Attention-deficit/hyperactivity disorder increased the risk of injury: A population-based follow-up study. *Acta paediatrica*, 2013;102(6):640-3.

119. Lambourne K, Tomporowski PJBr. The effect of exercise-induced arousal on cognitive task performance: a meta-regression analysis. *Brain research*, 2010;1341:12-24.
120. Meggs J, Young S, Mckeown A. A narrative review of the effect of sport and exercise on ADHD symptomatology in children and adolescents with ADHD. *Mental Health Review Journal*. 2023.
121. Iverson GL, Silverberg ND, Mannix R, Maxwell BA, Atkins JE, Zafonte R, et al. Factors associated with concussion-like symptom reporting in high school athletes. *JAMA pediatrics*, 2015;169(12):1132-40.
122. Lahey BB, Applegate B, McBurnett K, Biederman J, Greenhill L, Hynd GW, et al. DSM-IV field trials for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *The American journal of psychiatry*, 1994;151(11):1673-85.
123. Biederman J, Faraone SV, Monuteaux MC, Bober M, Cadogen E. Gender effects on attention-deficit/hyperactivity disorder in adults, revisited. *Biological psychiatry*, 2004;55(7):692-700.
124. Iaccarino MA, Fitzgerald M, Pulli A, Woodworth KY, Spencer TJ, Zafonte R, et al. Sport concussion and attention deficit hyperactivity disorder in student athletes: A cohort study. *Neurology Clinical practice*. 2018;8(5):403-11.
125. Barkley RA. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological bulletin*, 1997;121(1):65.
126. Shanahan MA, Pennington BF, Yerys BE, Scott A, Boada R, Willcutt EG, et al. Processing speed deficits in attention deficit/hyperactivity disorder and reading disability. *Journal of abnormal child psychology*, 2006;34:584-601.
127. Glendor UJDt. Aetiology and risk factors related to traumatic dental injuries—a review of the literature. 2009;25(1):19-31.
128. Guskiewicz KM, Weaver NL, Padua DA, Garrett WE. Epidemiology of concussion in collegiate and high school football players. *The American journal of sports medicine*, 2000;28(5):643-50.
129. Halstead ME, Walter KD, Medicine CoS, Pediatrics FJ. Sport-related concussion in children and adolescents. *Pediatrics*, 2010;126(3):597-615.
130. Cook NE, Iverson GL, Maxwell B, Zafonte R, Berkner PD. Adolescents With ADHD Do Not Take Longer to Recover From Concussion. *Frontiers in pediatrics*, 2021;8.
131. Kooij SJ, Bejerot S, Blackwell A, Caci H, Casas-Brugué M, Carpentier PJ, et al. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC psychiatry*, 2010;10:1-24.
132. Sobanski E. Psychiatric comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 2006;256:i26-i31.
133. Jacob C, Gross-Lesch S, Jans T, Geissler J, Reif A, Dempfle A, et al. Internalizing and externalizing behavior in adult ADHD. *ADHD Attention deficit and hyperactivity disorders*, 2014;6:101-10.
134. Willcutt EG, Nigg JT, Pennington BF, Solanto MV, Rohde LA, Tannock R, et al. Validity of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder symptom dimensions and subtypes. *Journal of abnormal psychology*, 2012;121(4):991.
135. Anderson JC. Is childhood hyperactivity the product of western culture? *The Lancet*, 1996;348(9020):73-4.

136. Barkley RA, Murphy KR, Kwasnik D. Motor vehicle driving competencies and risks in teens and young adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 1996;98(6):1089-95.
137. Weiss M, Murray C. Assessment and management of attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*. 2003;168(6):715-22.
138. Lee H, Dunn JC, Holt NL. Youth sport experiences of individuals with attention deficit/hyperactivity disorder. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 2014;31(4):343-61.
139. Goulardins JB, Marques JCB, Casella EB, Nascimento RO, Oliveira JA. Motor profile of children with attention deficit hyperactivity disorder, combined type. *Research in developmental disabilities*, 2013;34(1):40-5.
140. Asherson P, Chen W, Craddock B, Taylor E. Adult attention-deficit hyperactivity disorder: recognition and treatment in general adult psychiatry. *The British Journal of Psychiatry*, 2007;190(1):4-5.
141. Scotland NQI. ADHD–Services over Scotland: Report of the service profiling exercise. *NHS QIS*. 2007.
142. Ghirardi L, Larsson H, Chang Z, Chen Q, Quinn PD, Hur K, et al. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Medication and Unintentional Injuries in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2020;59(8):944-51.

EKLER

Ek 1 DEHB TURGAY DSM IV YDB-TDÖ

DSM-IV' E DAYALI

ERİŞKİN DEB/DEHB TANI VE DEĞERLENDİRME ENVANTERİ

(Turgay, Kasım 1995)

Adınız, Soyadınız:

Tarih:

Yaşınız:

Cinsiyetiniz:

Halen kullandığınız ilaçlar:

Daha önce aldığınız tanılar:

Yukarıdaki bölümü tamamladıktan sonra, aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyun ve şu anki durumunuzu en iyi ifade eden rakamı işaretleyin. Dikkatli ve dürüst yanıtlarınızla teşhisinizin güvenilirliği artacak ve sorunlarınızın şiddeti ve doğası hakkında temel verileri elde edeceğiz

Anlamadığınız sorular olursa size bu soru formunu veren hekime danışabilirsiniz.

Bu soru formu aynı zamanda tedavinin sonuçları ve gidişi hakkında nesnel karşılaştırma yapma olanağı sunacaktır. İşbirliğiniz için teşekkür ederiz.

1. BÖLÜM

Dikkat Eksikliği Bölümü

Sorun

Sorunun şiddeti ve sıklığı

	Hemen hiç	Biraz ya da bazan	Sıklıkla	Çok sık
1. Ayrıntılara dikkat etmekte zorluk ya da okul, iş ve diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapma	0	1	2	3
2. Dikkat gerektiren görevler ya da işlerde dikkati sürdürme güçlüğü	0	1	2	3
3. Birisiyle yüzyüze konuşurken dinlemede güçlük çekme	0	1	2	3
4. Okul ödevlerini ya da iş yerinde verilen görevleri bitirmekte zorlanma, verilen yönergeleri izlemekte zorluk çekme (yönergeleri anlama güçlüğüne ya da inatlaşmaya bağlı değildir)	0	1	2	3
5. Görevleri ve etkinlikleri düzenleme/ organize etme güçlüğü	0	1	2	3
6. Uzun zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınma, bu işlerden hoşlanmama ya da bu işlere karşı isteksizlik	0	1	2	3
7. Görev ve etkinlikler için gereken eşyaları kaybetme (örneğin: oyuncak, okul ödevleri, kalem, kitap ya da araç gereç)	0	1	2	3
8. Dikkatin kolayca dağılması	0	1	2	3
9. Günlük etkinliklerde unutkanlık	0	1	2	3

2. BÖLÜM

Aşırı hareketlilik /Dürtüsellik Bölümü

a) Aşırı hareketlilik

Sorun

Sorunun şiddeti ve sıklığı

	Hemen hiç	Biraz ya da bazan	Sıklıkla	Çok sık
1. El ve ayakların kıpır kıpır olması, oturduğu yerde duramama	0	1	2	3
2. Oturulması gereken durumlarda yerinden kalkma	0	1	2	3
3. Koşuşturup durma ya da huzursuzluk hissi	0	1	2	3
4. Boş zaman faaliyetlerini sessizce yapmakta güçlük	0	1	2	3
5. Sürekli hareket halinde olma ya da sanki motor takılıymış gibi hareket etme	0	1	2	3
6. Çok konuşma	0	1	2	3
b) Dürtüsellik	0	1	2	3
7. Sorulan soru tamamlanmadan yanıt verme	0	1	2	3
8. Sıra beklemekte zorluk çekme	0	1	2	3
9. Başkalarının işine karışma ya da konuşmalarını bölme	0	1	2	3

Klinisyenin yanıtlayacağı bölüm

2.bölümde karşılanan kriter sayısı:

2. bölümden elde edilen DEHB puanı (Aşırı hareketlilik/dürtüsellik):

1. ve 2.bölümlerde karşılanan kriter sayısı:

1.ve 2.bölümlerde elde edilen toplam DEHB puanı:

DEB/DEHB ile ilişkili özellikler
Sorun
Sorunun şiddeti ve sıklığı

	Hemen hiç	Biraz ya da bazan	Sıklıkla	Çok sık
1. Hedeflerine ulaşamama ve başarısızlık	0	1	2	3
2. Başlanan bir işi bitirememeye ya da işe başlama güçlüğü	0	1	2	3
3. Aynı anda pek çok işle/projeyle uğraşma; bu işleri takipte ve tamamlamakta güçlük	0	1	2	3
4. Zamanı ve yeri uygun olmasa da aklına geleni o anda söyleme eğilimi	0	1	2	3
5. Sık sık büyük heyecanlar peşinde koşma	0	1	2	3
6. Sıkılmaya tahammül edememe	0	1	2	3
7. Herkez tarafından izlenen yolları ve kuralları uygulamamak	0	1	2	3
8. Sabırsızlık; engellenme eşliğinin düşük olması	0	1	2	3
9. Dürtüsellik (düşünmeden hareket etme)	0	1	2	3
10. Kendini güvensiz hissetme	0	1	2	3
11. Duygu durumunda sık görülen oynamalar	0	1	2	3
12. Aniden parlamaya, tepki gösterme	0	1	2	3
13. Düşük benlik değeri	0	1	2	3
14. Parmaklarla tempo tutma, ayak sallama ya da ayak vurma	0	1	2	3
15. Sık sık iş değiştirme	0	1	2	3
16. Strese karşı aşırı duyarlılık, dayanamama	0	1	2	3
17. Zamanı ayarlamakta güçlük	0	1	2	3
18. Unutkanlık	0	1	2	3
19. Sözel saldırganlık	0	1	2	3
20. Fiziksel saldırganlık	0	1	2	3
21. Alkol kullanımı	0	1	2	3
22. Madde kullanımı	0	1	2	3
23. Yasal güçlük ve sorunlar	0	1	2	3
24. Çökkünlük (depresyon)	0	1	2	3
25. Kendine zarar verecek davranışlarda bulunma	0	1	2	3
26. Sebepsiz yere sinirli ve gergin olma (kaygı)	0	1	2	3
27. İşinden zevk alamama	0	1	2	3
28. Hayal kırıklığı ve cesaretsizlik hissi	0	1	2	3
29. Uzun süredir devam eden mutsuzluk hissi	0	1	2	3
30. Kapasitesiyle uyumlu bir düzeye ulaşamama	0	1	2	3

Klinisyenin yanıtlayacağı bölüm:

3. bölümde karşılanan kriter sayısı:

3. bölümden elde edilen DEHB puanı (Aşırı hareketlilik/dürtüsellik):

1. ve 2.bölümlerde karşılanan kriter sayısı+ 3. bölümdeki pozitif semptom sayısı:

1., 2.ve 3. bölümlerden elde edilen toplam DEHB puanı: