



T.C.

AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİMDALI

**AYDIN EFELER'DE AİLE SAĞLIĞI
MERKEZLERİNE BAŞVURAN 6-13 YAŞ ARASI
ÇOCUKLARDA DİKKAT EKSİKLİĞİ VE
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TARAMASI**

UZMANLIK TEZİ

DR. RİTA NABİYEVA

DANIŞMAN:

Prof. Dr. AYFER GEMALMAZ

AYDIN-2021

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİMDALI

AYDIN EFELER'DE AİLE SAĞLIĞI
MERKEZLERİNE BAŞVURAN 6-13 YAŞ ARASI
ÇOCUKLARDA DİKKAT EKSİKLİĞİ VE
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TARAMASI

UZMANLIK TEZİ
DR. RİTA NABİYEVA

DANIŞMAN:
Prof. Dr. AYFER GEMALMAZ

AYDIN-2021

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim sırasında bilgi ve deneyimlerini bizlerle paylaşan değerli hocam, tez danışmanım Prof. Dr. Ayfer GEMALMAZ'a, tecrübeleriyle bizlere büyük katkıları olan hocalarım Prof. Dr. Okay BAŞAK ve Prof. Dr. Serpil DEMİRAĞ'a, tezimde olan yardımlarından dolayı Dr. Seçil Asrav Şentosun, Dr. Seval Sarıkaya, Dr. Emine Kırmızıgül ve Dr. Nilüfer Şalvarlı'ya, veri toplamamdaki katkılarından dolayı uzman arkadaşlarıma, asistanlık hayatım boyunca destekleriyle yanımda olan eşkıdemli asistan arkadaşlarıma, çok sevdiğim aileme, anneme çok teşekkür ederim.

Dr. Rita Nabiyeva

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
TABLolar DİZİNİ.....	v
KISALTMALAR DİZİNİ	vi
EKLER DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2. DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU	3
2.1. Tanım.....	3
2.1.1. Tarihçe.....	3
2.1.2. Epidemiyoloji	4
2.1.3. Etiyoloji ve Risk Faktörleri	5
2.1.3.1. Genetik Faktörler.....	5
2.1.3.2. Nörokimyasal Etkenler.....	5
2.1.3.3. Biyolojik etkenler	5
2.1.3.4. Psiko-sosyal ve çevresel etkenler	6
2.1.4. Klinik.....	6
2.1.4.1. DEHB Alt Tipleri	6
2.1.5. Tanı.....	7
2.1.5.1. Eşlik eden psikiyatrik tanılar	9
2.1.6. Ayırıcı Tanı	9
2.1.6.1. Karşıt olma - karşı gelme bozukluğu.....	10
2.1.6.2. Özgül öğrenme güçlüğü.....	10
2.1.6.3. Otizm spektrum bozukluğu	11
2.1.6.4. Depresyon.....	11
2.1.6.5. İşitme Kaybı	11

2.1.6.6. İhmal ve istismar, kaotik aile yapısı	11
2.1.6.6.1. Travma sonrası stres bozukluğu	11
2.1.7. Erken Tanı ve Tarama	11
2.1.7.1. Çocuk ve ergenlerde davranım bozuklukları için DSM-IV'e dayalı tarama ve Değerlendirme ölçeği (Turgay)	11
2.1.8. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tedavisi	12
2.1.8.1. Farmakolojik tedavi	12
2.1.8.2. Psikoterapötik Tedavi Yöntemleri	13
2.1.8.3. Bilişsel Davranışçı Terapi	13
2.1.8.4. Çocuk Merkezli Oyun Terapisi	14
2.1.8.5. Psikoeğitim	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM	15
3. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ	15
3.1. Araştırmanın Tipi	15
3.2. Araştırmanın Yeri	15
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	15
3.4. Dahil edilme ölçütleri:	15
3.5. Dışlanma Ölçütleri:	16
3.6. Verilerin Toplanması	16
3.7. İzinler	17
3.8. Verilerin Analizi	17
4. BULGULAR	18
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	18
4.2. Katılımcıların Prenatal Özellikleri	20
5. TARTIŞMA	24
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	29

ÖZET	30
SUMMARY	31
KAYNAKLAR.....	32
EKLER	44



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo I. DSM 5' e göre Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanı Ölçütleri	8
Tablo II. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	19
Tablo III. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine göre DEHB Riskinin Karşılaştırılması	20
Tablo IV. Katılımcıların Prenatal Özellikleri ve DEHB Riskinin Karşılaştırılması	21
Tablo V. Gebelikte Geçirilen Hastalıklar	22
Tablo VI. Katılımcıların Gebelikte Geçirdiği Hastalıklar ve DEHB Riskinin Karşılaştırılması	23
Tablo VII. DEHB alt grupları.....	23

KISALTMALAR DİZİNİ

ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
ADÖ	: Aile Değerlendirme Ölçeği
APA	: America Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)
ÇEDBÖ	: Çocuk ve Ergenlerde Davranış Bozuklukları Tarama Ölçeği
DEAHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DA	: Dopamin
DSM-5	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th edition
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EEG	: Elektroensefalografi
FDA	: Food and Drug Administration
FHC	: Family health Center
KOKGB	: Karşıt Olma Karşı Gelme bozukluğu
IQ	: Intelligence Quotient
ICD	: International Classification of Diseases
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
MPH	: Metilfenidat
NA	: Noradrenalin
OSB	: Otizm Spektrum Bozukluğu
PET	: Pozitron Emisyon Tomografisi
SSRI	: Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörü
SPSS	: Statistical Package For Social Sciences
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

EKLER DİZİNİ

EK 1. Veri Toplama Formu	44
EK 2. Çocuk ve Ergenlerde Davranış Bozuklukları için DSM-4 ‘e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (ÇEDBÖ)	46
EK 3. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onay Yazısı	47
EK 4. Aydın Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni	48



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), çocukluk döneminde sıklıkla karşılaşılan psikiyatrik bozukluktur. DEHB, gelişimsel düzey ile uyumsuz biçimde dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellikle kendini belirten, toplumsal, okul veya işle ilgili etkinlikleri olumsuz etkileyebilen nörogelişimsel bir bozukluktur. DEHB'nin etiolojisinde birçok genetik, çevresel ve biyolojik faktörün rol oynadığı bilinmektedir (1,2).

DEHB epidemiyolojisini araştıran çok fazla çalışma yapılmıştır ve %0,9 ile %20 arasında değişen oldukça farklı sıklık oranları bildirilmiştir (10,18). En geniş kapsamlı meta-analizlerden ilki 2007 yılında yapılmış ve DEHB'nun dünya genelindeki sıklığı %5,2 olarak bulunmuştur (18). Yapılan başka bir meta-analiz çalışmasında 2012 yılında dünyadaki DEHB sıklığının artış gösterdiği ve %5,9-7,1 olarak bildirilmiştir (19).

Her iki cinsiyette de görülen DEHB erkeklerde kızlara oranla 3 kat daha yüksek saptanmıştır ve bu farklılığının erkeklerde davranışsal belirtilerin daha fazla olmasından kaynaklanabileceği belirtilmiştir (22). Kızlarda daha çok dikkat eksikliği, erkeklerde ise hiperaktivite ve dürtüsellik tarzıyla görülmektedir (3).

Kronik bir hastalık olan DEHB'nin, hastalara, ailelerine ve topluma etkisi olduğu ve sağlık sistemine hem sosyal ve hem maddi yük getirdiği bilinmektedir. Erken çocukluk döneminde başlayan; dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri gibi çocuğun gelişim dönemine uygun olmayan davranışlara neden olan nörogelişimsel bozukluktur (4). DEHB'nin okul öncesi dönemde tanınması ve erken müdahale ile ilerki yaşlarda gelişecek eş tanıların azaltılabileceği bildirilmiştir (38).

Bu çocukların davranış problemleri karşısında öğretmenlerin ve ailelerin, çoğu zaman kendilerini çaresiz hissetmeleri, DEHB konusundaki çalışmaların önemini artırmaktadır (21).

Çalışmamızda, DSM-IV'e dayalı, tarama testi olan, 41 maddeden oluşan Çocuk ve Ergen Davranış Bozukluğu Ölçeği'nin (ÇEDBÖ) DEHB'nu sorgulayan 18 maddesi kullanılmıştır. Tarama testinin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenirlik çalışması 2001 yılında Ercan ve ark. tarafından 2001 yılında yapılmıştır (20).

Erken tanının olumlu sonuçları düşünöldüğünde DEHB taramasının önemi daha iyi anlaşılmaktadır. Buradan hareketle, birincil amacımız Aydın Efeler ilçesinde Aile Sağlık Merkezlerine (ASM) başvuran 6-13 yaş arası çocuklarda CEDBÖ tarama testini kullanarak DEHB risk sıklığı hakkında ön bilgi edinmek, riski arttıran faktörleri belirlemektir. İkincil amacımız ise, riski yüksek olan çocukları Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları Polikliniğı'ne yönlendirip tanı almalarını sağlamak, aynı zamanda DEHB konusunda sağlık çalışanlarında ve ailelerde farkındalık yaratmaktır.



2. GENEL BİLGİLER

2. DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

2.1. Tanım

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) çocukluk döneminde başlayan; dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri gibi çocuğun gelişim dönemine uygun olmayan davranışlara neden olan nörogelişimsel bozukluktur (1,2). DEHB psikolojik, akademik ve sosyal yönlerden önemli sorunlara neden olabilmektedir. (5,6).

2.1.1. Tarihçe

Alman bilim adamı Melchior Adam Weikard'ın “Der Philosophiche Artz” kitabında dikkat bozuklukları konusunda yazdığı ‘Attentio Volubilis’ yazısı literatürdeki DEHB’yi tanımlamaya yönelik bilgiler içeren ilk kaynak olarak bilinmektedir ve 1775’te yayınlanmıştır. Bu eserde sinir hücrelerindeki duyarlılığın bozulmasının bu hastalığın sebebi olabileceği belirtilmiştir ve DEHB’nun temel belirtilerinden (odaklanma problemi, sabırsızlık, dikkat dağınıklığı) bahsedilmiştir (8). Heinrich Hoffmann’ın 1844 yılında, 3-6 yaş arası çocuklar için hazırladığı resimli öykü kitabındaki öykülerden biri olan “Fidgety Phil” isimli öyküde, hem dikkat eksikliği hem de hiperaktivite belirtileri olan bir çocuktan bahsedilmektedir. Bu kitabın beşinci baskısına eklenen dikkat eksikliği belirtileri yoğun olan bir çocuğun anlatıldığı öykünün ismi “Johnny Look-in-the-air” dir (9). İnfluenza pandemisinden sonra Ensefalit Letarjika geçiren çocuklarda algısal bozukluklar ve davranış problemleri olduğu görülmüş, 1900’lü yıllarda ‘Minimal Beyin Hasarı’ olarak tanımlanmış fakat zamanla vakaların çoğunda herhangi bir beyin hasarı olmadığı görülmüş ve “Minimal Beyin Disfonksiyonu” olarak bahsedilmiştir (14).

Sir George Frederic Still, 1902 yılında dikkatini sürdürmekte ve öz denetimini sağlamakta ciddi güçlükler yaşayan, sinirli, otoriteye karşı direnç ortaya koyan, dürtü kontrolü zayıf ve sonuçlarını düşünmeden davranan 43 çocukta yeni tanı arayışı DEHB’nu ortaya çıkarmıştır (7). Bu çocuklarda akranlarına göre öğrenme ve davranış problemlerinin, dikkat dağınıklığının daha fazla olduğu görülmüştür. Intrauterin dönemde ve doğum sonrasındaki beyin hasarlarının, kalıtsal faktörlerin, çevresel faktörlerin bu çocuklarla akranları arasında fark oluşmasına neden olabileceğini belirtmişlerdir (9,11). DEHB

belirtileri olan çocuklar için bazı dönemlerde minimal beyin zedelenmesi, organik hareketlilik, minimal beyin disfonksiyonu gibi tanımlamalar da kullanılmıştır (12).

İlk kez 1965 yılında Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması (International Classification of Diseases) ICD9'da 'Çocukluk Çağının Hiperkinetik Sendromu' olarak tanımlanmıştır. Amerikan Psikiyatri derneğinin Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının ikincisinde (DSM-II) de aynı tanı ismiyle yer almıştır. DSM-III'te ise iki alt gruba ayrılmıştır; 'Hiperaktivitenin Eşlik Ettiği Dikkat Eksikliği' ve 'Hiperaktivitenin Eşlik Etmediği Dikkat Eksikliği' (13). DSM-IV-TR' de ise 'Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları' tanısı kullanılmıştır ve üç alt gruba ayrılmıştır; Dikkatsizliğin önde geldiği tip, birleşik tip ve hiperaktivite-dürtüsellik önde geldiği tip (17).

DEHB en güncel tanı sınıflaması kitabı olan DSM-5 (APA,2013)'te nörogelişimsel bozukluklar kategorisinde yer almıştır. Belirtileri aynı kalmış ancak başlangıç kriteri 7 yaştan 12 yaşa genişletilmiş, dikkatsizlik ve/veya aşırı hareketlilik ve dürtüsellik alt tiplerine tanı koymak için karşılanması gerekli olan kriterler 17 yaş ve üstü için altı kriterden beş kriter azaltılmıştır (1).

2.1.2. Epidemiyoloji

DEHB epidemiyolojisi konusunda yapılan birçok araştırma sonucu %0,9 ile %20 arasında yaygınlık oranları bildirilmiştir (18). DEHB Amerikan Psikiyatri Birliği verilerine göre, okul çağı çocuklarının %3-7'sinde saptanmaktadır (17). 2007 yılında yapılan geniş kapsamlı bir metaanaliz sonucunda DEHB'nin dünya genelindeki yaygınlığı %5,29 olarak saptanmıştır (18). Farklı bir meta-analiz çalışmasında 2012 yılında dünyadaki yaygınlığı %5,9-7,1 olarak bildirilmiştir (19).

Sivas'ta yapılan bir çalışmada 1425 çocuğun ebeveyn ve öğretmen ölçek puanlarına göre 6-15 yaş arası DEHB sıklığı %8,1 olarak bildirilmiştir (16). Trabzon'da benzer bir çalışmada 6-12 yaş arası 1226 katılımcının DEHB sıklığı %8,6 olarak bulunmuş ve erkek/kız oranı 3,5/1 olarak saptanmıştır (21). Ercan ve arkadaşları tarafından 2010 yılında, İzmir'de yapılan benzer bir çalışmada ise DEHB sıklığı %13,38 olarak bulunmuştur (23). Klinik olarak DEHB'nin erkeklerde kızlardan daha fazla olduğu bilinmektedir. (3/1) Bu farklılığının; klinik başvuru sıklığının davranışsal semptomların erkeklerde daha fazla olmasından kaynaklanabileceği belirtilmiştir (22).

2.1.3. Etiyoloji ve Risk Faktörleri

DEHB'nun sebebi tam olarak bilinmemektedir. Ancak etyolojisinde biyolojik, genetik ve çevresel etkenlerin rol oynadığı kabul edilmektedir (2,4).

2.1.3.1. Genetik Faktörler

Birinci derece akrabalarında DEHB olan çocuklarda riskin 5-9 kat arttığı görülmüştür bu durum DEHB etyolojisinde genetik faktörlerin etkili olduğunu göstermektedir. (40). Aile öyküsü olmayanlarda DEHB sıklığı %5-10 arasında olmasına rağmen, kardeşlerde DEHB olanlarda %50, ikinci derece akrabalarında DEHB olanlarda %25 görülme sıklığı görülmektedir (24). Tek yumurta ikizlerinde %50-80, çift yumurta ikizlerinde %33 oranında DEHB birlikteliği görülmektedir (25). Etiyolojide en çok ilişkili bulunan genler; serotonin reseptörü 2A geni, katekol-O-metiltransferaz, dopamin taşıyıcı geni, dopamin D4 reseptör geni, dopamin D5 reseptör geni, serotonin taşıyıcı gen, serotonin reseptörü 1B geni, kolinerjikreseptör nikotinik alfa 4 alt ünitesi, sinaptozomal ilişkili protein 25 ve beyin türevli nörotrofik faktör genidir (26).

2.1.3.2. Nörokimyasal Etkenler

DEHB ve prefrontal korteks işlevleri arasında yakın ilişki olduğu bilinmektedir. Prefrontal kortekste noradrenalin (NA) ve dopamin (DA) seviyelerindeki düzensizlikler DEHB belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (27). DEHB olan kişilerde aynı zamanda katekolamin seviyelerinde düzensizlik olduğu görülmüştür. BOS'taki homovalinik asit (HVA) düzeyi ile DEHB'li çocuklardaki aşırı hareketlilik arasında ilişki görülmüştür; Psikostimülana yüksek yanıt oranı olan çocuklarda HVA düzeyi yüksek saptanmıştır (28,36).

2.1.3.3. Biyolojik etkenler

DEHB benzeri bulguların oluşması, prefrontal korteks hasarı sonrası oluşması bu bozukluğun etyolojisinde beyinin yapısal bir bozukluğunun etken olabileceğini düşündürmüştür (36). DEHB tanılı vakalarda serebellum, frontal korteks ve subkortikal yapılarda hacminde azalma saptanmıştır (7). DEHB tanılı çocukların kortekslerinin en kalın haline, tanısı olmayan çocuklara göre normalden 3 yıl daha geç ulaştığı manyetik rezonans görüntüleme sonuçlarıyla karşılaştırma yapılan bir çalışmada saptanmıştır (37).

2.1.3.4. Psiko-sosyal ve çevresel etkenler

Biyolojik etmenlerin yanı sıra psikososyal etmenlerin de DEHB'nun ortaya çıkmasında ve prognozunun ilerlemesinde rolü olduğu bilinmektedir (29,30).

DEHB belirtilerinin kronikleşmesi ve yetişkinlikte de devam etmesine sebep olacak riskli durumlar arasında ailede DEHB veya başka bir psikiyatrik hastalık öyküsünün bulunması, gelir düzeyinin düşük olması gibi olumsuz psikososyal özellikler sayılmaktadır. Çocuğun zeka düzeyinin iyi olması ve aile davranışının olumlu olması kronikleşme riskini azaltmaktadır (31,32).

DEHB biyolojik temelli bir hastalık olsa da hastalığa yaklaşımda psikososyal müdahalelerin de önemli olduğunu düşünmek gerekmektedir. Düşük doğum ağırlığı ve prematürite, annenin gebeliği sırasında stresli olması, sigara içmesi, kullandığı ilaçlar, alkol veya madde kullanması, perinatal stres ile DEHB arasında ilişki olduğu bulunmuştur (33,34). Çocukluk çağında geçirilen viral enfeksiyonlar, kafa travmaları, epilepsi nöbetleri, toksinlere maruz kalmak DEHB oluşumunda etkisi olabilecek nedenler içinde gösterilmektedir (35,29).

2.1.4. Klinik

2.1.4.1. DEHB Alt Tipleri

DEHB'nin klinik özelliklerine göre üç alt gruba ayrılmıştır:

- **Dikkat Eksikliği Baskın Tip:**

Dikkat eksikliğinin ön planda olduğu bu tipte, çocuğun yaşına, sosyal ve kültürel özelliklerine göre dikkati beklenenden daha dağınıktır. Dikkatini toplayabilse bile basit bir uyaran ile kolay dağılmaktadır bu yüzden günlük işlerini düzene koymakta güçlük yaşamaktadırlar. Ayrıca bu çocuklarda unutkanlık da ön plandadır. Kişinin ilgisini çeken konularda sorumluluk konusunda zorlanma daha az görülmektedir (40).

- **Hiperaktivite/Dürtüsellik Baskın Tip:**

Hiperaktivite sürekli sıkılma, yerinde duramama, oturmaları gereken durumlarda sürekli ayakta olmaları, çok konuşma, sık yaralanma, hareketli etkinlikleri tercih etme olarak kendini göstermektedir. Başladıkları işi tamamlamakta zorluk çekmektedirler.

Dürtüsellik engellenme eşiğindeki düşüklükle ilişkilidir, karşısındakinin sözünü kesme, sırasını bekleyememe, kurallara uymada zorluk çekme gibi davranış problemleri göstermektedirler (40).

- **BirleşikTip:**

Kliniğe en sık başvuran grup olan birleşik tipte hem dikkat sorunları hem de aşırı hareketlilik bulunmaktadır. En sık kurallara uymayan, yaptığı işe odaklanamayan, zihinsel kapasitesinin altında performans gösteren ve sık kaza geçiren çocuklarda görülmektedir.

Yaş gruplarına göre DEHB'nin klinik özellikleri değişiklik göstermektedir. Aşırı hareketlilik, akranlarına oranla çok daha kısa dikkat süresi, oyunlarda sıra bekleyememe, sabırsızlık, öfke nöbetleri, karşı gelme davranışları, fiziksel zarar verici davranışlar, uyku saatlerinde düzensizlik gibi sorunlar özellikle okul öncesi dönemde görülebilmektedir. DEHB'nin okul öncesi dönemde tanınması ve erken müdahale sayesinde ileri yaşlarda oluşacak eşyanın azaltılabileceği saptanmıştır (38). Sergilediği davranışlar ile otoritenin tepkisini gören DEHB belirtisi olan kişiler zaman içerisinde olumsuz benlik imajı duygusu geliştirirler. Güvensizlik geliştiren bu bireylerde zamanla öfke ve bezginlik durumları da gözlenebilecektir.

2.1.5. Tanı

Tanıyı kesinleştirmeye yönelik herhangi bir tanı testi olmayan DEHB tanısı, çocuk ve aile ile yapılan görüşmeler, ebeveyn ve öğretmenin doldurduğu ölçekler, yapılan psikiyatrik muayene ve gözlem ile klinik olarak konulmaktadır (5).

DSM-5 ve ICD-10'da semptom listeleri aynı olmakla birlikte, ICD-10 ölçütlerine dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik alanlarında yeterli belirti olması şartı gerekirken, DSM-5 hiperaktivite ve dürtüsellik tek alan olarak kabul edilip iki alandan yalnızca birinde yeterli belirti olmasını tanı konulabilmesi için yeterli görmektedir (1). DSM-5'de ve ICD-10'da belirtilerin en az 6 ay sürmesi ve gelişimsel düzeyi ile uyumsuzluk göstermesi kriterlerine yer verilmiştir.

En güncel tanı sınıflaması DSM -5 Tablo I'deki gibidir:

Tablo I: DSM 5'e göre Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanı Ölçütleri

A. Aşağıdakilerden (1) ve/ya da (2) ile belirli, işlevselliği ya da gelişimi bozan, süregiden bir dikkatsizlik ve/ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik örüntüsü: 1- Dikkatsizlik: Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki en az altı (ya da daha çok) belirti en az altı aydır sürmektedir: Not: Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın karşı gelmenin, düşmancıl tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir. a. Çoğu kez, ayrıntılara özen göstermez ya da okul çalışmalarında, işte ya da etkinlikler sırasında dikkatsizce yanlışlar yapar. b. Çoğu kez, iş yaparken ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmekte güçlük çeker. c. Çoğu kez, doğrudan kendisine doğru konuşulurken, dinlemiyor gibi görünür. d. Çoğu kez, verilen yönergeleri izlemez ve okulda verilen görevleri, sıradan günlük işleri ya da işyeri sorumluluklarını tamamlayamaz. e. Çoğu kez, işleri ve etkinlikleri düzenlemekte güçlük çeker. f. Çoğu kez, sürekli bir zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez ya da bu tür işlere girmek istemez. g. Çoğu kez, işi ya da etkinlikleri için gerekli nesneleri kaybeder. h. Çoğu kez, dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağılır. i. Çoğu kez, günlük etkinliklerde unutkanlıktır.
2. Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik: Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki en az altı (ya da daha çok) belirti en az altı aydır sürmektedir. Not: Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın, karşı gelmenin, düşmancıl tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir. a. Çoğu kez, kıpırdanır ya da ellerini ya da ayaklarını vurur ya da oturduğu yerde kıvrınır. b. Çoğu kez, oturmasının beklendiği durumlarda oturduğu yerden kalkar. c. Çoğu kez, uygunsuz ortamlarda, ortalıkta koşturur durur ya da bir yerlere tırmanır (Not: Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, kendini huzursuz hissetmekle sınırlı olabilir). d. Çoğu kez, boş zaman etkinliklerine sessiz bir biçimde katılamaz ya da sessiz bir biçimde oyun oynayamaz. e. Çoğu kez, “her an hareket halinde”dir, “arkasına bir motor takılmış” gibi davranır. f. Çoğu kez, aşırı konuşur. g. Çoğu kez, sorulan soru tamamlanmadan yanıtını verir. h. Çoğu kez, sırasını bekleyemez. i. Çoğu kez, başkalarının sözünü keser ya da araya girer.
B. 12 yaşından önce birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi olmuştur.
C. Birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi iki ya da daha çok ortamda vardır.
D. Bu belirtilerin, toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevselliği bozduğuna ya da işlevselliğinin niteliğini düşürdüğüne ilişkin açık kanıtlar vardır.
E. Bu belirtiler, yalnızca şizofreni ya da psikozla giden başka bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.
Görünüme göre kodlama: 1-Bileşik görünüm: Son altı ay içinde, hem A1 hem de A2 tanı ölçütleri karşılanmıştır. 2-Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde, A1 tanı ölçütü karşılanmış ancak A2 tanı ölçütleri karşılanmamıştır. 3-Aşırı hareketliliğin/dürtüsellüğün baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde, A2 tanı ölçütü karşılanmış ancak A1 tanı ölçütleri karşılanmamıştır.
Varsa belirtiniz: Tam olmayan yatışma gösteren: Daha önceden bütün tanı ölçütleri karşılanmış olmakla birlikte, son altı ay içinde bütün tanı ölçütlerinden daha azı karşılanmıştır ve belirtiler bugün için de toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevselliğe bozulmaya neden olmaktadır.
O sıradaki ağırlığı: Ağır olmayan: Belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği çok az bozmaktadır. Orta derecede: Belirtiler ya da işlevselliğe bozulma ağır olmayanla ağır arasındadır. Ağır: Belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği ileri derecede bozar (21).

2.1.5.1. Eşlik eden psikiyatrik tanılar

DEHB tanısı alan bireylerin %70'inde en az bir komorbid psikiyatrik tanı bsaptanmıştır (48). Çocukluk döneminde DEHB'ye eşlik eden hastalıklar arasında :

1. KOKGB çocuklarda %46
2. Özgül öğrenme güçlüğü bozukluğu %40 (82).
3. DEHB olan bireylerdeki Otizm spektrum bozukluğu sıklığı %40'a varan, OSB olan bireylerde ise %80'e varan oranlarda DEHB bildirilmiştir.
4. Anksiyete bozukluğu %32,2 (59).
5. Davranım bozukluğu çocuklarda %23
6. Bipolar bozukluğu olan çocukların %85'inde DEHB eşlik ettiği bildirilmiştir (69).
7. Major depresif bozukluk %21,6 (68). DEHB tanısı olanlarda diğerlerine göre riskin 2,5-5,5 kat arttığı saptanmıştır.
8. Tik bozuklukları %3–34 aralığında görülmektedir, özellikle Tourette Sendromu (TS) olan bireylerde ise %50'ye varan oranlarda DEHB eştanısı olduğu bildirilmektedir (4.)

%50-60 oranlarıyla yıkıcı davranış bozuklukları (Davranım Bozukluğu ve KOKG bozukluğu) DEHB'ye en çok eşlik eden durumlardır. Bu tanıların beraber olması durumunda semptom şiddeti, tedavi uyumu ve prognoz olumsuz etkilenmektedir. Erişkin dönemde antisosyal kişilik bozukluğu ve madde kullanım bozuklukları için risk artmasıyan neden olmaktadır.

2.1.6. Ayırıcı Tanı

DEHB'de bazı hastalıkların belirtilerinin eşlik edebilmesi ve psikiyatrik hastalıklarla birlikte görülme oranının yüksek olması, bazı fiziksel ve psikiyatrik hastalıklarla tanısının karışmasına neden olabilmektedir. En sık görülen ayırıcı tanılar:

1. Zeka geriliği,
2. Karşıt olma-Karşı gelme bozukluğu,

3. Depresyon,
4. Davranım, öğrenme, duygudurum bozukluğu,
5. Madde kullanım bozukluğu,
6. Travma sonrası stres bozukluğu,
7. İhmal ve istismar,
8. Kaotik aile yapısı,
9. Görme ve işitme sorunları,
10. Epilepsi, genetik anormallikler,
11. Uyarıcı veya sedatize eden ilaçların kullanımı,
12. Tiroid fonksiyon bozukluğu,
13. Ağır metal zehirlenmesi gibi durumlar düşünülmelidir (4).

DEHB ve Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) tanısı DSM-5'te birlikte konulabilmektedir. Dil gelişiminin gecikmesi, duyuşal aşırı duyarlılık olması, dikkat problemlerinin yaşanması, sosyal-iletişim beceri zayıflığı olması, KOKG bozukluğu ile ilgili problemler her iki hastalıkta da yer alan ortak bulgulardır (47-49).

2.1.6.1. Karşıt olma – karşı gelme bozukluğu

Ev ve okul kurallarına uymayan, öğretmenini sık sık sinirlendiren, büyüklerin isteklerine veya kurallarına karşı çıkan, çoğu zaman alıngan, kızgın, kinci, çabuk darılan, üzerine düşen görevleri türlü bahane ve yöntemlerle yapmaktan kaçınan bir çocuktur.

2.1.6.2. Özgöl öğrenme güçlüğü

İşlevselliğin bozulmasına neden olan, okuma, yazma, dinleme, konuşma, matematik ve akıl yürütme gibi birçok alanda eğitsel becerilerin yaşa göre beklenilenin altında olduğu durumdur. (55,72).

2.1.6.3. Otizm spektrum bozukluğu

DEHB ayırıcı tanısında sık karışan OSB olduğu bilinmektedir. DEHB’de görülen dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik patognomonik değil yalnızca semptomdur, ama entelektüel kapasite, iletişim ve sosyal beceriler korunmuştur (70).

DEHB ve Otizm Spektrum Bozukluğu tanısı DSM-5’e göre birlikte konulabilmektedir. DEHB tanısı olan çocuklarda OSB sıklığı %40’a oranlarda bildirilmiştir, OSB olan bireylerde ise %80’e varan oranlar bildirilmiştir. Sosyal-iletişim beceri zayıflığı, dil gelişiminde gecikme, dikkat problemleri, KOKG bozukluğu davranışları ve duygusal düzenleme ile ilgili sorunlar her iki bozuklukta da görülmektedir (48,49).

2.1.6.4. Depresyon

Ağlama, uyku düzensizlikleri, huzursuzluk, ajitasyon kilo kaybı, iştahsızlık, göz teması kurmaması, uyaranlara tepki vermemesi, hoşlandığı şeyleri yapmak istememesi ile kendini belirten bozukluktur (48).

2.1.6.5. İşitme Kaybı

İşitme kaybının bazı belirtileri DEHB ile karışabilmektedir. Konuşma gecikmesi olabilir ama bu durum diğer jest ve mimiklerle kompanse edilmektedir. Diğer alanlar normaldir (70).

2.1.6.6. İhmal ve istismar, kaotik aile yapısı

2.1.6.6.1. Travma sonrası stres bozukluğu

DEHB’da yüksek oranda başka psikiyatrik bozuklukların da görülmesi nedeniyle aile ve çocuk belirtmese de eşlik eden hastalıklar sorgulanmalı ve tedavi planı ona göre düzenlenmelidir.

2.1.7. Erken Tanı ve Tarama

2.1.7.1. DSM-IV’e dayalı Çocuk ve ergenlerde davranım bozuklukları için tarama ve Değerlendirme ölçeği (Turgay):

Çocuk ve ergenlerde yıkıcı davranım bozukluklarından DEHB, Karşıt Olma Karşı Gelme (KOKG) ve Davranım Bozukluğunu (DB) taramak ve değerlendirmek için Atilla

Turgay tarafından DSM-IV tanı kriterleri ele alınarak hazırlanmıştır (Turgay 1995). Toplam 41 maddeden oluşan bu ölçekte 9 madde dikkat eksikliğini, 6 madde hiperaktivite, 3 madde ise dürtüsellliği saptamaya yöneliktir. Ölçek içinde ayrıca KOKG 8 madde ve davranım bozukluğunu sorgulayan 15 madde vardır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Ercan ve arkadaşları (2001) tarafından yapılmıştır (20).

2.1.8. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tedavisi

DEHB tanısı konulan çocuğa ve aileye, DEHB ile ilgili ayrıntılı psikoeğitim verilmelidir (51-53). İlaç tedavisi ile davranışsal müdahalelerin birlikte kullanılması en etkili tedavi yöntemidir (50). Ayrıca emosyonel regülasyonun aile ve okul sorunları üzerine olumlu etkileri olduğu kabul edilmektedir (54).

2.1.8.1. Farmakolojik tedavi

İlaçlı tedavisinde en sık kullanılan ajanlar psikostimulanlardır. Presinaptik nörona dopamin ve norepinefrin geri alımını engelleyerek ve sinaptik aralıktaki miktarını artırarak etki gösteren metilfenidat(MPH) Türkiye’de onaylı olan tek psikostimulandır . Striatal bölgedeki dopamin oranındaki artış prefrontal kortikal bölge işlevlerini arttırır. Amerika Gıda ve İlaç Birliği (FDA) altı yaşından sonra kullanılmasını onaylamıştır. Yarılanma ömrü 3-4 saattir, plazmadaki maksimum değerine 2 saatte ulaşır. Günlük önerilen doz 0,3-1 mg/kg’dır.

DEHB tanılı çocuk ve ergenlerin %75’inde Metilfenidat kullanımı düzelme sağlamaktadır (55,56). Ülkemizde Ritalin ve Medikinet tablet kısa etkili olarak kullanılmaktadır. Concerta kapsül, Medikinet Retard kapsül ise yarı ömrü uzun olan ajanlardır. MPH’nin en yaygın yan etkileri, iştahsızlık, baş ağrısı, uykusuzluk, sinirliliktir. Ayrıca mide bulantısı, karın ağrısı, irritabilite, huzursuzluk, tansiyon ve nabızda artış gibi az yaygınlıkta görülen yan etkileri vardır (55).

Amfetamin türevleri presinaptik nörondan monoamin salınımını tetikleyerek sinaptik aralıkta monoamin miktarında artışa neden olurlar (57). Amfetamin Türkiye’de DEHB tedavisinde onaylı değildir. MPH grubu psikostimulanlar ve amfetaminlerin dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik gibi DEHB’nun semptomlarına ek olarak KOKG ve davranış bozuklukları, saldırgan davranışlar ve sosyal iletişim alanlarında da belirgin düzelme sağladığı görülmüştür (58).

Alfa agonistler (guanfasin ve klonidin), imipramin, atipik antipsikotikler DEHB'nun tedavisinde kullanılan diğer ilaçlardır (5).

2.1.8.2. Psikoterapötik Tedavi Yöntemleri

Psikososyal yaklaşımların tek başına yeterli olmadığı bilinmekle birlikte ilaç tedavileri ile kombine edildiğinde; DEHB belirtilerinin azalması, kullanılan ilaç dozunun azaltılmasını sağladığı bilinmektedir. Ayrıca aile ve okul sorunları, bilişsel durum düzenlenmesi ve işlevselliğe olumlu katkı sağladığı bilinmektedir (54,60).

Ebeveyn eğitimi ve okula yapılan müdahaleler DEHB tedavisinde önemli yer tutmaktadır. Ebeveynlere DEHB hakkında ayrıntılı eğitim verilerek çocuklarının sergiledikleri olumsuz davranışları azaltmaya yönelik yöntemler öğretilmektedir (61). Özellikle yıkıcı davranış bozuklukları olan çocuklarda uygun davranışların geliştirilebilmesi için davranışçı terapi önemli fayda sağlamaktadır (62).

Ebeveyn eğitim programlarının hafif DEHB olanlarda daha etkili olduğu ve yaşla birlikte etkinliklerinin azaldığı görülmüştür. Çocukların davranış sorunlarında iyileşme görülmekle birlikte, ebeveynlere de baş etme becerileri kazandırdığı bilinmektedir. Ancak ebeveyn eğitim programlarının akademik başarı ve DEHB'nin temel belirtilerine etkilerinin sınırlı olduğu bildirilmiştir (63,64). Okullarda yapılan düzenlemelerin DEHB belirtilerini azaltarak akademik başarının artmasını sağladığı gösterilmiştir (65,66). Fiziksel aktivite ve egzersiz yapan DEHB'li çocuklarda yürütücü işlevlerin düzeldiği ve DEHB'nun davranışsal, bilişsel ve fiziksel semptomlarının azaldığı çalışmalarda gösterilmiştir (67).

2.1.8.3. Bilişsel Davranışçı Terapi

Davranışlarımızın ve duyguların nasıl belirlendiğini öne çıkaran terapi yöntemi olan Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)'nin gelişim süreçleri ve yaş gruplarına göre uygulanması gerekmektedir (74). Çocuklarda BDT'nin başarılı olmasının temel adımları; verilen psikoeğitimin iyi olması, aile eğitiminin başarılı olması, bilişsel yapılandırmanın çocuğun yaşına göre düzenlenmesi, iyi bir ödül sistemi oluşturmaktır (75). Haftada bir-iki kez ayaktan tedavi şeklinde uygulanan BDT seansları 30-60 dakika arasında sürmektedir. Tedavi 12-20 seans arasında tamamlanmaktadır

BDT uygulamasının tek başına kullanımının DEHB semptomlarının gerilemesinde yetersiz olduğu kanıtlanmıştır (76).

2.1.8.4. Çocuk Merkezli Oyun Terapisi

Çeşitli duygusal ve davranışsal bozuklukları olan çocuklarda oyun terapisinin etkinliği yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır. 3-11 yaş arasındaki çocuklarda gelişimlerine uygun şekilde uygulanabilecek oyun terapisi çocuğun iletişimini destekleyecektir (77).

2.1.8.5. Psikoeğitim

Psikoeğitim, hasta ve hasta yakınlarını, hastalıkları ve tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirmek, hastalığın anlaşılmasını sağlamak amacıyla sistematik, didaktik bir yaklaşım olarak tanımlanmıştır. Psikoeğitim sayesinde kişisel yönetime teşvik sağlanacaktır (78). Psikososyal programlar bilişsel sağlık sorunlarının saptanması konusunda bilgi vermeyi amaçlar. Psikoeğitim uygulamalarında, katılımcıların ve ailelerin sorumluluk ve bilgi düzeylerini artırmalarını sağlamak için sistematik bir biçimde başa çıkma becerileri ve yöntemleri öğretilir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışmamız Aydın Efeler'deki ASM'lere başvuran 6-13 yaş arası çocuklarda DEHB riskinin belirlenmesi ve riski etkileyen faktörleri saptamayı amaçlayan tanımlayıcı, kesitsel bir araştırma olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri

Çalışma Aydın Efeler'de belirlenen Aile Sağlığı Merkezlerinde yapılmıştır. Aydın ilinde 32 ASM'den 5 tanesi rastgele örneklem yöntemi ile 3 kentsel, 2 kırsal ASM olarak belirlenmiştir (4 No'lu, 14 No'lu, 24 No'lu ve Çeştepe, Tepecik Aile Sağlığı Merkezleri).

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Aydın ili Efeler ilçesinde bulunan 32 ASM'ye kayıtlı 6-13 yaş çocuklar araştırmamızın evreni olarak belirlenmiştir. TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) verileri dahilinde Efeler ilçesinde ASM'lere kayıtlı 6-13 yaş yaklaşık 29800 çocuk olduğu bulunmuştur. Örneklem büyüklüğü, DSM-5 verilerine göre sıklık %12 kabul edilerek STAT CALC ile yapılan hesaplama sonucunda %12 sıklıkla %5 hata payında 1,5 desen etkisi alındığında örneklem büyüklüğü 242 kişi olarak bulunmuş ve bulunan değerin %10 fazlası hesaplanarak 266 olarak belirlenmiştir.

3.4. Dahil edilme ölçütleri:

- Velinin çalışmaya katılmak için gönüllü olması
- Çocuğun 6-13 yaş arasında olması
- Çocuğun bilinen bir nörolojik, genetik, psikiatrik tanısı olmaması
- Ebeveyn tarafından ASM'ye getirilen çocuklar. (ÇEDBÖ testinin cevaplarının çocuğun gelişimini izleyen kişi tarafından verilmesi gerekmektedir)
- Çocuğun ebeveynleri ile yaşaması

3.5. Dışlanma Ölçütleri:

- Çalışmaya katılmayı kabul etmemek
- Uygulanan ölçekleri eksik doldurma, yarım bırakma
- Çocuğun bilinen zihinsel hastalığı olması veya herhangi bir gelişimsel bozukluk nedeniyle takip ediliyor olması.
- İşitme kaybı olanlar
- Çocuk veya ebeveyninde bilişsel yetersizlik olması

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler 15 Temmuz -15 Ekim 2020 tarihleri arasında sosyodemografik veri toplama formu ve ÇEDBÖ ile araştırmacının kendisi tarafından herhangi bir sebeple ASM'ye başvuran 6-13 yaş çocukların anne/babalarına yüz yüze yöntemi uygulanarak toplanmıştır. Katılımcıların yazılı onamları alınmıştır.

Sosyodemografik veri toplama formu araştırmacılar tarafından oluşturulmuş ve çocuğun sosyodemografik özellikleri, annenin gebelikteki alkol-sigara kullanımı, ilaç, destek tedavi öyküsü, çocuğun perinatal ve postnatal öyküsü, anne baba eğitim durumu, ailede ruhsal hastalık öyküsü, çocuğun kardeşlerinde her hangi bir hastalık öyküsü sorgulanmıştır (EK1). 41 sorudan oluşan Çocuk ve Ergenlerde Davranış Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği (ÇEDBÖ), 9 soru dikkat eksikliğini, 9 soru hiperaktivite ve dürtüselliği, 8 soru karşıt olma bozukluğunu, 15 soru davranım bozukluğunu sorgulayan maddelerden oluşmaktadır. Kolay uygulanabilirliği, kısa sürede yapılabilmesi, belirtileri yakalayabilmesi nedeniyle bu alandaki en sık kullanılan tarama testi olmuştur (115).

ÇEDBÖ'nin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunu (DEHB) değerlendirmek için 18 sorusu kullanılmıştır. Her soru için 0: hiç yok, 1: biraz, 2: oldukça fazla, 3:çok fazla biçiminde puanlanmaktadır. DEHB riskinin tanımlanması için dikkat eksikliğini sorgulayan 9 maddenin en az 6 tanesinin 2 ya da 3 olarak puanlanması, hiperaktivite ve dürtüselliği sorgulayan 9 maddenin en az 6 tanesinin 2 ya da 3 olarak puanlanması gerekmektedir. Ercan ve ark. tarafından 2001 yılında tarama testinin Türkiye'de geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (20).

3.7. İzinler

Çalışmanın yapılabilmesi için gerekli etik onay, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (izin no 2020/129 ve tarih:29.07.2020) alınmıştır (EK3). Çalışmanın aile sağlığı merkezlerinde yapılacak olması nedeniyle gerekli idari izin Aydın İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınmıştır (EK4).

3.8. Verilerin Analizi

İstatistiksel analizler SPSS 18.0 ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde ile verilmiştir. Kategorik değişkenlerin değerlendirilmesinde Pearson ki-kare testi kullanılmıştır, Ölçüm verisi olan yaş, ailede çocuk sayı ve çocuğun doğum haftası verileri normal dağılıma uygunluk açısından Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılıma uymadığı için ortanca ve minimum-maksimum değerleri ile sunulmuştur. İkili ölçüm verilerini karşılaştırmak için Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $P<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya 266 çocuk katılmıştır. Sosyodemografik özellikleri incelendiğinde %47,8'i kız, %52,2'si erkektir.

Formu dolduran veli sayısına bakıldığında %84,2 anneleri tarafından doldurulduğu görülmüştür. Çalışmaya katılan çocukların sadece %6'sının (s=16) ilaç kullandığı görülmüştür.

Gebelikte problem veya hastalık yaşayanların oranı %19,2 idi. Gebelikte sigara kullanımı sorusuna %9,4 katılımcı evet yanıtı vermiştir. Annelerin hic birisi gebelik sırasında alkol kullanmamıştır. Gebelikte ilaç kullanımı sorusuna, 2 katılımcının demir ve D vitamini dahil hiçbir ilaç kullanmadığını belirtmiştir. Kullanılan ilaçlara bakıldığında %83,7 (s=221) katılımcının demir ve vitamin kullandığı görülmüştür. Yüzde 16,3 (s=43) kişi hastalık nedeniyle ilaç kullanmıştı.

Ailede ruhsal hastalık sorgulandığında 29 kişi evet yanıtı vermiştir. 8 ailede depresyon, 7 ailede ise DEHB tanıli bireylerin olduğu görülmüştür.

Diğer çocuklarda hastalık varlığı değerlendirildiğinde, 30 ailede tek çocuk olması nedeniyle 236 katılımcının bu soruyu cevapladığını ve %16,5' inin (s=39) evet olarak yanıtladığı görüldü.

Ebeveyn eğitim durumuna bakıldığında, 9 yıl ve üstü eğitim alanların oranı sırasıyla %62,4 ve %66,2 olarak bulundu. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo II. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

		Sayı	%
Cinsiyet	Erkek	139	52,2
	Kız	127	47,8
Formu dolduran kişi	Anne	224	84,2
	Baba	42	15,8
Çocuğun ilaç kullanımı	Evet	16	6
	Hayır	250	94
Gebelikte problem/hastalık yaşama durumu	Evet	51	19,2
	Hayır	215	80,8
Gebelikte sigara kullanımı	Evet	25	9,4
	Hayır	241	90,6
Gebelikte ilaç kullanımı	Evet	264	99,2
	Hayır	2	0,8
Ailede ruhsal hastalık	Evet	29	10,9
	Hayır	237	89,1
Kardeşlerde hastalık durumu*	Evet	39	16,5
	Hayır	197	83,5
Baba eğitim durumu	8 yıl ve altı	90	33,8
	9 yıl ve üstü	176	66,2
Anne eğitim durumu	8 yıl ve altı	100	37,6
	9 yıl ve üstü	166	62,4

*Katılımcıların 30'u tek çocuklu

Çocukların yaş dağılımları incelendiğinde yaş ortancalarının 9,42 (min:6, maks:13) olduğu saptanmıştır.

Ailede çocuk sayısı sorgulandığında çocuk sayısının 1 ile 6 arasında değişkenlik gösterdiği, ortancalarının 2,2 olduğu; %56,8 (s=151) katılımcı 2 çocuk, % 24,4'ü (s=65)

3 çocuk, yedi aile 4 ve üç aile ise 5 ve 6 çocuk sahip olduğunu belirtmişlerdir. Otuz ailede ise tek çocuk olduğu görülmüştür.

DEHB riski açısından değerlendirildiğinde çocukların 29'u (%10,9) riskli grupta idi.

Riskli grubun %62,1'i, riskli olmayan grubun %51,1'i erkektir. Riskli grupta erkek cinsiyet sıklığının daha fazla olduğu bulunmuş, ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Formu dolduran veliye göre anlamlı fark saptanmamıştır.

Ailede çocuk sayısı arttıkça DEHB riskinin azaldığı görülmüştür. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,023).

İlaç kullanımı sorgulandığında riskli olmayan gruptaki çocukların %10,4 'ünün, riskli gruptaki çocukların %18,8'inin ilaç kullandığı görülmüştür. Riskli grupta çocukların ilaç kullanımı daha fazla olduğu bulunmuş, ancak istatistiksel olarak anlamlı farklılığa ulaşılmamıştır ($p>0,05$). Kullanılan ilaçlar incelendiğinde çocukların %68,8'i allerji nedeniyle oral veya inhaler şeklinde tedavi aldığı görülmüştür.

Kardeşlerde var olan hastalıklar yönünden incelendiğinde sık görülen ise %30,8 allerji, %15 dehb, %5 gelişim geriliği olduğu saptanmıştır. Birer katılımcı DM, Hirschsprung hastalığı, ARA sebebli kardit ve epilepsi olarak cevapladığı görülmüştür.

Katılımcıların DEHB riski ile yaşı, cinsiyeti, anne ve baba eğitim durumları, kardeşlerde var olan hastalık, ailede ruhsal hastalık tanısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre DEHB riskinin karşılaştırılması Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo III. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine göre DEHB Riskinin Karşılaştırılması

Sosyodemografik özellikler		Risk		Toplam S (%)	P
		Yok S (%)	Var S (%)		
Cinsiyet	Kız	116 (91,3)	11 (8,7)	127(47,7)	0,356
	Erkek	121 (87,1)	18 (12,9)	139(52,3)	
Yaş, ortalanca (min-maks)		10 (6-13)	9 (6-13)	9,42(6-13)	0,244**
Formu dolduran veli	Anne	200 (89,3)	24(10,7)	224(84,2)	1,000
	Baba	37(88,1)	5(11,9)	42 (15,8)	
Ailede çocuk sayısı Ortanca (min-maks)		2 (1-6)	2 (1-6)	2,3 (1-6)	0,023**
Çocuğun ilaç kullanımı	Yok	224(89,6)	26(10,4)	250(94)	0,536
	Var	13(81,3)	3(18,8)	16(6)	
Ailede Ruhsal Hastalık Tanısı	Yok	212 (89,5)	25(10,5)	237(89,1)	0,831
	Var	25(86,2)	4(13,8)	29(10,9)	
Kardeşlerde hastalık durumu*	Yok	174(88,3)	23(11,7)	197(74,1)	0,361
	Var	34(87,2)	5(12,8)	39(14,7)	
Anne eğitim durumu	8 yıl ve altı	85(85)	15(15)	100(37,6)	0,096
	9 yıl ve üstü	152(91,6)	14(8,4)	166(62,4)	
Baba eğitim durumu	8 yıl ve altı	80(80,2)	10(9,8)	90(33,8)	1,000
	9 yıl ve üstü	157(89,2)	19(10,8)	176(66,2)	

**Mann Whitney U testi

4.2. Katılımcıların Prenatal Özellikleri

Çalışmamızda çocukların doğum haftası incelendiğinde grubumuzun doğum haftası ortancası 39,8 (min 31:maks:42) olup, %6 (s=18) çocuğun prematüre doğum, % 93,2'sinin (s=248) term doğum olduğu görüldü. DEHB riski açısından bakıldığında riskli grupta olan

ve olmayan grubun arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Gebelikte sigara kullanımı sorgulandığında riskli olmayan gruptaki çocukların %8,9'unun, riskli gruptaki çocukların %13,7'sinin annelerinin gebelik zamanı sigara içtiği görülmüştür. Riskli grupta katılımcıların sigara kullanımı daha fazla olduğu bulunmuş, ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Riskli olmayan gruptaki çocukların %15,2'sinin annelerinin gebeliğinde ilaç kullandığı, riskli gruptaki çocukların %24,1'inin annelerinin gebeliğinde ilaç kullandığı görülmüştür, ancak aradaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

İlaç kullanan annelerin %20,9'u ($s=9$) insulin, %20,9'u ($s=9$) levotiron, %11,6'sı ($s=5$) kleksan kullandıklarını belirtmişlerdir. Birer katılımcı parasetamol ve antidepresan kullandığını belirtmiştir.

Çocukların annelerinin gebelik zamanı yaşadığı problemler ve sağlık sorunları sorgulandığında annelerin %19,2'si ($s=51$) sorun yaşadığını belirtmiştir. Aradaki ilişki incelendiğinde riskli gruptaki çocukların daha fazla annesinin gebelikte hastalık/problem yaşadığı bulunmuş, bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p=0,049$).

Katılımcıların prenatal özellikleri ve DEHB riskinin karşılaştırılması Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo IV. Katılımcıların Prenatal Özellikleri ve DEHB Riskinin Karşılaştırılması

Prenatal özellikler		Risk		Toplam S(%)	P değeri
		Yok S(%)	Var S(%)		
Çocuğun doğum haftası, Ortanca (min-maks)		39/0 (31-42)	40/0 (37-41)	39/0 (31-42)	0,095**
Gebelikte hastalık/problem yaşama durumu	Hayır	196(91,2)	19(8,8)	215(80,8)	0,049*
	Evet	41(80,4)	10(19,6)	51(19,2)	
Gebelikte sigara kullanımı	Yok	216(89,6)	25(10,4)	241(90,6)	0,602*
	Var	21(84,0)	4(16)	25(9,4)	
Gebelikte hastalık için ilaç kullanımı	Yok	203(89,4)	24(10,6)	227(86,0)	0,574*
	Var	32(86,5)	5(13,5)	37(14,0)	

*Ki Kare **Mann Whitney U testi

Gebelikte %19,2 ($s=51$) kişi sağlık sorunu yaşadığını belirtmiştir. Annelerin %33,4'ü ($s=17$) gestasyonel diyabet, %17,6'sı ($s=9$) hipotiroidi, %13,9'u ($s=6$) hipertansiyon olduklarını belirtmişlerdir. Bir katılımcı gebelikte boşanma nedeniyle stres yaşadığını belirtmiştir.

Katılımcıların gebelikte geçirdiği hastalıklar ile ilgili detaylı bilgiler Tablo 4’de verilmiştir.

Tablo V. Gebelikte Geçirilen Hastalıklar

	Sayı	%
Gestasyonel diyabet	17	33,4
Hipotiroidi	9	17,6
Hipertansiyon	6	13,9
AFS sendrom	4	7,8
Gastroezofajial reflü	4	7,8
Erken doğum tehlikesi	2	3,9
KCFT yüksekliği	1	1,9
Toplam	51	19,2

Katılımcıların gebelikte geçirdiği hastalıkları incelediğinde riskli olmayan gruptaki çocukların annelerinin %10’unun, riskli gruptaki çocukların annelerinin %23,5’inin gestasyonel diyabet tanısı aldığı görülmüştür. Riskli grupta katılımcıların gestasyonel diyabet hastalığı daha fazla olduğu bulunmuş, ancak istatistiksel olarak anlamlık bulunmamıştır ($p>0,05$). Katılımcıların gebelikte geçirdiği hastalıklar ve DEHB riskinin karşılaştırılması Tablo 5’te verilmiştir.

Tablo VI. Katılımcıların Gebelikte Geçirdiği Hastalıklar ve DEHB Riskinin Karşılaştırılması

		Risk						
Hastalık		Yok		Var		Toplam		P değeri
		S	%	S	%	S	%	
Gestasyonel diyabet	Var	13	76,5	4	23,5	17	6,4	0,099
	Yok	224	90,0	25	10,0	249	93,6	
Hipotiroidi	Var	8	88,9	1	11,1	9	3,4	1,000
	Yok	229	89,1	28	10,9	257	96,6	
Hipertansiyon	Var	6	100	0	0	6	2,3	1,000
	Yok	231	88,8	29	11,2	260	97,7	
AFS sendrom	Var	3	75	1	25	4	1,5	0,372
	Yok	234	89,3	28	10,7	262	98,5	

DEHB riski olan 29 çocuğu DEHB alt grupları açısından değerlendirdiğimizde 13 kişi hiperaktivite tip (9 erkek, 4 kız), 13 kişi dikkat eksikliği tip (8 erkek, 5 kız) ve 3 kişi birleşik tip (1 erkek, 2 kız) olarak bulundu. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite alt gruplarında erkek sayısının kızlara göre daha fazla olduğu saptandı. DEHB alt grupları Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo VII. DEHB alt grupları

	Erkek		Kız		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Dikkat Eksikliği Tip	8	3,0	5	1,88	13	4,89
Hiperaktivite Tip	9	3,38	4	1,50	13	4,89
Birleşik Tip	1	0,38	2	0,75	3	1,13
Toplam	18	6,77	11	4,13	29	10,9

5. TARTIŞMA

Son yıllarda çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmalar incelendiğinde, DEHB' nun, çocuklukta ve ergenlikte en sık karşılaşılan sorunlardan birisi olduğu görülmektedir. DEHB daha çok okul çağlarında fark edilebilmektedir, çünkü çocukların okula başladıklarında belli kurallarla karşılaşmaları ve kendilerini disipline etmeleri beklendiği için, problemli davranışları ön plana çıkmaktadır (81). Bu çocukların, okul öncesi dönemdeki davranışları aşırı ölçüde zarar verici olduğunda anlaşılabilmektedir (38). Sağlıklı bir yaşam sürdürebilmeleri açısından çocukların erken teşhis edilmesi ve eğitime erken başlanması oldukça önemli arz etmektedir (41,86).

DEHB sıklığı farklı çalışmalarda farklı aralıklarda bulunmuştur. Farklı ülkelerde yapılan çalışmalara bakıldığında DEHB riski sıklığı %2 ile %17 arasında farklı değerlerde bulunduğu görülmüştür (80). Fransa'da yapılan bir çalışmada DEHB sıklığı %3,5 iken (81), Japonya'da 2003 yılında yapılan bir çalışmada DEHB sıklığı %7,5 olarak bildirilmiştir (82).

Literatürde DEHB sıklığında, çalışmalardaki metodolojik farklılıklar nedeniyle büyük farklılıklara rastlanmaktadır (80-82,85). DSM-IV ölçütleri kullanıldığında en yüksek oranlar elde edilirken DSM-III-R ve ICD-10 ölçütleri temel alındığında daha düşük değerler elde edildiği görülmüştür (18,84).

DEHB epidemiyolojisinin daha da net olarak belirlenmesinde dünyanın tüm bölgelerinden iyi metodolojik yöntemlerle yapılmış araştırmalara gereksinim olduğu görülmüştür. Son yıllarda yapılan oldukça kapsamlı iki meta analiz çalışmasında DEHB'nin tüm dünyadaki ortalama prevalansının %5,29 ve %5,9-7,1 olduğu gösterilmiştir (18, 19, 92).

Türkiye'de DEHB sıklığı konusunda Ercan ve ark. tarafından yapılmış çalışmalardan birinde DEHB prevalansı %13,4 bulunmuştur (19). Sivas ilinde yapılan 6-15 yaş arası 1425 katılımcının olduğu çalışmada DEHB sıklığı %8,1 olarak bildirilmiştir (16). Trabzon'da ise 6-12 yaş arası 1226 katılımcının olduğu çalışmada DEHB sıklığı %8,6 olarak bulunmuş, erkek/kız oranı 3,5/1 olarak belirtilmiştir (21). Ercan ve ark. tarafından İzmir ilinde yapılan bir çalışmada DEHB prevalansı %12,7 olarak bulunmuştur (23). 2019 yılında Ege bölgesinden ADÜ Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı bölümünün de katıldığı, Türkiye'nin tüm bölgelerinde yapılmış olan 'The prevalence of childhood psychopathology in Turkey: a cross-sectional multicenter nationwide study (EPICPAT-T)' isimli çalışmada, 6-13 yaş arası 5830 katılımcı vardır ve DEHB sıklığı %11,4 olarak bulunmuştur (90). Aydın ili Efeler

ilçesinde yaptığımız çalışmada 266 çocuğun %10,9'unun DEHB açısından riskli grupta olduğunu saptadık.

Türkiye’de yapılan çeşitli çalışmalarda DEHB riski sıklığının %8,1-13,4 değerleri arasında değişmektedir (87, 88, 90). Çalışmamızda DEHB riski için bulduğumuz sonuç Türkiye’de yapılan diğer çalışmalar ile uyumlu olmakla birlikte diğer ülkelerde yapılan çalışmaların verilerine göre daha fazla olduğu görülmektedir (81, 82). Yapılan araştırmalarda DEHB riski sıklığındaki farklı sonuçların temelinin metodolojideki farklılıktan kaynaklandığı düşünülmektedir (84). Türkiye’de yapılan çalışmalarda Turgay tarafından geliştirilmiş DSM-IV’e dayalı ölçek kullanıldığı ve bu ölçek ile sonuçların en yüksek oranlarda elde edildiği bilinmektedir (84,85).

Çalışmamızda DEHB açısından riskli grup ve riskli olmayan grup sosyodemografik ve prenatal özellikler açısından karşılaştırılmıştır. Riskli olmayan grubun yarısı erkek iken, riskli grubun üçte ikisi erkektir. Riskli grupta erkek cinsiyet sıklığının daha fazla olduğu bulunmuştur ama istatistiksel olarak anlamlılığa ulaşmamıştır ($p>0,05$). Bizim çalışmamıza benzer şekilde literatürdeki çalışmalarda da erkeklerde DEHB riski tarama oranı kızlara göre daha fazla bulunmuş ve aradaki fark anlamlı saptanmıştır (90,91).

Çalışmamızda DEHB riski yüksek olan grupta yaş ortalaması 9,4’tür ve bu sonuç, DEHB’in prevalansının 10 yaş civarında pik yaptığını gösteren çalışmalarla uyumlu bulunmuştur (40, 4, 8, 16, 17).

Çalışmamızda ebeveynlerin eğitim düzeyi sorgulandığında riskli olan grupla riskli olmayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) ve bu durumun yapılan diğer çalışmalarla uyumlu olduğu görülmüştür (91,92).

Ailelerde ruhsal hastalık sıklığı değerlendirildiğinde riskli olan grup ile riskli olmayan grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bizim elde ettiğimiz sonuç Türkiye’de yapılan bir çalışma ve Aydın’da yapılan bir tez çalışmasıyla benzerlik göstermiştir (87,93).

Literatür incelendiğinde çoğu çalışmalarda bulgularımızdan farklı olarak ailede ruhsal hastalık varlığı DEHB riskini artırdığı görülmüştür (94–96). Psikiyatrik sorunların sorgulanması ebeveynlerin bildirimlerine dayandığından, daha az bildirilmiş olabilir ve bu nedenle diğer çalışmalardan farklı bir sonuç elde etmiş olabiliriz.

Yapılan alışmalar hamile kadınlarda sigara kullanım oranının yaklaşık %12 olduğunu (97) göstermiştir ve bu sonuç bizim çalışmamız ile uyumludur. Çalışmamız sonucunda maternal sigara kullanımı ile DEHB riski arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış olup Agrawal ve ark. (2010) ve Richardson ve ark. (2002) tarafından yapılan çalışmaya benzer sonuca ulaşılmıştır (98,99). Literatüre göre maternal sigara kullanımı ve DEHB arasında ilişki konusunda farklı sonuçlara ulaşan çalışmalar olduğu ancak bu ilişkinin genetik yatkınlık ve sigara kullanımı miktarından kaynaklandığı ortaya konulmuştur (100-102). Obel ve arkadaşlarının 2009 yılında yayınladıkları çalışmada, gebelikte sigara maruziyeti olan ocukların DEHB riski yaklaşık iki kat arttığı, ancak bu çocuklar kardeşleri ile eşleştirilerek veriler tekrar analiz edildiğinde bu ilişkinin önemsizleştiği gözlenmiştir (100). Sonuç olarak yapılan çalışmalar genetik yatkınlığın DEHB etiyojisi için daha güçlü bir hipotez olduğunu göstermiştir (102).

Çalışmamızda DEHB açısından riskli grup ve riskli olmayan gruptaki çocukların ilaç kullanımında ve kardeşlerde hastalık olma durumlarında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ve bu durumun literatürle uyumlu olduğu grlmştir (88,103).

Çalışmalarda gebelikte olan D vitamini ve demir eksikliği ile DEHB riskinin arttığı grlmştir (89). Bizim alışmamızda gebelikte katılımcıların nerdeyse hepsi demir ve vitamin kullandığını belirtmiş olup 43 katılımcı ise aynı zamanda hastalık nedeniyle ilaç kullandığını belirtmiştir. En sık kullanılan ilaçlar insülin, levotiron ve kleksan'dı. Gebelikte ilaç kullanımı riskli grup ve riskli olmayan gruptaki çocukların durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ve bu durumun yapılan diğer çalışmalarla uyumlu olduğu görülmektedir (104,113). Hamilelikteki ilaç kullanımları (zellikle parasetamol ve antidepresan) ve DEHB ilişkisini araştıran çalışmalar son dönemde hız kazansa da, bu çalışmalarda genetik yatkınlığın ele alınmaması halen önemli bir kısıtlılıktır (104,105). Çalışmamızda katılımcılardan sadece bir kişi parasetamol, bir kişi ise antidepresan kullandığını belirtmiştir.

Çalışmamızda ocukların doğum haftası incelendiğinde 18 çocuğun prematür doğduğu, bunlardan iki çocuğun erken (32 hafta ve altı),  çocuğun orta (32-34 hafta), 13 çocuğun ise geç preterm (34 hafta ve üzeri) olduğu grlmştir. DEHB açısından riskli grup ve riskli olmayan grup ile çocukların doğum haftası karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Literatür incelendiğinde Amerika'da yapılan iki farklı çalışmada geç prematür dönemde doğan çocuklarla termde doğan çocukların

karşılaştırıldığı toplum tabanlı çalışmalarda da bu ilişki gösterilememiştir (106,107). Ancak birçok çalışmada DEHB ve erken doğum arasında pozitif bir ilişki olduğu ve gestasyonel yaş düştükçe bu ilişkinin daha da kuvvetli hale geldiği görülmüştür. Örneğin 33-37 hafta arasında doğan çocuklar için DEHB tahmini relatif risk 1,3 olarak saptanırken; 29 haftadan daha erken doğumlarda relatif risk 5,0'e yükselmektedir (107,108). Erken preterm doğumlu çocuk sayısının çalışmamızda daha az olması nedeniyle sonucun anlamlılığa ulaşmadığı düşünülebilir.

Çalışmamızda DEHB riski ile gebelikte geçirilen hastalıklar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ve bu durumun yapılan diğer çalışmalarla uyumlu olduğu görülmektedir. Son yıllarda annenin sağlık sorunlarının DEHB ile ilişkisini ortaya koyan çalışmaların sayısı artmaktadır (109-111).

Çalışmamızda maternal sağlık sorunları incelendiğinde riskli gruptaki katılımcıların riskli olmayanlara göre iki kat daha fazla problem yaşadığı görülmüştür. En sık gestasyonel diyabet (s=17) ikinci sırada ise hipotiroidi (s=9) olduğu görülmüştür. Literatürde de annedeki diyabet, hipertansiyon, hipotiroidi, astım gibi komorbiditelerle DEHB riskinin arttığı görülmektedir (103, 110, 111).

Çalışmamızda DEHB açısından riskli grup ve riskli olmayan grubun ailede çocuk sayısına bakıldığında ailede çocuk sayısı arttıkça DEHB riski azaldığı görülmüştür ve bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çocuk sayısı arttıkça ailelerde her çocuk için yeterli vakit ayıramayabilir, gerekli özeni göstermeyebilir ve farkındalıkları azalabilir bu da taramalarda riskin az görünmesine yol açmış olabilir. Erzurum'da yapılan bir çalışmada ilk çocukta psikiyatrik sorunlar daha sık görülmüş çocuk sayısı arttıkça riskin azaldığı görülmüştür. Bu sonuçlar bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir (114). Literatür incelendiğinde Ankara'da yapılan bir çalışmada ailede çocuk sayısı ve DEHB riski arasında ilişki bulunamamıştır (91).

DEHB açısından riskli saptanan 29 çocuğun cinsiyetine bakıldığında 18 erkek, 11 kız olduğu ayrıca DEHB alt grupları incelendiğinde dikkat eksikliği grupta yaş ortalaması 10,5, hiperaktivite grubunda ise yaş ortalaması 7,8 olduğu saptanmıştır. Literatürde bulgumuzu destekleyen çalışmalar mevcuttur. DEHB epidemiyolojisi hakkında yapılan bir meta analiz çalışmasında hiperaktivite baskın tip sıklığının okul öncesi dönem daha fazla olması sonrasında azaldığı ancak dikkat eksikliği baskın tip sıklığının arttığı ve alt tipler

arasında birbirine geçiş olabileceği bildirilmiştir (19).

Çalışmamızın güçlü yanı ocuk izlemlerinin yapıldığı ve genelde ilk başvuru yeri olan, hastalıkların gerçek prevalanslarının yansıdığı, birinci basamakta yapılmasıdır. Ayrıca çalışmamızın örneklemini Aydın İl Merkezi'ndeki kentsel ve kırsal nüfusu temsil edecek şekilde seçilmiştir. Çalışılan ASM'deki hekim ve ebelerde farkındalık yaratılması ve riskli bulunan çocukların tanıya yönelik ileri değerlendirme için yönlendirilmesi çalışmamızın diğer bir güçlü yanıdır.

Kullanılan tüm veriler katılımcıların EDB leğine verdikleri yanıtlarla sınırlı olması, ayrıca zaman kısıtlılığı nedeniyle hesaplanabilen en düşük örnekleme sayısı üzerinden yapılması, araştırmamızın güçlendirilmesi gereken yanıdır. Araştırmamızın diğer bir kısıtlılığı DEHB açısından riskli bulunan 29 çocuğun önceden planlanan ocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları Polikliniği'ne başvurularının Koronavirüs pandemisi nedeniyle ertelenmiş olmasıdır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamıza aldığımız 266 çocuğun 29'u DEHB açısından riskli bulunmuştur ve annenin gebelikte hastalık geçirmesi ile DEHB riskinin arttığı görülmüştür. Bu açıdan özellikle gestasyonel diyabet daha fazla önem taşımaktadır. Bunun yanında, ailedeki çocuk sayısı azaldıkça DEHB olma riskinin arttığını gözlemledik. Aile hekimlimlerini bu açıdan dikkatli olmaları ve ailelere bu konuda danışmanlık vermeleri faydalı olacaktır.

Çalışmamızda, anket sırasında ebeveynlerin DEHB konusunda farkındalığının az olduğunu gözlemledik. Birinci basamak merkezlerde ve okullarda ebeveynlerin kolay ulaşabileceği DEHB ile ilgili bilgi kaynaklarının ve bilgilendirme araçlarının oluşturulması önerilebilir.

ÖZET

Aydın Efeler’de Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran 6-13 yaş arası çocuklarda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Taraması

Giriş: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) yaş ve gelişim düzeyine uygun olmayan; aşırı hareketlilik, istekleri erteleyememe, kalıcı dikkatsizlik belirtileriyle kendini gösteren nöropsikiyatrik bir bozukluktur (1,2). DEHB, bireylerin çocukluk dönemlerinden itibaren gelişimlerini etkileyerek akademik, sosyal, psikiyatrik sorunlara neden olabilmektedir. Okul çağında DEHB tanılı çocukların, bu tanıyı almayanlara göre akademik işlevselliklerinin daha fazla bozulduğu, okul başarılarının daha düşük olduğu bildirilmektedir (3). Kişilerin ruhsal iyilik halini etkileyen DEHB nedeniyle kişilerarası ilişkilerde, performans gerektiren işlerde zorlanılabilmektedir. Çoğu zaman öğretmenler ve ailelerin, bu çocukların davranış problemleri karşısında kendilerini çaresiz hissetmeleri, DEHB konusundaki çalışmaların önemini artırmaktadır. Aydın Efeler’de Aile Sağlık Merkezlerine (ASM) başvuran 6-13 yaş arası çocuklarda Çocuk ve Ergenlerde Davranış Bozuklukları Tarama Ölçeği (ÇEDBÖ) tarama testini kullanarak DEHB riskini arttıran faktörleri belirlemeyi, DEHB riski yüksek olan çocukları saptamayı ve bu çocukların Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları Polikliniği’ne yönlendirip tanı almalarını sağlamayı, Aydın Efeler’de DEHB risk sıklığı hakkında ön bilgi edinmeyi ayrıca da DEHB konusunda farkındalık yaratmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: İlk aşamada Aydın Efeler’de belirlenmiş 4, 14, 24 nolu ASM’ler ile Çeştepe ve Tepecik ASM’lerine başvuran 6-13 yaş arası ve çalışmaya katılmayı kabul eden 266 katılımcıya ÇEDBÖ ölçeği ve anket formu uygulandı. DEHB açısından riskli bulunan 29 çocuk, tanıya yönelik ileri değerlendirme için Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları Polikliniği’ne yönlendirildi.

Bulgular: Çalışmamızda Aydın Efeler’de DEHB riski %10,9 saptandı. DEHB açısından riskli olan ve olmayan gruplar arasında, annenin gebelikte geçirdiği hastalıklar ve ailedeki çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0,05$).

Sonuç: Annenin gebelikte hastalık geçirmesi DEHB riskini artırmaktadır. Aynı zamanda ailede çocuk sayısı attıkça DEHB açısından risk azalmaktadır. Sağlık personellerinin ve ebeveynlerin DEHB konusundaki farkındalıklarını arttıracak ve bilgi düzeylerini ölçecek daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Aydın Efeler, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, ÇEDBÖ.

SUMMARY

Screening of Attention Deficit and Hyperactivity Disorder in 6-13 Years Old Children Applied to Family Health Centers in Aydin Efeler.

Introduction: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neuropsychiatric disorder characterized by not suitable for age and developmental level symptoms such as excessive mobility, inability to delay desires and persistent inattention. ADHD can lead to serious academic, social and psychiatric problems in all stages of development starting from early childhood. It is known that children diagnosed with ADHD at school age have more deterioration in their academic functionality, lower school success and increased class repetition rates compared to those who do not have this diagnosis. Mental well-being may be affected besides the development of schema and negative cognition because of problems in family and interpersonal relations and in jobs due to ADHD. Most of the time teachers and families feel helpless against the behavioral problems of these children, which increases the importance of studies on ADHD. In Aydin Efeler FHC we aimed to determine the factors that increase the risk of ADHD, identify children with the risk of ADHD and make them diagnosed by directing these children to the Child and Adolescent Mental Health Outpatient Clinic by using Child Adolescent Behavioral Disorder Scale screening test on 6-13 years old children as well as aiming to get prior information about ADHD prevalence in Aydin, Efeler and to raise awareness about ADHD.

Materials and Methods: In the first stage the CEDCS scale and questionnaire forms were applied to 266 children, who were between 6 and 13 old and agreed to participate in this work, detected in Aydin Efeler FHC's no 4, 14, 24 and FHC's of Cestepe and Tepecik. In terms of ADHD 29 children found at risk and were referred to the Child and Adolescent Psychiatry Polyclinic for further diagnostic evaluation.

Results: In our study, the risk of ADHD in Aydin Efeler was found to be %10,9 and the diseases the mother had during pregnancy and the number of children in the family had a statistically significant differences between the groups with and without ADHD.

Conclusion: The mother's illness during pregnancy increased the risk of ADHD. At the same time, the risk of ADHD decreased as the number of children in the family increased. We think that more studies are needed to increase the awareness of health personnel and parents about ADHD and to measure their knowledge levels.

Key Words: Aydin Efeler, Attention Deficit and Hyperactivity Disorder, CEDC

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Washington DC: APA Press; 2013.
2. Schachar R, Tannock R. Syndromes of Hyperactivity and Attention Deficit. In: Rutter M, Taylor E, eds. Child and Adolescent Psychiatry Textbook. 4th ed. Malden, Mass: Oxfor: Blackwell Science; 2002:399-400.
3. Fayyad, J., et al., Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. Br J Psychiatry, 2007; 190: 402-9.
4. Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. New York NY US Guilford Press. 2006, 898 p.
5. Turgay A. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda yaşam boyu değişim. In Aysev A, editor. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve özgül öğrenme güçlüğü kitabı 2001, p. 111-32
6. Pelc K, Kornreich C, Foisy M-L, Dan B. Recognition of emotional facial expressions in attention-deficit hyperactivity disorder. Pediatr Neurol [Internet] 2006; 35:93-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16876003>
7. Spencer TJ, Biederman J, Mick E. Attention-deficit/hyperactivity disorder: Diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. Journal of Pediatric Psychology. 2007, p. 631-42.
8. Barkley RA, Peters H. The Earliest Reference to ADHD in the Medical Literature? Melchior Adam Weikard's Description in 1775 of "Attention Deficit" (Mangel der Aufmerksamkeit, Attentio Volubilis). J Atten Disord. 2012;16(8):623-630.
9. Lange KW, Reichl S, Lange KM, Tucha L, Tucha O. The history of attention deficit hyperactivity disorder. ADHD Atten Deficit Hyperact Disord. 2010;2(4):241-255
10. Polanczyk G, Jensen P. Epidemiologic considerations in attention deficit hyperactivity disorder: a review and update. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2008;17(2):245-60

11. Öncü B. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Tarihçesi. Türkiye Klin J Psychiatry-Special Top. 2012;5(1):1-7.
12. Strauss AA, Kephart NC. Psychopathology and Education of The Brain-Injured Child. Vol. II. Progress In Theory And Clinic. [Internet]. 1955, Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc1&NEWS=N&AN=1955-08868-000>
13. Wood DR, Reimherr FW, Wender PH, Johnson GE. Diagnosis and treatment of minimal brain dysfunction in adults: a preliminary report. Arch Gen Psychiatry [Internet] 1976; 33:145360 Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=793563
14. Schweitzer, J.B., T.K. Cummins, and C.A. Kant, Attention-deficit/hyperactivity disorder. Med Clin North Am, 2001; 85(3): 757-77
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed. revised) (DSM-III-R) [Internet]. Washington, DC: The Association. 1987, Available from: http://scholar.google.com/scholar?hl=en&q=Diagnostic+and+Statistical+manual&btnG=&as_sdt=1,5&as_sdtpr=#29.
16. Erşan EE, Doğan O, Doğan S, Sümer H. The distribution of symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. Eur Child Adolesc Psychiatry 2004;13(6):354-61.
17. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th revised edition. DSM-IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition TR. 2000,
18. Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde LA psychiatry. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. American journal of psychiatry. Am J Psychiatry. 2007;164(6):942-948.
19. Willcutt EG. The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. Neurotherapeutics. 2012;9(3):490-499.

20. Ercan, E. S., Amado, S., Somer, O., & Çıkoğlu, S. (2001). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve yıkıcı davranım bozuklukları için bir test bataryası geliştirme çabası. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 8(3), 132-144.
21. Gul N, Tiryaki a, Kultur SEC, Topbas M, Ak I. Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Comorbid Disruptive Behavior Disorders Among School Age Children in Trabzon. *KlinPsikofarmakolBulClinPsychopharmacol* 2010; 20:50–6.
22. Polanczyk G, Rohde LA. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Curr Opin Psychiatry* [Internet] 2007 [cited 2018 Jan 25]; 20:386–92. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17551354>
23. Ercan ES. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Epidemiyolojik Veriler. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci* 2010; 6(2): 1-5
24. Schachar R. Genetics of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Recent Updates and Future Prospects. *Curr Dev Disord Reports*. 2014;1(1):41-49.
25. Hechtman L. Attention deficit hyperactivity disorder. In VA S, editor. *Comprehensive Textbook of Psychiatry USA*, 2005, p. 2679–92.
26. Gizer IR, Ficks C, Waldman ID. Candidate gene studies of ADHD: a meta-analytic review. *Hum Genet* [Internet] 2009 [cited 2018 Jan 20]; 126:51–90. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00439-009-0694-x>
27. Stahl SM. Stahl'ın Temel Psikofarmakolojisi. Alkın T, Çev.Ed, 4. Baskı, İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, 2015; 475-483.
28. Linnolia M, Virkkunen M, Scheinin M, Nuutila A, Rimon R, Goodwin FK. Low cerebrospinal fluid 5-hydroxyindolacetic acid concentration differentiates impulsive from nonimpulsive violent behavior. *Life Science* 1983; 33: 2609–2614.
29. Mike Drummond CA. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. *NICE Guid* [Internet] 2008; Available from: www.nice.org.uk 74
30. Faraone SV, J B. Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 1994; 3:285–99.

31. Millichap JG. Etiologic Classification of Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics* [Internet] 2008; 121:e358–65. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/ cgi/doi/10.1542/peds.2007-1332>
32. Knopik VS, Heath AC, Jacob T, Slutske WS, Bucholz KK, Madden PAF, Waldron M, Martin NG. Maternal alcohol use disorder and offspring ADHD: Disentangling genetic and environmental effects using a children-of-twins design. *Psychol Med* 2006; 36:1461–71.
33. Froehlich TE, Loe IM, Gilman RC. Update on Environmental Risk Factors for Attention-Deficit. *NIH Public Access*. 2012;13(5):333-344.
34. Liew Z, Ritz B, Rebordosa C, Lee PC, Olsen J. Acetaminophen use during pregnancy, behavioral problems, and hyperkinetic disorders. *JAMA Pediatr*. 2014.
35. Shaywitz SE, Fletcher JM, Shaywitz BA. Issues in the definition and classification of attention deficit disorder. *Top Lang Disord* 1994; 14:1–25.
36. Mattes JA. The role of frontal lobe dysfunction in childhood hyperkinesis. *Top Catal* 1980; 21:358–69.
37. Shaw P, Eckstrand K, Sharp W, Blumenthal J, Lerch JP, Greenstein D, Clasen L, Evans A, Giedd J, Rapoport JL. Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proc Natl Acad Sci* [Internet] 2007; 104:19649–54. Available from: <http://www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.0707741104>
38. Lahey BB. Three-Year Predictive Validity of DSM-IV Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children Diagnosed at 4-6 Years of Age. *Am J Psychiatry*. 2004;161(11):2014-2020. <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=177145>.
39. Weiss M. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. In Lewis M, editor. *Child and Adolescent Psychiatry* 3rd ed. Baltimore, 2002, p. 645.
40. Ercan ES. ErişkinDikkatEksikliğiHiperaktiviteBozukluğu. 1. Baskı, İstanbul: Dönence Basım ve Yayın Hizmetleri 2010: 7-107.

41. Association AP, American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition [Internet]. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition TR. 2013, Available from: dsm.psychiatryonline.org
42. Wender PH, Wolf LE, Wasserstein J. Adults with ADHD. An overview. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2001; 931: 1-16.
43. Turgay A. Diagnosing and treating ADHD in adults. *Can J CME*, 2001; 182–190.
44. Group TMC. A 14-Month Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies for Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1999.
45. Biederman J, Monuteaux MC, Mick E, Spencer T, Wilens TE, Silva JM. Young adult outcome of ADHD: A controlled ten year follow-up study. *Psychol Med* 2006; 36: 167–179.
46. Adler LA, Spencer TJ, Stein MA, Newcorn JH. Best practices in adult ADHD: Epidemiology, impairments, and differential diagnosis. *Prim Psychiatry* [Internet] 2008; 15:1. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L352200421>
47. Ercan ES. Türkiye DEHB Uzman Görüşü Raporu: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Uzman Görüşü Raporu. Türkiye; 2013
48. Coşkun M, Kaya İ. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Diğer Komorbid Durumlar. *Türkiye Klin Child Psychiatry - Spec Top*. 2015; 1(1):68-76
49. Antshel KM, Zhang-James Y, Faraone S V. The comorbidity of ADHD and autism spectrum disorder. *Expert Rev Neurother*. 2013;13(10):1117-1128.
50. Wolraich M, Brown L, Brown RT, DuPaul G, Earls M, Feldman HM, Ganiats TG, Kaplanek B, Meyer B, Perrin J, Pierce K, Reiff M, Stein MT, Visser S. ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics* [Internet] 2011; 128:1007–22. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/peds.2011-2654v1%5Cnhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22003063>

51. Taylor E, Döpfner M, Sergeant J, et al. European clinical guidelines for hyperkinetic disorder ? first upgrade. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2004;13(S1).
52. Ercan E, Avcı A, Mukaddes N, Semerci B, Şenol S, Yazgan Y. *DikkatEksikliğiHiperaktiviteKlinikUygulamaKılavuzuTürkiye*. 2008.
53. Kooij SJ, Bejerot S, Blackwell A, et al. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry*. 2010; 10(1):67. doi: 10.1186/1471-244X-10-67
54. Molina BSG, Hinshaw SP, Swanson JM, et al. The MTA at 8 Years: Prospective Follow-up of Children Treated for Combined-Type ADHD in a Multisite Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009; 48 (5):484-500.
55. Kayaalp L. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi* 2008; 62:147–52.
56. Hodgkins P, Shaw M, Coghill D, Hechtman L. Amfetamine and methylphenidate medications for attention-deficit/ hyperactivity disorder: Complementary treatment options. In *European Child and Adolescent Psychiatry* 2012, p. 477–92.
57. Yazıcı K. Uyarıcı Glaçlar. In *Temel Psikofarmakoloji Nevzat Yük*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2010, p. 938–50.
58. Kutcher S, Aman M, Brooks SJ, et al. International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): Clinical implications and treatment practice suggestions. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2004;14(1):11-28. doi:10.1016/S0924-977X(03)00045-2
59. Dikkat eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Anksiyete Bozukluğu Eştanımı. YY Gümüş.N Çakın Memik-Nöropsikiatri.2015
60. Kutlu A, Durak FS. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Tedavi Yaklaşımları: 93 Bütünleyici Yaklaşımlar.TurkiyeKlin J Child Psychiatry-Special Top. 2015;1(1):87-95.
61. Brown TE. *Attention Deficit Disorder: The Unfocused Mind in Children and Adults*. New Haven, London: Yale University Press Health & Wellness; 2005.

62. Pelham WE, Waschbusch DA. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). In: Fisher JE, O'Donohue WT, eds. *Practitioner's Guide to Evidence-Based Psychotherapy*. 1st ed. Springer US; 2006:93-100. doi:10.1007/978-0-387-28370-8
63. Motavalli Mukaddes N. Yaşam Boyu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Eşlik Eden Durumlar. 1st ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014.
64. Zwi M, Jones H, Thorgaard C, York A, Dennis JA. Parent training interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *Cochrane Database Syst Rev*. December 2011.
65. Waschbusch DA, Pelham WE, Massetti G. The behavior education support and treatment (BEST) school intervention program: - Pilot project data examining schoolwide, targeted-school, and targeted-home approaches. *J AttenDisord*. 2005; 9(1):313-322.doi:10.1177/1087054705279999
66. Sayal K, Merrell C, Tymms P, Kasim A. Academic Outcomes Following a School-Based RCT for ADHD. *J Atten Disord*. 2015;1.
67. Ng QX, Ho CYX, Chan HW, Yong BZJ, Yeo W-S. Managing childhood and adolescent attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) with exercise: A systematic review. *Complement Ther Med*. 2017;34(July):123-128.
68. Elia J, Ambrosini P, Berrettini W. ADHD characteristics: I. Concurrent co-morbidity patterns in children & adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2008; 2 78
69. Adler LA, Spencer TJ, Stein MA, Newcorn JH. Best practices in adult ADHD: Epidemiology, impairments, and differential diagnosis. *Prim Psychiatry* [Internet] 2008; 15:1. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L352200421>
70. Mukherjee SB. Autism Spectrum Disorders — Diagnosis and Management. *Indian J Pediatr* 2017; 84:307–314

71. Assessment of Psychiatric Comorbidity and WISC-R Profiles in Cases Diagnosed with Specific Learning Disorder According to DSM-5 Criteria Mengühan ARAZ ALTAY¹ , Işık GÖRKER² Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü, Edirne, Türkiye
72. Korkmazlar U. Özel Öğrenme Bozukluğu (6–11 Yaş İlkokul Çocuklarında Özel Öğrenme Bozukluğu ve Tanı Yöntemleri). İstanbul: Tac Ofset; 1993.
73. Aysev, S.A., (2005). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Değerlendirilmesi ve Tanı Koyma, , Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve özgül öğrenme güçlüğü,. Ankara, AÜTF Çocuk ve Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD,.
74. Özlem Özcan ve Gonca Gül Çelik, “Bilişsel Davranışçı Terapi.”, Türkiye Klinikleri J. Child Psychiatry-Special Topics, 2017, Cilt:3, Sayı:2, s. 115-120.
75. William E. Pelham vd., “Evidence-based Psychosocial Treatments for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder.”, Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 2008, Cilt:37, Sayı:1, s. 184-214.
76. Rachael C. Murrihy vd., Clinical Handbook of Assessing and Treating Conduct Problems in Youth, Springer Science & Business Media, 2010, p. 517.
77. Dee C. Ray vd., “Child-centered Play Therapy in the Schools: Review and Meta-analysis.”, Psychology in the Schools, 2015, Cilt:52, Sayı:2, s. 107-123.
78. Maite Ferrin vd., “Evaluation of a Psychoeducation Programme for Parents of Children and Adolescents with ADHD: Immediate and Long-term Effects Using A Blind Randomized Controlled Trial.”, European Child & Adolescent Psychiatry, 2014, Cilt:23, Sayı:8, s.637-647.
79. Yoshimasu K, Barbaresi WJ, Colligan RC, Killian JM, Voigt RG, Weaver AL, Katusic SK. Gender, attention-deficit/hyperactivity disorder, and reading disability in a population-based birth cohort. Pediatrics 2010; 126:e788–95.
80. Scahill SL, Schwab-Stone M. Epidemiology of ADHD in school-age children. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2000;9(3):541-5

81. Lecendreux M, Konofal E, Faraone SV. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and associated features among children in France. *J Atten Disord*. 2011;15(6):516-24.
82. Soma Y, Nakamura K, Oyama M, Tsuchiya Y, Yamamoto M, Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) symptoms in preschool. Children: discrepancy between parent and teacher evaluations; *Environ Health Prev Med* (2009) 14:150–154.
83. Atilla T. Gençlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB): sınıflandırma, tanı ve tedavide yenilikler. *Ege Psikiyatr Sürekli Yayınları* 1997; 2:413–52.
84. Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, Biederman J. The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry* 2003;2(2):104-13.
85. The Prevalence of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder among Chinese Children and Adolescents. Anni Liu¹, Yunwen Xu², Qiong Yan¹ & Lian Tong¹.
86. Ercan ES. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Özellikleri-Tedavisi Çocuklarda ve Erişkinlerde Belirtileri. In Ercan ES, editor. *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu* Ercan ES. Istanbul, GendaG, 2000,
87. Üniversite öğrencilerinde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Belirtileriyle ilişkili klinik ve sosyodemografik değişkenlerin incelenmesi. By Örnek, E Durmuş - Düzce Tıp Fakültesi Dergisi - dergipark.org.t
88. Eskişehir ili merkez ilçelerinde ilköğretim çağı çocuklarda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu yaygınlığı ve risk etmenleri. .Dr. Çiğdem Toklu Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim. 2016
89. Cortese S, Angriman M, Lecendreux M and Konofal E (2012) Iron and attention deficit/hyperactivity disorder: what is the empirical evidence so far? a systematic review of the literature. *Expert Rev Neurother*, 12:1227-1240.
90. Nordic Journal of Psychiatry ISSN: 0803-9488 (Print) 1502-4725 (Online) Journal homepage: <https://www.tandfonline.com/loi/ipsc20>. The prevalence of childhood psychopathology in Turkey: a cross-sectional multicenter nationwide study (EPICPAT-T)

91. Ergenlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Sıklığının Araştırılması Zuhâl Uyan¹ A. Gülsen Ceyhan Peker² A. Selda Tekiner. Gölpaazarı Devlet Hastanesi Gölpaazarı-Bilecik 2Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD. Ankara 3Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Sosyal Pediatri BD. Ankara
92. Derleme. Taciser Uysal Özasan, Öznur Bilaç. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Epidemiyolojisi
93. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanılı çocukl ve ergenlerde sosyal bilgi ve aleksitimi ilişkisinin incelenmesi. uzmanlık tezi Dr. Kutay
94. Chronis andrea m, Lahey benjamin b, Pelham william e. J, Kipp heidi l, Baumann barbara l, Lee steve S. Psychopathology and Substance Abuse in Parents of Young Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet] 2003;42:1424–32. Available from: 10.1097/00004583200312000000009%5Cnhttp://ludwig.lub.lu.se/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edselp&AN=S0890856709621250&site=edslive&scope=site
95. Biederman J, Faraone S V., Keenan K, Benjamin J, Krifcher B, Moore C, SprichBuckminster S, Ugaglia K, Jellinek MS, Steingard R, Spencer T, Norman D, Kolodny R, Kraus I, Perrin J, Keller MB, Tsuang MT. Further Evidence for Family-Genetic Risk Factors in Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Patterns of Comorbidity in Probands and Relatives in Psychiatrically and Pediatrally Referred Samples. Arch Gen Psychiatry 1992; 49:728–38.
96. Nigg JT, Hinshaw SP. Parent personality traits and psychopathology associated with antisocial behaviors in childhood attention-deficit hyperactivity disorder. J Child Psychol Psychiatry Allied Discip 1998; 39:145–59.
97. Abuse S (2005). Mental Health Services Administration (SAMHSA), 2005 Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) Overview of findings from the 2004 National Survey on Drug Use and Health. Washington, DC, US Department of Health and Human Services.
98. Agrawal A , Scherrer JF, Grant JD, Sartor CE, Pergadia ML, Duncan AE et al. (2010) The effects of maternal smoking during pregnancy on offspring outcomes. Prev Med, 50:13-18.

99. Richardson GA, Ryan C, Willford J, Day NL, Goldschmidt L (2002) Prenatal alcohol and marijuana exposure: effects on neuropsychological outcomes at 10 years. *Neurotoxicol Teratol*, 24:309-320.
100. Obel C, Linnet KM, Henriksen TB, Rodriguez A, Järvelin MR, Kotimaa A et al.(2009) Smoking during pregnancy and hyperactivity/inattention in the offspring—comparing results from three Nordic cohorts. *Int J Epidemiol*, 38:698-705.
101. Obel C, Olsen J, Henriksen TB, Rodriguez A, Järvelin MR, Moilanen I et al. (2010) Is maternal smoking during pregnancy a risk factor for hyperkinetic disorder? findings from a sibling design. *Int J Epidemiol*, 40:338-345.
102. Obel C, Zhu JL, Olsen J, Breining S, Li J, Grønberg TK et al. (2015) The risk of attention deficit hyperactivity disorder in children exposed to maternal smoking during pregnancy—a reexamination using a sibling design. *J Child Psychol Psychiatry*, 57:532-537.
103. Klinik Tıp Pediatri Dergisi Cilt: 10 Sayı: 5 Eylül - Ekim 2018Çocukluk Çağında Astım, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Nedeni midir? Is Asthma a Cause of Attention Deficiency and Hyperactivity Disorder in Childhood?
104. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar eISSN:1309-0674 Hesna Gül, Bedriye Öncü Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Etiyolojisinde Çevresel Etkenler Environmental Factors in the Etiology of Attention Deficit Hyperactivity Disorder
105. Acetaminophen Use During Pregnancy, Behavioral Problems, and Hyperkinetic Disorders Zeyan Liew, MPH; Beate Ritz, MD, PhD; Cristina Rebordosa, MD, PhD; Pei-Chen Lee, PhD; Jørn Olsen, MD, PhD
106. Clements CC, Castro VM, Blumenthal SR, Rosenfield HR, Murphy SN, Fava M et al. (2015) Prenatal antidepressant exposure is associated with risk for attention-deficit hyperactivity disorder but not autism spectrum disorder in a large health system. *Mol Psychiatry*, 20:727-734.
107. Harris MN, Voigt RG, Barbaresi WJ, Voge GA, Killian JM, Weaver AL, Colby CE et al.(2013) ADHD and learning disabilities in former late preterm infants: a population-based birth cohort. *Pediatrics*, 132:e630-e636.

108. Silva D, Colvin L, Hagemann E, Bower C (2014) Environmental risk factors by gender associated with attention deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 133:e14-e22.
109. Association of maternal diabetes with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in offspring: A meta-analysis and review. Guo D, Ju R, Zhou Q, Mao J, Tao H, Jing H, Zhu C, Dai J. *Diabetes Res Clin Pract*. 2020 Jul;165:108269. doi: 10.1016/j.diabres.2020.108269. Epub 2020 Jun 12. PMID: 32535117 Review
110. Halmoy, A., Klungsoyr, K., Skjaerven, R., Haavik, J. (2012). Pre- and Perinatal Risk Factors in Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, *Biol Psychiatry*, 71, 474-481. Erişim: 01.10.2012, <http://yadda.icm.edu.pl/yadda/element/bwmeta1.element.elsevier3c5d7264-da84-3134-a8c8-45412b0a5e8b>
111. *Biol Psychiatry*. 2017 Mar 1;81(5):452-459. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Offspring of Mothers With Inflammatory and Immune System Diseases. Johanne T Instanes, Anne Halmøy, Anders Engeland, Jan Haavik, Kari Furu, Kari Klungsøyr
112. Akdeniz Üniversitesi .Eğitim Bilimleri Enstitüsü. eğitim programları ve öğretim tebliği yüksek lisans programı 9-12. sınıf öğrencilerinin sınıf içi durumlarının dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (dehb) açısından değerlendirilmesi yüksek lisans tezi. Hadice Nur ÇAKAR .Antalya, 2019
113. Thompson JM, Waldie KE, Wall CR, Murphy R, Mitchell EA, Group AS (2014) Associations between acetaminophen use during pregnancy and ADHD symptoms measured at ages 7 and 11 years. *PLoS One*, 9:e108210.
114. Bir Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine Başvuran Çocuk ve Ergenlerin Ruhsal Belirtileri ve Risk Faktörlerinin Değerlendirilme Tülin Yöntem Fidan Atatürk Üniversitesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD. Erzurum www.konuralptipdergi.duzce.edu.tr
115. Harran üniversitesi tıp fakultesi .Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanılı çocuğı olan annelerde antipurkinje hücre antikorları ve DNA hasarının değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi. Dr Sümeyra Güngören.

EKLER

EK 1. VeriToplamaFormu

Aydın Efeler’de Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran 6-13 yaş arası çocuklarda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Taraması.

Sayın katılımcı;

Bu araştırma Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı uzmanlık öğrencisi Dr. Rita Nabiyeva’nın tez çalışmasıdır. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) çocukluk dönemi içerisinde sıklıkla karşılaşılan gelişimsel düzey ile uyumsuz biçimde dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtilerinin görüldüğü, toplumsal, okul veya işle ilgili etkinlikleri olumsuz etkileyebilen nörogelişimsel bir bozukluktur. Etiyolojisinde birçok genetik, çevresel ve biyolojik faktörün rol oynadığı bilinmektedir. DEHB olan çocuklar okul, ev ya da arkadaşlar ile ilgili sık sık sorun yaşarlar. Okulda, umulanın altında performans gösterirler. Yapılan çalışmalar sorunların erişkin döneminde devam etmesini göstermekte o yüzden ilerde doğru meslek seçimi DEHB tanılı çocuklar için büyük önem taşır. Çalışmamızda; Aydın Efelerde belirlenen Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran 6-13 yaş aralığındaki çocuklarda DEHB riskini Çocuk ve Ergenlerde Davranış Bozuklukları için DSM-4’ e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeğini (ÇEDBÖ) kullanarak belirlemeyi ve çalışmaya dahil edilen çocuklarda DEHB riskini etkileyen faktörleri tanımlamayı amaçladık. Araştırmamıza katılım gönüllük esasına dayanmaktadır. Sorulara verdiğiniz yanıtlar tamamen gizli tutulacak, kişi ya da kurumlarla paylaşılmayacaktır. Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları uygulamayı yürüten Dr.Rita Nabiyevaya uygulama sırasında veya sonrasında e-posta yoluyla veya telefonla (cep) sorabilirsiniz. Tel: 0 544 427 28 80 e-posta: nabiyevarita@gmail.com. Anketi cevaplama süreniz yaklaşık olarak 15 dakikadır. Çalışmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

Prof. Dr. Ayfer Gemalmaz. Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu:

1.Çocuğun Cinsiyeti.....

2.Yaşı

3.Formu dolduran kişinin çocuğa yakınlığı . Anne ☐a ☐

4.Çocuğun Ruhsal hastalık tanısı: 1.VarBelirtin 2.Yok

5.Çocuğun ilaç kullanımı Yok Var

☐☐

6.Gebelikte herhangi bir problem/hastalık yaşadınız mı 1.Hayır 2. Evet.....Belirtin

7.Çocuk kaç haftalık doğdu....

8.Gebelikte Sigara: 1. Yok 2. Var

9.Gebelikte Alkol: 1. Yok 2. Var

10.Gebelikte ilaç kullanımı. ☐ Demir ilacı ☐ D vitamini ☐ Diğer vitaminler

☐ Diğerilaclar.....Belirtin

11.Ailede Ruhsal Hastalık Tanısı (1. Ve 2. Derece) 1,Yok 2.Var.....

12.Bu Çocuk Dahil Ailede Kaç Çocuk Var:.....

13.DiğerÇocuklardaHerhangiBirHastalıkVarmı? ☐ Hayır ☐ Evet

14.Anne eğitimdurumu ☐yıl ve altı ☐ 9 yıl ve üstü

15.Baba eğitimdurumu ☐ 8 yıl ve altı ☐ 9 yıl ve üstü

EK 2. Çocuk ve Ergenlerde Davranış Bozuklukları için DSM-4 'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (ÇEDBÖ)

I.BÖLÜM

A.DİKKATSİZLİK

Sorun

Sorunun Derecesi

	YOK	BİRAZ	FAZLA	ÇOK FAZLA
1. Dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.	0	1	2	3
2. Üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı oyunlarda dikkatini sürdürmede zorluk çeker.	0	1	2	3
3. Kendisine doğrudan hitap edildiğinde dinleniyormuş gibi görünür.	0	1	2	3
4. Yönergeleri gerektiği gibi izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da iş yerindeki görevlerini tamamlayamaz.	0	1	2	3
5. Görev ve etkinliklerini düzenlemekte güçlük çeker.	0	1	2	3
6. Uzun süreli dikkat gerektiren işler (okul ödevi, ev ödevi gibi) kaçınır, bunlardan hoşlanmaz ve bunlara karşı isteksizdir.	0	1	2	3
7. Üzenine aldığı görev ya da etkinlikler için gerekli olan eşyaları (kalem, kitap, oyuncak, araç gereç gibi) kaybeder.	0	1	2	3
8. Dikkati kolayca dağılır.	0	1	2	3
9. Günlük etkinliklerde unutkanır.	0	1	2	3
IA Bölümünde karşılanan ölçüt sayısı	/9			
IA Bölümünden alınan toplam puan	/27			

B. AŞIRI HAREKETLİLİK - DÜRTÜSELLİK

AŞIRI HAREKETLİLİK

Sorun

Sorunun Derecesi

	YOK	BİRAZ	FAZLA	ÇOK FAZLA
10. Elleri ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanır.	0	1	2	3
11. Sınıfta ya da oturması gereken diğer durumlarda yerinde oturmaz.	0	1	2	3
12. Uygu olmayan durumlarda sağa sola koşturur ya da tırmanır (gençlerde ya da erişkinlerde huzursuzluk ile sınırlı olabilir).	0	1	2	3
13. Sakince oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker.	0	1	2	3
14. Hep hareket halindedir ya da sanki motor takılmış gibi davranır.	0	1	2	3

15. Çok konuşur.	0	1	2	3
------------------	---	---	---	---

DÜRTÜSELLİK

Sorun

Sorunun Derecesi

	YOK	BİRAZ	FAZLA	ÇOK FAZLA
16. Sorulara soru tamamlamadan yanıt verir.	0	1	2	3
17. Sırasını beklemekte güçlük çeker.	0	1	2	3
18. Başkalarının özünü keser ya da yaptıklarının arasına girer (başkalarının konuşmaları ya da oyunlarına burnunu sokar.)	0	1	2	3
IB Bölümünde karşılanan ölçüt sayı	/9			
IB Bölümünden alınan toplam puan	/27			
IA ve IB Bölümlerinde karşılanan toplam ölçüt sayısı	/18			
Bölüm IA ve IB'nin toplam puanı	/54			

EK 3. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onay Yazısı

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 07.07.2020-35295



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 53043469-050.04.04
Konu : Kararlar

Sayın Prof.Dr. Ayfer GEMALMAZ
Öğretim Üyesi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 02.07.2020 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanıza ilgili alınan 12 nolu karar aşağıda sunulmuştur.
Bilgilerinize sunarım.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Hatice ERTABAKLAR
Kurul Başkanı

KARAR: 12
Protokol No: 2020/129
Sorumlu Yürütücü: Prof.Dr. Ayfer GEALMAZ
Aile Hekimliği AD

Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr. Ayfer GEALMAZ'ın "**Aydın Efelerde Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran 6-13 yaş arası çocuklarda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Taraması**" konulu yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir. Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu- gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 4. Aydın Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 18.08.2020-21555



T.C.
AYDIN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 44021967-605.01
Konu : Araştırma İzni (Dr. Rita
NABİYEVA)

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : Rita NABİYEVA'nın 14/07/2020 tarihli dilekçesi.

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında Araştırma Görevlisi olarak çalışan Dr. Rita NABİYEVA, Prof. Dr. Ayfer GEMALMAZ danışmanlığında, Efeler 4, 14, 24 No'lu, Çeştepe ve Tepecik Aile Sağlığı Merkezlerinde "Aydın Efelerde Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 6-13 Yaş Arası Çocuklarda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Taraması" isimli tez çalışması yapmayı planlamaktadır.

Birinci basamakta sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Birinci basamak sağlık kurumlarında gerçekleştirilecek olan araştırmalarda sağlık hizmeti sunumu sebebi ile edinilmiş olan verilerin talep edilemeyeceğinin bilinmesi (kimlik bilgileri, iletişim ve adres bilgileri, hastalık ile ilgili kayıtlar vb.), çalışma yapılırken sağlık kuruluşunun işleyişine ve güvenilirliğine zarar verilmemesi, çalışmanın sağlık kuruluşu elemanlarının onayı çerçevesinde hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi ve/veya başvuru formunda belirtilen yardımcı araştırmacılar tarafından yürütülmesi gerekmektedir.

Söz konusu çalışmanın, yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak şartıyla yapılması uygun görülmüş olup Müdürlük Makamından alınan onay yazımız ekinde gönderilmiştir.

Bilgilerinize arz ve rica ederim.

e-imzalıdır.
Dr.Mete ERKİ
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Eki: Makam Onayı

Dağıtım: Adnan Menderes Üniversitesi Rektörlüğü
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı

Aydın İl Sağlık Müdürlüğü-Sağlık Hizmetleri Birimi
Telefon: Faks No: 02562151611
e-Posta: hanife.kacmaz@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Dahili Tel. Numarası: 1607

Bilgi için: HANİFE KAÇMAZ
HEMŞİRE
Telefon No: (0 256) 213 50 00

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.