

# Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Şanlıurfa'da Görev Yapmakta Olan Pediatristlerin Bilgi ve Tutumları

Attitude and Knowledge of Pediatricians about Attention Deficite and Hiperactivity Disorder Who Works in Sanlıurfa

Hasan Kandemir<sup>1</sup>, Salih Selek<sup>2</sup>, Fethiye Kılıçaslan<sup>1</sup>, Hüseyin Bayazıt<sup>3</sup>, Suat Ekinci<sup>4</sup>, Sultan Basmacı Kandemir<sup>5</sup>, Kadir Güler<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Şanlıurfa

<sup>2</sup>Istanbul Medeniyet Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>3</sup>Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Şanlıurfa

<sup>4</sup>Balıkli Rum Hastanesi Psikiyatri, İstanbul

<sup>5</sup>Balıklığöl Devlet Hastanesi, Psikiyatri Şanlıurfa

**Yazışma adresi:** Fethiye Kılıçaslan, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Şanlıurfa. 04143183000-3174, Email:dr\_fethiye\_88@hotmail.com

**Geliş tarihi / Received:** 09.05.2014

**Kabul tarihi / Accepted:** 09.12.2014

## Özet:

**Amaç:** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu(DEHB) çocukluk çağında sık görülmektedir. Günlük pratik içerisinde bu çocukların pediatri uzmanlarıyla karşılaşma ihtimalleri daha yüksektir. Pediatristlerin uzmanlık eğitimi içerisinde Çocuk Psikiyatri rotasyonu son yıllarda eklenmiştir. Çalışmamızda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu hakkında Şanlıurfa'da görev yapmakta olan pediatristlerin bilgi ve tutumlarının araştırılması hedeflenmiştir.

**Materyal ve Metod:** Şanlıurfa ilinde, devlet veya özel hastanelerde çalışan 38 pediatristin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile ilgili 46 sorudan oluşan doğru, yanlış şeklinde cevapları olan bir anket doldurmaları istendi. Anket hekimlerin sosyo-demografik özellikleri yaş, cinsiyet, hekimlik süreleri gibi ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu hakkında genel bilgilere ilişkin sorular içermektedir.

**Bulgular:** Yapılan anket sonuçlarında %44.7 Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı koyabileceğini %39.5 tanı ölçütlerini bilmediğini, %34.2 DEHB tanısı konan bir çocuğun çocuk psikiyatrisinden önce çocuk nörolojisine gitmesi gerektiği, % 26.3 ilaçların ciddi yan etkileri olduğunu, %10.5 ise ilaçların bağımlılık yapabileceğini belirtmişlerdir.

**Sonuç:** Bu bulgular pediatristlerin sık görülen Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile ilgili genel tutumlarını ortaya koymaktadır. Pediatri uzmanlık eğitimi içerisinde konulan Çocuk Psikiyatri rotasyonunun bu alandaki bilgilenmeyi arttıracığı ve yararlı olacağı düşünülmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Tutum, Pediatrist

## Abstract

**Background:** Attention Deficite and Hiperactivity Disorder is a common condition in childhood. Children with Attention Deficite and Hiperactivity Disorder are more likely to encounter with pedistricians. Recently, Child and Adolesan Psychiatry rotation is added to pediatry education. we aimed to evaluate pediatricians' knowledge and attitude about Attention Deficite and Hiperactivity Disorders.

**Material and Method:** Thirty-eight pediatricians who work in University and state hospitals answered questionnaire consisting of 46 questions regarding sociodemographic features, age, duration of work, marital status, and general knowledge and management of Attention Deficite and Hiperactivity Disorder.

**Results:** Of pediatricians, 44.7% said that they can diagnose Attention Deficite and Hiperactivity Disorder, %39.5 said that they did not know the protocol used in establishing the diagnosis and 26.3% think that the medications have serious side effects, 10.5% think that medication can be addictive.

**Conclusions:** These findings indicate the attitude and knowledge of pediatricians about the Attention Deficite and Hiperactivity Disorder. It's thought that child psychiatry rotations for pediatry residents will be useful and increase knowledge of pediatricians

**Keywords:** Attention Deficite and Hiperactivity Disorder, attitude, Pedaitrician

### Giriş:

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) çocukluk döneminde hiperaktivite, dürtüsellik ve/veya dikkat eksikliği ile ortaya çıkar ve bu semptomların kognitif, akademik, emosyonel ve sosyal fonksiyonlarını etkiler(1). DEHB, çocuk psikiyatri bölümüne en sık başvuru nedenlerinden biridir. DEHB okul çağı çocuklarında %3-7 oranında görülmektedir(2). Günümüzde etiyolojisi hala tam olarak aydınlatılamamıştır. Bütün yönleriyle tıpta en iyi araştırılmış bozukluklardan biri olan DEHB'nin epidemiyolojisi konusunda da tüm dünyada oldukça fazla araştırma yapılmıştır. Bu araştırmalarda DEHB sıklığına ilişkin %0.2-0.4 ile %23.4-27 gibi birbirinden oldukça farklı sonuçlar elde edilmiştir(3). Zaman içerisinde tanı kriterlerinin değişmesine bağlı olarak prevalansı da değişkenlik göstermektedir. Son yıllarda yapılan oldukça kapsamlı iki meta analiz çalışmasında DEHB'nin tüm dünyadaki ortalama prevalansının %5.29(4) ve %5.9-7.1(5) olduğu gösterilmiştir. Bu son derece önemli iki meta analiz çalışması sonucunda yazarlar daha önce çok sayıda ülkede yapılmış olan çalışmalarda, elde edilen birbirinden çok farklı DEHB prevalansının

coğrafi ve ırksal farklılıklardan değil, temelde metodolojik özelliklerden kaynaklandığını belirtmişlerdir(4-6).

DEHB tedavisinde en sık uygulanan yaklaşım stimulan ilaç kullanımınıdır. Stimulanların DEHB'den kaynaklanan davranış ve dikkatle ilgili sorunların kontrolünde ve okul başarısının artmasında etkili olduğu gösterilmiştir(7,8). İlaça ek olarak ya da tek başına psikososyal tedavi yaklaşımlarının kullanılmasının da bazı belirtilerin kontrolünde etkili olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Psikososyal eğitim, aile eğitimi, aile tedavisi, öğretmen eğitimi, okul görüşmeleri, bilişsel davranışçı terapi ve bireysel psikoterapi psikososyal tedavi yaklaşımlarından bazılarıdır(9-11). İlaç tedavisine bu uygulamaların eklenmesinin uzun dönemde tedavi başarısını artırabileceği düşünülmektedir. Özellikle ilaçla tam düzelmeye sağlanamayan olgularda tedavide çoklu yaklaşım önerilmektedir(12,13,14).

DEHB tanısı koymak bazı güçlükler içerir, bunun en önemli nedeni özgün bir tanısal test aracının olmamasıdır. Tanı genellikle aile ve öğretmenden alınan bilgiler ışığında, çocuğun ruhsal muayenesi ve gözlemi ile konur(15). Hem klinik örneklemelerde hem de epidemiyolojik örneklemede hastalığın kızlara

oranla erkeklerde daha sık görüldüğü bilinmektedir. Epidemiyolojik örnekleme erkek-kız oranı 3/1 iken; klinik örnekleme 9/1 olarak bildirilmiştir(16). Bu farklılığın kızlarda davranışsal semptomlara erkeklerden daha az rastlanmasından ve tedavi başvuru sıklığının erkeklerde daha fazla olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür(17). Anne-babalar sıklıkla aile hekimi ve pediatristlere çocuklarını DEHB açısından değerlendirmeleri için başvurmaktadırlar. Hirfanoğlu ve ark yaptığı bir çalışmada Pediatri asistanlarının % 81.4 DEHB hakkında yetersiz bilgiye sahip olduğunu ve % 85.2'nin tanı kriterlerini bilmediğini bildirmiştir(18). İngiltere de yapılan bir çalışmada pratisyenlerin daha çok bilgilendirilmeleri gerektiği rapor edilmiştir(19).Pediatristlerin DEHB olan çocuklarla günlük pratik içerisinde karşılaşma ihtimalleri daha sıktır ve bu durum hastalara teşhis konması ve erken müdahale edilmesinde önem arz etmektedir. Bu nedenle pediatri uzmanlık eğitimi içerisine Çocuk Psikiyatri rotasyonu son yıllarda eklenmiştir. Çalışmamızda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu hakkında Şanlıurfa'da görev yapmakta olan pediatristlerin bilgi ve tutumlarının araştırılması hedeflenmiştir.

### **Materyal ve Metod**

Bu çalışmaya Şanlıurfa'da; Çocuk Hastanesi (n=14),Devlet Hastanesi(n=4), Üniversite Hastanesi(n=1) ve özel (n=19) hastanelerde görev yapan toplam 38 pediatri uzmanı (30 pediatri,8 pediatri yandal uzmanı) katıldı.Hekimlere yaşları, cinsiyetleri, görev süreleri ve ayrıca yakınlarından DEHB tedavisi alan olup olmadığı sorulmuştur. Anket, DEHB ile ilgili 46 maddelik doğru ya da yanlış şeklinde cevapları olan kapalı uçlu

sorulardan oluşmaktadır. Anketlerin doldurulması gönüllülüğe dayanmaktadır. Bir çocuk ve ergen psikiyatrisi birebir hekimlere ulaşmıştır.

### **Bulgular**

Çalışmamıza katılan pediatristlerin sosyo-demografik verileri tablo 1 de verilmiştir. Bu uzmanların yakınlarında DEHB olan 12 kişiydi. Yakınlarında DEHB olanlar ile olmayanlar arasında tanı kriterlerini bilme, tanı koyma ve takip edebilme açısından farklılık olup olmadığına Ki-Kare testi ile bakıldı ve anlamlı bir farklılık bulunmadı. Tanı kriterlerini bilmede; görev süresi, baktıkları hasta sayısı, çalıştıkları kurum ve cinsiyet açısından fark bulunmamıştır. Yan dal uzmanı olan ve olmayan pediatristler arasında tanı kriterlerini bilme açısından bakılan Ki-Kare testinde anlamlı farklılık bulunmamıştır. Anketteki sorulara verilen cevaplar yüzde olarak tablo 2 de verilmiştir. Bu tablo soruların doğru veya yanlış olduğunu yansıtmamaktadır.

### **Tartışma**

DEHB çocukluk döneminde başlayıp kronik seyreden ve dünya genelinde çocuk ve adolesanda prevalansı %5.3 olduğu tahmin edilen bir durumdur(20). Hekimlerin bu bozukluğu daha iyi tanımaya ve anlamaya başlaması ile beraber geçmişe oranla DEHB tanısı konulmasında artış olmuştur. Pediatristlerin DEHB olan çocuklarla karşılaşma ihtimali çocuk psikiyatristlerine göre daha yüksektir. Ülkemizde her ilde çocuk psikiyatristi bulunmamakta ve bu durum pediatristlere düşen görevi daha önemli hale getirmektedir. Mannuzza ve ark yapmış olduğu bir çalışmada tedavi edilmeyen hastalarda devam eden DEHB semptomlarında artış 11 kat, antisosyal kişilik bozukluğu ve adli gözaltılar da artış 9 kat, madde kötüye kullanımında ise artış 4 kat tespit etmişlerdir(21).Çalışmamızda pediatristlerin %44.7 si tedavi edilmediği takdirde

madde bağımlılığı riskinin artmayacağını, %26'sı ilaçların ciddi yan etkisi olduğunu, %5.3'ü DEHB da kullanılan ilaçların uyuşturucu özelliği olduğunu ve %10'u kullanılan ilaçların bağımlılık yapacağını ifade etmiştir. Hirfanoğlu ve ark yaptığı bir çalışmada, pediatri asistanlarından %85'nin DEHB'li çocukların öğrenme zorluğu yaşayabileceğini bilmediğini, %50'sinin bu kişilerin alkol ve madde bağımlılığı olabileceğini bilmediğini rapor etmiştir(18). Stimülanların tedavide kullanılmaları ile(iddiaların tam aksine) madde bağımlılığı riskinin azalması söz konusudur. İlaçlar ve yanısıra bazı davranış düzenleme teknikleri belirtilerin düzeltilmesine yardımcı olur. Stimülan ilaçlar uzun yıllardır DEHB tedavisinde başarı ile kullanılmaktadırlar. Bu ilaçlar beyin işlevlerini yavaşlatmaz tam tersine beyin bazı kısımlarını uyarır; odaklanabilme ve davranışlarını kontrol edebilme becerilerini artırır. Tedavinin başarısında başta öğretmenler olmak üzere söz konusu çocuğun sağlıklı gelişimine katkıda bulunabilecek diğer meslek dallarından kişilere (rehber öğretmen, okulun danışman psikoloğu, pedagog... gibi) ve aileye de önemli görevler düşmektedir.

Pediatristlerin %26.3'ü çocuklar bilgisayarın başında uzun süre kalabiliyorsa DEHB yoktur dedi. DEHB olanlar birçok olayda ve yapmaları gereken işlerde başından sonuna kadar takip edemezler, dikkatlerini yaptığı işe veya oyuna vermekte zorlanırlar; ancak, ilgilendikleri, keyif aldıkları (bilgisayar oyunları gibi) ve uyarıcı işlere daha iyi odaklanabilirler. DEHB, kişilerin sosyal mesleki ve akademik hayatlarını olumsuz etkilemektedir(22). Yaptığımız çalışmada pediatristlerin %68'i bu kişilerin yaşitları kadar başarılı olabileceğini söylemiştir. Amerikan Pediatri Akademisi tarafından pediatristlerin bu

durumun tanı ve teşhisinde büyük öneme sahip olduğu vurgulanmıştır(22). Çalışmamızda pediatristlerin %60.5'i tanı kriterlerini bilmediğini, %55.3'ü tanı koyamayacağını ve %89.9'u DEHB'li hastayı takip edemeyeceğini ifade etmiştir. Yandal uzmanı olması ve olmaması, tanı kriterlerini bilmeyi etkilememiştir.

Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada öğretmenlerin %23.3 ve ebeveynlerin %28.4 oranında DEHB'yi yüksek zeka ile ilişkili bulmuşlardır(23). Bizim çalışmamızda pediatristlerin %18.4'ü bu çocukların zekalarının düşük olduğunu, %23.7 yüksek olduğunu, %60.5'i normal olduğunu ve %63.2'si özel eğitim almaları gerektiğini belirtti. DEHB zekâyı etkileyen bir bozukluk değildir. Ancak bu çocuklar DEHB'de yaşanan güçlüklerden dolayı okulda umulanın altında başarı gösterebilirler. Bu durum zekâ ile ilgili sorunlardan ziyade davranış sorunları ile ilişkilidir. Ayrıca DEHB'ye “Özgül Öğrenme Güçlüğü” eşlik edebilir ve bu bozukluğa yönelik olarak eğitsel yaklaşımlar uygulanması gerekebilir. Bu çocukların özel bir eğitim alması, özel bir sınıfa konması gibi bir durum söz konusu değildir. Uzmanların %26.3'ü DEHB'nin kız ve erkeklerde eşit oranda görüldüğünü söyledi. Türkiye'de yapılan bir çalışmada DEHB prevalansı %8.6 olduğu ve erkeklerde 6 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Pediatristlerin %39.5'i bu çocuklara daha az ödev verilmesi gerektiğini, %15.8'i ödev yapmazsa ceza verilmesini, %23.7 öğretmene yakın oturmalarına gerek olmadığını, %36.8'i sınavlarda ek süre tanınmaması gerektiğini, %39.5'i sınıfta dolaşmalarına izin verilmesi gerektiğini, %15.8'i devamsızlık riskinin fazla olmadığını söyledi. DEHB olan öğrencinin sınıfının çok kalabalık olmaması oldukça önemlidir. Öğrencinin, sınıfta öğretmenin kontrol etmesini kolaylaştırmak amacıyla ön

sıralarda oturması, dikkatinin kolay dağılmaması için pencere ve kapıdan uzak oturtulması gerekmektedir. Eğer mümkünse öğrencinin konsantrasyonunun daha iyi sağlanabilmesi için ışık, ısı, renk ve gürültü gibi faktörlerin kontrol altına alınması oldukça önemlidir.(17) Ankete katılanların %55.3ü DEHB'nin yaşam boyu sürdüğünü söyledi. İlerleyen yaşla beraber DEHB belirtileri de değişmektedir. İlerleyen yaşla birlikte hiperaktivite/dürtüsellik azalmakta fakat dikkat eksikliği belirtisinde belirgin bir gerileme izlenmemektedir.(24) Örneklem büyüklüğünün küçük olması çalışmamızdaki önemli kısıtlılıklardan biridir. İleriki çalışmalarda daha

fazla kişiye ulaşılması daha iyi olacaktır.

Çalışmadan anlaşılmaktadır ki; pediatristlerin çocuk psikiyatrisinin sık görülen rahatsızlıklarından olan DEHB alanındaki bilgileri yetersizdir. Birçok DEHB olan çocuğun çocuk psikiyatri görme imkânı bulamadığı ülkemizde, pediatristlerin sorumluluğu artmaktadır. Hastalığın teşhis ve tedaviyle ileriye yönelik akademik, sosyal ve birçok alanda oluşabilecek başarısızlığın önlenabilir olması, durumun ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Pediatristlerin uzmanlık eğitimlerinde çocuk psikiyatri rotasyonuna yeterli önemi göstermesi gerektiği ortaya çıkmaktadır.

**Tablo 1:** Ankete Katılan Pediatristlerin Sosyo-demografik Verileri

Cinsiyet	
Kadın	9
Erkek	29
Evli/Bekar	35/3
Yaş (ortalama yıl)	36±5
Görev Süreleri (ortalama yıl)	5.7±4.6
Görev Süreleri(min-max yıl)	1-16
Günlük Hasta Sayıları	54±24

**Tablo 2:** Soruların hekimler tarafından seçilme oranlarının dağılımı

	Doğru(%)	Yanlış(%)
1-Hiperaktivite geçici bir yaramazlık durumudur.	7.9	92.1
2- DEHB'nin tedavisi mümkün değildir.	2.6	97.4
3-DEHB bir hastalık değildir. Yanlış aile tutumları sonucu ortaya çıkan yaramazlık durumudur.	5.3	94.7
4-DEHB tedavisinde kullanılan ilaçlar uyuşturucudur.	5.3	94.7
5-DEHB olan çocukların zekaları daha yüksektir.	23.7	76.3
6-DEHB olan çocukların zekaları daha düşüktür.	18.4	81.6
7- DEHB olan çocukların zekaları diğerleriyle aynıdır.	60.5	39.5
8-DEHB olan çocukların özel eğitim almaları gereklidir.	63.2	36.8
9-DEHB erkeklerde daha sık görülür.	76.3	23.7
10-DEHB kızlarda daha sık görülür .	5.3	94.7
11- DEHB erkek ve kızlarda eşit sıklıkta görülür.	26.3	73.7
12- DEHB olan çocuklar yaşlıları kadar başarılı olabilirler.	68.4	31.6
13-DEHB'nin genetik ve biyolojik temeli vardır.	86.8	13.2
14- DEHB tedavisinde kullanılan ilaçlar bağımlılık yapar.	10.5	89.5
15- DEHB tedavisinde kullanılan ilaçların ciddi yan etkileri vardır.	26.3	73.7
16- DEHB olan çocuklar tedavi edilmezlerse alkol madde kullanım İhtimalleri artar.	55.3	44.7
17- DEHB tedavi edilmese de zamanla tamamen düzelir.	5.3	94.7
18- DEHB olan çocuklara daha az ödev verilmeli.	39.5	60.5
19-DEHB olan çocuklar ödev yapmadığında ceza verilmeli.	15.8	84.2
20-DEHB aile ve doktorun uğraşp çözmesi gereken bir durumdur. Öğretmenin bir yardımcı olamaz.	2.6	97.4
21-DEHB olan bir çocuğu sınıfta önde öğretmene yakın oturtmak faydalıdır.	76.3	23.7
22-Hiperaktivite olmaksızın tek başına dikkat eksikliği tedavi gerektirmez.	2.6	97.4
23- DEHB olan bir çocuğu sınıfta örnek olabilecek birinin yanına oturtmak faydalı olabilir	76.3	23.7
24- DEHB olan çocuklara verilen görevleri tamamlamak için ek süre tanınmamalıdır.	36.8	63.2
25-DEHB olanların çalışmaları esnasında kısa aralar vermek verimi arttırır.	92.1	7.9

26- DEHB olan çocukların sınıfta dolaşmalarına izin verilmelidir.	39.5	60.5
27- DEHB olanların olumlu davranışlarını övmekten kaçınmak gerekir. Bu şımarmalarına neden olabilir.	13.2	86.8
28- DEHB olan çocukların okuldan kaçma ve devamsızlık riskleri fazladır.	84.2	15.8
29-DEHB ile ilişkili sorunlar yaşam boyu sürer.	55.3	44.7
30-DEHB olan çocuklar depresyon için risk altındadırlar.	84.2	15.8
31- DEHB olan çocuklar aile ilişkilerinde problem yaşarlar.	89.5	10.5
32- Şeker ve çikolata DEHB ye neden olabilir.	13.2	86.8
33- DEHB'nin nedeni sorunlu aile ortamıdır.	26.3	73.7
34- Bilgisayarda uzun süre oynayabiliyorsa DEHB var denilemez.	26.3	73.7
35- Şiddet uygulamak DEHB'nin azalmasına neden olur.	7.9	92.1
36- DEHB olan çocuklar aslında isterlerse kendi başlarına sorunlarını çözebilirler.	13.2	86.8
37- DEHB aslında son zamanlarda ortaya atılmış bir hastalıktır. Önceden böyle bir şey yoktu.	2.6	97.4
38- İnternet ve medyada çıkan rahatsızlıkla ilgili bilgiler tamamen doğrudur.	7.9	92.1
39- DEHB olan çocuğun psikologla görüşmesi yeterlidir. Çocuk psikiyatrisine gitmesi gerekmez.	0	100
40- Sadece diyet tedavisiyle DEHB tedavi edilebilir.	0	100
41- DEHB olan çocuklar atik olduklarından daha az yaralanırlar.	2.6	97.4
42- DEHB tedavisinde ilaçlar yerine psikolojik yöntemler kullanılmalıdır.	10.5	89.5
43- DEHB olduğu düşünülen bir çocuk öncelikle çocuk nörolojisine yönlendirilmelidir.	34.2	65.8
44- DEHB tanı ölçütlerini biliyorum.	39.5	60.5
45- DEHB tanısı koyabilirim.	44.7	55.3
46- DEHB olan bir hastayı tedavi ve takip edebilirim.	10.5	89.5

Yazarlarla ilgili bildirilmesi gereken konular (Conflict of interest statement) : Yok (None)

#### Kaynaklar:

- 1) American Psychiatric Association. Attention-deficit/hyperactivity disorder. In: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013. p.59
- 2) Committee on Quality Improvement S on A-DD. Clinical Practice Guideline: Diagnosis and Evaluation of the Child With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Pediatrics. 2000;105(5):1158-1170.
- 3) Castellanos FX. Developmental Trajectories of Brain Volume Abnormalities in Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. JAMA. American Medical Association; 2002;288(14):1740.
- 4) Durston S, Hulshoff Pol HE, Schnack HG, Buitelaar JK, Steenhuis MP, Minderaa RB, et al. Magnetic resonance imaging of boys with attention-deficit/hyperactivity disorder and their unaffected siblings. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2004;43(3):332-40.
- 5) Kieling C, Goncalves RRF, Tannock R, Castellanos FX. Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. Child and adolescent psychiatric clinics of North America. 2008;17(2):285-307.
- 6) Vincent A, Guerard M. My Brain Needs Glasses: Living with Hyperactivity. 2004
- 7) Asheim H, Nilsen KB, Stordahl H, Johansen K. [Prescription of central nervous system stimulants]. Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række. 2001;121(8):908-10.
- 8) Jadao AR, Boyle M, Cunningham C, Kim M, Schachar R. Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. Evidence report/technology assessment (Summary). 1999;(11): 1-341.
- 9) Huang H-L, Chao C-C, Tu C-C, Yang P-C. Behavioral parent training for Taiwanese parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Psychiatry and clinical neurosciences. 2003;57(3):275-81.
- 10) Olfson M, Gomeroff MJ, Marcus SC, Jensen PS. National trends in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. The American journal of psychiatry. 2003;160(6):1071-7.
- 11) Schilling DL, Washington K, Billingsley FF, Deitz J. Classroom seating for children with attention deficit hyperactivity disorder: therapy balls versus chairs. The American journal of occupational therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association. 57(5):534-41.
- 12) Döpfner M, Frölich J, Sevecke K, Lehmkuhl G. [Multimodal therapy concept in hyperkinetic disorder. Drugs alone are not enough]. MMW Fortschritte der Medizin. 2002;144(47):34-8.
- 13) Hazelwood E, Bovingdon T, Tiemens K. The meaning of a multimodal approach for children with ADHD: experiences of service professionals. Child: care, health and development. 2002;28(4):301-7.
- 14) Owens EB, Hinshaw SP, Kraemer HC, Arnold LE, Abikoff HB, Cantwell DP, et al. Which treatment for whom for ADHD? Moderators of treatment response in the MTA. Journal of consulting and clinical psychology. 2003;71(3):540-52.
- 15) Ercan ES, Aydın C (1999) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. Ben Hasta Değilim çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının psikososyal yönü. A Ekşi (ed.) 1. Baskı, Nobel Tıp Kitap Evleri, İstanbul, s:270-284.
- 16) R Glow. A validation of Conners TQ and a cross-cultural comparison of prevalence of hyperactivity in children. In Burrows G, Werry J (eds). [Internet]. Advances in Human Psychopharmacology. 1980. p. 303-320.
- 17) Özdoğan B, Ak A, Soytürk M. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite/Aşırı Hareketlilik Bozukluğu olan Çocukların Eğitiminde Öğretmen El Kitabı. Ankara: Milli Eğitim Bakanlığı. 2005
- 18) Hirfanolu T, Soysal AS, Gücüyener K, Cansu A, Serdaroğlu A. A study of perceptions, attitudes, and level of knowledge among pediatricians towards attention-deficit/hyperactivity disorder. The Turkish journal of pediatrics. 50(2):160-6.
- 19) Thapar A, Thapar A. Is primary care ready to take on Attention Deficit Hyperactivity Disorder? BMC family practice. 2002;3:7.
- 20) Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. The American journal of psychiatry. 2007;164(6):942-8.
- 21) Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, LaPadula M. Adult outcome of hyperactive boys. Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. Archives of general psychiatry. 1993;50(7):565-76.
- 22) Foy JM, Earls MF. A process for developing community consensus regarding the diagnosis and management of attention-deficit/hyperactivity disorder. Pediatrics. 2005;115(1):97-104
- 23) Karabekiroğlu, K., Çakin-Memik, N., Özcan-Özel, O., Toros, F., Öztop, D., Özboran, B., Cengel-Kultur, E., Akbaş, S., Taşdemir, N.G., Ayaz, M., Aydın, C., Bildik, T., Eremiş, S., Yaman, A.K., "DEHB ve Otizm ile İlgili Bilgi Düzeyleri ve Damgalama: Sınıf Öğretmenleri ve Anababalarla Çok Merkezli Bir Çalışma", Klinik Psikiyatri, 12, 79-89 (2009)
- 24) Riddle MA, Yershova K, Lazzaretto D, Paykina N, Yenokyan G, Greenhill L, et al. The Preschool Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Treatment Study (PATS) 6-year follow-up. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2013;52(3):264-278.