

**T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**İSTANBUL'DA ÖZEL BİR PSİKİYATRİ HASTANESİNİN ÇOCUK VE
ERGEN KLİNİĞİNE SON 5 YIL İÇİNDE BAŞVURAN BİREYLERDE
DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU VE EŞLİK
EDEN HASTALIKLARIN SIKLIĞI, OLGULARIN SOSYO-
DEMOGRAFİK VE KLİNİK DEĞERLENDİRMESİ**

MELTEM SUNAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN: YRD. DOÇ. DR. NÜKET İŞİTEN

İstanbul, 2015

**T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**İSTANBUL'DA ÖZEL BİR PSİKİYATRİ HASTANESİNİN ÇOCUK VE
ERGEN KLİNİĞİNE SON 5 YIL İÇİNDE BAŞVURAN BİREYLERDE
DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU VE EŞLİK
EDEN HASTALIKLARIN SIKLIĞI, OLGULARIN SOSYO-
DEMOGRAFİK VE KLİNİK DEĞERLENDİRMESİ**

MELTEM SUNAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN: YRD. DOÇ. DR. NÜKET İŞİTEN

İstanbul, 2015



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No : 144102184

Öğrenci Adı Soyadı : Meltem SUNAR

Anabilim Dalı : Klinik Psikoloji

Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Nüket İŞİTEN

Tezin Başlığı : İstanbul'da özel bir psikiyatri hast. çocuk ve erpen

eden hast. klinik ve sosy. TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI 3 yıllık Geriye Dönük Değerlendirme

Toplantı Tarihi : 15.09.2015 Saati : 18.30

Öğrenci Savunmaya : GELDI

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,

OY BİRLİĞİ OY ÇOKLUGU

- Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez **KABUL** edilmiştir.
- Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin **DÜZELTİLMESİ** için ay **EK SÜRE** verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)
- Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin **REDDEDİLMESİ** kararı alınmıştır.

Savunmada Tezin Başlığı : Değişmedi. Değişti.

Tezin Yeni Başlığı :

Öğrenci Savunmaya : GELMEDI

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,

OY BİRLİĞİ ile **REDDEDİLMİŞTİR.**

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Y. Doç. Dr. Nüket İŞİTEN	
Üye	Y. Doç. Dr. Sevil Barışoğlu	
Üye	Y. Doç. Dr. Serdar Nurmecar	

BİLİMSEL ETİK SAYFA

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum ‘‘İstanbul’da özel bir psikiyatri hastanesinin çocuk ve ergen kliniğine son 5 yıl içinde başvuran bireylerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve eşlik eden hastalıkların sıklığı, olguların sosyo-demografik ve klinik değerlendirmesi’’ adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

16/08/2015

Meltem SUNAR

İmza

TEŞEKKÜR

Çalışmamın her aşamasında bana destek veren danışmanım Yrd. Doç. Dr. Nüket İŞİTEN'e, tez konusunu seçmemde fikir veren Leyla ASLAN'a teşekkür ederim.

Bu çalışma süresince devamlı bana umut ışığı olan, sabır ve anlayışıyla beni güçlendiren oğlum Yağız ŐENKAN'a ve önerileriyle çalışmaya zenginlik katan Tamer ŐENKAN'a sonsuz sevgilerimi ve en içten teőekkürlerimi sunmak isterim.

Meltem SUNAR

ÖZET

(SUNAR, Meltem, Yüksek Lisans, İstanbul, 2015)

İstanbul’da özel bir psikiyatri hastanesinin çocuk ve ergen kliniğine son 5 yıl içinde başvuran bireylerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve eşlik eden hastalıkların sıklığı, olguların sosyo-demografik ve klinik değerlendirmesi

DEHB olarak kısaltılan Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu aşırı hareketliliğin, dikkate bağlı sorunların ve dürtüsellik ile karakterize olmuş bir nörogelişimsel sorundur. Bu sorun çocukluk döneminin bir sorunudur.

Bu çalışmanın temel amacı DEHB ve DEHB+Eş Tanı tanısı konan çocuklara verilen ilaçların etkisinin ölçülmesi ve verilecek ilaç gruplarının belirlenmesidir. Çalışmanın bir diğer amacı ise farklı tanı konan çocukların IQ seviyesi, anne ve baba depresyon ve anksiyete seviyelerinin belirlenerek farklılığın belirlenmesidir. Çalışmanın evrenini NP İstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi Çocuk ve Ergen Kliniğinde 2010 - 2015 tarihleri arasında tedavi gören çocuklar oluşturmaktadır. Örneklemi ise söz konusu evrenden seçilen 652 çocuk oluşturmaktadır. Çalışmada dosya tarama metodu kullanılmış ve verilerin analizi SPSS 21.0 programı ile yapılmıştır. Çalışmada %95 güven düzeyinde çalışılmış ve ki kare ilişki analizi kullanılmıştır.

Çalışmada elde edilen sonuçlara göre birleşik ilaç grubu, kullanılan ilaç sayısı ve IQ arasında bir ilişki bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler : DEHB, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Eşlik Eden Hastalıklar

ABSTRACT

(SUNAR, Meltem, Post Graduate Thesis, İstanbul, 2015)

Socio-Demographic and Clinic Evaluation of Attention Deficit Disorder with Hyperactivity and Accompanied Illnesses of Ones Attended to Teenage Clinic of a Private Psychiatry Hospital in İstanbul

Attention Deficit Disorder with Hyperactivity (also called as ADD) is an impulsive neuro-developmental problem related with excessive activity and lack of attention. It is especially seen in childhood.

Main aim of that study is evaluating the effectiveness of drugs given to people with Attention Deficit Disorder with Hyperactivity and Attention Deficit Disorder with Hyperactivity and Accompanied Illnesses and deciding correct drugs for those people. Another aim of the study is examining IQ levels, parent depression levels and searching differences. Universe of the study is children attended to NP İstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi Çocuk ve Ergen Kliniği between the years 2010 and 2015. Sample of the study is 652 attendants chosen from the universe. A file review is held and data is examined using SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Chi-square test is used for dependance analysis and reliability of the study was decided as 95 percent.

According to the results seen at that end of the study, there is a positive relationship between connected drug group, number of drugs used and IQ levels.

Key Words : ADD, Attention Deficit Disorder with Hyperactivity, Attention Deficit Disorder with Hyperactivity AND Accompanied Illnesses

İÇİNDEKİLER

Yüksek Lisans Tez Sınav Tutanağı	iii
Bilimsel Etik Sayfa	iv
Teşekkür	v
Özet	vi
Abstract	vii
İçindekiler.....	viii
Tablolar Listesi.....	ix
Kısaltmalar ve Simgeler Sayfası.....	xi
GİRİŞ	1
I. GENEL BİLGİLER	3
1.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	3
1.2.Tarihçe.....	5
1.3.Epidemiyoloji	7
1.4. Nedenleri	9
1.4.1.Genetik Etkenler.....	9
1.4.2.Beyin İşlevleriyle İlgili Değişiklikler	10
1.4.3.Nörokimyasal Etkenler	11
1.4.4.Psikososyal Etkenler	12
1.5. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna Eşlik Eden Bozukluklar.....	13
1.6.Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Yaşam Boyu Seyri.....	14
1.7.Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Tanı Ölçütleri.....	15
1.8.Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Ayırıcı Tanı ve Eş Tanı.....	18
1.9.Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Gidiş ve Sonlanım	19
II. DİKKAT EKSIKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNDA TEDAVİ	21
2.1.İlaç Tedavileri	21
2.2.İlaç Dışı Tedaviler.....	22
III. MATERYAL ve YÖNTEM	24
3.1.Araştırmanın Amacı Ve Önemi.....	24
3.1.1.Araştırmanın Amacı	24
3.1.2.Araştırmanın Önemi	24
3.1.3.Evren Ve Örneklem.....	24
3.1.4.Veri Toplama Araçları.....	25
3.1.5.Verilerin İstatistiksel Analizi.....	25
IV. BULGULAR	26
V. TARTIŞMA VE YORUM	49
VI. SONUÇ	55
VII. ÖNERİLER	56
7.1. Yapılacak Araştırmalara ve Araştırmacılara Yönelik Öneriler.....	56
7.2. Uygulamalara Yönelik Öneriler	57
VIII. KAYNAKÇA	58

Tablolar Listesi

Tablo 1: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun tanı ölçütleri	15
Tablo 2: Çocukların Cinsiyet, Tanı ve Kullandıkları İlaç Bilgileri	26
Tablo 3: Cinsiyete Göre Eş Tanı Durumu	29
Tablo 4: Çocukların Ebeveynlerine Ait Bilgiler	29
Tablo 5: Tanıya Göre Cinsiyet, Verilen İlaç Grupları Ve Ebeveyn Bilgileri İlişki Analizi	31
Tablo 6: Tanıya Göre Cinsiyet, Verilen İlaç Grupları ve Ebeveyn Bilgileri İlişki Analizi	36
Tablo 7: Annelerin ve Babaların Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri	37
Tablo 8: Annede ve Babada Anksiyete ve Depresyon Olma Durumu	37
Tablo 9: DEHB Grubundaki Çocukların Annelerinde Anksiyete Olma Durumu İle Babalarında Anksiyete Olma Durumu Karşılaştırması	38
Tablo 10: DEHB Grubundaki Çocukların Annelerinde Depresyon Olma Durumu İle Babalarında Depresyon Olma Durumu Karşılaştırması	38
Tablo 11: DEHB+Eş Tanı Grubundaki Çocukların Annelerinde Anksiyete Olma Durumu İle Babalarında Anksiyete Olma Durumu Karşılaştırması	38
Tablo 12: DEHB+Eş Tanı Grubundaki Çocukların Annelerinde Depresyon Olma Durumu İle Babalarında Depresyon Olma Durumu Karşılaştırması	39
Tablo 13: Çocukların Tanısına Göre Annelerinin ve Babalarının Anksiyete Ve Depresyon Durumu	39
Tablo 14: Çocukların Tanısına Göre Annelerinin ve Babalarının Anksiyete Ve Depresyon Durumu İlişkisi	42
Tablo 15: Çocukların Kullandığı İlaç Grubuna Göre Annelerinin ve	43

Babalarının Anksiyete Ve Depresyon Durumu

Tablo 16: Çocukta Depresyon Olma Durumuna Göre Annenin ve Babanın Depresyon Durumu	44
Tablo 17: Çocukta Depresyon Olma Durumuna Göre Annenin ve Babanın Depresyon Durumu İlişkisi	45
Tablo 18: Çocukta Anksiyete Olma Durumuna Göre Annenin ve Babanın Anksiyete Durumu	46
Tablo 19: Çocukta Anksiyete Olma Durumuna Göre Annenin ve Babanın Anksiyete Durumu İlişkisi	48



Kısaltmalar ve Simgeler Sayfası

APA	: American Physiologist Association
ark.	: Arkadaşları
DEHB	: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu
et. al.	: ve diğerleri
MBD	: Minimal Beyin Disfonksiyonu
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organisation)



GİRİŞ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), aşırı hareketlilik, dikkatle ilgili sorunlar ve dürtüsellik ile karakterize olan, çocukluk döneminin nörogelişimsel bir bozukluğudur (APA, 2000). Çocuklarda en fazla tanı konan ruhsal rahatsızlık olup okul dönemindeki çocuklarda sıklığı %3-7 arasındadır (Polanczyk et al., 2007). DEHB'nin görülme sıklığı erkeklerde kızlara nazaran 5-9 kat daha fazladır (Gershon and Gershon, 2002).

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), dikkat eksikliği, hareketlilik ve dürtüsellik ile kendini gösteren, bir dizi diğer bilişsel ve davranışsal belirtilerin eşlik ettiği nörobilişsel bir sağlık sorunudur (APA, 2000). Yapılan araştırmalar çocukluk döneminin en yaygın olarak görülen ruhsal bozukluğu olan dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu alan çocukların sayısının her gün artış kaydettiğini göstermektedir (Öner ve ark., 2003; Ghanizadeh et al., 2006; Aktepe ve ark., 2010; Ayaz ve ark., 2012). İlk olarak DSM-III'te mental bir bozukluk olarak tanımlanmış olan DEHB'nin nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte konuya ilişkin pek çok farklı görüş söz konusudur. Konuyla ilgili yapılan çalışmalar, DEHB'nin genetik, çevresel ve psikososyal faktörlere bağlı olarak ortaya çıkabileceğini göstermektedir (Öktem ve ark., 2004; Corrigan et al., 2005; Öç ve ark., 2009; Aktepe ve ark., 2010).

Çocukluk döneminde başlayan ruhsal sorunların etkilerinin süreklilik arz edebildiği ve dolayısıyla ergenlik ve erişkinlik döneminde de devam edebildiği günümüzde oldukça fazla kabul görmektedir (Dang et al., 2007). Genellikle çocukluk dönemi ve biraz da olsa ergenlik dönemiyle sınırlı bir bozuklukmuş şeklinde algılanan DEHB esas itibariyle yaşam boyu yaygınlığını ciddi seviyede olması ve ilişkili bozukluklardan ötürü yaygın ve majör bir sağlık sorunu olarak kabul edilir (Barkley and Edwards, 2006).

Günümüz dünyası olağanüstü derecede hızlı değişim ve gelişmelerin yaşandığı bir dünya olup bu gelişimler, artan uyaranlar ve pek çok şeye ulaşmanın eskiye nazaran

çok daha kolay hale gelmesi, her şeyi çok çabuk tüketen yeni ve farklı bir nesil ortaya çıkarmıştır. Değişen bu ortam bazen farklılaşan çocuk davranışlarının gizli kalmasına, bazen de gözden kaçmasına sebep olmaktadır. Bilhassa aileler DEHB'yi normal bir durum olarak algılayarak bu sorunun en önemli belirtileri olan dikkat eksikliği ve aşırı hareketliliğin erken dönemde tanılanmasını geciktirmektedirler.

DEHB'li çocukların büyük kısmında başka bir eş tanı daha olduğu düşünülmektedir. Diğer bir deyişle bu hastalığa sahip olan çocukların az bir kısmında yalnızca DEHB mevcuttur. DEHB'de alerjik ve nörolojik hastalıklar, alkol ve madde kullanımı, obezite, öğrenme bozuklukları gibi eşlik eden tanımlar söz konusudur (KAYALP, 2008; TUFAN VE YALUĞ, 2009; TUĞLU VE ŞAHİN, 2010). Bunların yanı sıra son yıllarda DEHB ile epilepsi arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (SCHUBERT, 2005).

Yapmış olduğumuz bu çalışmada çocuk ve ergenlerde DEHB ve eşlik eden hastalıkların sıklığının belirlenmesi, olguların sosyodemografik ve klinik açıdan değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

I. GENEL BİLGİLER

1.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) en sık tanıyı 6-7 yaşlarında alan ama bir kısmında neredeyse yaşam boyu sürebilen nörogelişimsel bir bozukluktur (Nigg and Casey, 2005). Nikolas ve Burt'un (2010) belirttiğine göre genetik faktörler dikkatsizlik alt türü için varyansın %71'ini, hiperaktivite alt türünün için de %73'ünü açıklamaktadır. Çevresel etkiler ise oldukça düşük seviyededir. DEHB'de en dikkat çekici problemler gelişimsel gecikme, aşırı hareketlilik, konuşma veya aktivitenin bitirilememesi, eşyaları kaybetme, dikkatini verememe ve dürtüsellik olup bu davranışların neticesinde de DEHB'li çocuklar okuldaki arkadaşlarının gerisinde kalmakta, okullarını dondurmakta veya okulda atılmakta, akranları tarafından reddedilmektedirler. DEHB'li çocukların aynı zamanda kaza yapma ve dolayısıyla da fiziksel açıdan yaralanma ihtimalleri son derece yüksektir (Nigg and Casey, 2005).

DEHB'nin sadece çocukluk ve ergenlik döneminde değil aynı zamanda yetişkinlik döneminde de devam eden nörogelişimsel bir bozukluk olduğu ortaya konmuştur (Kaplan and Stevens, 2002; Öncü, 2008). Tahminlere göre çocukların %50-70'inde belirtilerin yetişkinlikte de devam etmektedir (Öncü, 2008). DEHB tespit edilen çocukların bazılarının büyümeyle beraber gerçekten düzeldiği fakat büyük bölümünde en az bir DEHB belirtisinin sorun teşkil edecek düzeyde devam ettiği bildirilmiştir (Öncü, 2008).

Boylamsal çalışmaların neticeleri ergenlik döneminde bozukluğun düzelmediğini, aksine yeni sorunların ortaya çıktığını göstermektedir (Molina and Pelham, 2003). Daha sonraki sorunlar alkol alımı, antisosyal davranış, madde bağımlılığı ve saldırganlık şeklinde kendini gösterdiği gibi aynı zamanda evlilik sorunları, trafik kazaları, mesleki sorunlar ve yaralanmalar şeklinde de kendini gösterebilmektedir. Ancak DEHB'nin tek bir bozukluk mu yoksa bir sendrom veya

başka hastalıkların bir araya geldiği çok yönlü bir hastalık mı olduğu konusu tartışılmaya devam etmektedir (Diamond, 2005; Martin et al., 2010). Bu sebepten ötürü çocukluk döneminde yaygın bir şekilde görülen ve uygun şekilde tedavi edilmemesi halinde erişkinlik döneminde de devam eden DEHB pek çok araştırmaya konu olmasına karşın hastalığın etiyojisi tam manasıyla ortaya konulamamış, dolayısıyla bozukluğun nedenleriyle ilgili çok sayıda görüş ileri sürülmüştür (Öncü, 2008). ABD’de gerçekleştirilen bir araştırmada erişkin DEHB sıklığı % 4.4 olarak tespit edilmiştir (Kessler et al.,2006).

Psikiyatri eş tanısı olan, ailesinde DEHB öyküsü bulunan veya psikososyal zorluklar yaşayan çocuklarda DEHB belirtilerinin devam etme olasılığının daha yüksek olduğu ve belirtilen bu risk faktörlerinin iki veya daha fazlasının birlikte bulunması halinde DEHB'nin kalıcı olma riskinin arttığı bildirilmiştir (Öncü, 2008; Kessler ve ark. 2005) çok sayıda değişken içinde DEHB belirtilerinin düzeyinin DEHB'nin kalıcı olmasında etkili olduğunu bildirmiştir. Büyüme ve gelişmeyle beraber hem DEHB belirtileri şekil değiştirmekte hem de ön planda olan ve dolayısıyla sorun teşkil eden belirtiler değişmektedir. Konuyla ilgili yapılan çalışmalar büyümeyle beraber aşırı hareketlilik belirtilerinin dikkatsizlik belirtilerine oranla daha hızlı ve daha fazla düzeldiğini göstermiştir (Biederman et al., 2000). Konuyla ilgili olarak benzer bir bulgu, yetişkinlerde aşırı hareketlilik, dürtüsellik ve dikkatsizliğin bir arada olduğu bileşik tip DEHB'nin yaygınlığının dikkatsizliğin önde geldiği dikkatsiz tip DEHB'nin yaygınlığına oranla daha düşük olmasıdır (Kenemans et al., 2005).

DEHB belirtilerinde büyümeyle beraber görülen azalmayla ilgili olarak iki açıklama getirilmiş olup bunlardan ilki, sınıflandırma sistemlerinde tanı ölçütlerinin gelişimsel olarak duyarsız olması, ikincisi de belirtilerin gerçekten azalmasıdır. Verilen bu açıklamalardan hangisinin geçerli olduğu henüz netlik kazanmamıştır. Dikkatin kolay dağılması ve dikkati devam ettirme problemleri yetişkinlerde öne çıkar. Yetişkinlerde dürtüsellik de azalmakta, ancak dürtüsel davranışların negatif sonuçlar son derece ciddi olabilmektedir (Faraone et al., 2006; Öncü, 2008).

1.2.Tarihçe

George Still tarafından 1902'de duygulanım ve davranım sorunlarıyla beraber huzursuz, dürtüsel, dikkatsiz çocuklar tarif edilmiştir. Still "Defects in Moral Control (Ahlaki Kontrol Bozukluğu)" olarak tanımladığı bu olguların kronik olduğuna inanmıştır. Bu bağlamda DEHB'nin ilk kez erişkin dönemde süreceğinden, en azından çocukluk olgularının erişkin dönemde benzer bulgulara sahip olabileceğinden söz edilmiştir. Still'in erişkin DEHB olasılığına işaret etmesine karşın erişkinlerin bu çocukluk dönemi bozukluğunun belirtilerini gösterebileceğine ilişkin ilk çalışmalar 1960'lı yılların sonlarına doğru gerçekleştirilmiştir (Doyle, 2006; Barkley et al., 2008).

İnfluenza pandemisi ve ensefalitis letarjika epidemisinden sonra 1919-1920 arasında hayatta kalan çocuklarda Still'in tanımladığına benzer davranım sorunları gelişmiş olup bu çocukları tanımlamak için "Minimal Beyin Hasarı Sendromu" terimi kullanılmaya başlanmıştır. 1960'lı yılların başlarında beyin hasarı kavramından uzaklaşma girişimi olarak bozukluk "Minimal Beyin Disfonksiyonu (MBD)" olarak adlandırılmıştır (Hechtman and McGough, 2007). İlgili dönemde 3 farklı açıdan erişkin bozukluğundan söz edilmekteydi. Bunlardan birincisi, bazı erişkin vakalarda hiperaktivite ve MBD semptomlarının gösterilmesi, ikincisi, hiperaktif çocukların ebeveynlerinin de hiperaktif olduğu ve erişkinlikte sosyopati, histeri ve alkolizm sorunları yaşadıklarının bildirilmesidir. Üçüncüsü ise hiperaktif çocukların biyolojik ebeveynlerinde dikkat ve dürtü kontrolü anormallikleri olduğunu tespit edilmiş olmasıdır (Barkley et al., 2008).

Psikiyatristlerin çocukluk DEHB'sinin erişkin görünümünün farkına varması ve tedavide uyarıcıları önermesi 1990'lı yılları bulmuştur. Paul Wender erişkinlerde DEHB'ye nasıl tanı konulacağına ilişkin ölçütleri öneren ilk kişidir (Barkley et al., 2008). Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması'nın (International Classification of Diseases) dokuzuncu baskısında (ICD-9) ve Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ikinci baskısında (DSM-II) bozukluk için, "Çocukluğun Hiperkinetik Sendromu" veya "Hiperaktif Çocuk Sendromu" terimleri kullanılmıştır (APA, 1968; WHO, 1978).

Bozukluk için, 1970'li yıllarda DSM-III'de "Dikkat Eksikliği Bozukluğu" ismi kullanılmıştır. Hastalığa ilişkin 3 alt tip tanımlanmış olup bunlar; "Hiperaktivite ile Birlikte Olan Dikkat Eksikliği", "Hiperaktivite ile Birlikte Olmayan Dikkat Eksikliği" ve yetişkinleri veya rahatsız edici şikayetleri olup bozukluğun bütün ölçütlerini karşılamayanları içeren "Rezidüel Tip" şeklindedir (APA, 1980). DSM-III'ün gözden geçirilmiş halinde (DSM-III-R) bozukluğun adı "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu" olarak değiştirilmiş ve tanı ölçütlerinde de ciddi değişiklikler yapılmıştır. DSM-IV'te önerilen DEHB tanı ölçütlerinin geçerliliğinin tespit edilebilmesi için alan çalışmaları gerçekleştirilmiş ve günümüzdeki tanı ölçütleri geliştirilmiştir. Bilhassa yetişkinlerde DEHB tanısı tartışmalıdır. DSM-IV-TR'de yetişkinler için DEHB tanı ölçütleri listelenmemiştir (DSM-IV-TR, 2007).

Bozukluk ICD-10 ve DSM-V'te bir önceki sınıflandırmalarda belirtilen şekilleriyle tanımlanmış olup DEHB'nin 3 alt grubundan söz edilmiştir:

- **DEHB Bileşik Tip:** Bu alt grupta temel bulguların üçü de aynı anda görülür. Bileşik tipte yaş dikkate alındığında, yaşadığı gelişim döneminin özelliklerine göre aşırı sayılacak şekilde hareketlilik söz konusudur. Düşünmeden davranma, sırasını bekleyememe, her şeyi kurcalama, aşırı konuşma, artmış cinsel uğraşlar gibi dürtüsellik belirtilerinden ötürü sosyal ortamlarda oldukça sık problem yaşarlar. Dikkatlerini bir konuya verme konusunda sıkıntı yaşarlar. Küçük iç veya dış uyaranlarla dikkatleri oldukça çabuk dağılır. Bu sebepten ötürü de bilhassa eğitim hayatında zorluklar yaşarlar. Bileşik tip sıklıkla erişkinlikte de devam eder. Her iki cinsiyette de en fazla görülen tiptir.
- **DEHB-Dikkat Eksikliği Önde Olan Tip:** DSM-IV'ün dikkat eksikliği tanı ölçütleri bulunmakta olmasına karşın hiperaktivite ve dürtüsellik ölçütleri tam olarak karşılanmaz. Bu grupta yer alan çocuklarda dikkatin toplanması ve sürdürülmesiyle ilgili problemler söz konusudur. Dikkat eksikliğindeki temel sorun kişinin belirli bir şeyle ilgilenirken içinden gelen başka bir şey yapma isteğine mani olamamasıdır. Dikkat eksikliği olan bireyler bu isteklerini erteleyemezler. Aksine, fazla ilgisini çeken bir şeyle uğraşırken DEHB'li bireyler dikkatlerini oldukça uzun süre

devam ettirebilirler. Çünkü o esnada başka bir şey yapma isteği hissetmezler. Bu grupta yer alanlar aile ilişkileri ve sosyal ilişkilerde çeşitli sorunlar yaşayabilirler. Fakat temel sorun okul ortamında yaşanır. Öğretmenlere göre bu çocuklar geç kalma alışkanlıkları olan, sistemli olmayan, ödevlerini yapma ve tamamlama konusunda zorluk çeken, rüyada gibi olan ve unutkan çocuklardır. Dikkat sorunları farklı düzeyde performans kaybı, motivasyon eksikliği ve anlama güçlüğüne yol açabilir. Kendi zekalarının altında performans gösterirler. Kızlarda daha yaygın olarak görülür.

- **DEHB-Aşırı Hareketliliğin Önde Olduğu Tip:** Bu grupta yer alan çocuklar dikkat eksikliği tanı ölçütlerini karşılamazlar. Bu ölçütleri alan çocuklar dikkat eksikliği olanlardan daha erken fark edilirler. Aşırı hareketlilik, dürtüsellik, genellikle çocukların yetişkinlerle birebir beraber oldukları ortamlarda daha azdır. Bu çocukların tanı koymak için yapılan ilk muayenesinde hareketlilik gözlenmeyebilir. Okul ve ev ortamında ele alınması gerekir. Erkeklerde daha yaygındır (Tahiroğlu ve ark., 2005).

1.3.Epidemiyoloji

DEHB bilhassa çocukluk döneminde oldukça sık görülen bozukluklardır. Dünyanın pek çok bölgesinde gerçekleştirilen araştırmalarda çocukların %8-10'unda, gençlerin %6-8'inde, erişkinlerin de %4-5'inde DEHB olduğu gösterilmiştir. Tüm dünyada erişkin DEHB yaygınlığı net değildir, zira erişkin dönemi DEHB tanı ölçütleri tartışmalıdır (Turgay, 2009). ABD'de 8-12 yaş arasındaki 3082 çocuk üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada çocukların %8.7'sinin DSM-IV tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı aldıkları, bu tanıyı alan çocukların büyük çoğunluğunun ailesinin sosyo-ekonomik düzeyinin yüksek olduğu, aynı zamanda DEHB tanısı olan çocukların %47.9'unun önceden DEHB tanısı aldığı ve %32'sinin son bir yıldır DEHB tedavisi aldıkları bildirilmiştir (Froechlich et al., 2007).

DEHB tanısı alan çocukların büyük bir kısmının (%80) ergenlikte ve erişkinlikte de (%65) DEHB tanısı almaya devam ettiği bildirilmiştir (Turgay, 2009). Konuyla ilgili olarak ABD'de gerçekleştirilen bir araştırmada erişkin DEHB sıklığı %4.4 olarak tespit edilmiştir. DEHB erkek, evli ve işsiz olanlarda daha yüksek düzeyde tespit edilmiştir. Erişkin DEHB'nin diğer DSM-IV tanılarıyla birlikteliğinin yüksek olduğu bildirilmiştir (Kessler et al., 2006).

Ülkemizde üniversite öğrencileri üzerinde gerçekleştirilen bir araştırmada DEHB sıklığı %2.6 olarak tespit edilmiştir (Doğan ve ark., 2008). Kesitsel tanımlayıcı desende tasarlanmış ve Trakya Üniversitesi'nin tüm fakülte ve yüksekokullarında eğitim göstermekte olan öğrenciler üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada erişkin DEHB sıklığı %5.9 olarak saptanmıştır (Şahin, 2009).

Kanada ve ABD'ye oranla dünyanın diğer bölgelerinde ve Avrupa'da daha düşük DEHB sıklığı tespit edilmiş olmasında, çalışmalarda farklı metod ve tanı kriterlerinin kullanılmasının etkili olabileceği düşünülmüştür. Son 20-25 yıllık süreçte yaşanan gelişmeler, hastaların büyük kısmında tedaviye kısa sürede yanıt alınması, hastaların tedaviye ulaşabilme ve uyumlarının yüksek seviyede olması gibi beklentileri beraberinde getirmektedir. Ancak yakın dönemde gerçekleştirilen klinik ve epidemiyolojik araştırmalarda durumun böyle olmadığı, hastaların büyük kısmının tedaviye ulaşamadıkları veya tedaviye devam etmedikleri bildirilmiştir (Turgay, 2009).

Erkek çocuklarda DEHB'nin kız çocuklarına oranla 3-4 kat daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Barbarese et al., 2002). Ancak çekirdek DEHB semptomları bakımından erkek ve kızlar benzerlik arz etmektedir. Erkek çocukları saldırganlık ve davranış bozukluklarını daha sık göstermeleri sebebiyle ailelerinin tedavi amaçlı başvuruları daha sık ve erken olmaktadır. Kız çocuklarında DEHB'nin daha çok dikkatsizlik ve bilişsel zorluklarla ilerlemesi, saldırganlık hallerinin daha az olması nedeniyle gözden kaçtığı veya dikkate alınmadığı düşünülmektedir. Kız çocuklarındaki hafif semptomlar atlanmakta olup bu çocuklar uygun tedavilere ulaşamamakta, dolayısıyla da zarar görmektedirler (Doyle, 2006).

1.4. Nedenleri

1980'lerden itibaren yapılan çalışmalar DEHB'ye neden olan unsurlarla ilgili ciddi bir yol katedilmesini sağlamıştır. Diğer pek çok psikiyatrik ve tıbbi hastalık gibi DEHB'nin de nasıl ortaya çıktığı belirgin değildir. DEHB'nin oluşumunda günümüze dek gerçekleştirilen araştırmalarda birçok nedenin bu bozukluğun ortaya çıkmasında etkili olduğu ortaya konmuştur. Konuyla ilgili gerçekleştirilen çalışmalardan elde edilen bilgiler ışığında biyolojik etkilerin etki açısından öne çıktığı görülmektedir (Ercan ve Aydın, 2007).

1.4.1. Genetik Etkenler

DEHB'nin meydana gelme nedeni üzerine gerçekleştirilen çalışmalarda üzerinde en fazla durulmuş olan konu genetik, diğer bir ifadeyle kalıttır (Ercan ve Aydın, 2007: 55). DEHB'li çocukların biyolojik akrabaları arasında depresyon, alkolizm, davranım bozukluğu ve antisosyal özellikler gibi psikiyatrik bozuklukların normal toplumlara oranla daha sık olduğu görülmektedir (Ercan ve Aydın, 2007). Bu çocukların birinci derece yakınlarında da bu bozukluğun oldukça sık olduğu tespit edilmiştir. DEHB'nin kalıtımıyla ilgili gerçekleştirilen ikiz çalışmalarında tek yumurta ikizlerinin birinde DEHB olması halinde diğer ikiz eşinde bu bozukluğun görülme ihtimalinin %80-90 arasında olduğu bildirilmektedir. Çift yumurta ikizlerinden birisinde DEHB olması halinde diğerinde de bu bozukluğu görülme olasılığı yaklaşık %30'dur (Goodman and Stevenson, 1989).

Konuyla ilgili çalışmalar gerçekleştiren araştırmacılar DEHB vakalarının büyük kısmında çeşitli genlerin kombinasyonunun da etkili olduğunu düşünmektedirler. Bu genlerin büyük bölümü dopamin taşıyıcılarını etkilemektedir. Aday genler $\alpha 2A$ adrenerjik reseptör, dopamin taşıyıcısı, dopamin reseptör D2/D3 (Volkow et al., 2009), dopamin beta hidroksilaz monoamin oksidaz A, katekolamin-metil transferaz, serotonin transporter promoter (SLC6a4), 5HT2A reseptörü, 5HT1B reseptörü (Roman et al., 2004), DAT1 geninin 10 tekrarlı alleli, DRD4 geninin yedi tekrarlı alleli (Swanson et

al., 2000) ve dopamin beta hidroksilaz genidir (DBH TaqI) (Smith et al., 2003). Belirtilen tüm bu genler DEHB'nin ortaya çıkmasında rol oynuyor olabilir. Fakat günümüze dek DEHB oluşumunda katkısı ön planda olan herhangi bir gen tespit edilmemiştir (Acosta et al., 2004).

1.4.2.Beyin İşlevleriyle İlgili Değişiklikler

Uzun yıllar boyunca DEHB'nin beyin hasarından, beyindeki gelişim kusurundan kaynaklı olduğu düşünülmüş olup daha sonra beyinde önemli bir hasarı bulunmayan, görüntüleme incelemeler normal olan kişilerde de DEHB olabileceği görülmüştür. DEHB'li kişilerde normal kişilerin beyin bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans incelemeleri karşılaştırıldığında çeşitli farklılıklar olduğu görülmektedir (Tahiroğlu ve Avcı, 2005). Gelişimsel bozukluklarda kullanımı artan nöro-görüntüleme yöntemleri DEHB ile ilişkili beyin bölgelerindeki yapısal ve fonksiyonel değişiklikleri anlama konusunda son derece önemlidir. DEHB tanısı alan olgular beyin hacmi sağlıklı bireylere oranla daha düşüktür. Toplam beyin hacminin bilhassa sağ tarafta belirgin olmak üzere %3-5 kat daha düşük olduğu gösterilmiştir (Öner ve Aysev, 2007).

DEHB'de frontal lob, suplementer motor alan ve parietal korteksleri birbirine bağlayan frontostriatal yolakta farklılık gözlenmektedir (Öner ve Aysev, 2007).

DEHB'li çocuklarda beyin anatomik yapısı bilhassa 3 bölgede farklılık göstermekte olup bu beyin bölgeleri prefrontal korteks, bazal gangliyonlar ve serebellumdur. Prefrontal korteks uygun olmayan düşünce, davranış ve duyguyu baskılamak için temsili bilgiye başvurarak ve işleyen belleği kullanarak davranış ve dikkati yönetmekte olup belirtilen bu süreçler dikkatin düzenlenmesi, plan yapma, dürtü kontrolü ve denetimi, zihinsel esneklik ve hareketi başlatma ve denetlemeyi kapsayan yürütücü işlevlerin temelini oluşturur. Prefrontal korteks, dikkati dağıtan uyaranlara karşı yanıtı mani olmakta ve konu dışı uyaranları baskılamaktadır (Türe, 2010).

DEHB'li vakalarda dikkatte yürütücü ve denetleyici fonksiyonları üstelenen prefrontal ve serebellar bölgelerde serebral kan akımının azaldığını, somato-senroryal duyuların algılandığı paryeto-oksipital kortekste bölgesel serebral kan akımının ve ödül

sistemi ve bilişsel sistemle ilişkili limbik kortekste bölgesel serebral kan akımının azaldığını göstermişlerdir (Kim et al., 2001).

Yetişkinler ve deney hayvanları üzerinde gerçekleştirilen pek çok araştırma, aşırı hareketlilik ve motor hareketlerin düzenlenmesindeki bozulmaların frontostriatal yapılarıdaki bozulmalar ile ilişkili olduğunu ileri sürmektedir. DEHB'de frontal lob, suplementer motor alan ve parietal korteksleri birbirine bağlayan frontostriatal yolakta farklılık olduğu bildirilmiştir (Castellanos et al., 1996; Sheppard et al., 1999; Akt. Türe, 2010).

1.4.3.Nörokimyasal Etkenler

DEHB'li çocukların dopamin ve norepinefrin geri alım inhibitörlerine ve agonistlerine vermiş oldukları pozitif yanıtlar, nörotransmitter disfonksiyonu ya da dengesizliklerini akla getirmiştir (Pliszka et al., 1996). DEHB'li çocuklarda normal çocuklara oranla beyin omurilik sıvılarında dopamin metaboliti olan homovalinik asidin düşük olduğu bildirilmiştir (Raskin et al., 1984; Halperin et al., 1997). Sagvolden ve ark. (1989), DEHB için dinamik nörogelişimsel bir teori sunmuşlardır. Bu teoriye göre DEHB 3 dopamin yolağının herhangi birindeki hipofonxion bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Mezolimbik yolaktaki düşük aktivite, ertelemeye katlanamama, hiperaktivite, impulsivite ve zayıflamış sürekli dikkate; mezokortikal dopamin yolağındaki düşük fonksiyon, hedefe yönelik dikkat eksikliğine, bu da azalmış planlama ve yürütücü işlevlere, nigro-striatal dopamin yolağındaki düşük aktivite bozulmuş motor davranış düzenlemesi, bellek ve öğrenme eksikliklerine, bu durum da motor inhibisyonunun zayıflamasına neden olmaktadır. Norepinefrin düzensizliğinin dürtüsellik ve agresyonda etkili olabileceği düşünülmektedir. Serotoninin; inhibitör nörotransmitter glisin ve GABA, DEHB'de etkili olabilecek diğer nörotransmitterlerdir.

1.4.4.Psikososyal Etkenler

Konuya ilişkin araştırmalar DEHB belirtilerindeki çeşitliliğin yaklaşık %9-20'sinin çevresel faktörlere bağlı olabileceğini ileri sürmektedir (Sherman et al., 1997). Hamilelik süresince alkol ve sigara kullanımı ve yaşamın erken döneminde kurşun gibi maddelere maruz kalma önemli çevresel faktörler arasındadır (Braun et al., 2006). DEHB ile sigara kullanma arasındaki ilişkinin nedeni fetüsün in utero hipoksisine bağlanabilir. DEHB'li kadınlarda sigara kullanımı daha sıktır. Diğer bir ifadeyle DEHB'nin güçlü genetik bileşeni, DEHB'li çocuk dünyaya getirme ihtimalini de artırmaktadır. Hamilelik sırasında, doğumda ve erken çocukluk dönemindeki enfeksiyonların DEHB gelişim riskinde artışa neden olduğu ileri sürülmüş olup kızamık, kızamıkçık, varisella, enterovirüs 71 virüsleri ve streptokokal bakteriyel enfeksiyon DEHB riskindeki artış ile ilişkili olabilir (Millichap, 2008, 2010).

Konuyla ilgili olarak gerçekleştirilen bir çalışma bazı meyve ve sebzelerde kullanılan organofosfat insektisiti olan klorprifozun öğrenme hızı, azalmış fiziki koordinasyon ve çocuklardaki davranışsal sorunlarla, bilhassa da DEHB ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde 2010 yılında gerçekleştirilen bir başka çalışmada pestisite maruz kalmanın çocuklarda DEHB riskini artırdığı bildirilmiştir (Maugh and Thomas, 2010).

DEHB'nin etiyolojisinde psikososyal çevrenin önemi de araştırılan konular arasındadır. Uzunlamasına yapılan çalışmalarda erken yaşta kayıplar veya ayrılıklar yaşayan çocukların DEHB belirtileri gösterdiği gözlenmiş olmakla birlikte DEHB etiyolojisinde psikososyal etkenlerin birincil düzeyde etkili olduğu düşünölmemektedir. DEHB'li çocuklarda oldukça farklı anne-baba-çocuk ilişkisi örüntüleri ve ailelerde işlev bozuklukları görölebilmektedir. DEHB olan ergenlerin ailelerinin sağlıklı ergenlerin ailelerine oranla daha fazla dile getirdikleri tespit edilmiş fakat bu durumun DEHB belirtilerinden ziyade davranım bozuklukları ve karşı gelme, karşı olma bozukluğu belirtilerinin gelişiminde etkili olacağı düşünölmektedir (şenol ve ark., 2006).

Bilimsel araştırmalar tarafından desteklenmemekle beraber DEHB oluşumunda ailevi sorunların etkili olduğu düşünölmektedir. Anne-babaların ilgisiz, aşırı hoşgörölü ve dolayısıyla disiplinsizliği neticesinde çocukların DEHB oldukları ileri sürölmektedir.

DEHB'li çocukların sağlıklı çocuklara kıyasla daha hareketli, anne-baların sözlerine daha fazla karşı gelen ve daha inatçı oldukları bilinmektedir. Uzun yıllar boyunca yapılan incelemeler çocukların bu tür davranışlarına karşı, belki de tepki olarak ebeveynlerin DEHB'li çocuklarını daha çok kontrol ettikleri, onları daha fazla uyardıkları ve onlara karşı sert tavır sergiledikleri görülmektedir (Ercan ve Aydın, 2007).

1.5. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna Eşlik Eden Bozukluklar

DEHB için, diğer psikiyatrik bozukluklar ile komorbidite son derece yaygın rastlanan bir durumdur. Ayırıcı tanı ve komorbidite arasındaki ayırım her zaman net ve kolay olmayıp genellikle belirtiler başka bir durum tarafından tamamen açıklanabiliyor ise tanı DEHB değil bu bozukluktur. Fakat çoğunlukla söz konusu durumun DEHB ile birlikte olduğu ve her iki durumun da klinik tabloya katkıda bulunduğu izlenimi alınır ki bu durumda DEHB diğer bozukluklar komorbittir (Öner ve Aysev, 2007).

DEHB'li çocuklara eşlik eden bozukluklar, %46-68 arasında değişen oranlarda bildirilmekte olup yaştaki düşüğe bağlı olarak bu tanı oranı artmakta, yaştaki artışa bağlı olarak azalarak bozukluklar ayrı ayrı görülmeye başlamaktadır. DEHB'li vakalarda, DEHB'li olmayanlara oranla karşı olma, karşı gelme (yaklaşık %60'ında), davranım bozukluğu (%15), anksiyete bozuklukları (%30), öğrenme ve duygudurum bozuklukları (%25) ve madde kötü kullanımı olduğu görülmüştür (Biederman, 2005). Belirtilen bu sorunlar bozuklukla birlikte ortaya çıkabildiği gibi bilhassa tedavi edilmemesi durumunda da ortaya çıkabilmektedir (Şenol ve ark., 2006).

DEHB'nin en önemli komorbidite bozuklukları arasında duygudurum bozukluğu ve anksiyete yer almaktadır. Duygudurum ve DEHB komorbiditesi %15-75 arasında değişiklik arz etmekte iken anksiyete ile DEHB komorbiditesinin ise %30 olduğu belirtilmiştir. Konuyla ilgili olarak gerçekleştirilen takip çalışmaları, major depresyonun çocukluk hiperaktivitesinin bir sonucu olduğunu öne sürmektedir. Çocuk ve ergenlerde

DEHB'nin depresif belirtiler ile ortaya çıkabileceği ve DEHB belirtilerinin depresyona ikincil değerlendirilebileceği düşünülmektedir (Duran, 2007).

Öğrenme bozuklukları ve okuma sorunları da DEHB'li vakalarda oldukça sık görülmektedir. DEHB'li çocuklarda okuma, matematik ve yazılı ifadelerin üçünde de normal çocuklara oranla 2-3 kat daha fazla zorlandıkları bildirilmektedir (Brown et al., 2000).

DEHB tanısı almış olan çocuk ve gençlerde eşlik eden bozukluklar ve yaş ve cinsiyetin eşlik eden bozukluklar arasındaki ilişkiyi incelemek üzere ülkemizde gerçekleştirilen bir çalışmada olguların %29'unda eşlik eden bir bozukluk tespit edilmezken, %35'inde eşlik eden bir bozukluk, %25.5'inde iki bozukluk, %8'inde üç bozukluk saptanmıştır. Erkeklerde en fazla eşlik eden bozukluk karşı olma-karşı gelme bozukluğu (%62.3) olup bunu %30.2 ile davranım bozukluğu, %11.3 ile iletişim bozuklukları, %7.5 ile duygudurum bozuklukları ve %6.6 ile anksiyete bozuklukları takip etmektedir. Kızlarda ise %54.8 ile karşı olma-karşı gelme bozukluğu, %22.6 ile davranım bozukluğu, %12.9 ile duygudurum bozuklukları, %9.7 ile iletişim bozuklukları ve %6.5 ile anksiyete bozuklukları en sık eşlik eden bozukluklar olarak tespit edilmiştir (Erman ve ark., 1999).

1.6.Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Yaşam Boyu Seyri

DEHB'li çocukların %40-50 kadarında bozuklukla ilgili belirtilen oldukça düşük düzeyde sorun teşkil etmekte, ergenliğe giriş ile beraber ise kaybolmakta olduğu düşünülmeye karşın konuyla ilgili gerçekleştirilen izlem çalışmaları ise bu durumun doğru olmadığını göstermektedir. DEHB zaman içerisinde aşağıdaki gibi 3 farklı seyir izlemektedir:

1. Gelişimsel gecikme; olguların %30'unda görülür. Genç erişkinliğin erken dönemlerinde belirtilerin kaybolduğu gruptur.

2. Süreğiden belirtiler; olguların %40'ında görölmekte olup belirtiler çeşitli sosyal ve duygusal güçlüklerle erişkin dönemde de devam eder.
3. Gelişimsel bozulma; olguların %30'unda görölmektedir.

Kesin olmamakla beraber ergenlerin %50'sinde DEHB erişkinlikte de devam etmektedir. DEHB'li çocukların izlenimlerinde dikkat çekici bir diğer bulgu da, dikkat eksiliğı belirtilerinin hiperaktivite ve impulsivite belirtilerine göre daha kalıcı olduğudur. DEHB tanısı alan çocuklar, ergenlik dönemine dürtüsellik, kolay öfkelenme gibi belirtiler ile girdiklerinde ve bunların ergenliğın kendine has davranışlar ile birleşmesi halinde kimlik bocalaması ve diğer davranışsal problemlerin çözümü doğal olarak daha zor hale gelmektedir (Öztürk, 2004).

1.7.Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Tanı Ölçütleri

Tablo 1'de DEHB için DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri görölmektedir. DEHB tanısının konulabilmesi için tabloda görölen tüm ölçütlerin karşılanması gerekir.

Tablo 2. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun tanı ölçütleri

Dikkatsizlik Semptomları	Hiperaktivite-Dürtüsellik Semptomları
Çoğu zaman ayrıntılara dikkat etmekte güçlük çeker veya okul ödevi, iş veya diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.	Çoğu zaman hareket halindedir ya da sanki bir motor takılıymış gibi davranır.
Çoğu zaman verilen görevlerde veya oyun etkinliklerinde sıklıkla dikkati dağılır.	Çoğu zaman sınıfta ya da oturması gereken diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.
Çoğu zaman yönergelere uyamaz ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da işyerindeki görevlerini bitiremez (karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlayamamaya bağlı değil).	Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuşturur durur ya da tırmanır (bu durum ergenlerde ya da erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir).
Doğrudan kendisiyle konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi gözükür.	Çoğu zaman çok konuşur.
Çoğu zaman, üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker.	Sıklıkla elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.
Çoğu zaman sürekli zihinsel çabayı gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir.	Çoğu zaman sakin bir biçimde, boş zamanları geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.
Çoğu zaman üzerine aldığı görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder.	Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan önce cevabını yapıştirir.

Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağılır.	Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer.
Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkanlıktır.	Çoğu zaman sırasını bekleme güçlüğü vardır.

1. Dikkatsizlik ya da hiperaktivite-dürtüsellik semptomlarının en az 6 yahut daha fazlasının gelişim düzeyine göre en az 6 ay süreyle uyumsuz bir şekilde devam etmesi.
2. İşlevsel bozulmaya neden olmuş olan bazı hiperaktivite-dürtüsellik semptomlarının veya dikkatsizlik semptomlarının 7 yaşından önce de olması gereklidir.
3. Semptomların neden olduğu işlevsellik kaybı 2 ya da daha çok alanda gözlenmelidir (Örneğin, evde ve okulda veya işte).
4. Toplumsal, okuldaki veya mesleki işlevsellikte klinik olarak bariz bir bozulma olmalıdır.
5. Semptomlar yaygın gelişimsel bozukluk, şizofreni, diğer psikotik bozukluklar esnasında ortaya çıkmamalı ya da başka bir bozuklukla daha iyi açıklanamamalıdır (Örneğin, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları)

Tanı için dikkat eksikliği ya da hiperaktivite-dürtüsellik alanlarındaki belirtilerden 6'sının karşılanması gerekir. Bileşik Tip DEHB tanısının konulabilmesi için her iki alandan en az 6 belirtinin karşılanması gerekir. Dikkat Eksikliğinin Önde Geldiği veya Hiperaktivite-Dürtüsellik Önde Geldiği Tip DEHB tanısının konulabilmesi için ise yukarıdaki 18 belirtiden en az 6'sının bulunması gerekir. Tanı konulabilmesi için belirtilerin en az 6 aydır devam ediyor ve bariz işlev kaybına neden oluyor olması gerekir (DSM-IV-TR, 2007). Belirtilen bu ölçütlerde "çoğu zaman" ifadesinin eklenmesi hemen her çocukta belirli koşullarda görülebilen ve normal addedilebilecek olan davranışları tanı dışında tutabilmeyi amaçlar (Turgay, 2009). İşlev kaybı için sosyal, akademik ve diğer işlev alanları dikkate alınmalıdır. Diğer bir tanı ölçütü, belirtilen ev, okul, iş gibi birden fazla ortamda olması gerektiğidir ki bu durum belirtilen belli bir yaygınlık göstermesi gerektiği anlamına gelir. Sadece bir ortamda

gözlenen dikkat eksikliği ve davranım problemleri prognoz bakımından birden fazla ortamda yaygın gösteren belirtiler kadar önemli değildir (Öner ve Aysev, 2007).

Tablo 1’de verilen 9 temel dikkat eksikliği belirtisinden 6’sına sahip olan çocuk, genç veya erişkinlerde “Dikkat Eksikliğinin Önde Geldiği Tip”, 9 aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtisinden 6’sına sahip olan çocuk, genç veya erişkinde “Hiperaktivite-Dürtüsellüğün Önde Geldiği Tip”, 9 dikkat eksikliği belirtisinden 6’sının ve 9 aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisinden 6’sının bulunduğu çocuk, genç ve erişkinlerde “Bileşik Tip DEHB” olduğu düşünülür (DSM-IV-TR, 2007).

Erişkin bireylerde DEHB ölçütleri için büyük ölçekli alan çalışmaları gerçekleştirilmemiş olup DSM-IV DEHB alan çalışmaları çocuk olgularda uygulanmıştır (Hechtman and McGough, 2007). Erişkinlerde DSM-IV’e göre DEHB tanısı konulması için çocuk ve ergenler için kullanılan ölçütlerin kullanılması önerilmektedir. Bununla birlikte DSM yaşa göre farklılıkların dikkate alınmasını önermektedir. Örneğin “çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuşturup durur veya tırmanır” şeklindeki belirti ergenler veya erişkinler için “öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir” şeklinde açıklanmıştır.

Öte yandan DEHB belirtilerinin yaşa bağlı olarak çeşitli değişimler geçirebildiklerini gören bazı uzmanlar çocukluk dönemindeki DEHB belirtilerinin erişkinlerdeki karşılıklarını ortaya koymuşlardır. Bu ölçütlerden en iyi bilineni Paul Wender (1995) tarafından tanımlanmış olan “Utah Ölçütleri”dir. DEHB’nin erişkinlerde daha iyi anlaşılabilmesi için bu ölçütlerin bilinmesi yararlı olmakla beraber günümüzde erişkin DEHB tanısı konurken DSM’nin baz alınması en doğru yoldur (Ercan, 2010). Pek çok araştırmacı ve hekim, birbiriyle yarışan bu iki tanı sistemini, diğer bir deyişle Wender tarafından önerilen Utah Ölçütleri’ni veya DSM Ölçütleri’nin uyarlamalarını kullanmaktadırlar. Wender ölçütlerinin pek çok kısıtlılığı bulunmakta olup bunlardan biri, DSM’nin yeni basımlarıyla beraber Utah Ölçütleri’nin çocukluk DEHB’ye ilişkin güncel kavramlaştırmalardan uzaklaşmaya başlamasıdır. Utah Ölçütleri aynı zamanda yalnızca hem dikkatsizlik hem de hiperaktivite olan olgularda tanı koymakta ve birincil olarak dikkat eksikliği olan hastaları dışlamaktadır. Utah Ölçütleri’nin bir diğer kısıtlılığı, diğer ciddi psikopatolojilerin varlığında tanı konmasını engellemesidir. Utah Ölçütleri şizofreni, antisosyal kişilik bozukluğu, şizotipal ve borderline kişilik

bozukluğu gibi psikiyatrik eş tanıları dışlamaktadır. DEHB ve bu tanıların sıklıkla birlikte olabilecekleri hususuna dikkat çekilmemiştir. Utah Ölçütleri genellikle tedaviye iyi yanıt veren ve göreceli olarak homojen hasta gruplarının tanımlanmasında faydalıdır. Fakat ölçütler oldukça kısıtlayıcıdır ve DEHB tedavisinden faydalanabilecek pek çok hastayı dışarıda tutmaktadır (Retz and Klein, 2010).

1.8.Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Ayırıcı Tanı ve Eş Tanı

Diğer psikiyatrik bozukluk belirtilerinden DEHB belirtilerinin ayırt edilmesi gerekir ve aynı zamanda DEHB'nin diğer bozukluklarla birlikte görülme riskinin yüksek olduğu da unutulmamalıdır.

Depresif belirtiler, DEHB belirtilerinden konsantrasyon güçlüğü ve motor huzursuzluğun yalnızca disforik duygudurum, anhedoni ve artmış iritabilite esnasında olmasıyla ayrılır. İştah ve uyku değişiklikleri gibi belirtiler depresyon tanısını destekler. DEHB ve depresyonun birlikte görüldüğü vakalarda DEHB belirtileri duygudurum dönemleri dışında da söz konusudur. Erişkinlerde DEHB'nin özelliği olan özsaygı azalması ve depresyonun ayırıcı tanısında önemli olan konu, DEHB'nin uzun süredir var olan ve bireyin birlikte yaşamaya alıştığı sorunlar olması, buna karşılık depresyonun ise yeni ortaya çıkan, daha çok rahatsız edici ve henüz alışmadığı bir durum olmasıdır. DEHB olan erişkinin keyifsiz ruh hali genellikle unutkanlık, sorumsuzluk, başarısızlık gibi somut nedenlere dayanmakta iken depresyonda genellikle mutsuzluk, umutsuzluk, ölüm düşüncesi gözlenir (Ercan, 2010). Bipolar I bozukluğu ile ayırıcı tanısında bipolar bozukluk lehine olan bulgular, cinsel konularla aşırı ilgilenme, büyüklük sanrıları, aşırı hareketlilik ve dikkat eksikliği bulgularının devamlılık arz etmemesi, duygudurumda dalgalanmalar ve psikotik belirtilerdir (Öner ve Kılıç, 2010).

DEHB'li çocuklarda, karşıt olma karşı gelme (yaklaşık % 60'ında), davranım bozukluğu (%15), anksiyete bozuklukları (%30), öğrenme ve duygudurum bozuklukları

(%25) ve madde kötü kullanımı olduğu bilinmektedir (Biederman, 2005). Belirtilen bu sorunlar bozuklukla birlikte ortaya çıkabildiği gibi bilhassa tedavi edilmemesi durumunda da ortaya çıkabilmektedir (Şenol ve ark., 2006).

DEHB'nin en sık görülen komorbidite bozuklukları arasında duygudurum bozukluğu ve anksiyete yer almaktadır. Duygudurum ve DEHB'nin birlikte görülme oranı %15-75 arasında değişiklik göstermekte iken anksiyete ile DEHB'nin birlikte görülme oranı ise %30 olduğu belirtilmiştir. Major depresyonun da çocukluk hiperaktivitesinin bir sonucu olduğu, yapılan takip çalışmalarıyla öne sürülmektedir. Çocuk ve ergenlerde DEHB'nin depresif belirtiler ile ortaya çıkabileceği düşünülmektedir (Duran, 2007).

Öğrenme bozuklukları ve okuma sorunları da DEHB'li vakalarda oldukça sık görülmektedir. DEHB'li çocukların okuma, matematik ve yazılı ifadelerde normal çocuklara oranla 2-3 kat daha fazla zorlandıkları bildirilmektedir (Brown et al., 2000).

1.9.Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Gidiş ve Sonlanım

1980'lere kadar DEHB'nin çocukluk dönemine ait bir bozukluk düşünülmekteyken ilerleyen yıllarda yapılan izlem çalışmaları neticesinde bozukluğun ergenlik ve erişkinlik döneminde de devamlılık arz ettiği görülmüştür. Tahiroğlu ve ark (Tahiroğlu, 2003), konuyla ilgili gerçekleştirdikleri bir araştırmada çocukluk döneminde DEHB tanısı alanların %80'inin ergenlik döneminde ve %30-65'inin de erişkin dönemde DEHB belirtilerine sahip olduklarını bildirmişlerdir (Weis and Weis, 2002). Ailede DEHB geçmişi olması, eşlik eden davranım bozukluğu, duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu varlığı DEHB semptomlarının kronik hale gelmesinde risk faktörleridir (AACAP, 2007).

DEHB'li bireylerde ergen ve erişkin dönemde suça eğilim ve antisosyal kişilik bozukluğu, uzun süreli izlem çalışmasında %25-40 olarak bildirilmiştir (Biederman et al., 2006). Bilhassa daha önce davranım bozukluğu tanısı almış olan erkek çocuklarda bu durum daha sıktır. Karşıt olma-karşıt gelme davranışlarının gözlenmesi kötü prognoz olduğunu gösteren bulgudur (Spencer et al., 2007). DEHB'li çocukların izleniminde

dikkat eksikliği belirtilerinin, hiperaktivite ve impulsivite belirtilerinden daha kalıcı olduğu tespit edilmiştir. İlk kaybolan durum aşırı hareketlilik, en son kaybolan ise dikkat eksikliği olmaktadır. DEHB'nin eğitim sorunlarına neden olduğu, ABD'de DEHB'li çocukların yaklaşık %60'nın sınıf tekrarı, okuldan uzaklaştırma, okuldan atılma gibi sorunlarla karşı karşıya kaldığı bildirilmiştir. DEHB'li çocuklarda ileriki dönemlerde düşük özgüven, antisosyal kişilik özellikleri, alkol kullanım bozuklukları, depresyon ve anksiyete bozuklukları gözlenmiştir. Bu çocukların gençlik ve erişkinlik döneminde daha fazla trafik suçu işledikleri, rasgele cinsel ilişkide bulunabildikleri gösterilmiştir (Canat, 1998; Wilens et al., 2002; Ercan ve Aydın, 2000; Turgay, 2001). Bu olgular tedavi edilmemeleri durumunda erişkinlik döneminde intihar girişimler, kaza ve yaralanmalar, alkol ve madde kötüye kullanımı, evlilik ve sosyal ilişki sorunları gibi durumlar ortaya çıkabilmektedir (Barkley and Brown, 2008).

II. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNDA TEDAVİ

DEHB tedavisindeki birinci aşama, bozukluğun ve seyrinin çocuk ve ebeveynlerine açıklanmasıdır. Günümüzde DEHB belirtileri üzerinde farklı etkileri olan ve etkinliği kanıtlanmış olan çeşitli yöntemler söz konusu olup bunlar aşağıda başlıklar halinde kısaca açıklanmıştır.

2.1.İlaç Tedavileri

DEHB tedavisinde yoğun bir şekilde kullanılan ilaçlar stimülan ve non-stimülan şeklinde 2'ye ayrılabilir. Stimülan ilaçlar, DEHB tedavisinde en etkili ilaçlardır. Çocuk ve erişkin DEHB vakalarında stimülanlarla plaseboya göre belirgin düzeyde yüksek klinik iyileşme tespit edilmiştir (Greenhill et al., 2002). Stimülan grubu ilaçlardan DEHB tedavisi için onay olan iki grup söz konusu olup bunlar amfetamin tuzları ve metilenidat (MPH)'dır. Amfetamin tuzları olan dekstroamfetamin ve metamfetamin etkilerini DA geri alımını engelleyerek ve sinaptozomlardaki DA'nın sinaptik aralığa salınımını artırarak gösterir. MPH ise sinapsa DA ve NA geri alımını engelleyerek sinaptik aralıkta bu nörotransmitterlerin miktarını artırır (Stahl, 2008). Ülkemizde yalnızca MPH içeren preparatların 4 saatlik kısa, 8 ve 12 saatlik uzun olmak üzere 3 formu vardır. Kullanım dozları genellikle 2-3 doz/gün şeklinde olup, kısa etki süreli olan formu için 0.3-1.5mg/kg/gün, günlük tek doz olarak kullanılan uzun etki süreli formu için de 0.4-1.8mgkg/gün'dür (Spetic and Arnold, 2007). İki formun etkisinin karşılaştırıldığı bir araştırmada iki formun etkisi de plaseboya üstün bulunmuş olmakla birlikte iki MPH formu arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Pelham et al., 2001).

Stimülanların çeşitli yan etkileri söz konusu olup bunlar arasında en sık görülenleri uykusuzluk, iştah kaybı, baş ağrısı, tansiyon ve nabızda hafif yükselmedir. Daha ender olarak ise emosyonel labilite, irritabilite ve tikler görülebilir. Ani ölüm, epileptik nöbetler, karaciğer yetmezliği gibi durumlar oldukça ender görülmekte olup

ilaçla ilişkili olup olmadığı konusunda net bir çıkarım yapılamamaktadır (Taylor and Sanuga-Berke, 2008).

DEHB tedavisinde stimulan dışı ilaç seçeneklerinin başında seçici NA gerilim inhibitörü olan atomoksetin gelmektedir. Frontal kortekste DA, NA taşıyıcıları vasıtasıyla nörona taşındığından NA gerilim inhibitörleri bu bölgede sinaptik aralıktaki DA miktarını artırarak etki gösterir (Stahl, 2008). Kullanım dozları 0.5-1.8mg/kg/gün'dür. Randomize kontrolü çalışmalarda plaseboya üstün bulunmuştur (Michelson et al., 2003). Kullanımı esnasında en fazla gözlenen yan etkiler arasında iştahsızlık, bulantı-kusma, sedasyon, terleme, çarpıntı, uykusuzluk, nabız ve kan basıncında artış bulunmaktadır (Ercan ve ark., 2009). DEHB tedavisinde daha ender olarak kullanılan ilaçlar arasında klonidin, guanfasin, imipramin, modafinil ve bupropiyon vb. sayılabilir.

2.2.İlaç Dışı Tedaviler

DEHB'de kullanılan ilaç dışı tedavi yöntemlerinin başında davranış tedavileri gelir. Ebeveyn eğitimi, bilhassa okulöncesi dönemde DEHB belirtileri anlamlı bir şekilde azaltılabilirken daha büyük yaşlarda davranış tedavisinin etkinliği üzerine yapılan çalışmalardan DEHB belirtilerine etkisi üzerine anlamlı bir sonuç elde edilememiştir.

Dört farklı tedavi modalitesinin uzun vadeli etkisini araştıran MTA çalışmasında ilaç alan gruplar tedavi boyunca yalnızca davranış tedavisi alan gruptan anlamlı şekilde daha üstün bulunmuştur. Davranış tedavisi eklenmesinin ebeveyn doyumunu artırdığı, içselleştirici belirtilerde iyileşme sağladığı, öğretmen tarafından bildirilen sosyal becerilerin gelişmesine, okuma becerisini kazanmaya ve eşlik eden tanılarının belirtilerinin idaresine yardımcı olduğu bildirilmiştir. Uzun dönemli takiplerde ise başlangıçta verilen tedavi modaliteleri arasındaki fark ortadan kalkmıştır (MTA, 1999; Molina et al., 2009).

DEHB yalnızca sorunu olan çocuğu değil onun ailesini ve çevresini de ciddi şekilde etkiler. Bu bozuklukla ilgili olarak çocuğun, ailenin ve çevresinin

bilgilendirilmesi gerekir. DEHB tanısı almış olan çocuğa sahip olan ailelerde öncelikli olarak anne ve babanın sorundan bağımsız olarak çocuk yetiştirme kurallarına uyması gerekir. Ailenin bilmesi ve inanması gereken en önemli husus çocuğun bir sorunu olduğudur. Bu sorunun ailenin bir kusuru olmadığı ve aile davranışlarıyla oluşturulamayacağı ifade edilmelidir. Ailenin davranışlarına bağlı olarak artacağı ve tedavi edilmesine yol açacağı da bilinmelidir (Turgay ve Semerci, 2008).

DEHB'de aileler için oluşturulmuş ayrıntılı bir eğitim programına ihtiyaç duyulur. Bu programda çocuğun davranışlarını nasıl kontrol altında tutabilecekleri, nasıl etkili bir ebeveyn olabilecekleri gibi hususlar öğretilirse çocuğun ve ebeveynin stresi de aynı düzeyde azalır ve olumsuz stres döngüsü kırılarak daha pozitif bir döngüye çevrilir (Stein, 2002: 73).

Her ne kadar ilaçların DEHB tedavisinde etkili olduğu bilinse de okulda akranlarına ve/veya evde ailesine karşı ciddi şekilde rahatsız edici davranışlar sergileyen bazı çocukların tedavisinde ilaç tedavisi yetersiz kalmakta olup böyle durumlarda davranış tedavisi uygulanmaktadır. Davranış tedavisi işlem hızı ve dikkati koruma gibi algısal fonksiyonları iyileştirme konusunda sınırlı yarar sağlar. En büyük yararı yıkıcı davranış sorunlarına sahip çocuklar ve ergenlerde görülür. Davranış tedavisinin ilk ögesi çocuğu çeşitli durumlarda neyin cesaretlendirdiğini ve hangi değişikliklerin yardımcı olabileceğini belirlemek üzere sorunlu davranışların dikkatli bir şekilde değerlendirilmesidir. Daha sonraki aşama, çocuğun ve ailenin tedaviye uyumunun izlenmesidir. Bir sonraki aşamada da çocuğun hedeflenen davranışlara ilişkin performansı karşılığında ebeveyn tarafından belirlenecek pozitif ya da negatif sonuçlar tanımlanır. Son aşamada ise müdahalenin etkinliğinin takibi, neyin işe yaradığı, neyin değiştirilmesi gerektiği değerlendirilir (Brown, 2005; Akt. Türe, 2011).

DEHB'li çocuklarda bireysel psikoterapi de bir diğer ilaç dışı tedavi yöntemidir. Bireysel psikoterapinin etkinliğini araştıran iyi kontrol edilmiş bir çalışma bulunmamasına karşın kronik bir bozukluk olan DEHB'li çocuklarda iyi bir terapötik etkiye sahip olabileceği söylenebilir.

III.MATERYAL ve YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Amacı Ve Önemi

3.1.1.Araştırmanın Amacı

Yapılan araştırmanın temel amacı DEHB sıklığı, cinsiyetlere göre dağılımı, eş zamanlı hastalık ve tanıları ile bunların %'si, sıklığı ile verilen ilaçların etkinliğinin ölçülmesi ve verilecek ilaç gruplarının belirlenmesidir. Çalışmanın bir diğer amacı ise farklı tanı konan çocukların klinik özellikleri; mental özellikleri, depresyon ve anksiyete düzeyleri ile anne ve babanın depresyon ve anksiyete düzeyleri belirlenerek aradaki ilişkinin yordanmasıdır.

3.1.2.Araştırmanın Önemi

Çalışma, DEHB ve DEHB+Eş Tanı konan çocukların psikiyatri kliniklerine başvurma sıklığı, tanı alma sıklığı ile bu çocuklara verilen ilaçların ne derecede etkili olduklarının anlaşılması açısından önemlidir. Zira bu sayede ilgili ilaçlar hakkında daha doğru kararların alınabilmesi imkanı doğacaktır. Ayrıca çocukların IQ seviyeleri, depresyon ve anksiyete düzeyleri ile anne ve baba depresyon ve anksiyete düzeyleri hakkında da detaylı bilgi elde edilecektir.

3.1.3.Evren Ve Örneklem

Çalışmanın evrenini NP İstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi Çocuk ve Ergen Kliniğinde 2010 - 2015 tarihleri arasında tedavi gören çocuklar oluşturmaktadır. Örneklemi ise söz konusu evrenden seçilen 652 çocuk oluşturmaktadır.

3.1.4. Veri Toplama Araçları

Çalışmada veri toplama aracı olarak dosya tarama metodu kullanılmıştır. Kullanılan metodda çocukların demografik bilgilerinin yanı sıra tanı, kullanılan ilaç ve miktarı, kandaki etkin madde ve miktarı, IQ seviyesi, anne-baba depresyon ve anksiyete bilgileri değerlendirilmeye alınmıştır.

3.1.5. Verilerin İstatistiksel Analizi

Verilerin analizi SPSS 21.0 programı ile yapılmıştır. Çalışmada %95 güven düzeyinde çalışılmış ve ki kare ilişki analizi kullanılmıştır. Tanı ile çocuğun demografik özelliği, IQ seviyesi, çocuklardaki tanı almış kaygı bozukluğu ve depresyon durumları ile kullanılan ilaç, ilaç sayısı, etkin madde ve anne-baba depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında ilişki olup olmadığının test edilmesi ki kare ilişki testi ile analiz edilmiştir.

IV. BULGULAR

Tablo 2: Çocukların Cinsiyet, Tanı ve Kullandıkları İlaç Bilgileri

		N	%
Cinsiyet	Erkek	447	68,6
	Kız	205	31,4
Eş tanı	KOKGB	0	0,0
	Davranış bozukluğu	54	31,4
	İletişim Bozukluğu (ÖOB)	78	45,3
	Duygu Durum Bozukluğu	4	2,3
	Anksiyete Bozukluğu	36	20,9
Birleşik İlaç Grubu	AD+DE	108	17,8
	AP+DE	153	25,2
	DDD+DE	225	37,1
	DE+Diğer*	121	19,9
İlaçlar	Kısa Etkili MPH	294	45,1
	Uzun Etkili MPH	352	54
	Atomoxetin	45	6,9
	Diğer*	411	63
İlaç Grubu	DE	486	74,5
	AD	258	39,6
	AP	351	53,8
	DDD	60	9,2
	AH	6	0,9
	B	3	0,5
Tanı	DEHB	213	32,7
	DEHB+Eş Tanı	439	67,3
Kullanılan İlaç Sayısı	Bir ilaç	128	20,8
	Birden fazla ilaç	486	79,2
Kullanılan İlaç Grubu	Fluoxetin-Risperidon	23	3,7
	Diğer	591	96,3

*Diğer: Vitamin, Omega 3

DDD: Duygu Durum Düzenleyici

AD: Anti Depresan

AP: Anti Psikotik

AH: Anti Histaminik

B: Benzodiazepin

Araştırmaya alınan 652 çocuk, 2010-2015 yılları arasında kliniğe başvuran 1800 çocuk arasından çocuk ve ergen psikiyatri uzmanları tarafından DEHB tanısı konan çocuklardır.

Araştırmaya alınan çocukların %68,6'sı erkek, %31,4'ü kızdır.

Araştırmaya göre çocuklarda DEHB + Eş Tanı görölme oranı %67,3 iken, DEHB görölme oranı %32,7'dir.

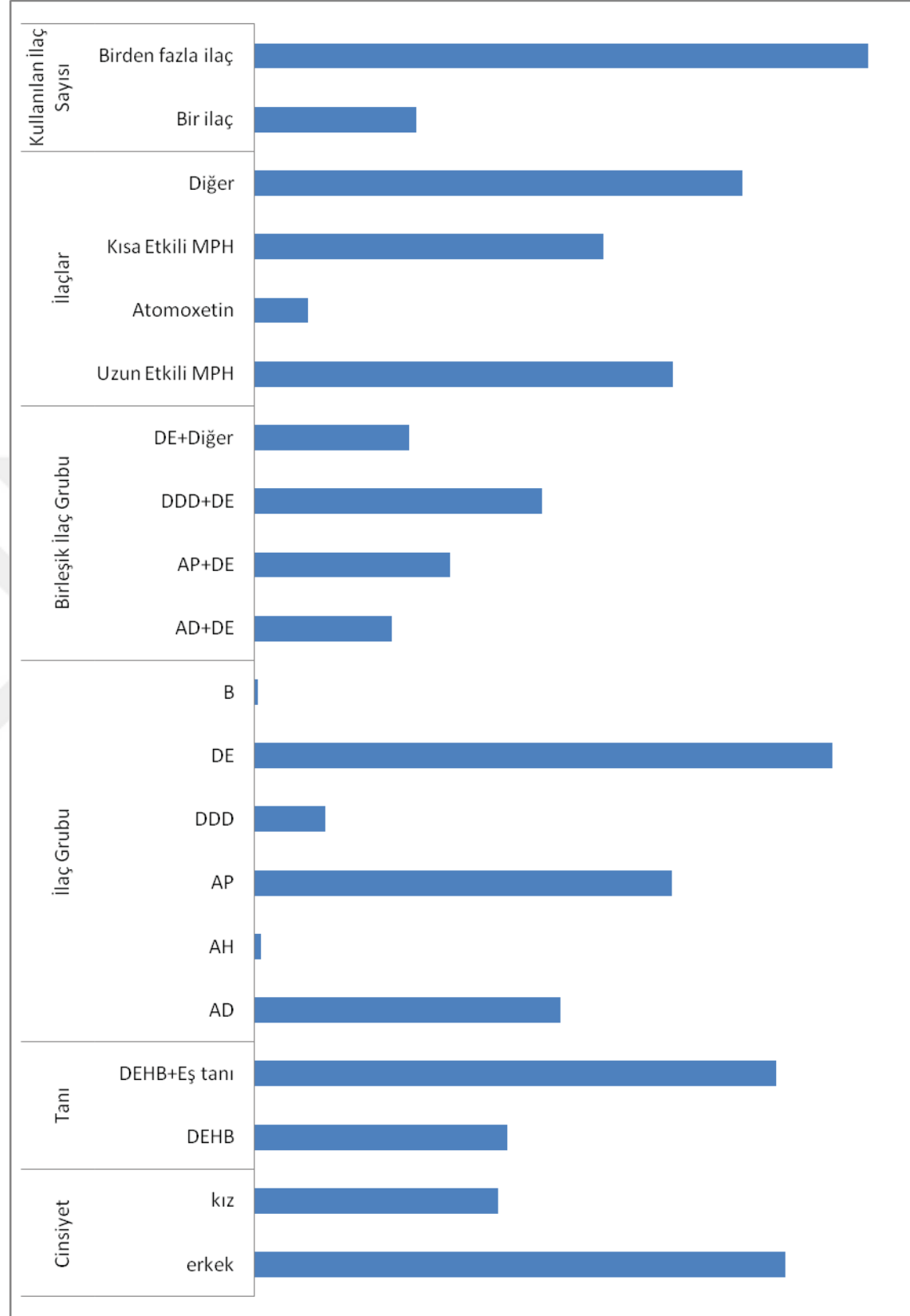
Araştırmaya alınan çocukların %31,4'üne davranış bozukluğu, %45,3'üne iletişim bozukluğu, %2,3'üne duygu durum bozukluğu ve %20,9'una anksiyete bozukluğu eş tanısı konmuştur.

Araştırmaya katılan çocuklara uygulanan ilaÇ grubunun %74,5'i DE, %53,8'i AP ve %39,6'sı AD görölmektedir.

Birleşik ilaÇ gruplarında ise %37,1'i DDD+DE, %25,2'si AP+DE, %19,9'unu ise DE +Diğer gruplar oluşurmaktadır.

Araştırmaya katılan çocuklarda kullanılan ilaÇlardan %63,0 Diğer, %54,0 Uzun Etkili MPH, %45,1'ini Kısa Etkili MPH oluşurmaktadır.

Çocukların %79,2' lik oranında birden fazla ilaÇ kullanılırken, %20,8'de bir ilaÇ kullanılmıştır.



Çocukların Cinsiyet, Tanı ve Kullandıkları İlaç Bilgileri

Tablo 3: Cinsiyete Göre Eş Tanı Durumu

		Cinsiyet			
		Erkek		Kız	
		N	%	n	%
Eş tanı	KOKGB	0	0,0	0	0,0
	Davranış bozukluğu	45	33,8	9	23,1
	İletişim Bozukluğu (ÖOB)	64	48,1	14	35,9
	Duygu Durum Bozukluğu	2	1,5	2	5,1
	Anksiyete Bozukluğu	22	16,5	14	35,9

Araştırmaya alınan erkek çocuklarının çoğunluğuna İletişim Bozukluğu (ÖOB) ya da Davranış bozukluğu eş tanısı konurken kız çocuklarının çoğunluğuna İletişim Bozukluğu (ÖOB) ya da Anksiyete Bozukluğu eş tanısı konmuştur.

Tablo 4: Çocukların Ebeveynlerine Ait Bilgiler

		N	%
Anne Yaş	35 yaş ve altı	132	31,6
	36-40 yaş arası	148	35,4
	41 yaş ve üstü	138	33,0
Anne Eğitim	İlkokul	87	22,2
	Ortaokul	27	6,9
	Lise	131	33,4
	Üniversite	147	37,5
Baba Yaş	40 yaş ve altı	166	40,2
	41-45 yaş arası	123	29,8
	46 yaş ve üstü	124	30,0
Baba Eğitim	İlkokul	53	13,7
	Ortaokul	37	9,5
	Lise	116	29,9
	Üniversite	182	46,9
Kardeş Sayısı	Tek kardeş	100	25,3
	2 kardeş	175	44,2
	3 kardeş	87	22,0
	Diğer	34	8,6

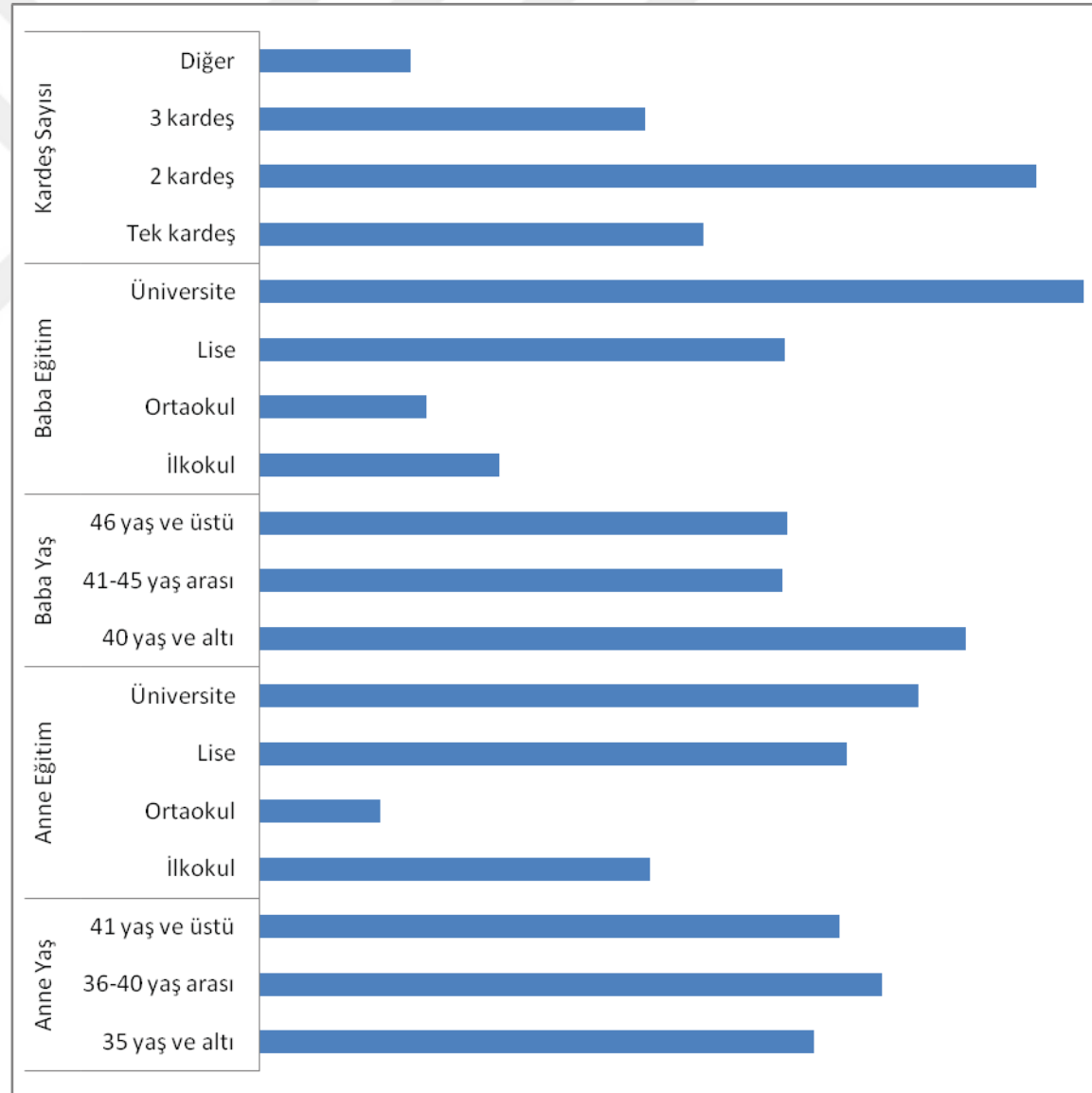
Araştırmaya katılan çocuklarının %35,4'nün anneleri 36 – 40 yaş arasındadır.

%37,5 oranındaki çocuklarının anne eğitim düzeyi üniversitedir.

Araştırmaya katılan çocuklarının %40,2'sinin babaları 40 yaş ve altıdır.

Çocuklarının babalarının eğitim düzeyi %46,9 ile üniversitedir.

Çocukların %44,2'si iki kardeş iken, tek kardeş ise %25,3 oranındadır.

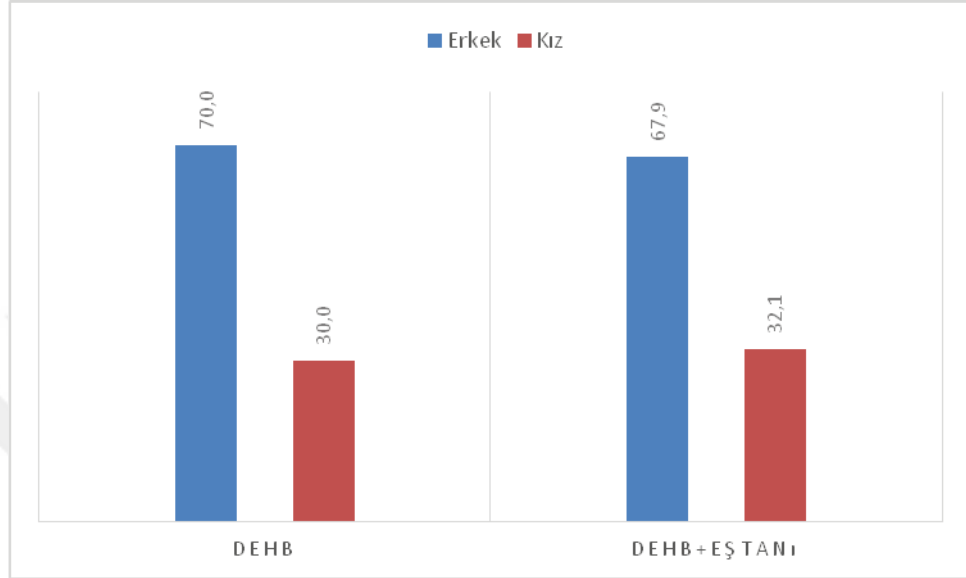


Çocukların Ebeveynlerine Ait Bilgiler

Tablo 5: Tanıya Göre Cinsiyet, Verilen İlaç Grupları ve Ebeveyn Bilgileri

		Tanı			
		DEHB		DEHB+Eş tanı	
		N	%	n	%
Cinsiyet	Erkek	149	70	298	67,9
	Kız	64	30	141	32,1
Birleşik İlaç Grubu	AD+DE	25	13,4	83	19,8
	AP+DE	48	25,7	105	25
	DDD+DE	85	45,5	140	33,3
	DE+Diğer*	29	15,5	92	21,9
İlaçlar	Kısa Etkili MPH	81	38	213	48,5
	Uzun Etkili MPH	124	58,2	228	51,9
	Atomoxetin	15	7	30	6,8
	Diğer*	95	44,6	316	72
İlaç Grubu	DE	158	74,2	328	74,7
	AP	85	39,9	266	60,6
	AD	52	24,4	206	46,9
	DDD	12	5,6	48	10,9
	AH	4	1,9	2	0,5
	B	0	0	3	0,7
Kullanılan İlaç Sayısı	Bir ilaç	66	34,6	62	14,7
	Birden fazla ilaç	125	65,4	361	85,3
IQ	70 altı	5	3,1	36	10,2
	70-90 arası	37	23	83	23,6
	90-110 arası	64	39,8	119	33,8
	110 üstü	55	34,2	114	32,4
Anne Yaş	35 yaş ve altı	32	28,6	100	32,7
	36-40 yaş arası	39	34,8	109	35,6
	41 yaş ve üstü	41	36,6	97	31,7
Anne Eğitim	İlkokul	17	16,2	70	24,4
	Ortaokul	12	11,4	15	5,2
	Lise	35	33,3	96	33,4
	Üniversite	41	39	106	36,9
Baba Yaş	40 yaş ve altı	42	37,2	124	41,3
	41-45 yaş arası	33	29,2	90	30
	46 yaş ve üstü	38	33,6	86	28,7
Baba Eğitim	İlkokul	10	9,3	43	15,4
	Ortaokul	9	8,3	28	10
	Lise	29	26,9	87	31,1
	Üniversite	60	55,6	122	43,6
Kardeş Sayısı	Tek kardeş	21	20,6	79	26,9
	2 kardeş	44	43,1	131	44,6
	3 kardeş	24	23,5	63	21,4
	Diğer	13	12,7	21	7,1

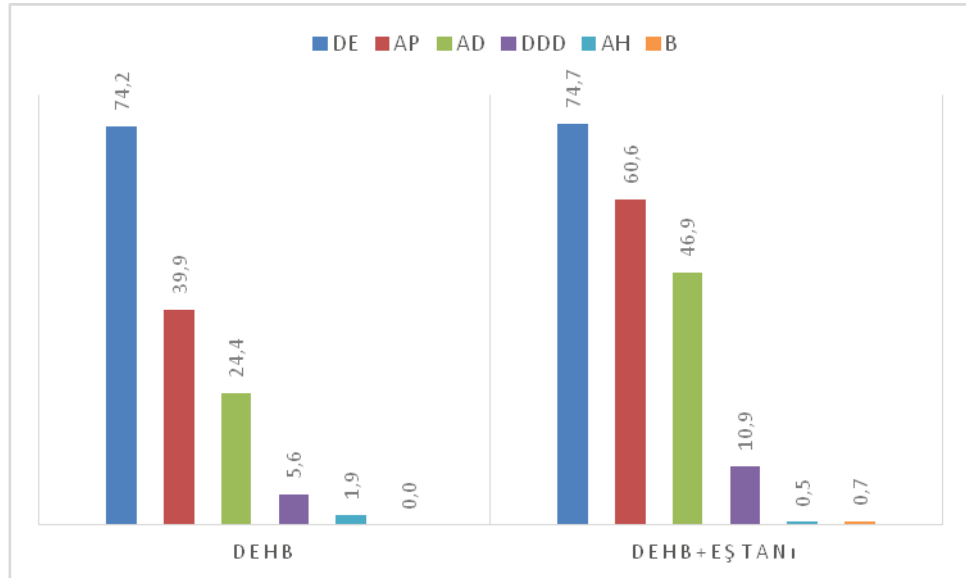
DDD: Duygu Durum Düzenleyici
AD: Anti Depresan
AP: Anti Psikotik
AH: Anti Histaminik
B: Benzodiazepin



Tarıya Göre Cinsiyet Yüzdeleri

DEHB grubundaki çocukların %70,0'i erkek, %30,0'u kızdır.

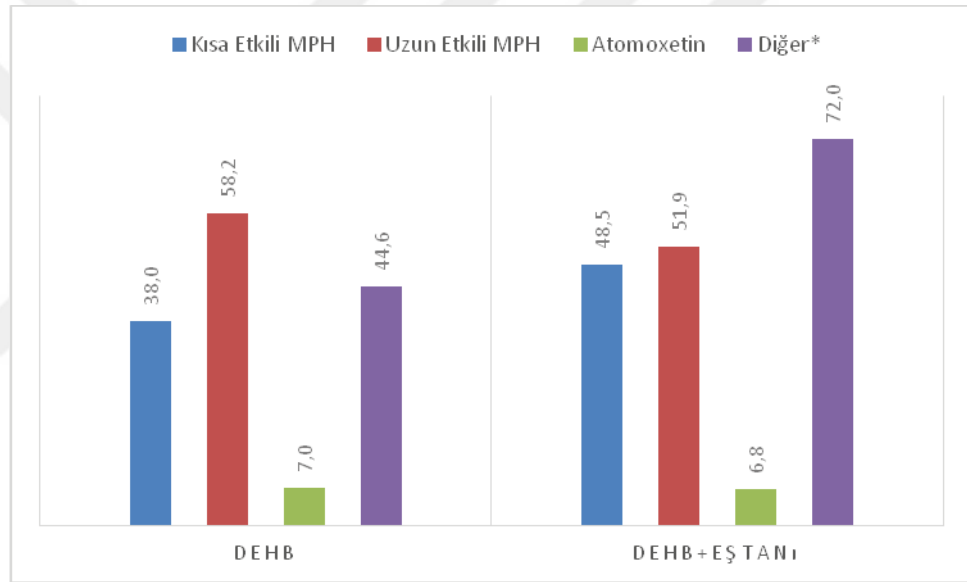
DEHB+Eş Tanı grubundaki çocukların %67,9'u erkek; %32,1'i kızdır.



Tarı-İlaç Yüzdeleri Dağılımı

DEHB grubundaki çocukların en fazla (%74,2) aldığı ilaç grubu DE; ikinci en fazla (% 39.9) aldığı ilaç grubu AP; üçüncü en fazla (%24.4) aldığı ilaç grubu AD; dördüncü en fazla (%5.6) aldığı ilaç grubu DDD; en az (%1.9) aldığı ilaç grubu da AH'dir.

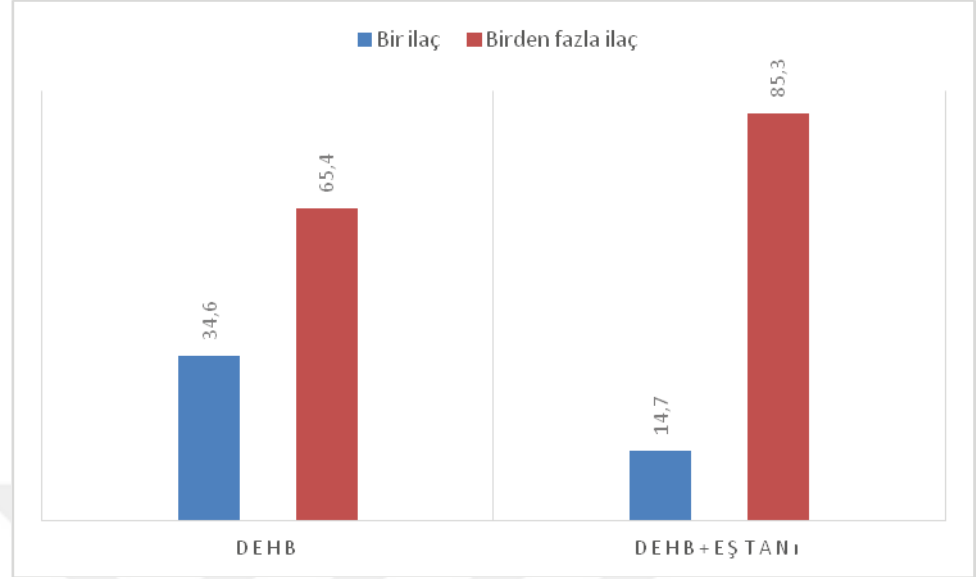
DEHB+Eş Tanı grubundaki çocukların en fazla (%74,7) aldığı ilaç grubu yine DE; ikinci en fazla (% 60.6) aldığı ilaç grubu AP; üçüncü en fazla (% 46.9) aldığı ilaç grubu AD; dördüncü en fazla (% 10.9) aldığı ilaç grubu DDD; beşinci en fazla (% 0.7) aldığı ilaç grubu B; son olarak en az (% 0.5) aldığı ilaç grubu AH'dir.



DEHB ve DEHB+Eş Tanı Alan Çocukların Sadece Kullandıkları DE İlaç Yüzdelерinin Dağılımı

DEHB grubundaki çocuklar % 58.2'lik oranla ilaç olarak en fazla Uzun Etkili MPH kullanırken, ikinci sırada % 44.6'lık oranla Diğer (vitaminler, balık yağı), üçüncü sırada % 38.0'lik oranla Kısa Etkili MPH, en son da % 7.0'lik oranla Atomoxetin kullanmaktadır.

DEHB + Eş Tanı grubunda bulunan çocuklar ise ilk sırada % 72.0'lik oranla Diğer (vitamin, balık yağı), ikinci sırada % 51.9'luk oranla Uzun Etkili MPH, üçüncü sırada % 48.5'lik oranla Kısa Etkili MPH, en son % 6.8'lik oranla Atomoxetin kullanmaktadır.



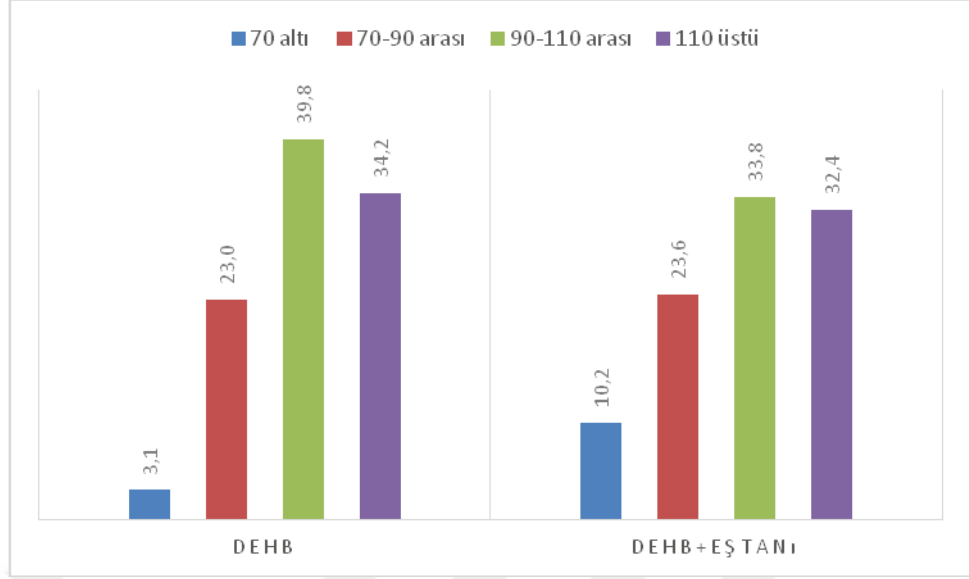
DEHB ve DEHB+Eş Tanı Alan Çocukların Bir ve Birden Fazla İlaç Kullanım Yüzdeleri

Bir İlaç: Kısa veya Uzun Etkili MPH ya da Atomoxetin

Birden Fazla İlaç: AP, DDD, AD, AH, Diğer (vitamin, balık yağı)

DEHB grubundaki çocukların %65,4'ü birden fazla ilaç kullanırken, %34,6'sı ise bir ilaç kullanmaktadır.

Bu oran DEHB + Eş Tanı grubunda birden fazla ilaç kullananlar için %85,3 olurken bir ilaç kullananlar için ise %14,7'dir.



DEHB ve DEHB+Eş Tanı Alan Çocukların IQ Yüzdeleri

Araştırmaya katılan çocuklardan DEHB grubundakilerin IQ seviyesi 90–110 arası olanların oranı % 39.8, IQ seviyesi 110 üstü olanların oranı % 34.2, IQ seviyesi 70-90 arası olanların oranı % 23.0 ve IQ seviyesi 70'in altı olanların oranı ise % 3.1'dir.

Araştırmaya katılan çocuklardan DEHB + Eş Tanı grubundakilerin IQ seviyesi 90-110 arası olanların oranı % 33.8, IQ seviyesi 110 üstü olanların oranı % 32.4, IQ seviyesi 70-90 arası olanların oranı % 23.6 ve IQ seviyesi 70'in altı olanların oranı ise % 10.2'dir.

Tablo 6: Tanıya Göre Cinsiyet, Verilen İlaç Grupları ve Ebeveyn Bilgilerinin İlişki Analizi

	X²	sd	P
Tanı * Cinsiyet	0,285	1	,593
Tanı * Birleşik İlaç Grubu	10,78	3	,013*
Tanı * Kullanılan İlaç Sayısı	31,572	1	,000*
Tanı * IQ	8,227	3	,042*
Tanı * Anne Eğitim	1,051	2	,591
Tanı * Baba Eğitim	6,714	3	,082
Tanı * Kardeş Sayısı	1,045	2	,593

***p<0,05**

Tanı ile çocukların demografik bilgileri ve verilen ilaçlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olup olmadığını test etmek için yapılan ki kare ilişki analizi sonuçları tabloda verilmiştir.

Yapılan ki kare ilişki analizine göre tanı ile cinsiyet, annenin ve babanın eğitim durumu ve çocuğun kardeş sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmazken birleşik ilaç grubu, kullanılan ilaç sayısı ve IQ arasında ilişki bulunmaktadır.

4.1. Anne – Baba Depresyon Ve Anksiyete Düzeyleri

Beck Depresyon Ölçeği Puanlama:

- 0 – 9 Normal düzeyde
- 10 – 15 Hafif düzeyde
- 16 – 22 Orta düzeyde
- 23 – 40 İleri düzeyde

Beck Anksiyete Ölçeği Puanlama:

- 0 – 15 Normal düzeyde
- 16 – 22 Hafif düzeyde
- 23 – 42 Orta düzeyde
- 43 – 63 İleri düzeyde

Tablo 7: Annelerin ve Babaların Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri

		N	%
Anne Anksiyete Düzeyi	Anksiyete yok	263	74,9
	Hafif anksiyete	35	10,0
	Orta anksiyete	49	14,0
	İleri anksiyete	4	1,1
Anne Depresyon Düzeyi	Yok	174	50,3
	Hafif depresyon	78	22,5
	Orta derecede depresyon	55	15,9
	İleri derecede depresyon	39	11,3
Baba Anksiyete Düzeyi	Anksiyete yok	255	92,4
	Hafif anksiyete	8	2,9
	Orta anksiyete	11	4,0
	İleri anksiyete	2	,7
Baba Depresyon Düzeyi	Yok	171	65,8
	Hafif depresyon	59	22,7
	Orta derecede depresyon	22	8,5
	İleri derecede depresyon	8	3,1

Araştırmaya alınan çocukların annelerinin %74,9'unun anksiyeteleri yok, %50,3'ünün ise depresyonları yoktur. Çocukların babalarının %92,4'ünün anksiyeteleri yok, %65,8'inin ise depresyonları yoktur.

Tablo 8: Annede ve Babada Anksiyete ve Depresyon Olma Durumu

		n	%
Anne Anksiyete	Anksiyete yok	263	74,9
	Anksiyete var	88	25,1
Anne Depresyon	Depresyon Yok	252	72,8
	Depresyon var	94	27,2
Baba Anksiyete	Anksiyete yok	255	92,4
	Anksiyete var	21	7,6
Baba Depresyon	Depresyon Yok	230	88,5
	Depresyon var	30	11,5

Araştırmaya alınan çocukların annelerinde anksiyete görülme oranı %25,1; depresyon görülme oranı %27,2'dir. Çocukların babalarında anksiyete görülme oranı %7,6; depresyon görülme oranı %11,5'dir.

4.2. DEHB VE DEHB+Eş Tanı Grubunda Annelerin Anksiyete İle Depresyon İlişkisi

Tablo 9: DEHB Grubundaki Çocukların Annelerinde Anksiyete Olma Durumu İle Babalarında Anksiyete Olma Durumu Karşılaştırması

Tanı = DEHB		Anne Anksiyete			
		Anksiyete yok		Anksiyete var	
		N	%	n	%
Baba Anksiyete	Anksiyete yok	59	98,3	10	90,9
	Anksiyete var	1	1,7	1	9,1

DEHB grubundaki çocuklardan annelerinde anksiyete olanların %90,9'unun babasında anksiyete yokken %9,1'inin babasında anksiyete vardır.

Tablo 10: DEHB Grubundaki Çocukların Annelerinde Depresyon Olma Durumu İle Babalarında Depresyon Olma Durumu Karşılaştırması

Tanı = DEHB		Anne Depresyon			
		Depresyon Yok		Depresyon var	
		N	%	n	%
Baba Depresyon	Depresyon Yok	48	92,3	13	92,9
	Depresyon var	4	7,7	1	7,1

DEHB grubundaki çocuklardan annelerinde depresyon olanların %92,9'unun babasında depresyon yokken %7,1'inin babasında depresyon vardır.

Tablo 11: DEHB+Eş tanı Grubundaki Çocukların Annelerinde Anksiyete Olma Durumu İle Babalarında Anksiyete Olma Durumu Karşılaştırması

Tanı = DEHB+Eş tanı		Anne Anksiyete			
		Anksiyete yok		Anksiyete var	
		N	%	n	%
Baba Anksiyete	Anksiyete yok	115	93,5	37	82,2
	Anksiyete var	8	6,5	8	17,8

DEHB+Eş tanı grubundaki çocuklardan annelerinde anksiyete olanların %82,2'sinin babasında anksiyete yokken %17,8'inin babasında anksiyete vardır.

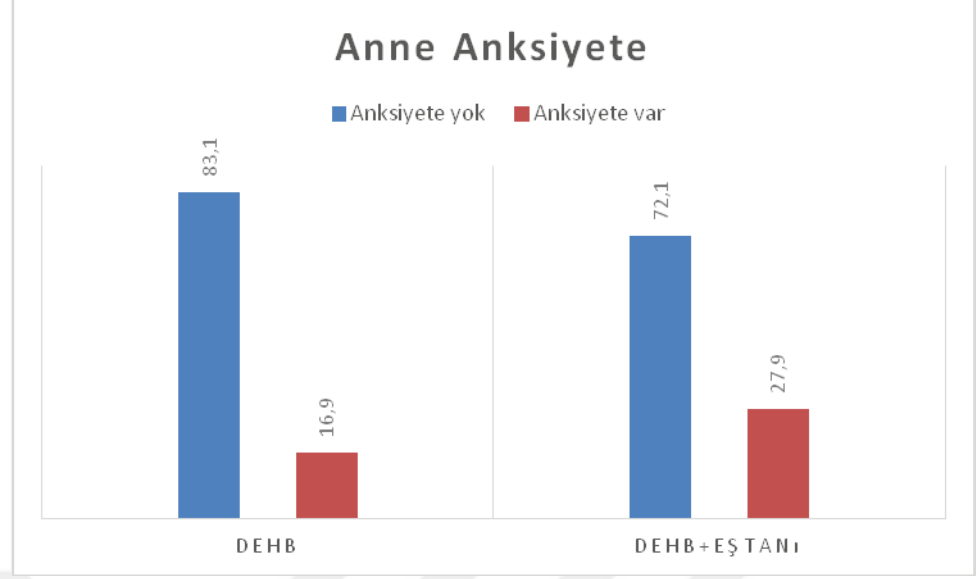
Tablo 12: DEHB+Eş Tanı Grubundaki Çocukların Annelerinde Depresyon Olma Durumu İle Babalarında Depresyon Olma Durumu Karşılaştırması

Tanı = DEHB+Eş tanı		Anne Depresyon			
		Depresyon Yok		Depresyon var	
		N	%	N	%
Baba Depresyon	Depresyon Yok	109	93,2	28	71,8
	Depresyon var	8	6,8	11	28,2

DEHB+Eş tanı grubundaki çocuklardan annelerinde depresyon olanların %71,8'inin babasında depresyon yokken %28,2'sinin babasında depresyon vardır.

Tablo 13: Çocukların Tanısına Göre Annelerinin ve Babalarının Anksiyete Ve Depresyon Durumu

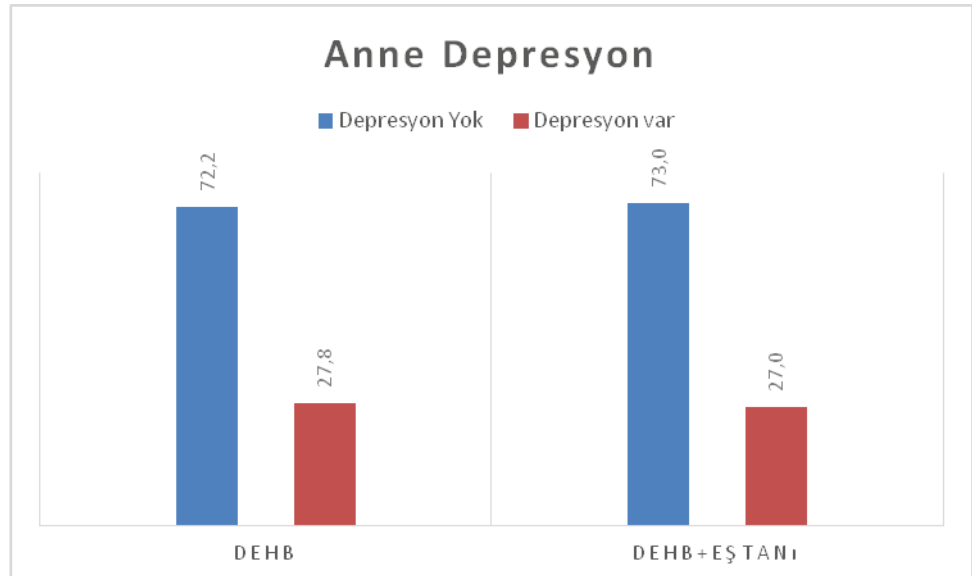
		Tanı			
		DEHB		DEHB+Eş tanı	
		N	%	n	%
Anne Anksiyete	Anksiyete yok	74	83,1	189	72,1
	Anksiyete var	15	16,9	73	27,9
Anne Depresyon	Depresyon Yok	65	72,2	187	73,0
	Depresyon var	25	27,8	69	27,0
Baba Anksiyete	Anksiyete yok	80	97,6	175	90,2
	Anksiyete var	2	2,4	19	9,8
Baba Depresyon	Depresyon Yok	73	92,4	157	86,7
	Depresyon var	6	7,6	24	13,3



Anne Anksiyete Yüzdeleri

DEHB tanısı konan çocukların annelerinin %16,9'unun anksiyetesi var; % 83.1'inin anksiyetesi yoktur.

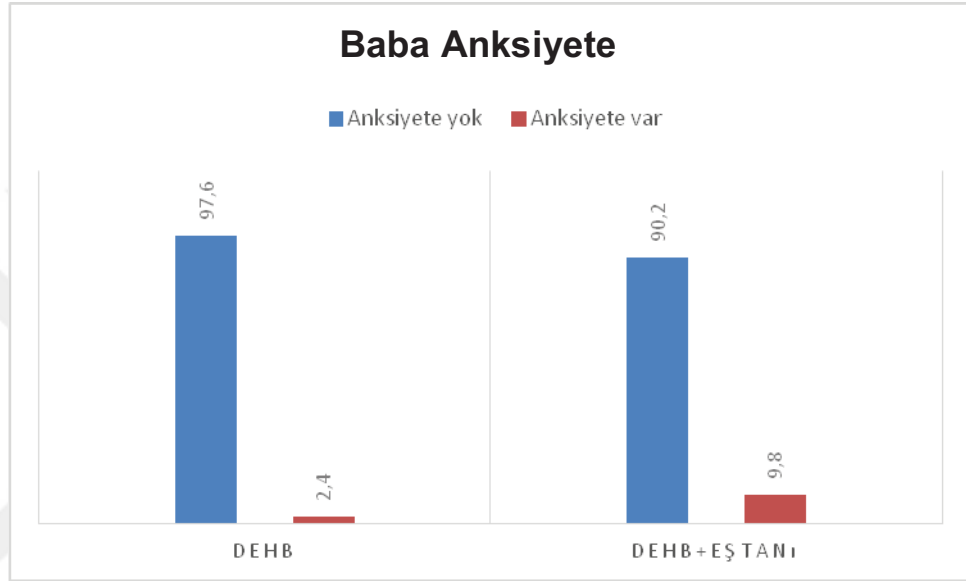
DEHB+Eş Tanı konan çocukların annelerinin %27,9'unun anksiyetesi var; % 72.1'inin anksiyetesi yoktur.



Anne Depresyon Yüzdeleri

DEHB tanısı konan çocukların annelerinin %27,8'inin depresyonu var; % 72.2'sinin depresyonu yoktur.

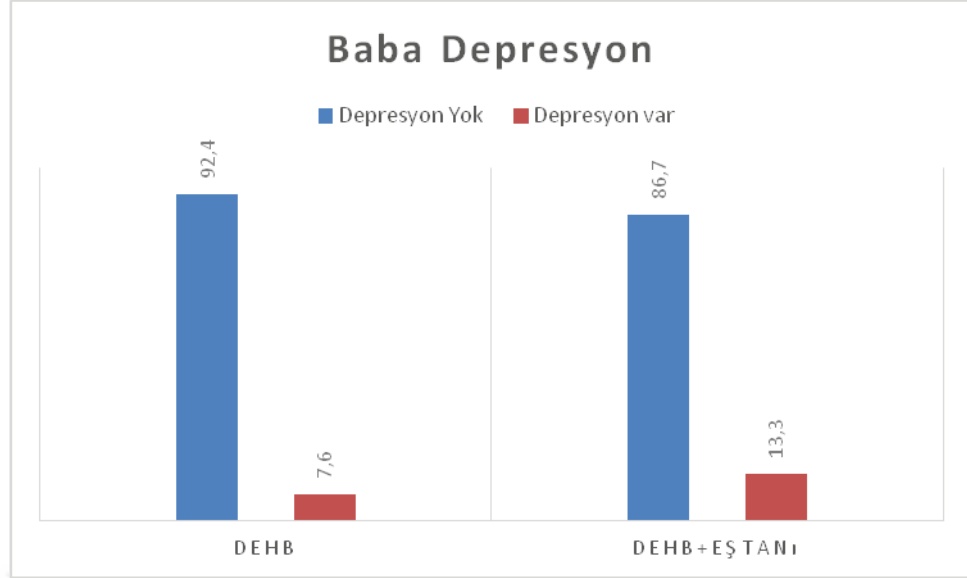
DEHB+ Eş Tanı konan çocukların annelerinin %27,0'sinin depresyonu var; % 73.0'nın depresyonu yoktur.



Baba Anksiyete Yüzdeleri

DEHB tanısı konan çocukların babalarının %2,4'ünün anksiyetesi var; % 97.6'sının anksiyetesi yoktur.

DEHB+ Eş Tanı konan çocukların babalarının %9,8'inin anksiyetesi var; % 90.2'sinin anksiyetesi yoktur.



Baba Depresyon Yüzdeleri

DEHB tanısı konan çocukların babalarının %7,6'sının depresyonu var; % 92.4'nün depresyonu yoktur.

DEHB+ Eş Tanı konan çocukların babalarının %13,3'ünün depresyonu var; % 86.7'sinin depresyonu yoktur.

Tablo 14: Çocukların Tanısına Göre Annelerinin ve Babalarının Anksiyete Ve Depresyon Durumu İlişkisi

	Değer	sd	P
Tanı * Anne Anksiyete	4,286	1	,038*
Tanı * Anne Depresyon	,023	1	,880
Tanı * Baba Anksiyete	4,435	1	,035*
Tanı * Baba Depresyon	1,729	1	,189

*p<0,05

Yapılan ilişki analizi sonucuna göre tanı ile annenin anksiyetesinin olma durumu ve babasının anksiyetesinin olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki

bulunurken tanı ile annenin ve babasının depresyonda olması arasında ilişki bulunmamaktadır.

Tablo 15: Çocukların Kullandığı İlaç Grubuna Göre Annelerinin ve Babalarının Anksiyete Ve Depresyon Durumu

		İlaç Grubu											
		AD		AH		AP		DDD		DE		B	
		n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Anne Anksiyete	Anksiyete yok	97	69,3	3	100,0	128	67,7	16	55,2	209	77,1	2	100,0
	Anksiyete var	43	30,7	0	0,0	61	32,3	13	44,8	62	22,9	0	0,0
Anne Depresyon	Depresyon Yok	95	68,3	3	100,0	125	66,8	15	53,6	198	73,3	2	100,0
	Depresyon var	44	31,7	0	0,0	62	33,2	13	46,4	72	26,7	0	0,0
Baba Anksiyete	Anksiyete yok	89	87,3	4	100,0	132	90,4	26	92,9	193	91,9	1	100,0
	Anksiyete var	13	12,7	0	0,0	14	9,6	2	7,1	17	8,1	0	0,0
Baba Depresyon	Depresyon Yok	81	83,5	3	75,0	122	87,8	23	85,2	176	87,6	1	100,0
	Depresyon var	16	16,5	1	25,0	17	12,2	4	14,8	25	12,4	0	0,0

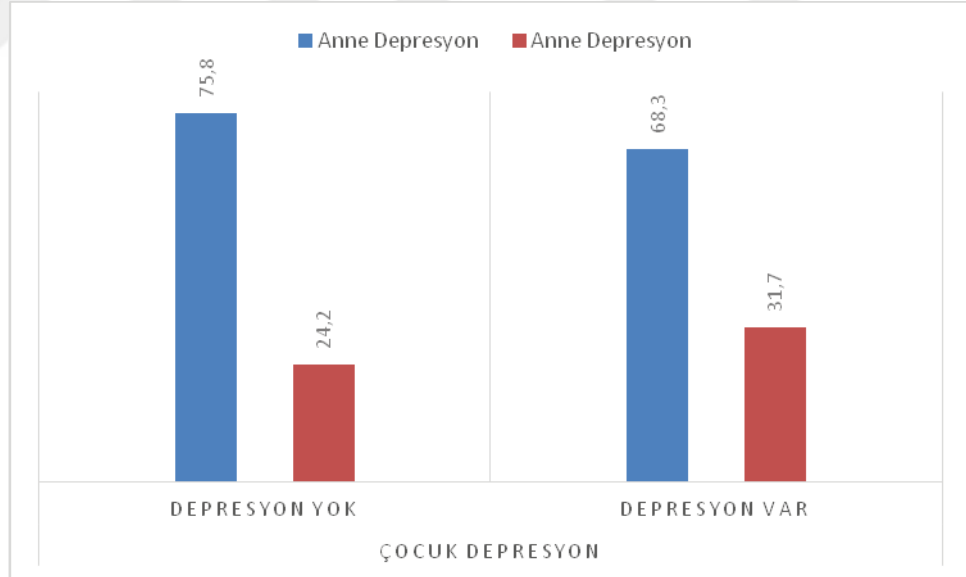
AD verilen çocukların %30,7'sinin annesinde anksiyete; %31,7'sinin annesinde depresyon; %12,7'sinin babasında anksiyete; %16,5'inin babasında depresyon vardır. AP verilen çocukların %32,3'ünün annesinde anksiyete; %33,2'sinin annesinde depresyon; %9,6'sının babasında anksiyete; %12,2'sinin babasında depresyon vardır.

4.3. Çocukta Depresyon Ve Anksiyete Olma Durumuna Göre Annenin Ve Babanın Depresyon Ve Anksiyete İlişkisi

4.3.1. Çocukta Depresyon Olma Durumuna Göre Annenin Ve Babanın Depresyon Durumu

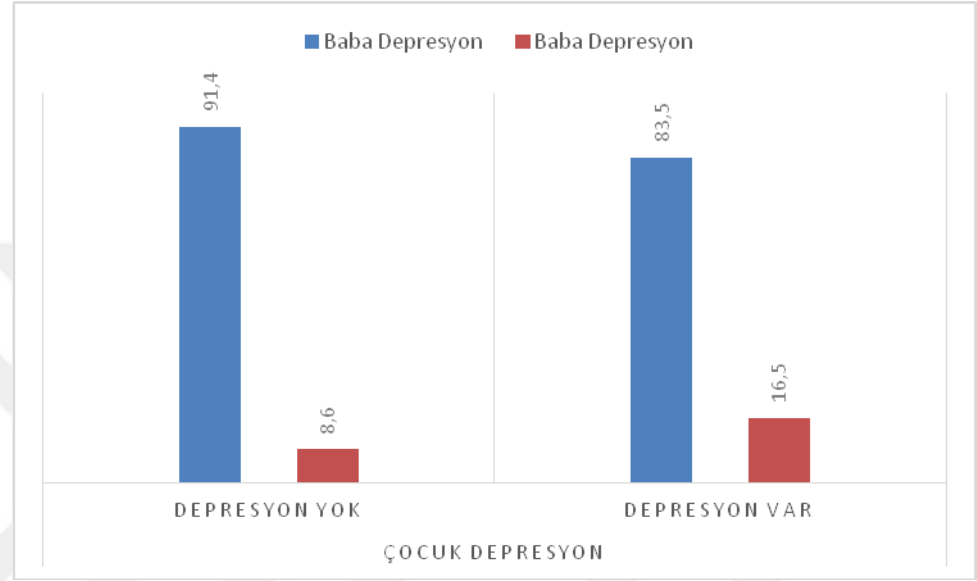
Tablo 16: Çocukta Depresyon Olma Durumuna Göre Annenin ve Babanın Depresyon Durumu

		Çocuk Depresyon			
		Depresyon Yok		Depresyon Var	
		n	%	n	%
Anne Depresyon	Depresyon Yok	157	75,8	95	68,3
	Depresyon Var	50	24,2	44	31,7
Baba Depresyon	Depresyon Yok	149	91,4	81	83,5
	Depresyon Var	14	8,6	16	16,5



Depresyonu olmayan (AD kullanmayan) çocukların annelerinin %24,2'sinde depresyon var; % 75.8'inde depresyon yoktur.

Depresyonu olan (AD kullanan) çocukların annelerinin %31,7'sinde depresyon var; % 68.3'ünde depresyon yoktur.



Depresyonu olmayan (AD kullanmayan) çocukların babalarının %8,6'sında depresyon var; % 91.4'ünde depresyon yoktur.

Depresyonu olan (AD kullanan) çocukların babalarının %16,5'inde depresyon var; % 83.5'inde depresyon yoktur.

Tablo 17: Çocukta Depresyon Olma Durumuna Göre Annenin ve Babanın Depresyon Durumu İlişkisi

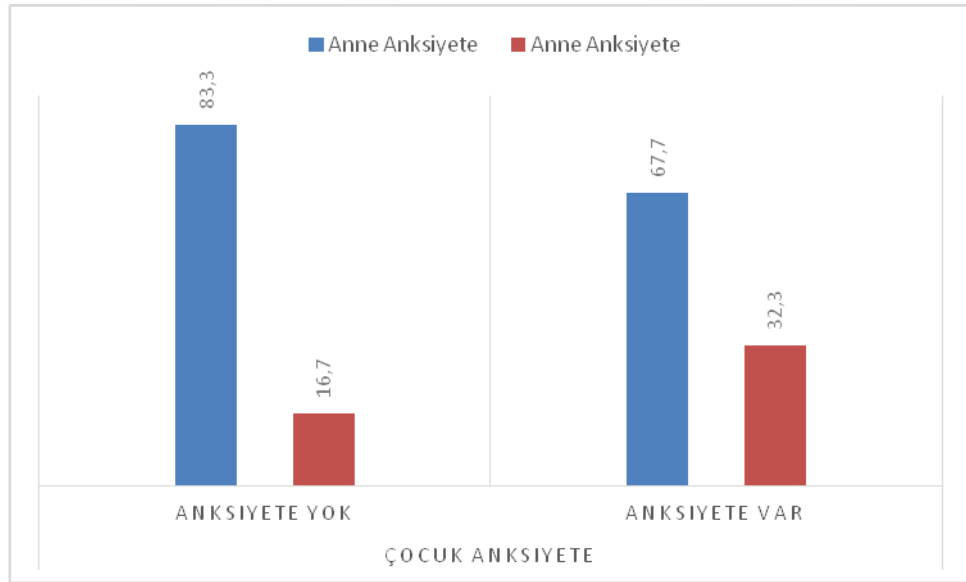
	Değer	sd	P
Çocuk Depresyon * Anne Depresyon	2,364	1	,124
Çocuk Depresyon * Baba Depresyon	3,724	1	,054

Yapılan ilişki analizi sonucuna göre çocuğun depresyonda olması ile annenin ve babasının depresyonda olması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır.

4.3.2. Çocukta Anksiyete Olma Durumuna Göre Annenin ve Babanın Anksiyete Durumu

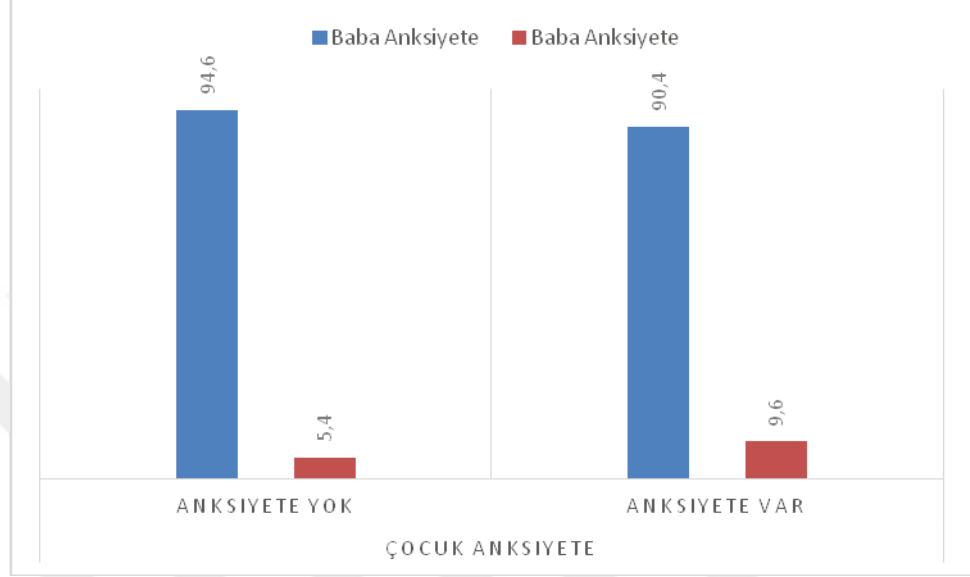
Tablo 18: Çocukta Anksiyete Olma Durumuna Göre Annenin ve Babanın Anksiyete Durumu

		Çocuk Anksiyete			
		Anksiyete Yok		Anksiyete Var	
		n	%	n	%
Anne Anksiyete	Anksiyete yok	135	83,3	128	67,7
	Anksiyete var	27	16,7	61	32,3
Baba Anksiyete	Anksiyete yok	123	94,6	132	90,4
	Anksiyete var	7	5,4	14	9,6



Anksiyetesi olmayan (AP kullanmayan) çocukların annelerinin %16,7'sinde anksiyete var; % 83.3'ünde anksiyete yoktur.

Anksiyetesi olan (AP kullanan) çocukların annelerinin %32,3'ünde anksiyete var; % 67.7'sinde anksiyete yoktur.



Anksiyetesi olmayan (AP kullanmayan) çocukların babalarının %5,4'ünde anksiyete var; % 94.6'sında anksiyete yoktur.

Anksiyetesi olan (AP kullanan) çocukların babalarının %9,6'sında anksiyete var; % 90.4'ünde anksiyete yoktur.

Tablo 19: Çocukta Anksiyete Olma Durumuna Göre Annenin ve Babanın Anksiyete Durumu İlişkisi

	Değer	sd	P
Çocuk Anksiyete * Anne Anksiyete	11,313	1	,001*
Çocuk Anksiyete * Baba Anksiyete	1,729	1	,189

*p<0,05

Yapılan ilişki analizi sonucuna göre çocuğun anksiyetisinin olması ile annenin anksiyetisinin olması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunurken babasının anksiyetisinin olması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır.



V. TARTIŞMA VE YORUM

Çalışmamızın verilerinin analiz sonucunda elde edilen bulgular kısaca şöyledir;

- Tanı ile cinsiyet, annenin ve babanın eğitim durumu ve çocuğun kardeş sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmazken birleşik ilaç grubu, kullanılan ilaç sayısı ve IQ arasında ilişki bulunmaktadır.
- DEHB grubundaki çocuklara DDD+DE verilme oranı DEHB+Eş Tanı grubundaki çocuklara verilme oranına göre anlamlı seviyede daha yüksektir.
- DEHB grubundaki çocuklara birden fazla ilaç verilme oranı DEHB+Eş Tanı grubundaki çocuklara birden fazla ilaç verilme oranına göre anlamlı seviyede daha yüksektir.
- DEHB grubundaki çocukların IQ seviyelerinin 90-110 arasında olma oranı DEHB+eş tanı grubundaki çocukların IQ seviyelerinin 90-110 arasında olma oranına göre anlamlı seviyede daha yüksektir.
- Depresyon için kesme puanı 15, anksiyete için kesme puanı 17 alınmıştır. Buna göre tanı ile annenin anksiyetesinin olma durumu ve babasının anksiyetesinin olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunurken tanı ile annenin ve babasının depresyonda olması arasında ilişki bulunmamaktadır.
- DEHB+eş tanı grubundaki çocuklarının annelerinde anksiyete olma oranı DEHB grubundaki çocukların annelerinde anksiyete olma oranına göre anlamlı seviyede daha yüksektir.
- DEHB+Eş Tanı grubundaki çocuklarının babalarında anksiyete olma oranı DEHB grubundaki çocukların babalarında anksiyete olma oranına göre anlamlı seviyede daha yüksektir.
- Çocuğun depresyonda olması ile annenin ve babasının depresyonda olması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır.
- Çocuğun anksiyetesinin olması ile annenin anksiyetesinin olması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunurken babasının anksiyetesinin olması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır.

- Anksiyetesi olan çocukların annelerinin anksiyetelerinin olma oranı anksiyetesi olmayan çocukların annelerinin anksiyetelerinin olma oranından anlamlı seviyede daha yüksektir.

Yapılan analiz neticesinde elde edilen bulgularda; tanı ile cinsiyet, annenin ve babanın eğitim durumu ve çocuğun kardeş sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmazken birleşik ilaç grubu, kullanılan ilaç sayısı ve IQ arasında ilişki bulunduğu saptanmıştır. Gershon (and Gershon, 2002) DEHB'nin görülme sıklığı erkeklerde kızlara nazaran 5-9 kat daha fazla olduğu sonucuna ulaşmıştır fakat bu tezde yapılan araştırmada cinsiyet bakımından istatistiki anlamda bir ilişki bulunmadığı saptanmıştır. Yani farklı ülkelerde 2002'de yapılan araştırma ile 2015 yılında yapılan araştırmaların farklı sonuçlar verdiği görülmüştür. Bu da gösteriyor ki cinsiyetin DEHB'ye olan etkisi genel-geçer bir bulgu değildir ve aksi ispat edilebilmektedir.

Yine yapılan araştırma neticesinde kardeş sayısının DEHB ile istatistiki anlamda bir ilişkisinin bulunmadığı saptanmıştır. Analizde kardeş sayısı anlamlı bir sonuç vermese de daha önce yapılan araştırmalar ışığında kalıtımsal anlamda özellikle tek ve çift yumurta ikizlerinin DEHB konusunda paralel gelişim sergiledikleri görülmüştür. Goodman ve Stevenson (1989)'ın yaptığı araştırmada; DEHB'nin kalıtımıyla ilgili gerçekleştirilen ikiz çalışmalarında tek yumurta ikizlerinin birinde DEHB olması halinde diğer ikiz eşinde bu bozukluğun görülme ihtimalinin %80-90 arasında olduğu saptanmıştır. Çift yumurta ikizlerinden birisinde DEHB olması halinde diğerinde de bu bozukluğu görülme olasılığı yaklaşık %30 olduğu belirtilmektedir.

Yapılan araştırma sonucunda anne-babanın eğitim durumunun çocukta tespit edilen DEHB ile anlamlı bir ilişki oluşturmadığı belirlenmiştir. Bu bağlamda anne-babanın DEHB'ye etkisinin aldıkları eğitim bakımından düşük, kalıtımsal olarak ise daha yüksek olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.

Araştırmada birleşik ilaç grubu, kullanılan ilaç sayısı ve IQ arasında ilişki bulunduğu saptanmıştır. Ayrıca Tezde yapılan analiz sonucunda DEHB grubundaki çocukların IQ seviyelerinin 90-110 arasında olma oranı DEHB+Eş Tanı grubundaki çocukların IQ seviyelerinin 90-110 arasında olma oranına göre anlamlı seviyede daha yüksek olduğu saptanmıştır. 90-110 arası bir IQ seviyesinin normal zekaya karşılık geldiği göz önünde bulundurulduğunda davranış ve hiperaktivite bozukluğu görülen

çocukların zeka oranlarının ortalamasının hem davranış ve hiperaktivite bozukluğu hem de psikiyatrik bozukluk görülen çocukların zeka ortalamalarına göre normal zekaya daha yakın olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır. Tahiroğlu ve Avcı (2005)'e göre uzun yıllar boyunca DEHB'nin beyin hasarından, beyindeki gelişim kusurundan kaynaklı olduğu düşünülmüş fakat daha sonra beyinde önemli bir hasarı bulunmayan, kişilerde de DEHB olabileceği görülmüştür. DEHB tanısı alan olguları beyin hacmi sağlıklı bireylere oranla daha düşük olduğu ve toplam beyin hacminin bilhassa sağ tarafta belirgin olmak üzere %3-5 kat daha düşük olduğu gösterilmiştir (Öner ve Aysev, 2007). Özetle, daha önceki yıllarda yapılan araştırmalarda somut olarak görüntüleme cihazlarıyla tespit edilebilen beyin hacmi küçüklüğüne ek olarak tezde yapılan araştırmada görülmüştür ki IQ seviyesi ile DEHB arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Taylor and Sanuga-Berke (2008)'e göre ani ölüm, epileptik nöbetler, karaciğer yetmezliği gibi durumlar oldukça ender görülmekte olup ilaçla ilişkili olup olmadığı konusunda net bir çıkarım yapılamamaktadır. Dört farklı tedavi modalitesinin uzun vadeli etkisini araştıran MTA çalışmasında ilaç alan gruplar tedavi boyunca yalnızca davranış tedavisi alan gruptan anlamlı şekilde daha üstün bulunmuştur. Davranış tedavisi eklenmesinin ebeveyn doyumunu artırdığı, içselleştirici belirtilerde iyileşme sağladığı, öğretmen tarafından bildirilen sosyal becerilerin gelişmesine, okuma becerisini kazanmaya ve eşlik eden tanıların belirtilerinin idaresine yardımcı olduğu bildirilmiştir. Uzun dönemli takiplerde ise başlangıçta verilen tedavi modaliteleri arasındaki fark ortadan kalkmıştır (MTA, 1999; Molina et al., 2009). Görüldüğü üzere kısa vadede ilaç alımı, sadece davranış bozukluğu tedavisi alanlara göre daha etkili olurken, uzun vadede bu farkın azaldığı belirtilmektedir. Tezde yapılan analize göre ise DEHB grubundaki çocuklara DDD+DE verilme oranının DEHB+Eş Tanı grubundaki çocuklara verilme oranına göre anlamlı seviyede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca DEHB grubundaki çocuklara birden fazla ilaç verilme oranı DEHB+Eş Tanı grubundaki çocuklara birden fazla ilaç verilme oranına göre anlamlı seviyede daha yüksek olduğu da analiz bulguları arasında yer almaktadır. İlginç olan kısım ise davranış bozukluğu ve hiperaktivite görülen çocukların, hem davranış bozukluğu ve hiperaktivite hem de psikiyatrik bozukluk görülen çocuklara oranla daha çok ilaç/doz kullanım oranı olmasıdır. Bipolar bozuklukta lityum ve antikonvülzan

ilaçlar duygudurum düzenleyici (DDD) olarak hastalık dönemlerinin tedavisi ve iyilik halinin sürdürülebilmesi için kullanılmaktadır (Smith ve ark. 2007). Ancak son dönemlerde yapılan doğal izleme çalışmaları bu hastalıkta beklenenin aksine kötü işlevsellik düzeyi ve DDD ile düşük koruma oranları bildirmektedir (Saka ve ark. 2001). Ayrıca DDD'lerin birleşik kullanımlarının veya DDD ile eş zamanlı kullanılan AP'nin etkisinin tek ilaç kullanımından daha yüksek olabileceği düşünülmektedir (Blanco ve ark. 2002, Cookson 2005). Tüm bu bulgulardan hareketle DEHB+Eş Tanı grubundaki çocukların DEHB grubundaki çocuklara oranla daha az birleşik ilaç grubu kullanmalarına rağmen IQ seviyelerinin normal insan zekası aralığında bulunma oranının daha düşük olduğu görülmektedir. Araştırmaya göre çocuklarda DEHB + Eş Tanı görülme oranı %67,3 iken, DEHB görülme oranı %32,7 olarak saptanması DEHB + Eş Tanı ve DEHB grubu çocukların ortalamada normal insan IQ'sunu yakalama oranlarının nispeten daha düşük olduğu sonucunu doğurmaktadır. DEHB grubundaki çocukların IQ'suna bakıldığında %3,1'lik bir kısmın 70 ve altı IQ'ya sahip olduğu görülürken, DEHB + Eş Tanı grubunda ise bu oran %10,2'ye tekabül etmektedir. Bunun yanında 110 ve üzeri IQ'ya sahip çocukların %34,2'si DEHB grubunda iken, DEHB + Eş Tanı grubunda ise bu oran %32,4 ile yakın bir değer aralığındadır. Her iki grupta da en geniş zeka aralığı 90-110 aralığı olup, DEHB grubunda nispeten bu oran daha yüksektir. (Tablo 4).

Araştırmaya göre Tanı ile anne ve babasının anksiyetesinin olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunurken tanı ile annenin ve babasının depresyonda olması arasında ilişki bulunmadığı saptanmıştır. Buradan hareketle kaygı bozukluğu olan anne ve babaların davranışlarının çocuklarında görülen DEHB ve DEHB + Eş Tanıdan ileri geldiği söylenebilir. Fakat çocuklarında DEHB ve DEHB + Eş Tanı rahatsızlığı bulunmasının annenin depresyona girmesi ile anlamlı bir ilişkisi olmadığı görülmüştür. Aynı şekilde çocuklarında DEHB ve DEHB + Eş Tanı rahatsızlığı bulunmasının babanın depresyona girmesi ile de anlamlı bir ilişkisi olmadığı görülmüştür. Biederman (2005)'in yaptığı araştırmaya göre DEHB'li vakalarda, DEHB'li olmayanlara oranla karşı olma, karşı gelme (yaklaşık %60'ında), davranım bozukluğu (%15), anksiyete bozuklukları (%30), öğrenme ve duygudurum bozuklukları (%25) ve madde kötü kullanımı olduğu görülmüştür. Ülkemizde gerçekleştirilen bir çalışmada erkeklerde en fazla eşlik eden bozukluk karşı olma-karşı gelme bozukluğu

(%62.3) olup bunu %30.2 ile davranım bozukluğu, %11.3 ile iletişim bozuklukları, %7.5 ile duygudurum bozuklukları ve %6.6 ile anksiyete bozuklukları takip ettiği görülmektedir. Kızlarda ise %54.8 ile karşı olma-karşı gelme bozukluğu, %22.6 ile davranım bozukluğu, %12.9 ile duygudurum bozuklukları, %9.7 ile iletişim bozuklukları ve %6.5 ile anksiyete bozuklukları en sık eşlik eden bozukluklar olarak tespit edilmiştir (Erman ve ark., 1999). Görüldüğü gibi anksiyete bozukluğuna rastlanma oranı kız ve erkeklere %6,5 ve %6,6 ile birbirine oldukça yakın değerlerde seyretmektedir. Buradan hareketle cinsiyetin anksiyete bozukluğu üzerinde bir etkisinin olmadığını söylemek yanlış olmayacaktır.

Tezde yapılan araştırmada çocuğun depresyonda olması ile annenin depresyonda olması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadığı tespit edilmiştir. Aynı şekilde çocuğun depresyonda olması ile babanın depresyonda olması arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadığı tespit edilmiştir. Buradan hareketle çocuktaki depresyon durumunun ebeveynlerinin depresyona girmesine neden olmadığı söylenebilir.

Araştırmada DEHB+Eş Tanı grubundaki çocuklarının anne ve babalarında anksiyete olma oranının DEHB grubundaki çocukların anne ve babalarında anksiyete olma oranına göre anlamlı seviyede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Davranış ve hiperaktivite bozukluğunun yanında psikiyatrik bozukluğa da sahip olan çocukların ebeveynlerinin yaşadığı kaygı bozukluğunun, sadece hiperaktivite bozukluğuna sahip olan çocukların ebeveynlerine göre daha çok etkilendiği görülmektedir. Hiperaktif ve davranış bozukluğu sergileyen çocukların yaşamlarının aileleri için ne kadar zor olduğu bilinen bir gerçekliktir. Çocukların sergilediği tutarsız davranışlar, sürekli hareket içinde olmaları, öğrenmeye itiraz etmeleri, iletişim problemleri yaşamaları vb. ebeveynlerin bu tedavi sürecinde psikolojik ve fizyolojik olarak yıpranmasına neden olmaktadır. bu sebeple ebeveynlerde anksiyete bozukluğu görülme oranı artmaktadır. Yine yapılan araştırmaya göre çocuğun anksiyetesinin olması ile annenin anksiyetesinin olması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunurken babasının anksiyetesinin olması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadığı görülmektedir. Bu durum küçük yaşlardaki çocukların anneleri ile daha fazla zaman geçirmesi bakımından annelerin, çocuklardaki kaygı bozukluğundan babalara oranla daha çok etkilendiğinin göstergesidir. Ayrıca araştırmada anksiyetesi olan çocukların annelerinin

anksiyetelerinin olma oranı anksiyetesi olmayan çocukların annelerinin anksiyetelerinin olma oranından anlamlı seviyede daha yüksek olduğunun tespit edilmesi yukarıdaki tespitin bir geri bildirim olarak kabul edilebilir. Öncü (2008)'nün yaptığı araştırmaya göre psikiyatri eş tanısı olan, ailesinde DEHB öyküsü bulunan veya psiko-sosyal zorluklar yaşayan çocuklarda DEHB belirtilerinin devam etme olasılığının daha yüksek olduğu ve belirtilen bu risk faktörlerinin iki veya daha fazlasının birlikte bulunması halinde DEHB'nin kalıcı olma riskinin arttığı bildirilmiştir. Bu sebeple DEHB'nin sadece çocuklarda görülen bir hastalık olduğu kanısından vazgeçilerek erişkinlerde görülen DEHB'lerin daha çok dikkate alınması ve çözüm yolları bulunması gerekmektedir. Zira Öncü (2008)'ye göre çocukların %50-70'inde belirtilerin yetişkinlikte de devam etmektedir. 1960'lı yılların başlarında 3 farklı açıdan erişkin bozukluğundan söz edilmekteydi. Bunlardan birincisi, bazı erişkin vakalarda hiperaktivite ve MBD semptomlarının gösterilmesi, ikincisi, hiperaktif çocukların ebeveynlerinin de hiperaktif olduğu ve erişkinlikte sosyopati, histeri ve alkolizm sorunları yaşadıklarının bildirilmesidir. Üçüncüsü ise hiperaktif çocukların biyolojik ebeveynlerinde dikkat ve dürtü kontrolü anormallikleri olduğunu tespit edilmiş olmasıdır (Barkley et al., 2008). Literatüre baktığımızda da kalıtsal olarak biyolojik ebeveynlerin çocuklarının DEHB ve DEHB+ Eş Tanı hastalığına sahip olmasında büyük etken olduğu görülmekte olup, tezde yapılan araştırma ile paralel sonuçlar ortaya çıktığı söylenebilir.

VI. SONUÇ

DEHB ve DEHB+ Eş Tanı grubunda yer alan çocuklar üzerinde yapılan araştırmalar neticesinde hem ilaç kullanımının hem de anne babadan gelen kalıtsal özelliklerin çocukların fizyolojik ve psikolojik gelişimlerine etki ettiği görülmüştür. DEHB, DEHB+Eş Tanı ve/veya anksiyete bozukluğuna sahip çocukların ebeveynlerinde de aynı bozuklukların görülme ihtimali oldukça yüksektir. Kaygı bozuklukları genel anlamda sürekli kötü bir haber alacağını düşünme, yaptığı işlerde kötü sonuçlar alacağını zannetme şeklinde tezahür etmektedir. Bu bağlamda normal ebeveynlerin çocuklarında DEHB ve DEHB+Eş Tanı rastlandığında, ebeveynlerde de kaygı bozukluğu ve psikolojik travmalar yaşama ihtimali artmaktadır. Bu bakımdan hastalığın teşhisinden itibaren süreci kabullenen ebeveynler, bu süreçte hasar almamak ve psikolojilerini korumak adına kendileri de bir uzmandan yardım almalıdır.

Çocukların özellikle 0-6 yaş gelişiminde annelerinin rolü oldukça fazladır. Soru sorma ve öğrenme eğilimi içinde olduğu dönemlerde, çocuğun DEHB ve DEHB + Eş Tanı bozukluğuna sahip olması, çocuğun sağlıklı bir mental gelişim göstermesine negatif olarak etki edecektir. Bu tür vakalarda ebeveynlerin bilinçli ve sağduyulu olmaları gerekmektedir. Çocuğun gelişimi boyunca uzmanlardan yardım alınmalı ve hekimlerin görüşlerine başvurulmalıdır. Çocukta DEHB ve DEHB+ Eş Tanı belirtilerinden 4-6 tanesinin fark edilmesi halinde derhal bir sağlık kuruluşuna başvurularak erken teşhis sağlanmalı ve gereken önlemler ivedilikle alınmalıdır.

DEHB ve DEHB+ Eş Tanı bozukluklarının yalnızca çocuklarda görülmesi söz konusu değildir. Yetişkinlerde de görülebilen bu bozuklukların, psikolojik tedavi ve ilaç tedavisi ile etkileri yok edilemeye/azaltılmaya çalışılmalıdır. Zira bu tür hastaların sosyal hayatlarını devam ettirmede büyük sorunlarla karşılaşmaları olasıdır. Sürekli stres altında olma, sorumluluk almaktan kaçınma, dikkati toplayamama gibi rahatsızlıklar kişinin hem sosyal hem de iş yaşantısını olumsuz etkileyecektir. Bu sebeple erişkinlerde görülen belirtilerden bir ya da birkaçı nüksedirse derhal bir uzmandan yardım istenmeli ve tedaviye başlanılmalıdır.

VII.ÖNERİLER

7.1. Yapılacak Araştırmalara ve Araştırmacılara Yönelik Öneriler

1. Araştırma NP İstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi Çocuk ve Ergen Kliniğinde 2010 - 2015 tarihleri arasında tedavi gören 652 çocuk ile sınırlıdır. Farklı bölgeler ve farklı klinikler ile örneklemeler seçilerek uygulama yapılabilir ve sonuçlar karşılaştırılabilir.

Araştırma özel bir psikiyatri hastanesinin çocuk ve ergen kliniğinde yürütülmüştür. Daha geniş bir sosyo-ekonomik çevrede görülen etkilerin saptanabilmesi için bir devlet hastanesinde uygulama yapılabilir ve sonuçlar karşılaştırılabilir.

2. Araştırma sosyo-ekonomik durumu iyi olan çocuklar ebeveynler üzerinde yapıldığı için sosyo-ekonomik durumu ve eğitim seviyesi daha düşük olan katılımcılara uygulanması ve sonuçların karşılaştırılması yararlı olacaktır.

3. Çalışmanın yürütüldüğü klinik mevcudunun 68,6'sının erkek çocuklarından oluşması homojen bir cinsiyet dağılımı üzerinden araştırmanın yapılmasına engel teşkil etmiştir. Araştırma, kız ve erkek çocukların mevcudunun daha homojen olduğu bir klinikte yürütülebilir ve sonuçlar karşılaştırılabilir.

4. Araştırma DEHB'li çocuklar ve ebeveynlerinin anksiyete ve depresyon durumuna değinmiştir. DEHB çok boyutlu bir klinik durumdur. Dolayısıyla tedavisi de çok boyutlu olmak zorundadır. Salt çocuğa yönelik değerlendirme ve tedavi planlaması yanlış ve yetersizdir. Bu nedenle bu tür çalışmalarda hem DEHB olgusunu çok boyutlu hem de aileyi çok boyutlu olarak ele almak gerekmektedir.

7.2. Uygulamalara Yönelik Öneriler

1. Araştırma yalnızca çocuk ve ergen hastalar üzerinde yapılmıştır. Halbuki DEHB ve DEHB+Eş Tanı, yetişkinlerde de rastlanan bozukluklardır. Daha sağlıklı bir araştırma için örneklem geniş tutularak yetişkinlerde görülen DEHB ve DEHB+Eş Tanı bozuklukları da araştırmaya dahil edilmelidir.
2. Yapılan araştırma anlık bilgi almayı sağlamaktadır. Çocuk ve ergenlerde görülen bu bozuklukların ileriki yaşlarda da devam edip etmediği, uygulanan psikolojik tedavi ve ilaç tedavisinin olumlu sonuçlar verip vermediğinin anlaşılabilmesi için aynı örneklem grubuna belirli aralıklarla benzer uygulamalar yapılarak gelişmeler kaydedilmelidir.
3. Daha önceki çalışmalarda uzun vadede davranış eğitimi alan çocukların sadece ilaç tedavisi alan çocuklarla benzer gelişim sergiledikleri saptanmıştır (MTA, 1999; Molina et al., 2009). Yurt dışında yapılan bu araştırmanın ülkemizde nasıl sonuç vereceğini anlamak adına benzer bir araştırma belirli aralıklarla hastalara uygulanabilir ve sonuçlar karşılaştırılabilir. Böylece gereksiz ilaç kullanımının önüne geçmek mümkün olabilir.
4. Halkın bilinçlenmesi ve erken teşhis için görsel basında, televizyonda ve sosyal medyada ebeveyn eğitimi ile ilgili programlara daha çok yer verilebilir.
5. Ebeveynlere ve çocuklara anne-baba- çocuk ilişkisi ve iletişimi ile ilgili seminerler düzenlenebilir. Bu seminerler Milli Eğitim Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve gönüllü kuruluşların işbirliği ile yapılabilir.
6. DEHB ve DEHB+Eş Tanı ve anksiyete bozuklukları ile ilgili belediyelerde, kamu kuruluşlarında, halka açık yerlerde, sosyal medyada bilgilendirme amaçlı broşürlere yer verilebilir.

VIII. KAYNAKÇA

AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescent with Attention Deficit Hyperactivity Disorder J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007 Jul;46(7):894-921.

Acosta MT, Arcos-Burgos M, Muenke M. 2004, "Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): complex phenotype, simple genotype?" Genet Med 2004;6(1):1-15.

Aktepe, E., Demirci, K., Çalışkan, AM., Sönmez, Y. 2010, "Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Hastalarda Belirti ve Tanı Dağılımları", Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 2010;23: 100-108 .

APA (American Psychiatric Association). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Second Edition. USA, Washington: American Psychiatric Association, 1968.

APA (American Psychiatric Association). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Second Edition. USA, Washington: American Psychiatric Association, 1980.

APA (American Psychiatric Association). DSM-IV-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision Vol. ed., American Psychiatric Association; 2000.

Ayaz, M., Ayaz, A., Başgöl, Ş., Karakaya, I., Gülen, Ş., Yar., A. ve ark. 2012, "3-5 Yaş Grubu Kurum Bakımındaki Çocuklarda Ruhsal Hastalık Sıklığı ve İlişkili Etmenler", Türk Psikiyatri Dergisi, 2012;23(2), 82-88.

Barbarese WJ, Katusic SK, Colligan RC, Pankratz VS, Weaver AL, Weber KJ, et al. 2002, "How common is attention-deficit/hyperactivity disorder? Incidence in a population-based birth cohort in Rochester, Minn. Arch Pediatr Adolesc Med 2002; 156(3):217-24.

Barkley RA, Brown TE.2008, "Unrecognized attention-deficit/hyperactivity disorder in adults presenting with other psychiatric disorders." CNS Spectr. 2008 Nov;13(11):977-84.

Barkley, R., Edwards, G. Diagnostic interview, behavior rating scales, and the medical examination. *Attention-deficit Hyperactivity Disorder: A Clinical Workbook*, 2, 2006.

Barkley RA, Murphy KR, Fischer M. *Attention deficit hyperactivity disorder in adults. What the science says*. 1st ed. Newyork, London: The Guilford Press, 2008. p.1-467.

Biederman, J., Mick, E. and Faraone, S.V. 2000, "Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type." *American Journal of Psychiatry*, 2000;157, 816-818.

Biederman J, Monuteaux MC, Mick E, Spencer T, Wilens TE, Silva JM, Snyder LE, Faraone SV. Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow up study *Psychol Med*. 2006 Feb; 36(2): 167-179.

Braun JM, Kahn RS, Froehlich T, Auinger P, Lanphear BP. 2006, "Exposures to environmental toxicants and attention deficit hyperactivity disorder in U.S. children". *Environ Health Perspect* 2006;114(12):1904-9

Brown, R.T, Freeman, W.S., Perrin, J.M. et al. 2001, "Prevalence and Assessment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Primary Care Settings", *Pediatrics*, 2001;107(3).

Canat, S. 1998. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. *In: GÜLEÇ, C (ed.) Psikiyatri Temel Kitabı 1 ed. Ankara: Hekimler Yayın Birliği*

Corrigan, P.W., Watson, A.C, Gracia, G., Slopen, N., Rasinski, K., Hall, LL. 2005, Newspaper Stories as Measures of Structural Stigma, *Psychiatric Services*, 2005;56(5): 551-556.

Dang M. T., Warrington D., Tung T., Baker D., Pan R.J., 2007, "A School-Based Approach to Early Identification and Management of Students With ADHD", *Journal of School Nursing*, 2007;23(1): 2-12.

Diamond, A. 2005, "Attention-deficit disorder (attention-deficit/hyperactivity disorder without hyperactivity): A neurobiologically and behaviorally distinct disorder from attention-deficit/hyperactivity disorder (with hyperactivity)", *Developmental Psychopathology*, 2005;17(3): 807–825.

Doğan S, Öncü B, Saraçoğlu GV, Küçükgöncü S. 2008, "Üniversite öğrencilerinde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirti sıklığı ve belirti düzeyi ile ilişkili gelişimsel, akademik ve psikolojik etmenler." *Türkiye’de Psikiyatri* 2008; 10(3):109-15.

Doyle BB. *Understanding and treating adults with attention deficit hyperactivity disorder*. 1st ed. Washington, London: American Psychiatric Publishing, 2006. p.1-313.

DSM-IV-TR Ruhsal bozuklukların tanısall ve sayımsal el kitabı Yeniden gözden geçirilmiş tam metin, 4. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2007. s.116-29.

Duran, Ş. 9, 10, 11 yaşındaki çocukların zihinsel gelişim ve benlik saygısına ailenin sosyo-ekonomik düzeyinin etkisi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2007.

Ercan E.S. Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *Dönence Basım ve Yayın Hizmetleri*; 2010. s.7-104

Ercan, S.E., Aydın, C. *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu*. (15. baskı). İstanbul: Gendaş Kültür Yayınları, 2007.

Ercan ES, Çetin FÇ, Mukaddes NM, Yazgan Y. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tedavisinde Atomoksetin. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2009; 16 (2): 113-118

Erman, Ö., Turgay, A., Öncü, B. ve Urdarivic, V. 1999, "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuk ve Gençlerde Yaş ve Cinsiyet Farklılıkları" *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 1999;6(1):12-18.

Faraone, S.V., Biederman, J., Mick, E. 2006, "The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis of follow-up studies". *Psychological Medicine*, 2006;36: 159-65.

Froehlich TE, Lanphear BP, Epstein JN, Barbaresi WJ, Katusic SK, Kahn RS. 2007, "Prevalence, recognition, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in a national sample of US children." *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007; 161(9):857-64.

Gershon J, Gershon J. 2002, "A meta-analytic review of gender differences in ADHD". *Journal of attention disorders* 2002;5(3); 143-154.

Ghanizadeh, A., Bahredar, MJ., Moeini, S. 2006, "Knowledge and attitudes towards attention deficit hyperactivity disorder among elementary school teachers," *Patient education and counseling*, 2006;63, 84-88.

Goodman R, Stevenson J. 1989, "A twin study of hyperactivity: II. the aetiological role of genes, family relationships and perinatal adversity" *J Child Psychol Psychiatry*, 1989;30:691-709.

Greenhill L, Beyer DH, Finkleson J, Shaffer D, Biederman J, Conners CK, Gillberg C, Huss M, Jensen P, Kennedy JL, Klein R, Rapoport J, Sagvolden T, Spencer T, Swanson JM, Volkow N. 2002, "Guidelines and algorithms for the use of methylphenidate in children with Attention- Deficit/ Hyperactivity Disorder." *J Atten Disord.* 2002; 6: 89-100.

Halperin, J.M., Newcorn, J.H., Koda, V.H., Pick, L., McKay, K.E., and Knott, P. 1997, "Noradrenergic mechanisms in ADHD children with and without reading disabilities: A replication and extension". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997; 36: 1688-1697.

Hechtman L, McGough JJ. Dikkat eksikliği bozuklukları (Çeviri: Öner Ö, Aysev A). Aydın H, Bozkurt A (Editörler). Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry, 8. baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2007. s.3183-205.

Kaplan, R.F. and Stevens, M.C. 2002, "A review of adult ADHD: A neuropsychological and neuroimaging perspective". *CNS Spectrums*, 2002;7(5), 355-362.

Kayalp, L. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi etkinlikleri, 2008;62: 147-152

Kenemans, J.L., Bekker, E.M., Lijffijt, M., Overtom, C.C.E., Jonkman, L.M. and Verbaten, M.N. 2005, "Attention deficit and impulsivity: Selecting, shifting, and stopping". *International Journal of Psychophysiology*, 2005;58(1), 59-70

Kessler, CR., Adler, L.A., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C.K., Faraone, S.V., Greenhill, L.L., Jaeger, S., Secnik, K., Spencer, T., Üstün, T.B. and Zaslavsky, A.M. 2005, "Patterns and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder persistence into adulthood: Results from the national comorbidity survey replication." *Biological Psychiatry*, 2005;57, 1442-1451.

Kessler CR, Adler LA, Barkley R, Biederman J, Conners KC, Demler O, et al. 2006, "The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication". *Am J Psychiatry* 2006; 163(4):716-23.

Kim BN, Lee JS, Cho SC et al. 2001, "Methylphenidate increased regional cerebral blood flow in subjects with attention deficit/hyperactivity disorder" *Yonsei Med J*, 2001;42:19-29

Martín, F.M.D., Fernández-Jaén, A., García-Segura, J.M. and Quiñones-Tapia, D. 2010, "Neuroimaging in attention deficit hyperactivity disorder." *Review Neurology*, 2010;3(50) Suppl 3, 125-133.

Maugh II, Thomas H. 2010, "Study links pesticide to ADHD in children". *The Los Angeles Times* 2010;5:16.

Michelson D, Adler L, Spencer T, Reimherr FW, West SA, Allen AJ, ... & Milton D. 2003, "Atomoxetine in adults with ADHD: two randomized, placebo-controlled studies." *Biological psychiatry* 2003;53(2):112-120.

Millichap JG. 2008, "Etiologic classification of attention-deficit/hyperactivity disorder". *Pediatrics* 2008;121(2):e358-65.

Millichap JG. 2010, "Attention Deficit Hyperactivity Disorder Handbook: A Physician's Guide to ADHD." In. New York: Springer-Verlag; 2010. p. 27.

Molina B.S.G. and Pelham W. 2003, "Childhood Predictors of Adolescent Substance Use in a Longitudinal Study of Children with ADHD". *Journal of Abnormal Psychology*, 2003;112, 497–507.

Molina BS, Hinshaw SP, Swanson JM, Arnold LE, Vitiello B, Jensen PS, ... & Houck PR. 2009, "The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined type ADHD in a multisite study". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2009; 48(5): 484.

MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56(12):1073–1086.

Nigg, J.T. and Casey, B.J. 2005, "An integrative theory of attention-deficit/hyperactivity disorder based on the cognitive and affective neurosciences". *Development and Psychopathology*, 2005;17(3), 785-806.

Öç, Ö.Y., Karakaya, I., Şişmanlar, Ş. 2009, "Epilepsi ve DEHB Tanılı Çocuklarda Güncel Tedavi Yaklaşımları", *New/Yeni Symposium Journal*, 2009;471: 3.

Öktem, F., Kültür, E, Topçu, M., Yalınzoğlu, D. 2004, "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu," *Hacettepe Tıp Dergisi*, 2004;35:160-167

Öncü, B. Yetişkinde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu. Karakaş, S. (Ed). *Kognitif Nörobilimler içinde* (417-436). Ankara: MN Medikal & Nobel Tıp Kitap Sarayı, 2008.

Öner, P., Öner, Ö., Aysev, A. 2003, "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu", *Sted (Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi)*, 2003;12(3), 97-98

Öner Ö, Aysev SA. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. Aysev S.A, Taner I.Y. *Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları*. Golden Print; 2007. s.399-415.

Öner Ö, Kılıç EZ. 2000, "Çocuk ve ergenlerde bipolar affektif bozukluk ve hiperaktivite ayırıcı tanısı." *Türk Psikiyatri Derg.* 2000;11(1):58-63.

Öztürk, M.O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. (9.baskı). Ankara:Nobel Tıp Kitabevi, 2004.

Pelham WE, Gnagy EM, Burrows-Maclean L, Williams A, Fabiano GA, Morrisey SM, and Morse GD. 2001, "Once-a-day Concerta methylphenidate versus three-times-daily methylphenidate in laboratory and natural settings". *Pediatrics* 2001;107(6):e105-e105.

Pliszka, S.R., McCracken, J.T., and Maas, J.W. 1996, "Catecholamines in attention deficit/hyperactivity disorder: Current perspectives." *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996; 35,264–272.

Polanczyk G, de Lima M, Horta B, Biederman J , Rohde L. 2007, "The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis." *American journal of psychiatry* 2007;164(6); 942-948.

Raskin, L.A., Shaywitz, S.E., Shaywitz, B.A., Anderson, G.M., and Cohen, D.J. 1984, "Neurochemical correlates of attention deficit disorder." *Pediatric Clinics of North America*, 1984;31: 387–396.

Retz W, Klein RG (eds): Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. Key issues in mental health. Basel, Karger; 2010; 176:1-183

Roman T, Rohde LA, Hutz MH. 2004, "Polymorphisms of the dopamine transporter gene: influence on response to methylphenidate in attention deficit-hyperactivity disorder." *Am J Pharmacogenomics* 2004;4(2):83-92.

Sagvolden, T., Wultz, B., Moser, E.I., Moser, M., and Morkrid, L. Results from a comparative neuropsychological research program indicate altered reinforcement mechanisms in children with ADD. In T.Sagvolden & T. Archer (Eds.), *Attention deficit disorder: Clinical and basic research* (pp. 261–286).Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1989.

Schubert R. 2005, "Attention deficit disorder and epilepsy", *Pediatric Neurology*, 2005;32: 1, 1-10,

Sherman DK, Iacono WG, McGue MK. 1997, "Attention-deficit hyperactivity disorder dimensions: a twin study of inattention and impulsivity-hyperactivity." J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997;36(6):745-53.

Smith KM, Daly M, Fischer M, Yiannoutsos CT, Bauer L, Barkley R, Navia BA. 2003, "Association of the dopamine beta hydroxylase gene with attention deficit hyperactivity disorder: genetic analysis of the Milwaukee longitudinal study." Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet 2003;119B(1):77-85.

Spencer TJ, Biederman J, Mick E., 2007, attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. J Pediatr Psychol. 2007 Jul;32(6): 631-642.

Spetie L, Arnold EL. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Ed: Lewis M, Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook. 4 th Edition, pp. 431-454, Lippincott, Williams&Wilkins, Baltimore, 2007.

Stahl SM. Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications. 3 rd Edition, Cambridge University Press, New York, USA, 2008.

Stein, D.B. *Ritalin Cozum Değil*, İstanbul: Kuraldısı Yayıncılık, 2002.

Swanson JM, Flodman P, Kennedy J, Spence MA, Moyzis R, Schuck S, Murias M, Moriarity J, Barr C, Smith M, Posner M. 2000, "Dopamine genes and ADHD". Neurosci Biobehav Rev 2000;24(1):21-5.

Şahin ÖÖ. Üniversite Öğrencilerinde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Yaygınlığı, Eşitimi ve Riskli Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi). Edirne: Tarkya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2009.

Şenol, S., İşeri, E., Koçkar, A.Ş. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Dikkati Dağıntık, Yerinde Duramayan Çocuklara Doğru Yaklaşımlar, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2006.

Tahiroğlu, Y.A. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Sosyodemografik Özellikleri, Eşlik Eden Bozukluklar ve Tedavi Yaklaşımları. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fak, Adana, 2003.

Taylor E, & Sonuga-Barke E. Disorders of attention and activity. Eds: Rutter M, Bishop DVM, Pine DS, Scott S, Stevenson J, Taylor E, Thapar A. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, Fifth Edition, pp. 519-542. Blackwell Publishing Limited, Garsington Road, Oxford, UK, 2008.

Tufan, A. E., Yaluğ, İ. 2009, "Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuunda Eş tanılar", *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2009;1: 187-200.

Tuğu, Ş., Şahin, ÖÖ. 2010, "Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Nörobiyoloji, Tanı Sorunları ve Klinik Özellikler", *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*. 2010;2(1): 75-116.

Turgay A. Diagnosing and Treating ADHD in Adults. *The Canadian J of CME* 2001; 182-190.

Turgay A. Tedavi edilmeyen dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuunun bedeli ve tedavide yenilikler, 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2009. s.8-48.

Turgay, A., Semerci, B. Bebeklikten Eriskinliğim Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu. (3. baskı). İstanbul: Alfa Yayınları.

Türe, F.S. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların (8-12 Yaş) Değişik Anne Tutumlarına Göre Benlik Saygı Düzeylerinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2010.

Weis M, Weis G. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Child and Adolescent Psychiatry: A comprehensive Textbook*, Lewis M (thir ed.) Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, 2002, p:645-670

WHO (World Health Organization). *Mental disorders: glossary and guide to their classification in accordance with the ninth revision of the international classification of diseases*. Geneva: World Health Organization, 1978.

Wilens TE, Biederman J, Spencer T. Attention deficit-hyperactivity disorder Across Lifespan. *Ann Rev Med.* 2002; 3, 113-131.

Volkow ND, Wang GJ, Kollins SH, Wigal TL, Newcorn JH, Telang F, Fowler JS, Zhu W, Logan J, Ma Y, Pradhan K, Wong C, Swanson JM. 2009, "Evaluating dopamine reward pathway in ADHD: clinical implications." *JAMA* 2009;302(10):1084-91.





T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK
(İNSAN ÜZERİNDE YAPILAN)ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2015 / 86

13 Nisan 15

Sayın Yrd. Doç. Dr. Nüket İştien
(Meltem Sunar)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 10 Nisan 2015 tarihinde, 04 No.lu toplantısında değerlendirmeye almış olduğu "İstanbul'da Özel Bir Psikiyatri Hastanesinin Çocuk ve Ergen Kliniğine Son 5 Yıl İçinde Başvuran Bireylerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Eşlik Eden Hastalıkların Sıklığı, Olguların Sosyodemografik ve Klinik Değerlendirmesi" adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Yrd. Doç. Dr. Cumhuri TAŞ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Sayı : 2015 / 403
Konu : Araştırma İzni Hk.

13.03.2015

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'na

“İstanbul’da özel bir psikiyatri hastanesinin çocuk ve ergen kliniğine son 5 yıl içinde başvuran bireylerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve eşlik eden hastalıkların sosyo-demografik ve klinik değerlendirmesi” isimli çalışmanın, Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunuzca verilecek etik onay sonrasında Özel NPİSTANBUL Nöropsikiyatri Hastanesi’nde yapılmasına izin veriyorum.

Uzm. Dr. Boray ERDİNÇ
Mesul Müdür

