



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ERZİNCAN BİNALI YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



**ERZİNCAN İLİNDE AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE
ÇALIŞAN SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN DİKKAT
EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU
HAKKINDAKİ TUTUM VE GÖRÜŞLERİ**

Salih EREN

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Ersan GÜRSOY

ERZİNCAN
2025

ETİK BEYAN

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanlığı'na,

Tıpta Uzmanlık Tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Erzincan İlinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Hakkındaki Tutum ve Görüşleri” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Bu tez çalışmasıyla ilgili tüm süreçler Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından, 12/11/2024 tarihinde, 404094 numaralı kararla onaylanmıştır.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Salih EREN

Tarih:

İmza:

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübeleriyle yol gösteren, akademik disiplini, çalışma ciddiyeti ve liderliğiyle örnek olan, işine, öğrencilerine ve hastalarına gösterdiği özveriyle saygı duyduğum değerli hocam Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Dr. Öğr. Üyesi **Ersan GÜRSOY**'a,

Birlikte geçirdiğimiz eğitimim süresince samimiyeti ve neşesiyle bulunduğu ortama neşe katan, pozitif enerjisiyle bizlere güven veren kıymetli hocam Dr. Öğr. Üyesi **Harun KARAHAN**'a,

Asistanlık sürecim de dahil olmak üzere her daim yanımda olan; pratik zekâsı, çözüm odaklı yaklaşımı, yol göstericiliği ve örnek alınacak iş ahlakıyla bana rehberlik eden; mesleğimi icra ederken her zaman örnek alacağım; insanlığı, güven veren duruşu, iyi niyeti ve desteğiyle hayatımda silinmez bir iz bırakan kıymetli abilerim Dr. Öğr. Üyesi **Cengiz Sarıgül** ve Arş. Gör. Dr. **Mehmet Emin Özhan**'a

Aile sağlığı merkezinde beraber çalıştığım, her zaman en içten samimiyetleri ile yanımda olduklarını hissettiren Uzm. Dr. **Yüksel BOZDAŞ** ve Arş. Gör. Dr. **Hasan Can YOLAÇAN** başta olmak üzere bütün Karaağaç Aile Sağlığı Merkezi çalışma arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca maddi ve manevi desteklerini eksik etmeyen, sabırla ve fedakarlıklarla beni yetiştiren, her zaman örnek aldığım, evlatları olmaktan gurur duyduğum annem **Fatime EREN** ve babam **Yusuf EREN**'e,

Hayatıma girdiği günden itibaren her konuda yanımda olan, desteği, sabrı, sevgisi ve en önemlisi varlığıyla bana güç, huzur ve neşe katan sevgili eşim Dr. **Nurhan EREN**'e ve en büyük mutluluğum, en güzel iyikim, yaşama sevincim olan biricik oğullarım **Emir Alp** ve **Kerem Alp**'ime,

Sonsuz teşekkürler...

İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN	ii
ÖNSÖZ.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
1. TÜRKÇE ÖZET	1
2. ABSTRACT	3
3. GİRİŞ VE AMAÇ	5
4. GENEL BİLGİLER.....	7
4.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	7
4.1.2.Tarihçe	8
4.1.3. Epidemiyoloji	9
4.1.4. Etiyoloji	10
4.1.5. Tanı Kriterleri	13
4.1.6. Klinik Özellikler	15
4.1.7. Tanı Süreci	17
4.1.8. Ayırıcı Tanı	19
4.1.9. Komorbid Durumlar	21
4.1.10. Tedavi	21
4.2. Aile Hekimliği	30
4.2.1 Aile Hekimliği ve DEHB	31
4.2.2. Aile Hekimliğinde DEHB ile İlgili Sağlık Politikaları	34
5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	36
5.1. Etik Kurul ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Araştırma İzinleri	36
5.2. Araştırmanın Evreni.....	36
5.3. Veri toplama Aracı	36
5.4. İstatistiksel Analiz.....	37

6. BULGULAR	38
7. TARTIŞMA	47
8. SONUÇ	52
9. KAYNAKLAR	53
10. EKLER	60



SİMGELER VE KISALTMALAR

AACAP: Amerikan Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Akademisi

AAP: Amerikan Pediatri Akademisi

ADHD: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

ASRS: Adult ADHD Self-Report Scale (Erişkin Öz Bildirim Ölçeği)

BB: Bipolar Bozukluk

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

CPT: Continuous Performance Test (Sürekli Performans Testi)

DAT 1: Dopamin Taşıyıcı 1

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DEHB-B: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Bileşik Görünüm

DEHB-DE: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Dikkatsizlik Baskın Görünüm

DEHB-H: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Hiperaktivite/Dürtüsellik Baskın Görünüm

DMN: Default Mode Network (Varsayılan Mod Ağı)

DRD4: Dopamin Reseptörü D4

DSM: Diagnostic and Statitital Manual of Mental Disorders

EEG: Elektroensefalografi

EKG: Elektrokardiyografi

IQ: Intelligence Quotient (Zekâ düzeyi)

MKB: Madde Kullanım Bozukluğu

MTA: Multimodal Treatment Study of Children with ADHD

NICE: National Institute of Health and Clinical Exellence (İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü)

OSB: Otizm Spektrum Bozukluğu

ÖÖB: Özgül Öğrenme Bozukluğu

RAM: Rehberlik Araştırma Merkezi

SNAP-IV: The Swanson, Nolan, and Pelham Rating Scale (DEHB Değerlendirme Belirti Listesi)

WCST: Wisconsin Card Sorting Test (Wisconsin Kart Eşleme Testi)

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1: DSM-V Tanı Kriterleri.....	16
Tablo 2: Sosyodemografik özellikler	38
Tablo 3: Katılımcıların demografik verileri ve DEHB ile ilgili bilgi düzeyleri, eğitim alma durumları ve eğitim alınan yer bilgileri	39
Tablo 4: Katılımcıların bilgi düzeylerini ölçmeye yönelik sorulara verdikleri yanıtlar	40
Tablo 5: DEHB ile ilgili tutum ve davranış soruları	41
Tablo 6: Katılımcıların dikkat/aşırı hareketlilik sorunu olan çocuklara yaklaşımı	41
Tablo 7: Katılımcıların DEHB'nin en etkin tedavisi hakkındaki düşünceleri	42
Tablo 8: Katılımcıların DEHB tanısı konup medikal tedavi alan çocuklara yaklaşımı	43
Tablo 9: Katılımcıların kendi çocuklarına DEHB tanısı konup medikal tedavi başlanması durumundaki tutumları.....	43
Tablo 10: Katılımcıların DEHB'ye ilişkin bilgi, tutum ve farkındalık düzeyleri	44
Tablo 11: Ünvanlara göre toplam puan değerleri	44
Tablo 12: Katılımcıların DEHB ile ilgili bilgi düzeyi ve eğitim alma durumunun toplam puan ile ilişkisi.....	45
Tablo 13: Hekimlerin ünvanlarına göre DEHB ile ilgili bilgi düzeyi ilişkisi	45
Tablo 14: Yakın Çevresinde DEHB tanısı almış kişi olma durumu ile toplam puan ilişkisi.....	46
Tablo 15: Mesleki tecrübe, aile hekimliği tecrübesi, ortalama muayene süresi ile anket puanlarının korelasyonları.....	46

1. TÜRKÇE ÖZET

Amaç:

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), çocukluk, ergenlik ve erişkinlik dönemlerinde görülen, dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileriyle seyreden nörogelişimsel bir bozukluktur. Yaşa bağlı olarak belirtiler farklılaşmakta; çocuklukta hiperaktivite daha belirgin iken erişkinlikte dikkat sorunları ve yürütücü işlev yetersizlikleri ön plana çıkmaktadır. DEHB, bireylerin akademik, mesleki ve sosyal işlevselliğini olumsuz etkilemekte, istihdamda azalma, riskli davranışlarda artış ve ilişkilerde sorunlara yol açabilmektedir.

Birinci basamak sağlık çalışanları, DEHB'li bireylerin ilk başvuru noktası olması nedeniyle erken tanı, doğru yönlendirme ve aile danışmanlığında kritik rol üstlenmektedir. Bu doğrultuda, çalışmanın amacı aile hekimleri ve yardımcı sağlık personelinin DEHB'ye ilişkin bilgi ve farkındalık düzeylerini belirlemek ve elde edilen verilerle gelecekteki tarama ve izlem protokollerine katkı sağlamaktır.

Yöntem:

Bu araştırma, Erzinan ilindeki 32 Aile Sağlığı Merkezinde (ASM) görev yapan sağlık çalışanlarıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmada 85 aile hekimi ve 65 yardımcı sağlık personeline ulaşılmış; toplam 148 katılımcıdan elde edilen verilerden eksik doldurulan 4 anket çıkarılarak analizler 144 kişi üzerinden yürütülmüştür. Veriler, akademik bir kurul tarafından hazırlanıp bilimsel geçerliliği sağlanan 37 soruluk anket aracılığıyla toplanmıştır.

Anketin 14 sorusu sosyodemografik özellikleri, 23 sorusu ise DEHB'ye ilişkin bilgi, tutum ve farkındalık düzeylerini değerlendirmeye yöneliktir. Soruların 6'sı açık uçlu, 11'i çoktan seçmeli, 19'u ise kapalı uçlu olup üçlü ve beşli Likert tipi ölçeklerden oluşmaktadır. Bilgi düzeyi DEHB'nin etiyolojisi, çekirdek belirtileri, tanı, klinik seyir ve tedavi alanlarını kapsamış; doğru yönlendirme ve tutumlar ayrıca ölçülmüştür.

Bulgular:

Çalışmaya katılan 144 sağlık çalışanının %63,2'si kadın, yaş ortalaması $36,8 \pm 8,1$ yıl, mesleki deneyim süresi $12,6 \pm 7,8$ yıl ve aile hekimliği sistemindeki deneyimi $7,2 \pm 5,1$ yıl olarak saptanmıştır. Katılımcılar günde ortalama 57 hasta görmekte, bunun yaklaşık 13'ü çocuk hastadır. Katılımcıların %54,2'si hekim, %45,8'i yardımcı sağlık personelidir.

Katılımcıların %40,9'u daha önce DEHB eğitimi aldığını, %27,1'inin ise yakın çevresinde DEHB tanılı birey bulunduğunu belirtmiştir. DEHB şüphesi olan öğrencilerde %86,1'i çocuk ve ergen psikiyatrisine yönlendirme yapacağını ifade etmiştir. Tedavi yöntemlerinde en etkili yaklaşım olarak %47,9 bilişsel davranışçı terapileri, %22,9 aile eğitimini, %18,8 farmakolojik tedaviyi belirtmiştir. İlacın kullanımı konusunda %84'ü, çocuk psikiyatrisi hekiminin önerisine uyulmasını savunmuştur.

Bilgi düzeyi puan ortalaması $9,27 \pm 4,16$ olup hekimler yardımcı personele kıyasla anlamlı derecede daha yüksek puan almıştır ($p < 0,001$). Daha önce eğitim alanlar ve yakın çevresinde DEHB tanılı birey bulunanlar anlamlı düzeyde daha yüksek bilgi puanı elde etmiştir ($p < 0,001$). Ünvanlar arasında bilgi düzeyi açısından fark saptanmamıştır.

Sonuç:

Çalışma, birinci basamak sağlık çalışanlarının DEHB'ye ilişkin bilgi düzeylerinin genel olarak orta seviyede olduğunu, özellikle tanı, klinik seyir ve tedavi alanlarında önemli eksiklikler bulunduğunu ortaya koymuştur. Çekirdek belirtilere yönelik farkındalık yüksek olsa da bu durum tanı ve yönetim süreçlerine yeterince yansımamaktadır. Eğitim almış katılımcıların daha yüksek bilgi düzeyine sahip olması, hedefe yönelik eğitimlerin etkili olduğunu gösterirken, katılımcıların yalnızca %40'ının bu konuda eğitim almış olması mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerde yetersizlik olduğunu düşündürmektedir.

Hekimlerin ünvanlarına göre bilgi düzeyleri arasında anlamlı farklılık olmaması bireysel ilgi ve güncel eğitimlerin bilgi düzeyinin belirlenmesinde daha kritik olduğunu ortaya koymaktadır. Yakın çevresinde DEHB tanısı bulunan katılımcıların daha yüksek puanlar elde etmesi, kişisel deneyimlerin öğrenme sürecine katkısını desteklemektedir.

Sonuç olarak, birinci basamak sağlık çalışanlarının DEHB'nin tanı, tedavi ve yönetiminde etkin rol üstlenebilmeleri için düzenli, vaka temelli eğitimler ile ulusal rehber ve tarama programlarının geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), birinci basamak sağlık hizmetleri, aile hekimliği, aile sağlığı elemanı, aile sağlığı merkezi

2. ABSTRACT

Objective:

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder characterized by symptoms of inattention, hyperactivity, and impulsivity, manifesting across childhood, adolescence, and adulthood. Symptomatology varies by age; while hyperactivity is more prominent in childhood, difficulties in attention and executive functioning become more apparent in adulthood. ADHD negatively affects academic, occupational, and social functioning, leading to reduced employment, increased risky behaviors, and interpersonal difficulties.

Primary care health professionals play a critical role in early detection, appropriate referral, and family counseling, as they constitute the first point of contact for individuals with ADHD. Accordingly, the aim of this study was to assess the knowledge and awareness levels of family physicians and allied health personnel regarding ADHD, and to contribute to the development of future screening and follow-up protocols based on the findings.

Methods:

This study was conducted with health professionals working in 32 Family Health Centers in Erzincan, Turkey. A total of 85 family physicians and 65 allied health personnel were recruited. After excluding four incomplete questionnaires, data from 144 participants were analyzed. Data collection was performed using a 37-item questionnaire prepared by an academic committee and validated for scientific reliability.

The questionnaire consisted of 14 items on sociodemographic characteristics and 23 items assessing knowledge, attitudes, and awareness of ADHD. It included six open-ended, eleven multiple-choice, and nineteen closed-ended questions, structured on three- and five-point Likert scales. Knowledge assessment covered ADHD etiology, core symptoms, diagnosis, clinical course, and treatment, while referral accuracy and attitudes were also evaluated.

Results:

Of the 144 participants, 63.2% were female, with a mean age of 36.8 ± 8.1 years, mean professional experience of 12.6 ± 7.8 years, and mean duration of family medicine practice of 7.2 ± 5.1 years. Participants reported seeing an average of 57 patients per day, of which

approximately 13 were children. Physicians constituted 54.2% of the sample, while allied health personnel accounted for 45.8%.

A total of 40.9% reported prior training on ADHD, and 27.1% indicated having a relative diagnosed with ADHD. In suspected ADHD cases, 86.1% stated they would refer the child to a child and adolescent psychiatrist. Regarding treatment approaches, 47.9% considered cognitive-behavioral therapy the most effective, followed by family education (22.9%) and pharmacological treatment (18.8%). Furthermore, 84% emphasized adherence to child psychiatry specialists' recommendations for medication use. The mean knowledge score was 9.27 ± 4.16 , with physicians scoring significantly higher than allied health personnel ($p < 0.001$). Participants with prior ADHD training or with a relative diagnosed with ADHD obtained significantly higher scores ($p < 0.001$). No significant differences were observed in knowledge scores across physician titles.

Conclusion:

This study demonstrated that the overall knowledge level of primary care health professionals regarding ADHD was moderate, with marked deficiencies particularly in diagnosis, clinical course, and treatment. Although awareness of core symptoms was relatively high, this did not adequately translate into diagnostic and management processes. The higher scores among participants with prior training highlight the effectiveness of targeted education, yet the finding that only 40% had received such training suggests inadequacies in both undergraduate and postgraduate curricula. The absence of significant differences across physician titles indicates that individual interest and continuing education are more critical determinants of knowledge level. Moreover, the higher scores among those with a relative diagnosed with ADHD underscore the contribution of personal experience.

In conclusion, for primary care health professionals to play a more effective role in the diagnosis, treatment, and long-term management of ADHD, regular case-based training programs, along with the development of national guidelines and screening initiatives, are strongly recommended.

Keywords: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), primary health care, family medicine, family health worker, community health centers

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB); çocukluk, ergenlik ve erişkinlik dönemlerinde yaygın olarak görülen, dikkat eksikliği, dürtüsellik ve hiperaktivite belirtileriyle seyreden, bireyin gelişimsel sürecini ve işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen nörogelişimsel bir bozukluktur. Bozukluğun belirtileri yaşa bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Çocukluk döneminde hiperaktivite daha belirgin bir şekilde gözlemlenirken, erişkinlikte bu belirtiler genellikle azalmakta; dikkat eksikliği ve yürütücü işlev yetersizlikleri ön plana çıkmaktadır (1).

DEHB tanılı bireylerde engellenme eşiğinin düşük olması, bu bireylerin entelektüel kapasitelerine kıyasla akademik ve mesleki yaşamlarında daha düşük başarı düzeyleri sergilemelerine ve iş yaşamında daha sık değişiklik yapmalarına neden olmaktadır. Erişkin dönemde DEHB'li bireyler istihdamda daha az yer almakta, antisosyal davranışlara daha fazla eğilim göstermekte ve riskli davranışlar (örneğin; hızlı, alkollü ya da ehliyetsiz araç kullanımı) nedeniyle trafik kazalarına daha sık karışmaktadırlar. Ayrıca, bu bireylerin uzun süreli ilişkiler kurma ve sürdürmede daha fazla güçlük yaşadıkları; bu durumun boşanma ve ayrılık oranlarını artırarak çocukların biyopsikososyal gelişimini olumsuz etkileyebileceği bilinmektedir.

DEHB etiolojisine ilişkin bilgiler sınırlı olmakla birlikte, çeşitli tedavi yaklaşımlarının uzun süreli ve bütüncül biçimde uygulanması klinik seyrinde anlamlı iyileşmeler sağlayabilmektedir (2). DEHB'li bireyler ya da ebeveynleri sıklıkla ilk temas noktası olan aile sağlığı merkezlerine dikkatsizlik ve/veya hiperaktivite yakınmaları ile başvurmaktadır. Bu bağlamda, birinci basamak belirtilerini tanıma, uygun yönlendirmede bulunma ve ailelerin kaygılarına etkili biçimde yaklaşma konularındaki bilgi ve farkındalık düzeylerinin artırılması önem taşımaktadır.

Aile hekimleri ve yardımcı sağlık personelleri, bu hastaları doğru şekilde değerlendirerek zamanında psikiyatrik tedaviye yönlendirebilir, yaşam boyu izlemlerini sağlayabilir ve bozukluğun yaşamın çeşitli alanlarında oluşturabileceği olumsuz sonuçlara ilişkin danışmanlık hizmeti sunarak anlamlı bir katkı sağlayabilirler. Aynı zamanda, bu profesyoneller DEHB'li bireylerin ailelerinin farkındalıklarının geliştirilmesine de destek olabilirler.

Bu çalışmanın temel amacı; birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları olan aile hekimleri ve yardımcı sağlık personelinin, mortalite ve morbidite üzerinde etkili olan DEHB'ye ilişkin bilgi düzeylerini ve farkındalıklarını değerlendirmektir. İkincil amacı ise, bu sağlık

profesyonellerinin DEHB hakkında yeterli bilgiye sahip olmaları durumunda, gelecekte oluşturulabilecek tarama ve izlem protokollerine yönelik veri sağlayarak sürece katkı sunmaktır.



4. GENEL BİLGİLER

4.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DEHB, temel belirtileri dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik olan, çocukluk çağında en sık karşılaşılan psikiyatrik bozukluklardan biridir (1).

Çocukluk döneminde ortaya çıkan ve bireyin yaşı ile gelişim düzeyine uygun olmayan dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtileriyle karakterize bu nörogelişimsel bozukluk, ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde de devam edebilmektedir (3). DEHB, aynı yaş ve gelişim düzeyine sahip bireylerle karşılaştırıldığında, dikkat süresinin kısalığı ve dürtüsellik belirtilerinin daha yoğun, sık ve kalıcı olmasıyla ayırt edilmektedir (4).

Çocukluk döneminde daha sık gözlenen ve çocuk psikiyatrisinde en yaygın biçimde araştırılan bozukluklardan biri olan DEHB; bireyin akademik başarı, sosyal ilişkiler ve diğer psiko-sosyal işlevsellik alanlarında önemli düzeyde bozulmaya neden olmaktadır. DEHB; dikkat eksikliği, hiperaktivite, dürtüsellik ve yürütücü işlevlerde yetersizlik gibi temel belirtileri içeren çok yönlü bir sendromdur. Bu bozukluğa sahip çocuklarda sosyal ilişkilerde zorluklar, akran ilişkilerinde bozulmalar, dışlanma, saldırgan davranışlar sergileme ya da bu tür davranışlara maruz kalma gibi sorunlar sıklıkla rapor edilmiştir. Ayrıca, bu çocukların zorbalık davranışlarına eğilimli oldukları da bildirilmiştir (5, 6).

DEHB'ye eşlik eden hareketlilik belirtileri zamanla azalabilse de, dikkat eksikliği gibi belirtiler yetişkinlikte de devam edebilmektedir. Çocukluk döneminde DEHB tanısı almış bireylerin %60'ının yetişkinlik döneminde de belirti göstermeye devam ettiği saptanmıştır (7). Aile içi tutum bozuklukları, akran zorbalığı ve genetik yatkınlık gibi etmenlerin, DEHB'nin olumsuz seyri üzerinde etkili olduğu ifade edilmektedir (8). Ayrıca, çocukluk ve ergenlik dönemlerinde karşılaşılan çevresel koşulların da bozukluğun gelişiminde genetik faktörler kadar belirleyici rol oynadığı belirtilmektedir (9).

DEHB, bireyler arasında farklı klinik seyirler izleyebilir. Bu seyirler arasında, ergenlik döneminin sonunda belirtilerin tamamen ortadan kalkması, sosyal ve duygusal problemlerin sürmesi ya da başka psikiyatrik bozukluklar ve bağımlılıkların gelişmesi gibi olasılıklar yer almaktadır (3).

4.1.2.Tarihçe

DEHB, tarihsel süreç içerisinde farklı kavramsallaştırmalarla ele alınmıştır. 19. yüzyılın sonlarında bu bozukluk, “impulsive insanity” (dürtüsel delilik), “mad idiots” (çılgın aptallar) ve “defective inhibition” (yetersiz engellenme) gibi ifadelerle tanımlanmaya çalışılmıştır. DEHB’ye ilişkin ilk betimleyici örnek, Frankfurt’taki ilk akıl hastanesinin kurucusu olan Alman hekim Heinrich Hoffmann tarafından yazılan çocuk kitabı *The Story of Fidgety Phil* (“Kıpır Kıpır Philip”) adlı eserde yer almıştır.

Modern DEHB tanımına yakın ilk bilimsel açıklama ise 1902 yılında İngiliz pediatrist George Still tarafından yapılmıştır. Still, dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik, saldırganlık, kurallara uyumda güçlük ve öğrenme bozuklukları gösteren çocukları tanımlarken, bu durumu “ahlaki kontrol eksikliği” olarak adlandırmış ve hem organik hem sosyal etmenlerin altını çizmiştir (8).

I. Dünya Savaşı sonrası dönemde yaşanan viral ensefalit salgını, DEHB belirtilerine benzer davranışlar gösteren çocuk vakalarının gözlemlenmesine neden olmuştur. Bu bağlamda, 1937 yılında viral ensefalit sonrası ortaya çıkan davranışsal değişiklikler "organically driven hyperactivity" (organik kökenli hareketlilik) olarak tanımlanmış ve DEHB’ye beyin dokusunda meydana gelen hasarın neden olabileceği yönünde teoriler geliştirilmiştir.

1947 yılında Strauss, dürtüsel ve aşırı hareketli davranışlar sergileyen çocukların beyinlerinde yapısal bozulmalar gözlemlemiş ve bu durumu “Minimal Beyin Hasarı Sendromu” olarak adlandırmıştır. Ancak 1960’lı yıllarda yapılan çalışmalar, belirgin bir beyin hasarı bulunmaksızın da benzer belirtilerin ortaya çıkabileceğini göstermiş ve bu doğrultuda tanım “Minimal Beyin Disfonksiyonu” olarak revize edilmiştir (8).

Tanı ve belirtileri Diagnostic and Statitical Manual of Mental Disorders (DSM) I (1952) sınıflamasında yer almayıp; ilk olarak “Çocukluk Çağının Hiperkinetik Reaksiyonu” adıyla DSM II’de (1968) yer almaktadır. DSM-III (1980) ile birlikte DEHB, “Hiperaktivitenin Kapsanmadığı Dikkat Eksikliği” ve “Hiperaktivitenin Kapsandığı Dikkat Eksikliği” şeklinde iki alt tipe ayrılmıştır. DSM-III-R (1987) ise bozukluğu “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu” adıyla tanımlamıştır (8).

DSM-IV’te (1994) DEHB, “Dikkat eksikliği ve yıkıcı davranış bozuklukları” başlığı altında tanımlanıp üç alt tipe ayrılarak sınıflandırılmıştır: “Dikkatsizliğin Baskın Olduğu Alt Tip,” “Hiperaktivite/Dürtüsellüğün Baskın Olduğu Alt Tip” ve “Bileşik Tip.” Çekirdek belirtileri;

dikkatsizlik ve hiperaktivite/dürtüsellik olan ve ikisinde de 9 belirti yer alan iki kümeden oluşmaktadır. Dikkatsizlik, herhangi bir duyuşsal algı bozukluğu olmaksızın dikkat süresini sürdürmede güçlük yaşıması, unutkanlık ve dağınıklık gibi belirtilerle kendini göstermektedir. Hiperaktivite ve dürtüsellik ise, bağlama uygun olmayan aşırı motor hareketlilik, yerinde duramama, aşırı konuşma, sık sık başkalarının sözünü kesme, sırasını beklemede zorlanma ve davranışın olası sonuçlarını düşünmeden harekete geçme biçiminde tanımlanabilir (1). Tanı, belirtilerin; 7 yaşından önce başlaması en az iki farklı ortamda görölmesi, kümelerden en az birindeki en az 6 belirtinin en az 6 aydır mevcut olması şartlarının varlığı ile konulmaktadır (10). Aynı zamanda ICD-10'da (Dünya Sağlık Örgütü'nün Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması), DEHB çocukluk dönemi psikiyatrik bozuklukları arasında değerlendirilmiş; motor ve dil gelişiminde gecikme ile birlikte kısa dikkat süresi ve aşırı hareketlilik gibi özellikler göstermesi gerektiği vurgulanmıştır.

DSM'de yapılmış (DSM 5-2013) en güncel tanılamaya göre DEHB, "Nörogelişimsel Bozukluklar" başlığı altında sınıflandırılmıştır. Belirtilerin başlangıç yaşı 12 olarak güncellenmiş ve tanı için otizm spektrum bozukluklarının (OSB) dışlama kriteri olması kaldırılmıştır. 17 yaşından büyükler için ise beş dikkat eksikliği ya da hiperaktivite belirtisinin karşılanması tanı için yeterli bulunmuştur. Bu değişiklikler, DEHB'nin gelişimsel kökenlerine vurgu yaparak bozukluğun yaşam boyu sürebileceği anlayışını güçlendirmiştir.

4.1.3. Epidemiyoloji

Yüksek prevalansı, yaşam kalitesi ve buna bağlı ekonomik yük üzerindeki olumsuz etkilerinden dolayı, DEHB çocuk psikiyatrisinin en çok araştırılan bozukluklarından olup erişkin psikiyatri uzmanları tarafından da giderek daha fazla ilgi görmektedir (11, 12).

DEHB prevalansına yönelik yapılan birçok araştırma, bu bozukluğun sıklığı açısından ülkeler arasında anlamlı farklılıklar bulunduğunu ortaya koymaktadır (13). Küresel ölçekte gerçekleştirilen çeşitli çalışmalarda, Polanczyk ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yürütölen ve çocuklar ile ergenleri kapsayan ilk kapsamlı meta-analiz çalışmasında, DEHB prevalansı %5,29 olarak rapor edilmiştir. 2012 yılında gerçekleştirilen başka bir meta-analizde ise bu oran %5,9–7,1 aralığında bulunmuştur (14, 15).

DEHB'nin cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde; her ne kadar DEHB'nin erkeklere özğü bir bozukluk olmadığı son yıllarda yapılan çalışmalarla ortaya konmuş olsa da erkek çocuklarda kızlara kıyasla daha yaygın görölmektedir. Erkeklerde tüm alt tiplerin daha sık göröldüğü; kızlarda ise dikkat eksikliği baskın tipin diğer alt tiplerden daha sık rastlandığı bildirilmiştir

(15). Erkek/kız oranı klinik örneklemelerde 9/1 oranında bulunurken; epidemiyolojik örneklemelerde 3/1 olarak bulunmuştur. Bu durumun; kızlarda dikkat eksikliği şikayetlerinin fazla, davranışsal şikayetlerin az rastlanması nedeniyle tedaviye başvuru oranının düşük olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür (16).

Türkiye'de gerçekleştirilen çeşitli epidemiyolojik çalışmalar da benzer bulgular sunmaktadır. Erşan ve arkadaşlarının (2004) yürüttüğü çalışmada, Türkiye'de 6–15 yaş arası çocuklarda DEHB görülme sıklığı %8,1 olarak rapor edilmiştir (17). Bir başka çalışmada ise ilkökul çağındaki çocuklarda bu oran %8,6'ya kadar çıkmaktadır (18). Eyüp Sabri Ercan ve çalışma arkadaşları tarafından (2013) gerçekleştirilen daha kapsamlı bir çalışma ise Türkiye'de DEHB prevalansının %12,7 olduğunu saptamıştır (19). Söz konusu oranlar, dünya genelinde yapılan meta-analizlerle karşılaştırıldığında Türkiye'deki DEHB yaygınlığının görece daha yüksek olduğunu göstermektedir.

4.1.4. Etiyoloji

DEHB, psikiyatri alanında en yoğun şekilde araştırılan bozukluklardan biri olmasına rağmen, etiyojisi hâlâ tam olarak aydınlatılamamıştır. Multifaktöriyel bir yapıya sahip olan DEHB'nin ortaya çıkışında genetik, nörobiyolojik ve çevresel etkenlerin birlikte rol oynadığı düşünülmektedir.

Klinik açıdan heterojen bir tablo sergilese de, etiyojiiye ilişkin bazı ortak bulgular mevcuttur. Bu bulguların başında, bozukluğun %70–80 oranında kalıtlılabilir nitelikte olması gelmektedir. Ancak kalıtımın doğrudan DEHB semptomlarını değil, daha çok prefrontal, striatal ve serebellar bölgelerde gözlemlenen hacim azalması ve nöronal inaktiviteyi etkilediği düşünülmektedir. Tedaviye yönelik gerçekleştirilen araştırmalarda ortaya konan bir diğer önemli bulgu, DEHB'de özellikle prefrontal beyin bölgelerinde dopamin ve noradrenalin aktivitesinde azalma olduğuna işaret etmektedir (2).

4.1.4.1. Genetik Etkenler

Genetik faktörler, DEHB etyolojisinde en belirleyici unsurlardan biri olup, bozukluğun ortaya çıkışında yaklaşık %79 oranında etkili olduğu bildirilmektedir. Aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları, DEHB'nin büyük ölçüde kalıtsal bir bozukluk olduğunu ortaya koymaktadır (20). Genel popülasyonda DEHB görülme sıklığı %5-10 arasında değişirken, aile öyküsü pozitif bireylerde bu oran önemli ölçüde artmaktadır; kardeşlerde yaklaşık %50, kuzenlerde ise %25 oranında görülmektedir (21). Birinci derece akrabalarında DEHB tanısı bulunan

bireylerde, ebeveyn ve kardeşler de dâhil olmak üzere, genel popülasyona kıyasla bozukluk riskinin 2 ila 8 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. (22).

Aile çalışmalarında ortaya konan güçlü genetik etkinin çevresel faktörlerden ne düzeyde etkilendiğini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen ikiz ve evlat edinme çalışmaları, DEHB etyolojisinin anlaşılmasına önemli katkılar sağlamaktadır. 2005 yılında yapılan bir araştırmada, DEHB için eş hastalanma (konkordans) oranının tek yumurta ikizlerinde %59 ile %92 arasında, çift yumurta ikizlerinde ise %29 ile %42 arasında değiştiği bildirilmiştir (23). Evlat edinme çalışmaları ise, biyolojik ebeveynlerle karşılaştırıldığında, evlat edinen ailelerde DEHB tanısı alma oranlarının daha düşük olduğunu ve bu çocuklarda yıkıcı davranış bozuklukları ile ilişkili bozuklukların daha az sıklıkla görüldüğünü ortaya koymuştur (24).

DEHB etyolojisinde dopamin, serotonin ve noradrenalin gibi nörotransmitter sistemlerin rol oynadığını ortaya koyan farmakolojik, nörogörüntüleme ve hayvan modeli temelli birçok çalışma bulunmaktadır (25). Özellikle dopaminerjik sistem genleri, DEHB etyolojisinde en fazla araştırılan genler arasında yer almaktadır. Bu durumun başlıca nedenleri arasında; DEHB tedavisinde yaygın olarak kullanılan stimülan ajanların, dopamin taşıyıcı proteinini inhibe ederek etkilerini göstermesi, nörogörüntüleme çalışmalarında dopamin açısından zengin beyin bölgelerinde işlev bozukluklarının gözlenmesi ve nöropsikolojik değerlendirmelerde dopaminerjik sisteme duyarlı yürütücü işlevlerde bozulmaların tespit edilmesi yer almaktadır (26).

Literatürde dopamin reseptörü D4 (DRD4) ve dopamin taşıyıcı (DAT1) genlerinin, DEHB ile anlamlı ilişkisi en sık gösterilen genler arasında yer aldığı bildirilmektedir. Bununla birlikte, dopaminerjik sistemle ilişkili diğer genlerde de DEHB ile anlamlı ilişki saptandığını ortaya koyan çalışmalar mevcuttur (27). Özellikle, DEHB’de gözlenen yüksek düzeydeki dürtüsellik ile ilişkilendirilen “yenilik arayışı” (novelty seeking) kişilik özelliği ile DRD4 geni arasındaki bağlantı, bu genin araştırmalarda ön plana çıkmasının temel nedenlerinden biridir (28). DAT1 geni ise sinaptik aralıktan dopaminin geri alımından sorumlu olup, DEHB tedavisinde sıklıkla kullanılan metilfenidatin hedef moleküllerinden biri olması nedeniyle en çok incelenen genlerden biri olarak dikkat çekmektedir (29).

DEHB etyolojisinde dopaminerjik sistem genleri ön planda olmakla birlikte, aday gen çalışmaları serotonin, noradrenalin, asetilkolin ve glutamat gibi diğer nörotransmitter sistemlerine ait genlerin yanı sıra nöronal plastisite ile ilişkili genlerin de bozukluğun gelişiminde rol oynadığını ortaya koymuştur (27).

4.1.4.2. Nörobiyolojik Faktörler

DEHB, başta yürütücü işlevler olmak üzere birçok bilişsel alandaki bozulmalarla ilişkilidir. Çalışmalar, DEHB’li bireylerin kontrol gruplarına kıyasla planlama, organizasyon, çalışma belleği ve tepki ketleme gibi yürütücü işlevlerde belirgin eksiklikler yaşadığını göstermektedir (30). Bu işlevsel bozukluklar bireyler arasında heterojenlik gösterir; bazı bireylerde yaygın bozulmalar varken, bazı bireylerde sınırlı veya hiç bozulma olmayabilir (31). Ayrıca yürütücü işlev bozuklukları yalnızca DEHB’ye özgü olmayıp, anksiyete, depresyon ve karşıt olma karşı gelme bozukluğu gibi diğer psikiyatrik durumlarda da görülebilmektedir (32).

DEHB’liler çevresel uyarılara adaptasyon, duygudurum düzenleme ve pekiştireçlere yanıt verme gibi diğer bilişsel alanlarda da zorluk yaşayabilir. Özellikle motivasyonel süreçlerde görülen farklılıklar, ödülü bekleme veya ertelemede güçlük gibi belirtilerle kendini gösterebilir (33).

Nörogörüntüleme çalışmalarında, DEHB’nin nörobiyolojik temelleri ortaya konmuş; prefrontal korteks, kaudat ve serebellum gibi bölgelerde yapısal ve işlevsel azalmalar bildirilmiştir. Özellikle prefrontal korteksin kortikal kalınlık ve hacim açısından DEHB’lilerde azaldığı ve bu durumun DEHB semptomlarıyla bağlantılı olduğu belirlenmiştir (34). Yetişkin DEHB’li bireylerde hacimsel defisit striatal alandan ziyade anterior singulat kortekste gözlemlendiği ve bu hacimsel kayıpla kalıcı DEHB belirtileri arasında ilişki olabileceği ileri sürülmüştür. Tedavi görmeyen DEHB’li çocuklarda yetişkin çağda limbik bölgelerde (özellikle amigdala ve anterior singulat korteks) ek morfolojik anormallikler saptanmış ve stimulan tedavinin bu dismorfolojiyi azaltarak yapısal normalizasyonu sağladığı ortaya konmuştur(35).

DEHB’li bireylerle yürütülen boylamsal çalışmalar, özellikle striatum bölgesinde olmak üzere gri cevher hacmindeki azalmaların yaşla birlikte azaldığını ve yetişkinlik döneminde kaybolma eğiliminde olduğunu ortaya koymaktadır (36). Bu bulgular, DEHB’ye özgü yapısal beyin anormalliklerinin kalıcı bir bozulmadan ziyade, nörogelişimsel süreçte yaşanan bir gecikmeyle ilişkili olabileceği yönündeki görüşü desteklemektedir.

6–17 yaş grubundaki bireylerle yapılan fonksiyonel görüntüleme çalışmalarında, varsayılan mod ağı (Default Mode Network-DMN) nöromatürasyonunun geciktiği ve ağ bağlantılarında azalma olduğu gözlemlenmiştir (37). Ayrıca, belirli beyin bölgelerindeki bozulmaların spesifik semptomlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Dorsolateral prefrontal korteks dikkat eksikliğiyle, orbitofrontal korteks dürtüsellik ile ilişkilendirilmiştir (38).

4.1.4.3. Çevresel Faktörler

DEHB etiolojisiinde çevresel faktörlerin rolü giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Yapılan epidemiyolojik araştırmalar; prenatal ve perinatal dönem koşulları, beslenme alışkanlıkları, çevresel toksinlere maruziyet ve çeşitli psikososyal etkenlerin DEHB ile ilişkilendirilebileceğini ortaya koymaktadır (39).

Prenatal ve perinatal risk faktörleri arasında; düşük doğum ağırlığı (öz. <1000gr), prematürite, gebelik süresince alkol, madde veya tütün kullanımı, ayrıca maternal stresin varlığı dikkat çekmektedir (40). Bunun yanı sıra gebelikte yaşanan anemi, viral enfeksiyonlar (öz. rubella), iyot eksikliği ve tiroid bozuklukları da risk artışına katkıda bulunabilmektedir. Çocukluk döneminde geçirilen otitis media, menenjit, ensefalit, epilepsi gibi nörolojik hastalıklar ile bazı kardiyak ve metabolik rahatsızlıkların da DEHB gelişimiyle ilişkili olabileceği belirtilmiştir (41).

İntrauterin dönemde veya erken çocuklukta kurşun, organofosfatlı pestisitler ve poliklorlu bifeniller gibi çevresel toksinlere maruz kalmanın DEHB için önemli bir çevresel risk faktörü oluşturduğu gösterilmiştir (42). Ayrıca düşük sosyoekonomik düzey, aile içi çatışmalar ve ebeveynlerin düşmanca ya da yetersiz tutumları da DEHB ile ilişkilendirilmektedir (39).

Doğum sonrası erken dönemde evlat edinilen çocuklarla yürütülen çalışmalar, olumsuz anne-çocuk ilişkilerinin bazen DEHB semptomlarının bir sonucu olarak ortaya çıkabileceğini ve uygun müdahalelerle bu ilişkilerin düzeltilebileceğini göstermektedir (43). Beslenme faktörleri bağlamında ise çinko, magnezyum ve çoklu doymamış yağ asitlerinden yetersiz alım; şekerli gıdaların ve yapay gıda boyalarının aşırı tüketimi DEHB ile ilişkili bulunmuştur (39).

4.1.5. Tanı Kriterleri

DEHB, bireyin semptomlarının ve işlevsellik düzeyindeki bozulmaların kapsamlı değerlendirilmesi ile aile, gebelik ve gelişim öyküsünün ayrıntılı olarak incelenmesi sonucunda konulan klinik bir tanıdır. DEHB, DSM-5 sınıflandırmasında Nörogelişimsel Bozukluklar başlığı altında yer almakta olup, belirti kümesi iki temel boyutta ele alınmaktadır: Dikkatsizlik ve Hiperaktivite/Dürtüsellik. Her bir boyutta dokuz belirtiden oluşan bir liste yer almakta ve tanı konulabilmesi için bu alanlardan en az birinde altı ya da daha fazla belirtinin bulunması gerekmektedir. (tablo 1)

Dikkatsizlik semptomlarının altı ya da daha fazlasının bulunduğu ancak hiperaktivite/dürtüsellik semptomlarının beş ya da daha az olduğu durumlar **Dikkatsizlik**

Baskın Görünüm (DEHB-DE); hiperaktivite/dürtüsellik semptomlarının altı ya da daha fazlasının bulunduğu ancak dikkatsizlik semptomlarının beş ya da daha az olduğu durumlar ise **Hiperaktivite/Dürtüsellik Baskın Görünüm (DEHB-H)** olarak adlandırılmaktadır. Her iki belirti kümesinde de altı ya da daha fazla belirtinin varlığı durumunda ise tanı **Bileşik Görünüm (DEHB-B)** şeklinde sınıflandırılmaktadır (44).

DSM-5 tanı ölçütlerinde, önceki sınıflandırmalara kıyasla bazı önemli değişiklikler yapılmıştır. DSM-IV'te belirtilerin başlangıç yaşı 7 yaş öncesi olarak belirlenmişken, DSM-5'te bu sınır 12 yaş öncesine çekilmiştir. Ayrıca 17 yaş ve üzerindeki bireyler için tanı koymada gereken belirti sayısı beş olarak revize edilmiştir. DSM-IV'te kullanılan “altı tip” kavramı, DSM-5'te yerini “baskın görünüm” terimine bırakmış; bu değişiklik ile bireylerdeki belirtilerin zaman içinde değişkenlik gösterebileceği vurgulanmıştır. Önemli bir diğer yenilik ise DEHB ile OSB'nin eş tanı alabileceğinin kabul edilmesidir (44, 45).

ICD-11 ise DSM-5 ve ICD-10'dan farklı olarak, belirti sayısı, başlama yaşı veya süresi gibi nicel ölçütler yerine, bozukluğun temel özelliklerini niteliksel biçimde tanımlamayı tercih etmiştir. DEHB, en az altı ay süren, bireyin akademik, mesleki ve sosyal işlevselliğini anlamlı düzeyde olumsuz etkileyen kalıcı dikkatsizlik ve/veya hiperaktivite-dürtüsellik belirtileriyle karakterize bir nörogelişimsel bozukluktur. Belirtiler genellikle 12 yaş öncesinde, çoğunlukla erken veya orta çocukluk döneminde ortaya çıkmakla birlikte, bazı bireylerde klinik belirtiler daha geç fark edilebilmektedir.

Semptomların şiddeti, bireyin yaşı ve bilişsel kapasitesi ile karşılaştırıldığında beklenen sınırların ötesindedir. Dikkatsizlik; düşük dışsal motivasyon ya da ödüllendirici olmayan görevlerde dikkat süresinin kısa olması, dikkatin kolayca dağılması ve organizasyon becerilerindeki zorluklarla tanımlanır. Hiperaktivite; özellikle yapılandırılmış ve özdenetim gerektiren ortamlarda, aşırı motor hareketlilik ve hareketsiz kalmada güçlük ile kendini gösterir. Dürtüsellik ise bireyin sonuçları düşünmeksizin anlık uyaranlara yanıt verme eğilimini ifade eder.

DEHB semptomlarının biçimi ve şiddeti bireyler arasında değişkenlik gösterebilir ve gelişimsel süreç boyunca farklılaşabilir. Tanı konulabilmesi için belirtilerin birden fazla ortamda (örneğin okul, ev veya iş yaşamı) gözlemlenmesi gereklidir. Belirtiler başka bir ruhsal, davranışsal ya da nörogelişimsel bozuklukla daha iyi açıklanamamalı ve madde ya da ilaç kullanımına bağlı olmamalıdır (46).

4.1.6. Klinik Özellikler

DEHB, çocukluk döneminin erken evrelerinde başlayan, temel belirtileri dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik olan, yaşam boyu sürebilen nörogelişimsel bir bozukluktur.

Dikkatsizlik, bireyin dikkat süresinin kısa olması, çevresel uyaranlara karşı kolaylıkla dikkatinin dağılması ve odaklanmakta zorlanması ile karakterizedir. Bu bireylerde, gereksiz uyaranlara (örneğin, dijital oyunlar) aşırı odaklanma, unutkanlık, dağınıklık ve planlama-organizasyon becerilerinde yetersizlik sıkça gözlemlenen belirtilerdir.

Hiperaktivite, motor hareketliliğin artması, yerinde duramama, sürekli kıpırdanma ve aşırı konuşma ile kendini göstermektedir.

Dürtüsellik ise bireyin düşünmeden hareket etmesi, riskli davranışlara eğilim göstermesi, sabırsızlık, sırasını bekleyememe ve başkalarının sözünü kesme gibi davranış örüntüleri ile ilişkilidir (47).

4.1.6.1. Okul Öncesi Dönemde DEHB

Bu dönemde çekirdek belirtilere ek olarak, öfke nöbetleri, saldırgan davranışlar, kurallara karşı gelme, yaşıtlı ilişkilerinde zayıflık, dil gelişiminde gecikmeler veya bozukluklar ön plandadır (48). Bu çocuklar, kreş veya anaokulu ortamında akranlarının oyunlarına müdahale edebilir, sürekli hareket hâlinde olabilir, grup etkinliklerine katılmakta zorlanabilir ve sıklıkla tehlikeli, gürültülü oyunlara yönelebilirler. Uykuya geçişte direnç ve sık kaza geçirme gibi davranışlar görülebilir. Bu nedenlerle, çoğu zaman sınıf içinde ebeveyn ya da bakıcı gözetimi gerekebilir (49).

4.1.6.2. Okul Çağında DEHB

DEHB'nin çevre tarafından fark edilmesi en sık bu dönemde gerçekleşmektedir. Bunun başlıca nedeni, belirtilerin akademik başarıyı ve sosyal uyumu olumsuz etkilemesidir (50). Dikkatini sürdürme, yönergelere uyma, akran ilişkileri gibi becerilerdeki yetersizlikler okul işlevselliğini düşürmektedir. Bu dönemde okul başarısında belirgin düşüşler, sınıf tekrarı ve psikososyal işlevsellikte bozulmalar gözlenmektedir. Ebeveyn, öğretmen ve akran ilişkilerinde yaşanan güçlükler ile birlikte eş tanıların (anksiyete, öğrenme bozuklukları vb.) görülme sıklığı artmaktadır (51).

Tablo 1: DSM-V Tanı Kriterleri

A. Aşağıdakilerden (1) veya (2)'nin varlığı gerekir:
(1) Dikkatsizlik Belirtileri (En az 6 belirti, en az 6 ay süreyle, gelişim düzeyine uygun olmayan ve işlevselliği bozan nitelikte)
Çoğu kez, ayrıntılara dikkat etmez, okul veya iş görevlerinde basit hatalar yapar.
Çoğu kez, görev veya etkinliklerde dikkatini sürdürmekte zorlanır.
Çoğu kez, doğrudan kendine konuşulduğunda bile dinlemiyor gibi görünür.
Çoğu kez, verilen talimatları izlemez, görev ve sorumluluklarını tamamlayamaz.
Çoğu kez, işleri ve etkinlikleri organize etmekte zorluk yaşar.
Çoğu kez, zihinsel çaba gerektiren görevlerden kaçınır veya bu görevlerden hoşlanmaz.
Çoğu kez, gerekli materyalleri kaybeder (kalem, defter, oyuncak vb.).
Çoğu kez, dış uyaranlara karşı dikkati kolayca dağılır.
Çoğu kez, günlük etkinliklerde unutkandır.
(2) Hiperaktivite/Dürtüsellik Belirtileri (En az 6 belirti, en az 6 ay süreyle, gelişim düzeyine uygun olmayan ve işlevselliği bozan nitelikte)
Çoğu kez, oturduğu yerde kıpırdanır, el ve ayakları kıpır kıpırdır.
Çoğu kez, oturması beklenen durumlarda oturduğu yerden kalkar.
Çoğu kez, uygunsuz durumlarda koşturur veya tırmanır. (Yaşı ileri olan gençlerde ve erişkinlerde huzursuzluk hissetmekle sınırlı olabilir.)
Çoğu kez, boş zaman etkinliklerinde sessiz kalamaz veya sessiz biçimde oynayamaz.
Çoğu kez, motor takılmış gibi sürekli hareket eder.
Çoğu kez, aşırı konuşur.
Çoğu kez, sorular tamamlanmadan yanıt verir.
Çoğu kez, sırasını beklemekte zorlanır.
Çoğu kez, başkalarının sözünü keser ya da etkinliklerine müdahale eder.
Not: A kısmındaki belirtiler yalnızca karşıt olma karşı gelmenin, düşmancıl tutumun yahut verilen görev ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışı vurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaş ve üzerinde olanlarda) en az beş belirti olması gerekir.
B. Belirtilerin çoğu 12 yaşından önce başlamış olmalıdır.
C. Belirtiler en az iki veya daha fazla ortamda (örneğin okul, ev, iş) gözlemlenmelidir.
D. Sosyal, akademik veya mesleki işlevsellikte klinik düzeyde bozulma bulunmalıdır.
E. Belirtiler yalnızca şizofreni, zihinsel yetersizlik ya da başka bir psikotik bozuklukla açıklanamaz; ayrıca başka bir zihinsel bozuklukla daha iyi açıklanamamalıdır.

4.1.6.3. Ergenlik Döneminde DEHB

Çocuklukta DEHB tanısı alan bireylerin yaklaşık %65–85’inde belirtiler ergenlik döneminde de devam etmektedir. Bu bireylerde okuldan kaçma, akademik başarısızlık, düşük benlik algısı, sosyal ilişkilerde bozulma, yıkıcı davranış örüntüleri, yasadışı aktiviteler, sigara-alkol-madde kullanımı, erken yaşta cinsel deneyim gibi riskli davranışlar daha sık gözlenmektedir (52, 53). Bu dönemde hiperaktivite azalırken, içsel huzursuzluk ve akademik sorunlar daha belirgin hale gelir. Duygusal olgunluk düzeyinin yaşlılarına göre daha düşük olması nedeniyle, yaşça küçük bireyler veya yetişkinlerle daha fazla sosyal ilişki kurdukları bildirilmektedir. Ayrıca zaman yönetimi güçlükleri, ödev ve sorumlulukların ertelenmesi sık karşılaşılan durumlardandır (54).

4.1.6.4. DEHB ve Askeri Göreve Uygunluk

DEHB tanısı olan bireylerin askerlik veya pilotluk gibi meslekleri icra edemeyeceklerine ilişkin toplumda yaygın bir kanaat bulunmaktadır. Ancak, psikiyatrik tanı öyküsü bulunan bireylerin değerlendirilmesine yönelik ayrıntılı ölçütler içeren düzenlemeler mevcuttur. Psikiyatrik tanının reaktif ve tekrarlamayan nitelikte olması, tedavi süresinin üç aydan kısa sürmesi, tıbbi kayıtlarda hastane yatışı, psikotik belirtiler, intihar girişimi, madde kullanımı, dürtüsellik ya da kendine zarar verici davranış öyküsünün bulunmaması, ayrıca dış kaynaklı kayıtlarda son üç yıl içinde psikiyatrik tanı veya tedaviye ilişkin bilgiye rastlanmaması ve güncel psikiyatrik muayene veya psikometrik değerlendirme bulgularının normal sınırlarda olması halinde, ilgili birey psikiyatri uzmanı tarafından “sağlam” olarak değerlendirilebilmektedir (55). Dolayısıyla, DEHB tanısı bulunan bireylerin askerlik veya pilotluk gibi görevleri kesin olarak yerine getiremeyeceği yönünde genelleyci bir yargıda bulunmak doğru değildir.

4.1.7. Tanı Süreci

DEHB tanısı, ayrıntılı psikiyatrik değerlendirme ve öykü alma ile konulan klinik bir tanıdır. Tanıya yardımcı olarak semptomların şiddetini değerlendirmeye yönelik ölçekler, bireyin bilişsel düzeyini belirlemeye yönelik testler ve akademik performans değerlendirmeleri kullanılabilir. Tanı sürecinde yalnızca çocuk/ergen ve ailesi ile sınırlı kalmaksızın, öğretmenler ve sosyal çevre gibi farklı kaynaklardan bilgi edinilmesi önem arz etmektedir. Gelişimsel ve tıbbi öykü, ilaç kullanımı, eşlik eden psikiyatrik/tıbbi bozukluklar ve aile öyküsü detaylı olarak sorgulanmalıdır.

Tanının konulabilmesi için, DSM-5 ölçütlerine göre, dikkatsizlik ve/veya hiperaktivite-dürtüsellik alanında en az altı belirtinin bulunması, bu belirtilerin en az iki farklı ortamda

(örneğin ev, okul, sosyal çevre) gözlemlenmesi, belirtilerin 12 yaş öncesinde başlaması, süreklilik göstermesi ve bireyin işlevselliğini belirgin düzeyde bozması gerekmektedir.

Çocukla/ergenle yapılan bireysel görüşmeler, tanı koymaktan ziyade genel bilişsel ve psikiyatrik işlevselliği değerlendirmeyi amaçlar. Küçük yaş grupları belirtilerin farkında olmayabilirken, okul çağındaki çocuklar ve ergenler genellikle belirtilerin farkında olup, bunları küçümseme eğilimi gösterebilirler.

DEHB'nin tanı ve tedavisinde, Amerikan Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Akademisi (AACAP, 2007) ve Amerikan Pediatri Akademisi (AAP, 2011) gibi kuruluşların yayımladığı kılavuzlar temel alınmaktadır. Tüm kılavuzlar, DEHB tanısının öncelikle klinik değerlendirme ile konması gerektiğini vurgulamaktadır.

Klinik uygulamalarda DEHB tanısına yardımcı olmak amacıyla, çocuğun ebeveynleri ve öğretmenleri tarafından doldurulan çeşitli derecelendirme ölçeklerinden yararlanılmaktadır. Tanı sürecinde sıklıkla kullanılan araçlar arasında Ercan Okul Öncesi Yıkıcı Davranış Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği, Turgay DSM-IV'e Dayalı DEHB ve Eşlik Eden Bozukluklar Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği - Kısa Form, Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği - Kısa Form, Conners Ana-Baba Derecelendirme Ölçeği - Yenilenmiş Uzun Form, Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği - Yenilenmiş Uzun Form ve DEHB Değerlendirme Belirti Listesi (The Swanson, Nolan, and Pelham Rating Scale-SNAP-IV), Erişkin Öz Bildirim Ölçeği (Adult ADHD Self-Report Scale-ASRS) yer almaktadır. Bu ölçekler, DEHB belirtilerinin çok boyutlu değerlendirilmesine katkı sağlamakta ve farklı gözlemcilerden gelen bilgilerle klinik kanaati desteklemektedir.

Nöropsikolojik testler ise DEHB tanı sürecinde rutin olarak kullanılmamaktadır. Ancak bireyin öyküsünde belirgin bilişsel yetersizlik, zeka gelişiminde gerilik ya da özellikle dil ve matematik gibi akademik alanlarda belirgin performans düşüklüğü söz konusuysa bu tür testlerin uygulanması klinik olarak gerekli hale gelmektedir (1). Tanı sürecinde yalnızca akademik başarıya odaklanmak yerine, genel zihinsel işlevselliği değerlendirmeye yönelik testlerin de kullanımı önem arz etmektedir.

Yürütücü işlevlerin değerlendirilmesi amacıyla kullanılan bazı nöropsikolojik testler arasında, dikkat düzeyini ve tepki ketlemesini ölçen Sürekli Performans Testi (Continuous Performance Test-CPT), planlama ve organizasyon becerilerini değerlendiren Londra Kulesi Testi ya da Hanoi Kulesi Testi, bilişsel esneklik ve dikkati kaydırma becerilerini ölçen Wisconsin Kart Eşleme Testi (Wisconsin Card Sorting Test-WCST) ve işleyen belleği

değerlendiren çeşitli testler yer almaktadır. Bu testler, DEHB'nin bilişsel düzeydeki yansımalarının daha derinlemesine değerlendirilmesini mümkün kılmaktadır (56).

4.1.8. Ayırıcı Tanı

DEHB, çekirdek belirtileri olan dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik açısından birçok diğer psikiyatrik bozuklukla benzerlik gösterebildiğinden, ayırıcı tanıda dikkatli bir değerlendirme gerektirir. DEHB'ye özgü olmayan bu belirtiler, diğer bozukluklarla karışabilmekte ya da bu bozukluklarla komorbid olarak birlikte görülebilmektedir. Aşağıda DEHB ile sık karışabilen ya da birlikte görülebilen başlıca klinik tablolar ve ayırıcı tanıda dikkat edilmesi gereken noktalar özetlenmiştir:

4.1.8.1. Özgül Öğrenme Bozukluğu

Özgül Öğrenme Bozukluğuna (ÖÖB) sahip bireyler, akademik başarısızlığa bağlı gelişen motivasyon eksikliği, kaygı ve isteksizlik nedeniyle dikkat dağınıklığına benzer belirtiler gösterebilirler. Ancak DEHB'ye özgü dikkatsizlik yalnızca akademik alanla sınırlı kalmayıp, sosyal yaşam ve gündelik işlevlerde de belirgin şekilde kendini göstermektedir. Her iki bozukluk da okul başarısını olumsuz etkileyebilir; ancak DEHB'de sorun genellikle bilgiyi öğrenmekten çok uygulama ve sürdürmede ortaya çıkar. DEHB'li bireylerde dışsal yapılandırılmış bir ortamda (örneğin gözetim altında) akademik performansta düzelme gözlenebilirken, ÖÖB'de bu tür bir artış daha sınırlıdır. Öte yandan, tüm ÖÖB'li bireyler DEHB tanı ölçütlerini karşılamasa da dikkat sorunları yine de görülebilir. Dolayısıyla iki bozukluk bir arada bulunabilir ve kapsamlı değerlendirme gerektirir.

4.1.8.2. Zihinsel Yetersizlik

Hafif derecede zihinsel yetersizliği (mental retardasyon) olan bireyler zaman zaman özellikle dikkat eksikliği baskın DEHB formu ile karışabilir. Her iki grup genellikle akademik yetersizlik nedeniyle değerlendirmeye alınır. Bu durumda ayırıcı tanıda bilişsel değerlendirme ve zeka testleri önemlidir. Bununla birlikte, tedavi edilmemiş ya da geç tanı almış DEHB olgularında zeka test sonuçları bireyin gerçek potansiyelini yansıtmayabilir. Bu nedenle klinik gözlemlerle birlikte çok boyutlu değerlendirme yapılmalıdır.

4.1.8.3. Depresyon

Majör depresif bozuklukta görülebilen huzursuzluk, iritabilite, psikomotor ajitasyon, dikkat dağınıklığı ve konsantrasyon güçlüğü DEHB semptomları ile benzerlik gösterebilir. Ancak ayırıcı tanıda depresyonun özgül semptomlarının varlığı önemlidir: çökkün duygu durumu, kilo değişiklikleri, uyku bozuklukları, anhedoni, intihar düşünceleri ve epizodik seyir.

Ayrıca, DEHB’deki huzursuzluk daha çok engellenmeye karşı verilen tepkisel bir sinirlilikken; depresyondaki huzursuzluk daha yaygın ve sürekli bir nitelik taşır.

4.1.8.4. Bipolar Bozukluk (Manik/Hipomanik Epizotlar)

DEHB ile bipolar bozukluk (BB) arasındaki ayırıcı tanı, belirtilerin başlangıç zamanı, süresi ve seyri açısından dikkatli bir değerlendirme gerektirir. Bipolar bozuklukta semptomlar genellikle epizodik olarak ortaya çıkarken, DEHB semptomları kronik ve sürekli. Ayrıca BB’ye özgü olan taşkınlık, grandiyözite, uykusuzluk ile artan enerji düzeyi gibi belirtilerin varlığı ve aile öyküsünde BB bulunması ayırıcı tanıyı destekleyici unsurlar arasındadır.

4.1.8.5. Anksiyete Bozuklukları

DEHB ve anksiyete bozuklukları motor huzursuzluk, dikkat dağınıklığı, konsantrasyon güçlüğü ve duygudurum dalgalanmaları gibi benzer semptomlar sergileyebilir. Ancak anksiyete bozukluklarında öne çıkan, belirgin ve yaygın bir bilişsel kaygı teması söz konusudur. Kişi sürekli olarak olumsuz sonuçlardan endişe duyar. Bu özelliği ile anksiyete bozuklukları, DEHB’den ayrılabilir.

4.1.8.6. Dürtü Kontrol Bozuklukları ve Kişilik Bozuklukları

DEHB, dürtüsellik ve öfke kontrolü sorunları açısından bazı kişilik bozukluklarıyla, özellikle antisosyal ve borderline kişilik bozukluklarıyla karışabilir. Antisosyal kişilik bozukluğunda suç davranışları, pişmanlık duymama, başkalarına zarar verme gibi ciddi davranış örüntüleri ön plandayken; borderline kişilik bozukluğunda ise dürtüsel davranışlara ek olarak terk edilme korkusu, dengesiz ilişkiler ve intihar eğilimleri dikkat çeker. Bu ayırıcı özellikler tanı koyma sürecinde klinik olarak önem taşır.

4.1.8.7. Madde Kullanım Bozukluğu

Madde etkisi altında görülebilen hiperaktivite, aşırı konuşma, dikkatsizlik gibi belirtiler DEHB ile karışabilir. Ancak bu belirtiler maddenin akut etkisiyle ilişkilidir. Ayrıca, DEHB ile madde kullanım bozuklukları arasında yüksek düzeyde komorbidite olduğu bilinmektedir. Bu nedenle tanı sürecinde maddenin kullanım zamanı, süresi ve madde türü mutlaka sorgulanmalıdır.

DEHB’nin ayırıcı tanısında yukarıda belirtilen klinik durumların dikkatle değerlendirilmesi, yanlış tanı ve dolayısıyla uygunsuz tedavi yaklaşımlarının önüne geçilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Tanısal süreçte kapsamlı öykü alma, psikiyatrik

değerlendirme, standardize ölçeklerin kullanımı ve gerektiğinde bilişsel testlerin uygulanması önerilmektedir.

4.1.9. Komorbid Durumlar

Komorbiditeye ilişkin yapılan araştırmalar, DEHB tanısı alan bireylerin yarısından fazlasında en az bir başka psikiyatrik bozukluk ya da öğrenme bozukluğunun eşlik ettiğini ortaya koymaktadır (57).

Danimarka’da gerçekleştirilen geniş ölçekli bir çalışmada, DEHB tanısı almış 4–17 yaş aralığındaki 14.825 birey değerlendirilmiş ve katılımcıların en az %52’sinde eşzamanlı olarak en az bir psikiyatrik bozukluk bulunduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada en sık rastlanan komorbid durumlar; davranım bozukluğu (%16,5), ÖÖB ve gelişimsel dil bozukluğu (%15,4), OSB (%12) ve zihinsel yetersizlik (%7,9) olarak raporlanmıştır (58).

Epidemiyolojik ve klinik veriler, DEHB’ye eşlik eden psikiyatrik bozuklukların prevalansının oldukça yüksek olduğunu göstermektedir. Özellikle davranım bozukluklarının %30–50, duygu durum bozukluklarının %15–75, ve anksiyete bozukluklarının %25 oranlarında DEHB ile birliktelik gösterdiği bildirilmektedir. Ayrıca bazı olgularda bu bozuklukların birden fazlası bir arada bulunabilmektedir. Nitekim, DEHB tanısı almış bireylerin yaklaşık %24,7’sinde en az iki komorbid psikiyatrik bozukluğun birlikte görüldüğü saptanmıştır (59).

Bu bulgular, DEHB'nin yalnızca çekirdek semptomlarla sınırlı kalmayıp, çoklu psikiyatrik eş tanılarla birlikte seyredebileceğini ve bu durumun tanı, tedavi ve izlem süreçlerini karmaşıktırabileceğini ortaya koymaktadır. Bu nedenle DEHB tanısı alan bireylerin değerlendirilmesinde kapsamlı psikiyatrik inceleme ve bütüncül bir yaklaşım büyük önem arz etmektedir.

4.1.10. Tedavi

DEHB olgularının etkin biçimde yönetilebilmesi, farmakolojik müdahalelerin yanı sıra psikososyal ve davranışsal yaklaşımların bütüncül bir tedavi planı çerçevesinde entegrasyonunu gerektirmektedir (60). Her klinik tabloda olduğu gibi, DEHB’de de etkili bir tedavi süreci için doğru ve kapsamlı bir tanılama aşaması büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda, örneğin gecikmiş dil gelişimi öyküsünün ilerleyen yaşlarda DEHB gelişme riskini artırdığı; erken çocukluk döneminde sık kaza geçirme öyküsünün dikkatle değerlendirilmesi gerektiği ve ailede DEHB öyküsünün bulunmasının, tedavi edilmediği takdirde benzer risklerin diğer aile

bireylerinde de görülebileceği gibi risk faktörlerinin sistematik olarak araştırılması tanı sürecinin temelini oluşturmaktadır (61).

Tanılama sürecinin ardından, farmakolojik tedaviler ile birlikte bireyselleştirilmiş psikososyal ve davranışsal müdahalelerin yer aldığı bütüncül bir tedavi planı oluşturulmalıdır. Ayrıca, DEHB’li bireylerde uygun tedavi ile kaza riski, madde kullanım bozukluğu gelişimi, akademik başarısızlık, sosyal uyum sorunları ve ekonomik kayıpların önemli ölçüde azaltılabildiği hususu ailelere bilimsel dayanaklarla açıklanmalı; bu bilgilendirme etik bir sorumluluk olarak kabul edilmelidir.

4.1.10.1. Farmakolojik Tedaviler

DEHB tedavisinde kullanılan farmakolojik ajanlar; psikostimulanlar (metilfenidatlar ve amfetamin türevleri), atomoksetin ve diğer ajanlar (bupropion, guanfasin, klonidin, modafinil, trisiklik antidepresanlar ve atipik antipsikotikler) olarak üç temel grupta sınıflandırılabilir

4.1.10.1.1 Psikostimulanlar

Psikostimulan tedaviye başlanmadan önce, ruhsal durum değerlendirmesinin yanı sıra kapsamlı bir fizik muayene gerçekleştirilmelidir. Özellikle ilaca engel teşkil edebilecek ya da belirtileri şiddetlendirebilecek organik etmenlerin dışlanması önemlidir. Tedavi sürecinde, ilacın etkinliğini ve yan etkilerini izlemek amacıyla standardize değerlendirme ölçeklerinin kullanımı önerilmektedir. Ayrıca tedavi başlangıcında ve izlemde boy, kilo, kan basıncı ve nabız gibi temel fizyolojik parametrelerin kaydedilmesi ve düzenli takibi gereklidir.

Güncel literatürde ve klinik uygulamada psikostimulanlar, DEHB tedavisinde en yaygın kullanılan farmakolojik ajanlardır. Çocuk ve ergenlerde metilfenidatlar, erişkinlerde ise amfetaminler kısa dönem etkinlik açısından birinci basamak tedavi olarak önerilmektedir (62). Psikostimulanlara bağlı en yaygın yan etkiler arasında iştahsızlık, uykusuzluk, karın ağrısı ve baş ağrısı yer almaktadır (63). Ailelerin özellikle büyüme üzerine olan etkiler konusunda duyduğu endişeler dikkat çekicidir. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD (MTA) gibi çalışmalarda uzun süreli metilfenidat kullanımının boy uzaması üzerinde 1–2 cm düzeyinde bir duraksamaya neden olabileceği bildirilmiş, ancak bu ilişkinin nedenselliği tam olarak kanıtlanmamıştır (64). Başka çalışmalarda ise erişkin boy uzunluğu üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı ifade edilmiştir (65). Gastrointestinal yan etkiler arasında iştahsızlık, kilo kaybı ve karın ağrısı öne çıkmakta olup bu etkilerin DEHB alt tipine, ilacın dozuna ya da kullanım süresine bağlı olmadığı belirtilmiştir. Bu tür yan etkiler çoğunlukla doz ayarlamaları ve ilaç saatlerinin yeniden düzenlenmesiyle azaltılabilmektedir (66).

Psikostimulanlar, noradrenalin ve dopamin sistemleri üzerinde etkili sempatomimetik ajanlar olup, kan basıncı ve kalp hızı gibi kardiyovasküler parametrelerde hafif artışlara neden olabilmektedir. DEHB'li bireylerde %12,6 oranında kardiyovasküler yan etki bildirilmektedir; ancak %2'lik bir kesim bu nedenle tedaviyi sürdürememektedir (67). Psikostimulanların ani kardiyak ölümler açısından sağlıklı popülasyona göre ek bir risk oluşturmadığı, ölüm oranlarının genel çocuk popülasyonuna benzer düzeyde olduğu (0,2–0,5/100.000/yıl) bildirilmiştir. Bu nedenle, kardiyak hastalık öyküsü ya da ailede erken yaşta ani ölüm öyküsü yoksa elektrokardiyografi (EKG) ve kardiyolojik değerlendirme rutin olarak önerilmemektedir (68).

Psikostimulan tedavilere ilişkin toplumda ve medya organlarında sıkça dile getirilen bağımlılık yapma endişesi, bilimsel dayanağı olmayan yaygın bir yanılgı olup, özellikle ebeveynlerin tedaviye karşı direnç geliştirmesine ve tedavi sürecinin sürdürülebilirliğinin olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir (69). Ancak MTA gibi uzunlamasına çalışmalar, DEHB tanılı bireylerde esrar ve tütün kullanımının daha erken yaşta ve daha sık görüldüğünü; bunun özellikle davranım bozukluğu gibi komorbiditelerle ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (70). Bazı araştırmalar psikostimulan tedavi alan bireylerde madde kullanım bozukluğu (MKB) gelişme riskinin azaldığını belirtse de, 2013 yılında yayımlanan bir meta-analizde bu ilaçların MKB gelişimini ne önlediği ne de tek başına bağımlılığa yol açtığına dair yeterli kanıt olmadığı gösterilmiştir (71). Bu bağlamda, psikostimulanların bağımlılık riski taşımadığı ancak MKB'nin önlenmesinde ek koruyucu stratejilere ihtiyaç duyulduğu anlaşılmaktadır. Komorbid MKB varlığında öncelikle MKB'nin tedavisi sağlanmalı, ardından mümkün olan en kısa sürede DEHB tedavisine geçilmelidir. Bu durumda uzun etkili stimulanlar veya stimulan olmayan ajanlar tercih edilmelidir (72).

DEHB'li bireylerin yaklaşık %20'sinde tik bozuklukları eşlik etmekte olup, tik bozukluğu olan bireylerin %50'sine yakınının eş zamanlı olarak DEHB tanısı aldığı bildirilmektedir (73). Psikostimulanların dopaminerjik sistem üzerinde etkili olmaları nedeniyle tik semptomlarını şiddetlendirebileceği yönünde teorik bir kaygı bulunsa da, plasebo kontrollü çalışmalarda bu ilişkiyi destekleyen yeterli düzeyde kanıt elde edilememiştir (74). Bu nedenle mevcut literatür doğrultusunda, tik bozukluklarının psikostimulan tedavi açısından mutlak bir kontrendikasyon oluşturmadığı kabul edilmektedir. Bununla birlikte, stimulan tedavi başladıktan sonra tik semptomlarında belirgin bir artış gözlemlenmesi durumunda, belirtilerin ilaca bağlı olup olmadığının izlem yoluyla değerlendirilmesi gerekmektedir. Tiklerin şiddetli ve kalıcı olması halinde, psikostimulan tedaviye düşük doz atipik antipsikotiklerin (örneğin: risperidon) eklenmesi bir seçenek olabilir. Ancak stimulan tedavi ile yeterli klinik yanıt alınamamışsa,

tedavi planı stimulan olmayan ajanlara (örneğin: atomoksetin, guanfasin) yönlendirilmelidir (75).

Uyku bozuklukları, psikostimulanların en sık bildirilen yan etkilerinden biridir. Ancak DEHB tanılı bireylerin %25–55’inin tedavi öncesi dönemde de uyku sorunları yaşadığı göz önünde bulundurulmalıdır (76). Uyku sorunlarının değerlendirilmesi dört temel boyutta ele alınmalıdır.

Birincisi, uyku bozukluklarının DEHB semptomlarını taklit edebileceği ya da mevcut semptomları şiddetlendirebileceği göz önünde bulundurularak, farmakolojik tedaviye başlanmadan önce uyku sağlığının ayrıntılı biçimde değerlendirilmesidir (77). İkincisi, psikostimulan tedavi sonrasında yeni gelişen ya da artan uyku problemlerinin varlığı sistematik biçimde sorgulanmalıdır. Bu konuda yapılan araştırmaların bir kısmı psikostimulanların plasebo ile karşılaştırıldığında uyku düzenini olumsuz yönde etkileyebileceğini ortaya koyarken, bazı çalışmalarda ise bu ilaçların uyku parametrelerinde iyileşme sağladığı bildirilmiştir (78, 79). Uyku bozukluklarının psikostimulan kullanımına bağlı olduğu değerlendirildiğinde, öncelikle ilaç kullanım saatlerinin yeniden düzenlenmesi ve hastaya uyku hijyeni eğitimi verilmesi önerilmektedir. Sorunların devam etmesi halinde, tedaviye yatmadan yaklaşık bir saat önce başlanacak düşük doz melatonin eklenmesi faydalı olabilmektedir. Uyku hijyeni kapsamında, hastalara düzenli uyku saatlerinin oluşturulması, yatmadan en az bir saat önce ekran kullanımının sınırlandırılması ve geç saatlerde gıda/kafein alımının engellenmesi gibi stratejiler vurgulanmalıdır.

Üçüncüsü, psikostimulan tedaviler sonrasında gözlemlenen uyku bozukluklarının bazı durumlarda doğrudan ilaç etkisinden ziyade, özellikle gün sonunda ortaya çıkan huzursuzluk, motor hiperaktivite ve artmış konuşkanlık gibi belirtilerle kendini gösteren “rebound fenomeni” ile ilişkili olabileceği dikkate alınmalıdır. Bu durumun yönetiminde, okul sonrası dönemde uygulanan düşük doz kısa salınımlı stimulanların daha iyi tolere edilebildiği belirtilmektedir (80). Dördüncü olarak, DEHB’ye eşlik eden psikiyatrik bozuklukların (örneğin bipolar bozukluk) uyku düzenini bozucu etkileri olabileceği unutulmamalıdır. Bu tür eş tanıların varlığında, ilgili bozukluğun uygun biçimde tedavi edilmesi, uyku problemlerinin de gerilemesine katkı sağlayabilmektedir.

Nadir olmakla birlikte psikostimulan kullanımına bağlı psikotik semptomlar bildirilmektedir. Ancak genel popülasyona göre artmış bir risk söz konusu değildir. Psikotik

bozukluk öyküsü olan bireylerde bu riskin artabileceği göz önünde bulundurulmalı ve bu bireylerde stimulan olmayan ajanlar tercih edilmelidir.

4.1.10.1.2. Atomoksetin

Atomoksetin, DEHB tedavisinde kullanılan ilk non-stimulan (uyarıcı olmayan) ilaç olarak öne çıkmaktadır. Seçici noradrenalin geri alım inhibitörü mekanizması ile etki gösteren bu ajan, özellikle stimulan tedaviye yanıt vermeyen ya da stimulanlara bağlı olarak ciddi yan etkiler yaşayan bireylerde tercih edilmektedir. Ayrıca madde kullanım bozukluğu riski taşıyan veya stimulan kullanımı kontrendike olan olgularda da ilk tercih olarak değerlendirilmektedir. Noradrenalin düzeylerini artıran farmakodinamik etkisi nedeniyle, DEHB'ye eşlik edebilen anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluklar üzerinde de terapötik etki gösterebilmektedir (81).

Atomoksetin'in etkisinin stimulanlara kıyasla daha yavaş başlaması ve genellikle 2–4 haftalık bir kullanım sonrasında terapötik faydanın gözlemlenmesi, hekimlerin ve ailelerin sabırlı bir izlem sürdürmesini gerektirmektedir. Klinik çalışmalarda, atomoksetin tedavisi ile DEHB temel semptomlarında anlamlı düzeyde azalma sağlandığı gösterilmiş; özellikle dikkat eksikliği baskın tipte daha belirgin etkiler rapor edilmiştir (60).

En sık bildirilen yan etkiler arasında iştah azalması, bulantı, halsizlik, karın ağrısı, baş dönmesi ve uykuya eğilim yer almaktadır (82). Atomoksetin, nadir durumlarda intihar düşüncelerinde artışa neden olabileceği yönünde FDA tarafından uyarı etiketi (black box warning) ile sınıflandırılmıştır. Bu nedenle özellikle tedavinin başlangıç döneminde yakın psikiyatrik izlem gereklidir (83).

Atomoksetin, kardiyovasküler sistem üzerinde psikostimulanlara benzer şekilde, kalp hızı ve kan basıncında hafif düzeyde artışlara yol açabilmektedir. Nadir görülmekle birlikte, atomoksetin kullanımına bağlı olarak ortaya çıkabilecek potansiyel fatal advers etkilerden biri de hepatotoksisite ve karaciğer yetmezliğidir. Bu nedenle, özellikle sarılık gibi hepatik disfonksiyonu düşündüren klinik belirtiler geliştiğinde tedavi derhal sonlandırılmalı ve hastanın karaciğer fonksiyon testleri ivedilikle değerlendirilmelidir. (84).

Atomoksetin ve metilfenidatın birlikte kullanımı, klinik uygulamada sınırlı ancak belirli endikasyonlar doğrultusunda başvuru bir tedavi stratejisidir. Kombine farmakoterapi genellikle iki klinik durumda tercih edilmektedir: Birincisi, hem metilfenidat hem de atomoksetin monoterapilerine yeterli terapötik yanıt alınamayan olgularda; ikincisi ise metilfenidatın neden olduğu advers etkiler nedeniyle dozun azaltılmasının gerektiği

durumlarda, ilacın etkinliğini desteklemek amacıyla atomoksetinin tedaviye eklenmesi şeklindedir (85).

4.1.10.1.3. Diğer Farmakolojik Ajanlar

Stimulan ve atomoksetin tedavilerine yanıt alınamayan ya da yan etki nedeniyle tedaviye devam edilemeyen olgularda, alternatif farmakolojik ajanlar kullanılmaktadır. Bu ajanlar genellikle ikinci veya üçüncü basamak tedavi seçenekleri olarak önerilmektedir:

Bupropion: Norepinefrin ve dopamin geri alım inhibitörü olan bupropion, hem DEHB hem de eşlik eden depresyon ya da sigara bırakma amacıyla kullanılabilir (86). Ancak epileptik nöbet eşiğini düşürme riski nedeniyle dikkatli kullanılmalı, risk grubundaki bireylerde tercih edilmemelidir.

Guanfasin ve Klonidin: Alfa-2 adrenerjik agonistleri olan bu ilaçlar, özellikle dürtüsellik, ajitasyon ve uyku problemlerinin belirgin olduğu olgularda etkili olabilmektedir. Kontrollü salınlı formülasyonları sayesinde daha stabil kan düzeyleri sağlanmakta, sedasyon ve kan basıncında düşme gibi yan etkiler daha iyi yönetilebilmektedir. Guanfasin, FDA tarafından DEHB tedavisi için onaylanmıştır (87).

Modafinil: Uyanıklığı artırıcı etkisi olan bu ajan, dopaminerjik sistem üzerinden etki gösterir. DEHB semptomlarında kısa süreli iyileşme sağladığı bildirilmekle birlikte, ciddi cilt reaksiyonları (örneğin: Stevens-Johnson sendromu) riski nedeniyle FDA onayı almamıştır ve kullanımı sınırlıdır (88).

Trisiklik Antidepresanlar: İmipramin ve desipramin gibi ajanlar geçmişte DEHB tedavisinde kullanılmış olmakla birlikte, kardiyotoksikite ve yan etki riski nedeniyle günümüzde daha az tercih edilmektedir.

Atipik Antipsikotikler: Risperidon gibi atipik antipsikotikler, DEHB'ye eşlik eden davranım bozukluğu, ciddi ajitasyon ya da agresif davranışların bulunduğu olgularda, stimulan tedaviye ek olarak düşük dozlarda kullanılabilir (89). Ancak kilo alımı, metabolik yan etkiler ve ekstrapiramidal belirtiler gibi ciddi advers etkileri nedeniyle dikkatli izlem gerektirir.

4.1.10.1.4. İlaç tatili ve tedaviye uyum sorunları

Psikostimulanlar başta olmak üzere, DEHB farmakoterapisinde karşılaşılan önemli zorluklardan biri de “ilaç tatili” uygulamalarıdır. Yapılan çeşitli epidemiyolojik çalışmalarda, hastaların %25 ila %70'inin tedavi sürecinde farklı dönemlerde ilaç kullanımına ara verdikleri

bildirilmiştir (89). Bu tatillerin çoğunlukla okulların kapalı olduğu yaz aylarında yoğunlaştığı ve mevsimsel bir patern izlediği gözlemlenmiştir. İlaç tatili uygulamalarının başlıca nedenleri şu şekilde sıralanabilir:

1. İlaça duyulan gereksinimin sorgulanması ya da tedavinin etkisiz olduğu inancı: Bazı aileler ya da bireyler, ilacın günlük yaşam üzerindeki etkisini fark edemedikleri veya yalnızca akademik performansa katkı sunduğunu düşündükleri için tedaviye ara verme eğilimi gösterebilmektedir. Oysa klinik gözlemler ve araştırmalar, ilacı bıraktıktan sonra bireylerin yaklaşık %41'inin tedavinin etkinliğini geriye dönük olarak fark ettiğini ortaya koymaktadır (90). Bu nedenle, tedaviden beklenen hedeflerin net biçimde hasta ve aileyle paylaşılması büyük önem taşımaktadır.

2. Yan etkilere bağlı ara verme: İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü (National Institute of Health and Clinical Excellence-NICE) kılavuzlarında, ilaç tedavisinin büyüme üzerinde belirgin bir etkiye yol açması halinde, özellikle okul tatillerinde sınırlı süreli ilaç araları verilmesinin değerlendirilebileceği belirtilmiştir (73). Ancak mevcut ampirik veriler, ilaç tatillerinin büyüme üzerindeki etkileri ya da diğer yan etkileri kontrol etmede sınırlı fayda sağladığını göstermektedir (91).

3. Lojistik engeller: İlaç temininde yaşanan zorluklar, reçete yenileme problemleri ya da sağlık hizmetlerine erişimdeki aksamalar, tedavi sürekliliğini olumsuz etkileyen yapısal faktörler arasında yer almaktadır.

4. Sosyal damgalanma ve etiketlenme kaygısı: Özellikle ergenlik döneminde artış gösteren sosyal kaygılar, arkadaş çevresi tarafından farklı algılanma korkusu ve “ilaç kullanıcısı” etiketiyle ilişkilendirilme riski, tedaviye uyumu azaltabilmektedir. Araştırmalar, tedaviye gönüllü katılım oranlarının yaşla birlikte azaldığını, ilaç kullanımına ara verme oranlarının ise ergenlerde çocuklara kıyasla daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda, ergen bireylerin tedavi sürecine aktif katılımını sağlamak amacıyla, izlem süreçlerinde kendilerinin doldurduğu semptom ölçekleriyle farkındalıklarının artırılması ve karar verme süreçlerine dâhil edilmeleri önem arz etmektedir (90).

İlaç kullanımına klinik olarak anlamlı bir yan etki olmaksızın ara verilmesinin, iki olumsuz sonuca yol açabileceği unutulmamalıdır: Birincisi, tedaviye yeniden başlandığında ilaçlara özgü advers etkilerin tekrar ortaya çıkma olasılığı; ikincisi ise, tedavinin yalnızca akademik başarı amacıyla sürdürüldüğü yönünde yanlış bir algı oluşturarak ilacın kötüye kullanım riskini artırmasıdır.

4.1.10.2. Farmakolojik olmayan müdahaleler

Psikoeğitimsel yaklaşımlar ve diğer farmakolojik olmayan müdahalelerin, farmakolojik tedavilere ikame edilebilir yöntemler olmadığı, ancak DEHB yönetiminde benimsenen bütüncül tedavi anlayışının tamamlayıcı bileşenleri olarak değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Bu müdahale biçimleri, özellikle DEHB'nin sosyal, ailesel ve akademik işlevsellik üzerinde oluşturduğu olumsuz etkilerin azaltılmasında önemli katkılar sağlayabilmekte; bireyin çevresel bağlamda desteklenmesine olanak tanımaktadır.

4.1.10.2.1. Davranışsal Müdahaleler

Davranışsal terapiler, özellikle çocukluk çağında DEHB semptomlarını yönetmede etkili bulunmuş ve klinik kılavuzlarda önerilen ilk basamak yaklaşımlar arasında yer almıştır. Bu müdahaleler; ödül ve pekiştirme sistemleri, yapılandırılmış görev yönetimi, olumlu pekiştirme, zaman yönetimi stratejileri gibi teknikleri içermektedir. Özellikle ebeveyn eğitimi ile birleştirilen davranışsal programlar, ev ortamında kalıcı ve genellenebilir iyilik halleri sağlamada etkilidir (92).

4.1.10.2.2. Ebeveyn Eğitimi ve Aile Temelli Müdahaleler

DEHB'li çocukların ebeveynlerine yönelik yapılan eğitim programları, çocuğun davranışlarını daha iyi anlamalarını, kriz anlarını daha sağlıklı yönetmelerini ve olumlu ebeveynlik becerilerini geliştirmelerini amaçlar. Ebeveyn eğitimi yalnızca çocuğun belirtilerini azaltmakla kalmaz, aynı zamanda aile içi çatışmaları azaltarak tedaviye uyumu artırır (92).

4.1.10.2.3. Psiko-eğitimsel Müdahaleler

DEHB hakkında bilgi verilmesi, bireylerin kendi semptomlarını tanımalarını ve baş etme stratejileri geliştirmelerini destekler. Hem bireylere hem de ailelere yönelik psiko-eğitim programları, DEHB'nin nörogelişimsel bir bozukluk olduğu ve ilaç tedavisinin yanı sıra çevresel düzenlemelerin de gerekli olduğu bilincini güçlendirir.

4.1.10.2.4. Düzenli Egzersiz ve Spor

Orta ila yüksek şiddette uygulanan aerobik egzersiz, DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde yürütücü işlevler ve dikkat kontrolü üzerinde olumlu etkiler gösteren, iyi tolere edilebilen bir müdahale biçimi olarak öne çıkmaktadır. Literatürde, fiziksel aktivitenin yalnızca nörobilişsel performansı artırmakla kalmayıp, aynı zamanda motor fonksiyonlar, kardiyovasküler kondisyon, kaygı ve depresyonla ilişkili davranışsal belirtiler, sosyal beceriler ile benlik algısı üzerinde de çok yönlü yararlar sağladığı bildirilmektedir (93).

Kısa dönemli etkiler bağlamında, düzenli fiziksel aktivitenin yaklaşık beş hafta gibi kısa bir sürede bilişsel süreçlerde kalıcı iyileşmeler oluşturabildiği ifade edilmektedir. Uzun dönem veriler ise, çocukluk döneminde düzenli ve yoğun fiziksel aktiviteye katılım gösteren DEHB’li bireylerin, ergenlik ve erişkinlik dönemlerinde hem semptom sayısı hem de semptom şiddeti açısından daha düşük risk profili sergilediklerini ortaya koymaktadır (94).

4.1.10.2.5. Bilişsel Davranışçı Terapi

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), özellikle ergen ve erişkin DEHB olgularında dikkat, dürtü kontrolü ve zaman yönetimi gibi yürütücü işlevlerin geliştirilmesinde etkili bir müdahaledir. Aynı zamanda eşlik eden anksiyete ve depresif belirtilerin tedavisinde de yarar sağlar. Yapılandırılmış grup temelli BDT programları, sosyal beceri gelişimini ve öz-düzenleme yetilerini destekler.

4.1.10.2.6. Okul Temelli Müdahaleler

Okul ortamı DEHB’li bireylerin semptomlarının en belirginleştiği alanlardan biridir. Bu nedenle öğretmen eğitimleri, sınıf içi düzenlemeler (ör. oturma düzeni, görev parçalara bölünerek verilmesi, pozitif geri bildirimler) ve bireysel eğitim planları gibi müdahaleler tedaviye önemli katkılar sağlar. Rehberlik servisleri ile iş birliği, okul-aile-uzman koordinasyonunun sağlanması açısından önemlidir.

4.1.10.2.7. Nörogeribildirim ve Dikkat Eğitimi Programları

Son yıllarda popülerlik kazanan nörogeribildirim (neurofeedback) uygulamaları, elektroensefalografi (EEG) temelli geri bildirim sistemleriyle dikkat kontrolünü artırmayı amaçlamaktadır. Henüz standart tedavi olarak kabul edilmese de, bazı sistematik derlemelerde semptomatik iyileşmeye katkı sağladığına dair bulgular yer almaktadır. Dikkat artırıcı bilgisayar temelli bilişsel antrenman programları da yardımcı yöntemler arasında değerlendirilmektedir (95).

4.1.10.3. Multimodal Tedavi Yaklaşımı

DEHB’nin biyolojik, psikososyal ve çevresel faktörlerin etkileşimiyle şekillenen çok boyutlu bir bozukluk olması, tedavi sürecinin de çok bileşenli bir modelle ele alınmasını zorunlu kılmaktadır. Bu kapsamda, multimodal tedavi modeli, bireyin tüm gelişim alanlarını dikkate alarak farmakolojik, psikososyal, akademik ve davranışsal müdahaleleri bütünleştiren bir yaklaşımı ifade eder.

Bu modelin en kapsamlı örneği, MTA çalışması ile ortaya konulmuştur. MTA çalışması, yalnızca ilaç tedavisinin, yalnızca davranışsal müdahalelerin ve her ikisinin birlikte kullanıldığı kombine tedavinin etkinliklerini karşılaştırmış; kombine tedavinin uzun vadede hem semptom kontrolü hem de akademik-sosyal işlevsellik açısından en üstün sonuçları sağladığını göstermiştir.

Multimodal tedavi modeli; farmakolojik tedavi (stimulanlar, atomoksetin, diğerleri), bireyselleştirilmiş psikoeğitim ve psikoterapi (özellikle BDT), ebeveyn eğitimi ve aile danışmanlığı, okul temelli akademik destekler ve öğretmen danışmanlığı, sosyal beceri eğitimi ve grup çalışmaları, eşlik eden bozukluklara yönelik hedeflenmiş psikiyatrik müdahale bileşenlerini içerebilir.

Bu yaklaşımın etkin şekilde uygulanabilmesi için çocuk psikiyatristi, psikolog, özel eğitim uzmanı, okul rehberlik servisi, aile ve öğretmenin iş birliği içinde çalışması gerekmektedir. Multidisipliner ekip anlayışı, müdahalelerin eşgüdümü, süreklilik arz eden ve bireye özgü olarak planlanmasını mümkün kılabilmektedir.

4.2. Aile Hekimliği

Aile hekimliği, bireyin yaş, cinsiyet ya da sağlık durumu gözetmeksizin tüm sağlık sorunlarına birinci basamak sağlık hizmetlerini sürekli, kapsamlı, bütüncül ve kişiye özel şekilde sunmayı amaçlayan bir tıp disiplini. Modern sağlık sistemlerinin etkili işlemesi, bireylerin ilk başvurduğu nokta olan birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlü bir şekilde yapılandırılmasına bağlıdır. Gelişmiş ülkelerde uzun yıllardır başarıyla uygulanan aile hekimliği modeli, bireylerin yaşam boyu sağlık ihtiyaçlarına yanıt verme kapasitesiyle sağlık sistemlerinin temel taşı haline gelmiştir. Türkiye’de de bu model 2005 yılından itibaren uygulanmaya başlanmış ve 2010 yılı itibarıyla ülke genelinde yaygınlaştırılmıştır.

Aile hekimi yalnızca hastalık tedavisi değil, aynı zamanda koruyucu sağlık hizmetleri, sağlığı geliştirme faaliyetleri ve toplum sağlığı ile ilgili görevleri de üstlenmektedir. Aile hekimliğinin temel ilkeleri; süreklilik (hastalarla uzun süreli ilişkiler kurularak; hem koruyucu hizmetlerin hem de kronik hastalık takibinin etkinliğinin artırılması), bütünsellik (hastanın sadece mevcut hastalığıyla değil, tüm sağlık ihtiyaçlarıyla bir bütün olarak ele alınması), erişilebilirlik (coğrafi olarak toplumun kolayca ulaşabileceği lokalizasyonlarda hizmet sunulması), koordinasyon (gerektiğinde ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine yönlendirme ve bu süreç takibi), koruyucu sağlık hizmetleri (aşılamalar, tarama programları, gebe ve bebek izlemleri gibi temel halk sağlığı hizmetleri gibi) şekilde özetlenebilir.

Türkiye'de aile hekimliği sistemi, her bireyin bir aile hekimine kaydolduğu ve bu hekimin kişisel sağlık kayıtlarını tuttuğu bir yapıdadır. Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) görev yapan aile hekimleri, yardımcı sağlık personelleri ile birlikte bireylerin hem sağlık sorunlarıyla ilgilenmekte hem de toplum sağlığını ilgilendiren konularda çalışmalar yürütmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından periyodik izlem protokolleri ve performans kriterleriyle hizmet standardizasyonu sağlanmaya çalışılmaktadır.

Aile hekimliği, bireylerin yaşam boyu sağlık danışmanı olmayı hedefleyen, hasta-hekim ilişkisini uzun süreli ve güven temelli kurgulayan bir sağlık hizmetidir. Sağlık sistemlerinin daha verimli çalışmasını sağlamakla birlikte, erken tanı, hastalıkların önlenmesi ve sağlık okuryazarlığının artırılması gibi konularda da kritik bir rol üstlenmektedir. Türkiye'de uygulanan aile hekimliği modeli, halk sağlığının güçlendirilmesi adına önemli bir yapı olmakla birlikte, sistemin daha etkili işlemesi için altyapı, eğitim, insan gücü ve koordinasyon alanlarında sürekli iyileştirme gerekliliği bulunmaktadır.

4.2.1 Aile Hekimliği ve DEHB

DEHB, çocukluk çağında başlayıp erişkinlik dönemine kadar sürebilen, dikkat eksikliği, dürtüsellik ve hiperaktivite semptomları ile karakterize nörogelişimsel bir bozukluktur. Dünya genelinde çocukluk çağında DEHB prevalansının yaklaşık %5 düzeyinde olduğu bildirilmektedir. Bozukluk, bireyin akademik başarı düzeyi, sosyal ilişkileri ve psikolojik iyilik hâli üzerinde belirgin olumsuz etkiler yaratabilmektedir. Erken tanı ve uygun müdahale, DEHB'nin uzun dönemli olumsuz sonuçlarını azaltmada kritik bir rol oynamaktadır. DEHB'nin tanı ve tedavi süreçleri multidisipliner bir yaklaşım gerektirse de, birinci basamak sağlık hizmetlerinin bu süreçteki rolü giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Özellikle aile hekimleri, bireylerin sağlık sistemine ilk başvuru noktası olmaları nedeniyle DEHB'nin erken fark edilmesi, uygun uzmana yönlendirilmesi ve tedavi sürecinin izlenmesi açısından kilit bir konumda yer almaktadır.

Aile hekimlerinin DEHB'ye ilişkin temel rolleri; riskli bireyleri tanımak, aileden bilgi almak, ön değerlendirme yapmak, uygun durumlarda uzman hekime yönlendirmek ve tedavi sürecine destek olmaktır. Özellikle çocukluk döneminde rutin kontroller, aşılama veya diğer nedenlerle sağlık kuruluşuna başvuran bireylerde davranışsal belirtilerin gözlemlenmesi, DEHB şüphesinin ortaya çıkmasını sağlayabilir. Aile hekimleri, bu tür durumlarda basit tarama ölçekleri ve aile ile yapılacak görüşmelerle ön değerlendirme yapabilir ve gerektiğinde çocuk ve ergen ruh sağlığı uzmanına yönlendirme sağlayabilir.

Bununla birlikte, literatürde aile hekimlerinin DEHB'ye yönelik tutum ve bilgi düzeylerinin oldukça değişken olduğu bildirilmektedir. Bazı hekimler DEHB'yi biyolojik temelli bir bozukluk olarak kabul ederken, bazıları davranışsal bir problem olarak değerlendirerek tanı ve tedavi süreçlerine mesafeli yaklaşabilmektedir. Özellikle uyarıcı ilaç tedavisine ilişkin endişeler, ebeveyn tutumlarına bağlı olarak hastalığın ortaya çıktığına dair inançlar ve tanının tıbbileştirme riski gibi faktörler, aile hekimlerinin DEHB ile ilgili klinik yaklaşımlarını etkileyebilmektedir.

Bir diğer önemli sorun ise aile hekimlerinin DEHB konusunda almış oldukları eğitimin yetersiz oluşudur. Hizmet içi eğitimlerin sınırlı olması, güncel bilgi kaynaklarına erişim eksikliği ve DEHB'ye özel birinci basamak rehberlerinin yokluğu, tanı ve sevk süreçlerinde tereddütlere yol açabilmektedir. Ayrıca, birinci basamak sağlık hizmetlerinde karşılaşılan zaman kısıtlılığı, detaylı psikiyatrik değerlendirme yapmayı zorlaştırmakta, bu da olası DEHB vakalarının gözden kaçabilmesine neden olabilmektedir.

4.2.1.1. Aile danışmanlığı

DEHB, yalnızca bireyin değil, aynı zamanda aile dinamiklerinin de doğrudan etkilendiği bir bozukluktur. DEHB'li çocukların ailelerinde sıklıkla stres, ebeveynlik güçlükleri, kardeş ilişkilerinde sorunlar ve ebeveyn tükenmişliği gibi durumlar gözlemlenmektedir (96). Bu bağlamda aile danışmanlığı, DEHB yönetiminde önemli bir tamamlayıcı unsur olarak öne çıkmaktadır. Aile hekimleri, birinci basamak sağlık hizmetlerinde bu danışmanlık sürecinde önemli bir role sahiptir.

Aile hekimleri, DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerine bozukluğun doğası, nedenleri, belirtileri ve seyri hakkında bilimsel temelli bilgi vererek, ailede farkındalık oluşturabilir. Yanlış inançların (örneğin "bu bir yaramazlık", "ebeveyn hatasıdır") ortadan kaldırılması, damgalanmanın ve suçluluk duygusunun azaltılması açısından kritik öneme sahiptir.

Ailelerin ilaç tedavisine, psikososyal müdahalelere ya da eğitimsel desteklere katılımını sağlamak ve bu süreçlerde iş birliğini güçlendirmek aile hekimlerinin sağlayabileceği önemli katkılardandır. Ailelerin tedaviye dair kaygılarının giderilmesi, beklentilerinin gerçekçi hale getirilmesi bu süreci olumlu yönde etkilemektedir.

Aile hekimi, temel düzeyde davranış yönetimi konusunda rehberlik edebilir; pozitif ebeveynlik ilkeleri, ödül-ceza dengesi, yapılandırılmış günlük rutinlerin önemi gibi konularda bilgilendirme yapabilir. Aile hekimliğinde sunulan düzenli izlem ve destekleyici iletişim, ailelerin kendilerini yalnız hissetmelerini önleyebilir. Özellikle uzun süreli tedavi ve takip

gerektiren DEHB yönetiminde ailelerin motivasyonunu sürdürmeleri açısından bu destek değerlidir (97).

4.2.1.2 Aile sağlığı elemanlarının DEHB sürecindeki rol ve sorumlulukları

DEHB'nin etkili yönetimi, sadece uzman hekimlerin değil, birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan sağlık profesyonellerinin de aktif katılımını gerektirir. Aile sağlığı elemanları (ASE), aile sağlığı merkezlerinde aile hekimiyle birlikte çalışan hemşire, ebe ve sağlık memurlarından oluşan ekip üyeleridir. ASE'ler, DEHB'nin erken fark edilmesi, tedavi sürecinin desteklenmesi ve ailelerin bilgilendirilmesinde önemli roller üstlenmektedir.

ASE'lerin hastalara daha fazla zaman ayırabilmesi izlem ve danışmanlık konusunda önemli fırsatlar sunmaktadır. Çocukların düzenli gelişim izlemleri sırasında ASE'ler, çocuğun davranışsal durumunu gözlemleyerek aile hekimini olası DEHB belirtileri konusunda uyarabilirler. Aynı zamanda ebeveynlerden alınan geri bildirimler doğrultusunda dikkat eksikliği, huzursuzluk, aşırı hareketlilik gibi erken belirtileri fark edebilir ve bu bilgileri hekime aktararak tanı sürecine katkıda bulunabilirler.

DEHB hakkında doğru ve anlaşılır bilgiler sunarak ailelerin farkındalık düzeyini artırmak da ASE'lerin önemli sorumluluklarından. Bu çerçevede, “çocuk sadece yaramaz”, “ebeveyn hatasıdır” gibi yanlış inanışların düzeltilmesine katkı sağlarlar. Ayrıca tedavi sürecine dair (ilaç kullanımı, izlem sıklığı, okul ile iş birliği vb.) eğitim vererek ebeveynlerin sürece aktif katılımını desteklerler.

DEHB tedavisinde sık kullanılan farmakolojik ajanların düzenli ve doğru kullanımının takibi, yan etkilerin gözlenmesi ve bu bulguların aile hekimi ile paylaşılması süreçlerinde ASE'ler aktif rol oynar. Ailelerin tedavi sürecinde yaşadığı güçlükleri dinleyerek bu bilgileri hekime iletir; böylece tedaviye uyumun sürdürülebilmesini desteklerler.

ASE'ler yalnızca klinik destek değil, aynı zamanda psikososyal destek sağlayıcılarıdır. DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerinde sıkça görülen kaygı, suçluluk hissi, çaresizlik gibi duygularla başa çıkmaları için empatik ve destekleyici bir iletişim kurabilirler. Ayrıca ailenin yararlanabileceği sosyal destek sistemleri (örneğin Rehberlik Araştırma Merkezleri [RAM], okul rehberlik servisi, psikososyal destek birimleri) hakkında bilgi vererek uygun yönlendirmeler yapılmasını sağlarlar.

ASE'ler, birinci basamak sağlık hizmetlerinde DEHB yönetiminin ayrılmaz bir parçasıdır. Erken belirti tespiti, aile eğitimi, tedaviye uyumun desteklenmesi, düzenli izlem ve

psikososyal destek sağlama gibi çok yönlü görevler üstlenmektedirler. Bu sorumlulukların etkili biçimde yerine getirilebilmesi için ASE'lerin DEHB konusunda hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi ve yetkinliklerinin artırılması büyük önem taşımaktadır.

4.2.2. Aile Hekimliğinde DEHB ile İlgili Sağlık Politikaları

Türkiye'de aile hekimliği sistemi, 2010 yılından itibaren tüm ülkede uygulanmaya başlanmış ve bireylerin yaşam boyu sağlık takibini esas alan birinci basamak sağlık hizmet modeli olarak yapılandırılmıştır. Aile hekimliği uygulamaları kapsamında, çocuk izlem protokolleri Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmiş olup bu protokoller kapsamında düzenli gelişim izlemeleri, aşı takibi ve riskli durumların erken saptanması hedeflenmektedir.

Sağlık Bakanlığı'nın yayımladığı “Çocuk ve Ergen Sağlığı İzlem Rehberleri” ve “Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Standartları” gibi belgelerde DEHB'ye özgü özel bir tarama ya da tanı algoritması yer almamaktadır. Ancak çocukluk çağındaki gelişimsel bozukluklar arasında dolaylı olarak ele alınmakta, aile hekimi şüpheli durumları tespit ettiğinde “gelişimsel gerilik ya da davranış bozukluğu” olarak tanımlayarak ileri basamağa sevk yapılması beklenmektedir.

2022 yılında güncellenen Türkiye Ruh Sağlığı Eylem Planı içerisinde, çocukluk çağı ruhsal sorunlarının birinci basamakta erken tanınması ve ailelere danışmanlık verilmesi yönünde hedefler belirlenmiştir. Ancak DEHB özelinde uygulamaya yönelik net bir ulusal protokol veya eğitim programı bulunmamaktadır (98).

Türkiye'de aile hekimlerinin ve aile sağlığı elemanlarının mesleki yeterlilikleri Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen sürekli mesleki gelişim programları ile desteklenmektedir. Ancak bu programlarda DEHB'ye ilişkin içerikler sınırlıdır. Bazı illerde Halk Sağlığı Müdürlükleri veya üniversiteler iş birliğinde düzenlenen hizmet içi eğitimlerde DEHB gibi yaygın gelişimsel bozukluklar gündeme gelebilmektedir, ancak bu durum ülke genelinde standart bir uygulama değildir.

Türkiye'de aile hekimliği sistemi, açık erişimli bir yapıya sahiptir; yani aile hekimi sevki olmadan da hasta doğrudan ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmetlerine başvurabilmektedir. Bu durum, aile hekimlerinin tanı ve izlemdeki rolünü zayıflatmakta, özellikle ruh sağlığı alanında koordinasyon eksikliği yaratabilmektedir.

DEHB tedavi yetkisi aile hekiminde bulunmadığı için, aile hekimi şüphelendiği vakaları genellikle çocuk ve ergen psikiyatri kliniklerine yönlendirmektedir. Ancak uzman hekim

yetersizliği, randevu sürelerinin uzunluğu ve geri bildirim mekanizmalarının zayıf olması, birinci ve ikinci basamak arasındaki iş birliğini sınırlandırmaktadır.

Aile hekimlerine yönelik DEHB tarama ve yönlendirme protokollerinin geliştirilmesi, hizmet içi eğitim programlarının yaygınlaştırılması, DEHB tanılı çocuklar için aile hekimlerine geri bildirim sağlayan yapıların kurulması, aile hekimliği bilgi sistemlerine çocukluk çağı ruhsal tarama araçlarının entegre edilmesi, DEHB tanısı alan bireylerin birinci basamakta ortak izlem ve danışmanlık sürecine dâhil edilmesi birinci basamakta DEHB yönetiminin güçlendirilmesi açısından ciddi katkılar sunabilecektir.

Türkiye’de aile hekimliği sistemi, DEHB’nin erken tanınması ve ailelere danışmanlık verilmesi açısından önemli bir potansiyele sahiptir. Ancak bu potansiyelin etkin kullanımı, politika düzeyinde DEHB’nin birinci basamakta daha açık ve sistematik olarak tanımlanmasına, aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının eğitim ve protokollerle desteklenmesine bağlıdır. Gelecekte oluşturulacak çocuk ruh sağlığı politikalarında, birinci basamak odaklı yaklaşımların daha fazla vurgulanması gerekmektedir.

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Etik Kurul ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Araştırma İzinleri

Bu araştırma için Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 12.11.2024 tarihli ve 404094 sayılı etik onay alınmıştır. Etik onayın ardından, Erzincan İl Sağlık Müdürlüğü tarafından 13.06.2025 tarihli ve E-15872173-604.01-278848318 sayılı yazı ile birinci basamak sağlık hizmetlerinde bilimsel araştırma yapılabilmesine yönelik resmi izin temin edilmiştir.

5.2. Araştırmanın Evreni

Çalışma, Erzincan ilinde yer alan 32 ASM'deki toplam 89 aile hekimliği biriminde görev yapan sağlık çalışanları ile yürütülmüştür. Bu kapsamda 85 aile hekimi ile 65 yardımcı sağlık personeline ulaşılmıştır. Söz konusu birimlerden 20'sinde yardımcı sağlık personelinin görevlendirme usulüyle çalıştığı; cezaevi ASM'ye bağlı 4 birimde ise yardımcı sağlık personelinin bulunmadığı ve herhangi bir görevlendirme yapılmadığı tespit edilmiştir. Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden sağlık çalışanlarına doğrudan yüz yüze görüşmeler yoluyla ulaşılmış; coğrafi erişimin güç olduğu bölgelerde ise anket formları e-posta aracılığıyla iletilmiştir. Gönüllülük esasına dayalı olarak yürütülen çalışmaya toplam 148 kişi katılmış; ancak dört anketin eksik veri içermesi nedeniyle bu formlar analiz dışında bırakılmış ve değerlendirmeler 144 katılımcı üzerinden gerçekleştirilmiştir.

5.3. Veri toplama Aracı

Araştırmada kullanılan anket formu, bir aile hekimi, bir çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı ile Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nın eğitim ve idari sorumlusunun katılımıyla oluşturulan akademik bir kurulda literatür taranarak hazırlanmıştır. Anket formu toplam 37 sorudan oluşmakta olup ilk 14 soru katılımcıların sosyodemografik özelliklerini değerlendirmeye yöneliktir. Geriye kalan 23 soru ise DEHB'ye ilişkin bilgi, tutum ve farkındalık düzeylerini ölçmeyi amaçlamaktadır. Bu kapsamda, etiyolojiye yönelik 1 soru (madde15); dikkatsizlik (madde 16 ve 17) ve hiperaktivite/dürtüsellik (madde 18 ve 19) olmak üzere DEHB'nin çekirdek belirtilerine ilişkin 4 soru; tanıya ilişkin 3 soru (madde 20-22); klinik seyirle ilgili 5 soru (madde 23-27); tedaviye yönelik 5 soru (madde 29, 32-35); tanı ve tedavi yaklaşımlarına yönelik ise 5 soru (madde 28, 30, 31, 36, 37) yer almaktadır.

Anket formu, yapısal olarak üç farklı soru tipi içermektedir. Katılımcıların “günlük bakılan çocuk hasta sayısı” ve “hasta başına ayrılan ortalama süre” gibi verileri belirtmeleri

amacıyla 6 açık uçlu soru; “eğitim durumu” ve “görev ünvanı” gibi değişkenleri ölçmek üzere 11 çoktan seçmeli soru; bilgi ve tutum düzeylerini değerlendirmek amacıyla ise 19 kapalı uçlu soru yer almaktadır. Bu kapalı uçlu soruların 14’ü üçlü (Evet / Hayır / Fikrim yok) ve 5’i beşli Likert tipi (Kesinlikle katılıyorum / Katılıyorum / Kararsızım / Katılmıyorum / Kesinlikle katılmıyorum) ölçekle yapılandırılmıştır.

Bilgi düzeyini ölçmeye yönelik 16., 17., 18., 19., 23., 26. ve 27. sorular için “Evet” yanıtı doğru kabul edilmiştir. Buna karşılık, 15., 20., 21., 22., 24., 25. ve 32. sorularda “Hayır” yanıtı doğru olarak değerlendirilmiştir.

Uygulama ve yönlendirme davranışlarını değerlendiren 28., 29. ve 30. sorularda sırasıyla “Çocuk psikiyatrisine başvurmalarını söylerim”, “Metilfenidat/atomoksetin tedavisi” ve “Çocuk psikiyatrisi hekiminin önerdiği şekilde kullanması gerektiğini ifade ederim” seçenekleri doğru yanıt olarak kabul edilmiştir.

Tutum değerlendirmesine yönelik olarak, 34. soruda “Katılıyorum” ve “Kesinlikle katılıyorum” yanıtları; 33., 35., 36. ve 37. sorularda ise “Katılmıyorum” ve “Kesinlikle katılmıyorum” yanıtlarının doğru tutumu yansıttığı kabul edilmiştir.

31. soru, yaklaşım tarzını değerlendirmeye yönelik bir soru olup, tartışma bölümünde değerlendirilmiştir.

5.4. İstatistiksel Analiz

Verilerin analizinde SPSS 25.0 paket programı kullanılmıştır. Normallik varsayımları Kolmogrov-Smirnov ile test edilmiştir. Araştırmada tanımlayıcı istatistikler, Kruskal Wallis testi ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Tanımlayıcı veriler median (min-maks) olarak verilmiştir. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alınmıştır.

6. BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların 91'i (%63,2) kadın, 53'ü (%36,8) erkek olup, yaş dağılımının ortancasının 35,5 yıl (min: 25 – maks: 60) olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların mesleki deneyim süresinin ortancası 9 yıl (min: 1 – maks: 37) olup, bu sürenin 6 yıllık (min: 1 – maks: 15) kısmını aile hekimliği sisteminde geçirdikleri saptanmıştır. Günlük hasta sayısına ilişkin değerlendirmede, katılımcıların günde ortanca 60 (min: 15 – maks: 120) hastaya hizmet verdikleri, bu hastaların 12'sinin (min: 0 – maks: 35) çocuk hasta olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, bir hastaya ayrılan sürenin ortancasının 5 dakika (min: 2 – maks: 20) olduğu görülmüştür.

Tablo 2: Sosyodemografik özellikler

	medyan	min.	maks.
Yaşınız	35,5	25	60
Meslekte kaçınıcı yılınız	9	1	37
Aile hekimliğinde kaçınıcı yılınız	6	1	15
Günde bakılan ortalama çocuk sayısı	12	0	35
Günde bakılan toplam hasta sayısı	60	15	120
Muayene sırasında bir bireye ayrılan ortalama süre	5	2	20

Ankete katılanların 78'i (%54,2) hekim, 66'sı (%45,8) yardımcı sağlık personeli olarak görev yapmaktaydı. Hekim grubunun 12'si (%15,4) aile hekimliği uzmanı, 20'si (%25,6) aile hekimliği asistanı ve 46'sı (%59) pratisyen hekimdi. Katılımcıların medeni durum dağılımı incelendiğinde, 114'ünün (%79,2) evli, 29'unun (%20,1) bekar ve 1'inin (%0,7) dul olduğu belirlendi.

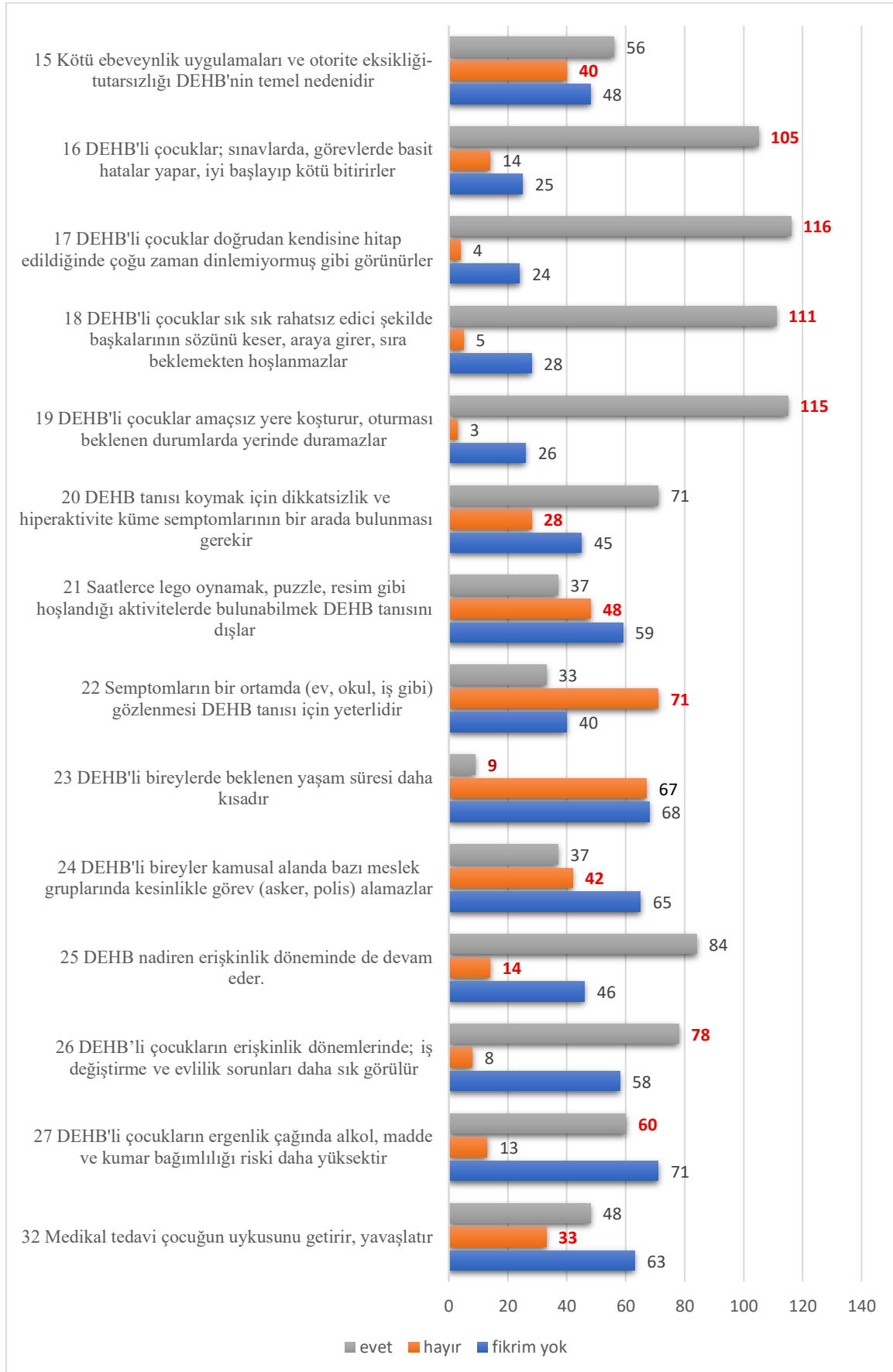
Katılımcıların 59'u (%40,97) daha önce DEHB ile ilgili herhangi bir eğitim almışken, 85'i (%59,02) bu konuda eğitim almamıştı. Eğitim alanların 39'u (%27,08) üniversitedeki temel tıp eğitimi sırasında, 3'ü (%2,08) rotasyon sürecinde, 13'ü (%9,02) hizmet içi eğitim kapsamında, 4'ü (%2,77) ise kongre, konferans veya seminerlerde bu eğitimi edinmişti.

Ayrıca katılımcıların 39'unun (%27,1) yakın çevresinde DEHB tanısı almış en az bir kişi bulunurken, 105'inin (%72,9) yakın çevresinde bu tanıya sahip bir birey bulunmadığı saptandı (Tablo 3).

Tablo 3: Katılımcıların demografik verileri ve DEHB ile ilgili bilgi düzeyleri, eğitim alma durumları ve eğitim alınan yer bilgileri

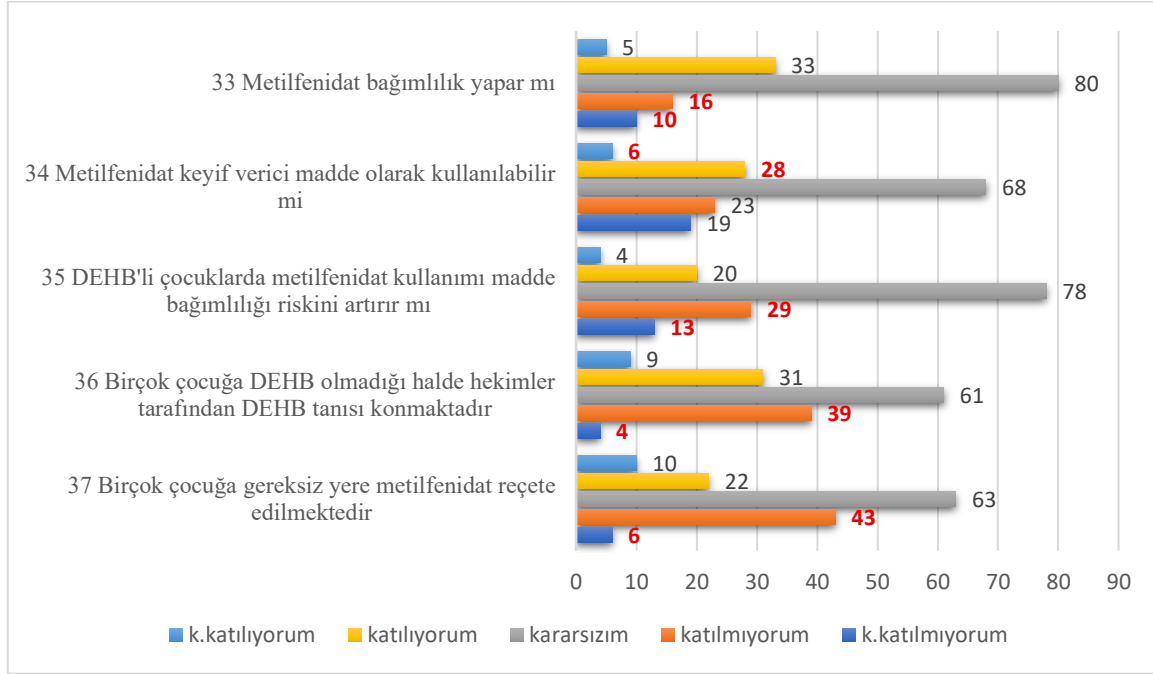
	n	%
Görev dağılımı		
Hekim	78	54,2
Yardımcı sağlık personeli	66	45,8
Ünvan		
Aile hekimi uzmanı	12	15,4
Aile hekimi asistanı	20	25,6
Pratisyen hekim	46	59,0
Medeni durum		
Evli	114	79,2
Bekar	29	20,1
Dul	1	0,7
DEHB ile ilgili bilgi düzeyi		
Çok kötü	2	1,4
Kötü	10	6,9
Orta	76	52,8
İyi	47	32,6
Çok iyi	9	6,3
DEHB hakkında eğitim alma durumu		
Evet	59	40,97
Hayır	85	59,02
Eğitim alınan yer/kurum		
Üniversitede temel eğitim	39	27,08
Rotasyon	3	2,08
Hizmet içi eğitim	13	9,02
Kongre, konferans, seminer	4	2,77
Yakın çevrede DEHB tanısı almış kişi olma durumu		
Evet	39	27,1
Hayır	105	72,9

Tablo 4: Katılımcıların bilgi düzeylerini ölçmeye yönelik sorulara verdikleri yanıtlar



* Doğru yanıtlara ait veriler kırmızı renk ile verilmiştir.

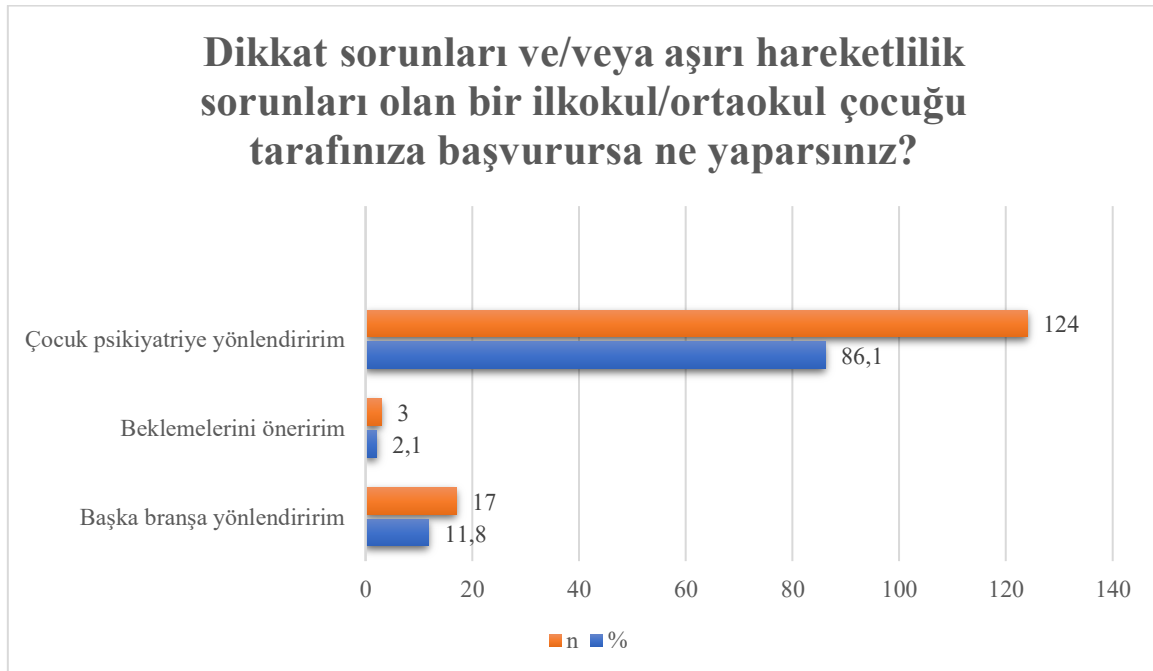
Tablo 5: DEHB ile ilgili tutum ve davranış soruları



* Doğru yanıtlara ait veriler kırmızı renk ile verilmiştir.

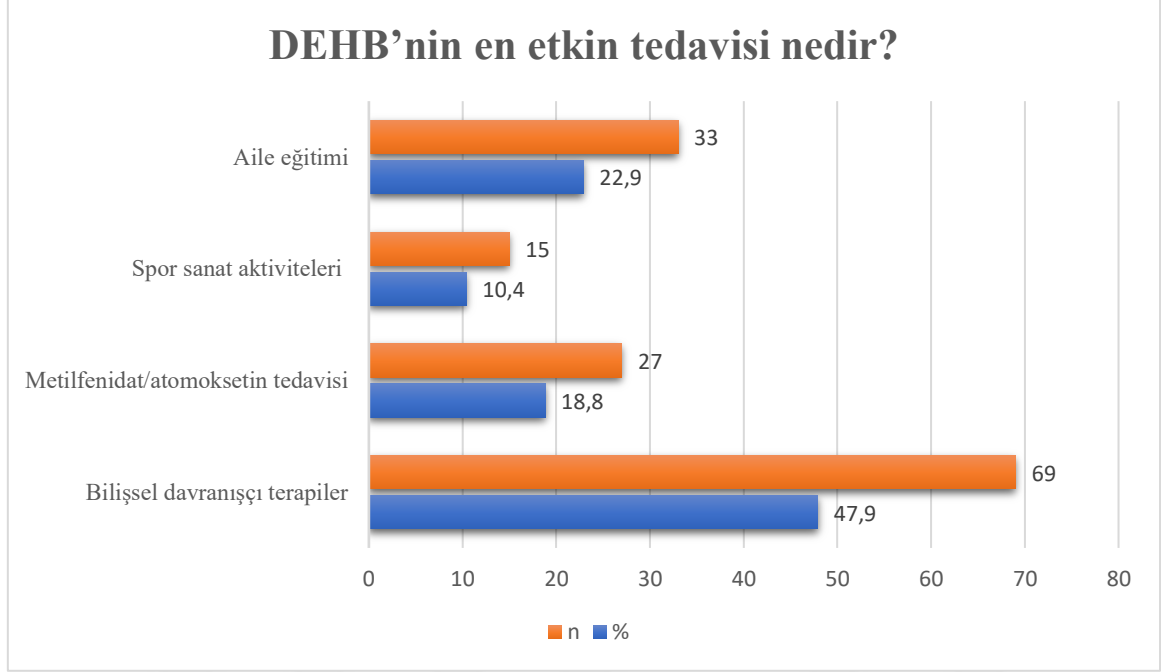
Katılımcıların 124'ü (%86,1), dikkat ve/veya aşırı hareketlilik sorunu bulunan bir ilkokul veya ortaokul öğrencisinin kendilerine başvurması durumunda bu hastayı çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine yönlendireceğini belirtmiştir. Üç katılımcı (%2,1) bekleyip takip etmeyi tercih edeceğini, 17 katılımcı (%11,8) ise başka bir branş hekimine yönlendireceğini ifade etmiştir.

Tablo 6: Katılımcıların dikkat/aşırı hareketlilik sorunu olan çocuklara yaklaşımı



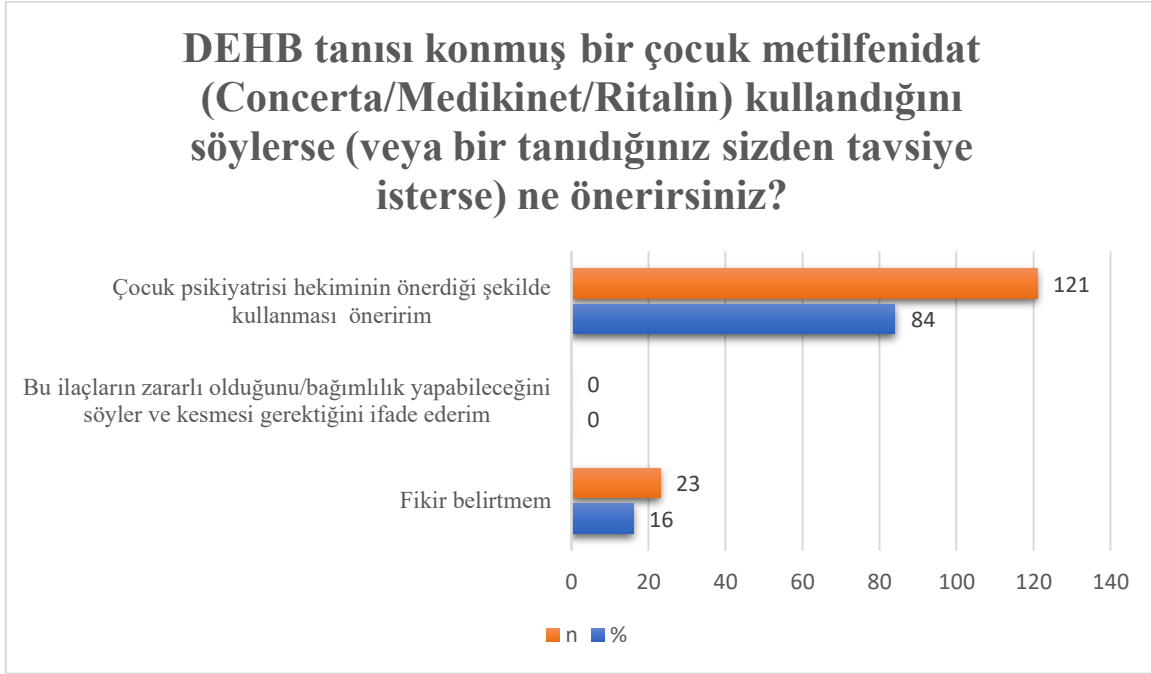
DEHB'nin en etkin tedavi yöntemine ilişkin görüşler incelendiğinde, katılımcıların 69'u (%47,9) bilişsel davranışçı terapileri, 27'si (%18,8) metilfenidat/atomoksetin tedavisini, 15'i (%10,4) spor ve sanat aktivitelerini, 33'ü (%22,9) ise aile eğitimini en etkili yöntem olarak değerlendirmiştir.

Tablo 7: Katılımcıların DEHB'nin en etkin tedavisi hakkındaki düşünceleri



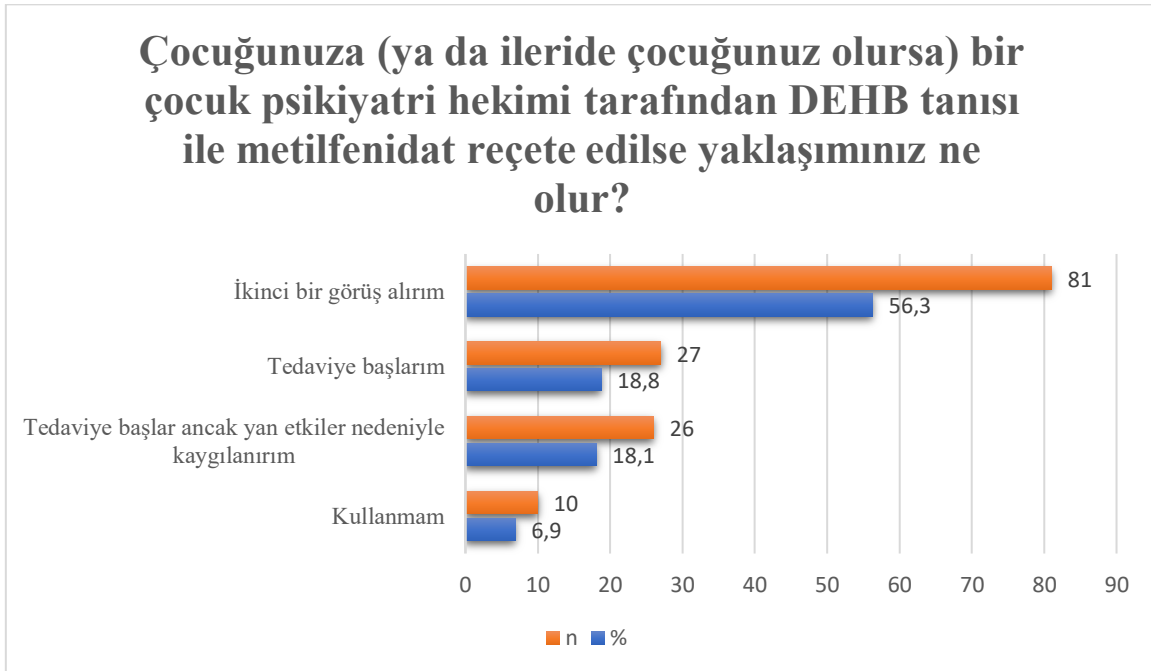
DEHB tanısı konmuş bir çocuğun metilfenidat (Concerta, Medikinet, Ritalin) kullandığını ifade etmesi veya bu konuda kendilerinden tavsiye istenmesi durumunda, katılımcıların 121'i (%84) ilacın çocuk ve ergen psikiyatrisi hekimi tarafından önerildiği şekilde kullanılmasını önereceğini, 23'ü (%16) ise bu konuda herhangi bir görüş bildirmeyeceğini ifade etmiştir.

Tablo 8: Katılımcıların DEHB tanısı konup medikal tedavi alan çocuklara yaklaşımı



Katılımcıların 81'i (%56,3), kendi çocuğuna (veya ileride çocuğu olması durumunda) çocuk ve ergen psikiyatrisi hekimi tarafından DEHB tanısıyla metilfenidat reçete edilmesi halinde ikinci bir görüş almayı tercih edeceğini belirtmiştir. Yirmi yedi katılımcı (%18,8) tedaviye başlayacağını, 26 katılımcı (%18,1) tedaviye başlayacağını ancak olası yan etkiler nedeniyle kaygı duyacağını, 10 katılımcı (%6,9) ise ilacı kullanmayacağını ifade etmiştir.

Tablo 9: Katılımcıların kendi çocuklarına DEHB tanısı konup medikal tedavi başlanması durumundaki tutumları



Çekirdek belirtilere ilişkin dört maddelik sorulara verilen doğru yanıtların ortalaması **3,10±1,24** olarak saptanmıştır. Tanıya yönelik üç maddelik sorularda bu ortalama **1,02±1,04**, klinik seyirle ilgili beş maddelik sorularda **1,40±1,30**, tedaviye ilişkin beş maddelik sorularda **1,12±1,26** ve tanı ile tedavi yaklaşımlarına yönelik dört maddelik sorularda **2,34±1,05** olarak belirlenmiştir. Tüm bilgi, tutum ve farkındalık düzeyini ölçen toplam 22 maddelik sorulara verilen doğru yanıtların ortalaması ise **9,27±4,16** olarak bulunmuştur. İlgili değişkenlere ait medyan, minimum ve maksimum değerler tablo 10'da sunulmaktadır.

Tablo 10: Katılımcıların DEHB'ye ilişkin bilgi, tutum ve farkındalık düzeyleri

	Ortalama±SS	Medyan (min-maks)	n
Çekirdek belirtilere yönelik sorular	3,10±1,24	4 (0-4)	4
Tanıya ilişkin sorular	1,02±1,04	1 (0-3)	3
Klinik seyre yönelik sorular	1,4±1,3	1 (0-5)	5
Tedaviye yönelik sorular	1,12±1,26	1 (0-5)	5
Tanı ve tedavi yaklaşımlarına yönelik sorular	2,34±1,05	2 (0-4)	4
Toplam puan	9,27±4,16	9 (0-22)	22

Tüm hekimlerin toplam puan ortalaması **11,12±3,67** olup, medyan değeri **11** (min: 2, maks: 22) olarak belirlenmiştir. Ünvanlara göre karşılaştırmalı değerler tablo 11'de sunulmuştur. Hekimler ile yardımcı sağlık personeli arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmışken (**p<0,001**), hekimler arasında ünvan bazında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (**p=0,495**).

Tablo 11: Ünvanlara göre toplam puan değerleri

	Toplam puan		
	Ortalama±SS	Medyan (min-maks)	p
Aile hekimi uzmanı	12,16±4,16	13 (6-18)	0,495
Aile hekimi asistanı	11,5±4,38	11 (3-22)	
Pratisyen hekim	10,69±3,16	11 (2-18)	
Hekim	11,12±3,67	11 (2-22)	<0,001
Yardımcı sağlık personeli	7,09±3,62	7 (0-17)	

DEHB ile ilgili bilgi düzeyini, “çok iyi” olarak değerlendirilenlerde toplam puan ortalaması **10,22±4,17**, “iyi” düzeyindekilerde **10,76±4,56**, “orta” düzeyindekilerde **8,78±3,71**, “kötü” düzeyindekilerde **5,90±2,33** ve “çok kötü” düzeyindekilerde **5,50±4,94** olarak saptanmıştır. Medyan değerler sırasıyla 10 (min: 3, maks: 15), 11 (0–22), 9 (0–18), 7 (0–8) ve 5,5 (2–9) olarak belirlenmiştir. Toplam puan ile DEHB ile ilgili bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir (**p=0,002**).

Daha önce DEHB konusunda eğitim alan katılımcıların toplam puan ortalaması **11,67±4,18** olup medyan değeri 12 (min: 2, maks: 22) iken, eğitim almayanlarda ortalama **8,04±3,59** ve medyan değeri 8 (0–17) olarak bulunmuştur. Toplam puan ile DEHB ile ilgili daha önceden eğitim almış olma durumu arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,001$).

Tablo 12: Katılımcıların DEHB ile ilgili bilgi düzeyi ve eğitim alma durumunun toplam puan ile ilişkisi

	Toplam puan		p
	Ortalama±SS	Medyan (min-maks)	
DEHB ile ilgili bilgi düzeyi			
Çok iyi	10,22±4,17	10 (3-15)	0,002
İyi	10,76±4,56	11 (0-22)	
Orta	8,78±3,71	9 (0-18)	
Kötü	5,9±2,33	7 (0-8)	
Çok kötü	5,5±4,94	5,5 (2-9)	
Daha önce eğitim alma durumu			
Evet	11,67±4,18	12 (2-22)	<0,001
Hayır	8,04±3,59	8 (0-17)	

Hekimlerin ünvanlarına göre DEHB ile ilgili bilgi düzeyi ortalamaları, aile hekimi uzmanlarında **3,42±0,79**, aile hekimi asistanlarında **3,35±0,48** ve pratisyen hekimlerde **3,37±0,64** olarak bulunmuştur. Medyan değerler tüm gruplarda **3** olup, minimum–maksimum aralıkları sırasıyla 2–5, 3–4 ve 2–5’tir. Ortalama puanların birbirine yakın olması, bilgi düzeyinin tüm ünvan gruplarında benzer düzeyde olduğunu göstermektedir. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda, ünvanlara göre bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p=0,93$).

Tablo 13: Hekimlerin ünvanlarına göre DEHB ile ilgili bilgi düzeyi ilişkisi

	Ortalama±SS	Medyan (min-maks)
Aile hekimi uzmanı	3,42±0,79	3 (2-5)
Aile hekimi asistanı	3,35±0,48	3 (3-4)
Pratisyen hekim	3,37±0,64	3 (2-5)

* 1: Çok kötü, 2: Kötü, 3: Orta, 4: İyi, 5: Çok iyi bilgi düzeyini ifade etmektedir.

Çalışmaya katılan hekimlerden aile hekimi uzmanlarının **%66,7’si** (n=8), aile hekimi asistanlarının **%55,0’ı** (n=11) ve pratisyen hekimlerin **%41,3’ü** (n=19) daha önce DEHB ile ilgili eğitim aldığını bildirmiştir. Pearson ki-kare testi ile yapılan analiz sonucunda, ünvanlar arasında eğitim alma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,237$).

Yakın çevresinde DEHB tanısı bulunan katılımcıların toplam puan ortalaması **11,41±3,95** olup, medyan değeri **11** (min: 4, maks: 22) olarak saptanmıştır. Yakın çevresinde DEHB tanısı olmayan katılımcıların ise toplam puan ortalaması **8,48±3,97**, medyan değeri **8** (min: 0, maks: 18) bulunmuştur. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,001$).

Tablo 14: Yakın Çevresinde DEHB tanısı almış kişi olma durumu ile toplam puan ilişkisi

	Toplam puan	
	Ortalama±SS	Medyan (min-maks)
Yakın çevrenizde DEHB tanısı almış kişi durumu		
Evet	11,41±3,95	11 (4-22)
Hayır	8,48±3,97	8 (0-18)

Analizler sonucunda mesleki deneyim ile tanı sorularının toplam puanı ($p=0,011$, $r=-0,211$) ve klinik soruların toplam puanı ($p=0,08$, $r=-0,221$) arasında negatif yönde korelasyon saptanmıştır. Ayrıca, aile hekimliği sisteminde görev süresi ile tanı sorularının toplam puanı arasında anlamlı bir negatif korelasyon belirlenmiştir ($p=0,037$, $r=-0,174$). Muayene için ayrılan süre ile tedavi sorularının toplam puanı arasında da negatif korelasyon bulunmuştur ($p=0,017$, $r=-0,199$). Öte yandan, tanı sorularının toplam puanı ile klinik seyir sorularının toplam puanı arasında ($p<0,001$, $r=0,556$) ve tedavi sorularının toplam puanı arasında ($p<0,001$, $r=0,341$) anlamlı düzeyde pozitif korelasyon saptanmıştır. Ayrıca, klinik seyir sorularının toplam puanı ile tedavi sorularının toplam puanı arasında da pozitif bir korelasyon tespit edilmiştir ($p<0,001$, $r=0,302$).

Tablo 15: Mesleki tecrübe, aile hekimliği tecrübesi, ortalama muayene süresi ile anket puanlarının korelasyonları

		1	2	3	4	5	6
1 Mesleki deneyim	r	1	0,812**	-0,016	-0,211*	-0,221**	0,09
	p	.	<0,001	0,845	0,011	0,008	0,282
2 Aile hekimliği deneyimi	r		1	-0,036	-0,174*	-0,134	0,13
	p		.	0,671	0,037	0,11	0,122
3 Muayene sırasında bir bireye ayrılan ortalama süre	r			1	-0,102	0,013	-0,199*
	p			.	0,223	0,874	0,017
4 Tanı soruları toplam puanı	r				1	0,556**	0,341**
	p				.	<0,001	<0,001
5 Klinik seyir soruları toplam puanı	r					1	0,302**
	p					.	<0,001
6 Tedavi soruları toplam puanı	r						1
	p						.

7. TARTIŞMA

Bu çalışma, birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan hekim ve yardımcı sağlık personelinin DEHB konusundaki bilgi, tutum ve farkındalık düzeylerini kapsamlı şekilde değerlendirmiştir. Katılımcıların 91'i (%63,2) kadın, 53'ü (%36,8) erkek olarak belirlendi. Kadın katılımcıların daha fazla olmasının temel nedeni, yardımcı sağlık personelinin tamamının kadınlardan oluşmasıydı. Elde edilen bulgular, genel bilgi düzeyinin orta seviyede olduğunu, özellikle tanı, klinik seyir ve tedavi alanlarında belirgin bilgi boşluklarının bulunduğunu ortaya koymaktadır. Çekirdek belirtilere ilişkin doğru yanıt oranının diğer alt boyutlara kıyasla daha yüksek olması, katılımcıların semptom düzeyinde farkındalığının iyi olduğunu, ancak bu farkındalığın tanı koyma ve yönetim aşamalarına yeterince yansımadığını düşündürmektedir.

Bu durumun birkaç olası nedeni bulunmaktadır. Öncelikle, DEHB tanısı yalnızca semptom varlığına değil, belirtilerin süresi, başlangıç yaşı, işlevsellik üzerindeki etkisi ve birden fazla ortamda gözlemlenmesine dayanır. Günlük pratikte yüksek hasta yükü (ortalama 57,22 hasta/gün) ve sınırlı muayene süresi (ortalama 8,38 dakika), bu kapsamlı değerlendirmenin yapılmasını zorlaştırmaktadır. İkinci olarak, birinci basamakta tanı sürecini destekleyecek standardize ölçekler, çoklu kaynaklardan bilgi toplama sistemleri ve multidisipliner iş birliği mekanizmaları genellikle yeterince entegre değildir. Üçüncü olarak, Türkiye'de DEHB tanısı yasal olarak çocuk ve ergen psikiyatristleri tarafından konulmaktadır; bu durum, birinci basamak hekimlerinin tanı sürecindeki rolünü sınırlamakta, farkındalıklarının doğrudan tanı koymaya dönüşmesini engellemektedir.

Etyolojiye ilişkin yalnızca bir soru yer almakta olup, katılımcıların büyük çoğunluğunun bu soruya doğru yanıt veremediği (yanlış yanıt oranı %38,9; yanıt vermeyen %33,3) görülmüştür. Bu durumun tanı koyma sürecinde karşılaşılan güçlükler ile düşük prevalans hekimliği olan aile hekimliği disiplininde belirli konularda derinlemesine bilgi edinme imkânının sınırlı olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda, daha önce DEHB ile ilgili eğitim almış katılımcıların ortalama bilgi puanlarının, eğitim almayanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($11,67 \pm 4,18$ vs. $8,04 \pm 3,59$; $p < 0,001$). Bu bulgu, hedefe yönelik eğitimlerin bilgi düzeyini artırmada etkili olduğunu açıkça ortaya koymaktadır. Ancak katılımcıların yalnızca %40,97'sinin bu konuda eğitim almış olması, hem mezuniyet öncesi tıp eğitimi hem de mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimlerde DEHB'nin yeterince yer almadığını düşündürmektedir. Ayrıca eğitim alanların

büyük kısmının bu bilgiyi temel tıp eğitimi sırasında edinmiş olması, güncel klinik uygulamalara yönelik bilgilerde eksiklik yaşanabileceğini ve mezuniyet sonrası bilgilerin güncellenme gerekliliğine de işaret etmektedir.

Meslek grupları arasındaki karşılaştırmada, hekimlerin yardımcı sağlık personeline kıyasla anlamlı derecede daha yüksek bilgi puanına sahip olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Bu durum, tıp eğitiminin getirdiği teorik altyapı avantajı ile açıklanabilir. Bununla birlikte, hekimler arasında ünvan bazında (uzman, asistan, pratisyen) anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,93$). Bu bulgu, DEHB bilgi düzeyinin mesleki kıdem veya uzmanlık alanından çok bireysel ilgi, güncel eğitim fırsatları ve klinik deneyim ile şekillendiğini düşündürmektedir. Ayrıca, yakın çevresinde DEHB tanısı bulunan katılımcıların daha yüksek puan ortalamasına sahip olması, bireysel ilginin ve kişisel deneyimlerin bilgi düzeyine önemli katkı sağladığını desteklemektedir.

Katılımcıların büyük çoğunluğunun (%86,1) dikkat ve/veya aşırı hareketlilik sorunu olan öğrencileri doğrudan çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine yönlendirme eğiliminde olması, birinci basamakta uygun sevk farkındalığının yüksek olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, çekirdek belirtilere ilişkin doğru yanıt oranının yüksek olması, klinik şüphe eşiğinin daha kolay aşılmasını ve potansiyel vakaların erken dönemde fark edilmesini sağlayan önemli bir avantajdır. Erken farkındalık, yanlış tanı veya tedavi gecikmesi riskini azaltarak hem akademik hem de sosyal işlevselliğin korunmasına katkıda bulunabilir (99). Ayrıca, yüksek sevk farkındalığı ile birleştiğinde, bu durum tanı sürecinde multidisipliner iş birliğini güçlendirme ve tedaviye erişim süresini kısaltma potansiyeline sahiptir.

Çalışmamızda, DEHB tanısı konmuş bir çocukta metilfenidat (Concerta, Medikinet, Ritalin) kullanımı söz konusu olduğunda, katılımcıların %84'ü ilacın çocuk ve ergen psikiyatrisi hekimi tarafından önerildiği şekilde kullanılmasını önereceğini belirtmiştir. Ancak aynı katılımcı grubunun kendi çocuğu (veya ileride çocuğu olması durumunda) için benzer bir reçete söz konusu olduğunda, %56,3'ünün ikinci bir görüş almayı tercih ettiği, %18,1'inin yan etki kaygısıyla tedaviye başlayacağı, %6,9'unun ise ilacı kullanmayacağını bildirmesi dikkat çekicidir.

Bu tutarsızlığın olası nedenleri literatürde de tanımlanan “profesyonel–ebeveyn rolü farkı” ile açıklanabilir. Bir sağlık çalışanı, mesleki bağlamda klinik kılavuzlara dayanarak objektif hareket edebilirken, kendi çocuğu söz konusu olduğunda duygusal faktörler, koruma içgüdüğü ve riskten kaçınma eğilimi ön plana çıkabilmektedir (100). Ayrıca, metilfenidat ve

benzeri ilaçların potansiyel yan etkileri konusunda medyada yer alan olumsuz haberler, toplumsal önyargılar ve “ilaç bağımlılığı” korkusu, tedaviye yönelik çekinceleri artırabilir (101).

Bir diğer etken, tanı sürecine duyulan güvenin değişkenliğidir. Katılımcılar başka bir hastada tanıya güvenip tedaviyi önerebilirken, kendi çocukları söz konusu olduğunda “önce zarar verme” (primum non nocere) ilkesini daha katı şekilde uygulama eğiliminde olabilir. Bu bağlamda ikinci görüş alma, ebeveynlerin hem tanı hem de tedavi planını yeniden değerlendirme isteğinin doğal bir yansımasıdır. Ayrıca, DEHB tanısı ve tedavisi konusunda eğitim almamış veya sınırlı klinik deneyime sahip olan sağlık çalışanlarının kendi aile bireyleri için daha fazla temkinli davranması, literatürde “kişisel bağlamda bilgiye güvenin azalması” olarak tanımlanmaktadır (102).

Sonuç olarak, bu bulgu, birinci basamak sağlık çalışanlarının kendi aile bireyleri söz konusu olduğunda daha yüksek risk algısına sahip olduklarını ve bu durumun tedaviye başlama kararını geciktirebileceğini göstermektedir. Bu nedenle, DEHB konusunda yalnızca mesleki değil, aynı zamanda ebeveynlik perspektifini de kapsayan, yan etki yönetimi ve ilaç güvenliği odaklı eğitim programlarının geliştirilmesi önemlidir.

Çalışmada mesleki deneyim ile tanı ve klinik soruların toplam puanları arasında negatif yönde korelasyon saptanmıştır. Bu durum, klinik tecrübe arttıkça hekimlerin karar verme süreçlerinde daha sezgisel yaklaşımlar geliştirdiklerini, ancak bu durumun standart tanısal algoritmalara dayalı sınav performansını olumsuz etkileyebileceğini düşündürmektedir. Literatürde de deneyimli klinisyenlerin bilgi kullanım biçimlerinin zamanla değiştiği ve teorik bilgi ile pratik uygulama arasında bir boşluk oluşabildiği vurgulanmaktadır (103, 104).

Aile hekimliği sisteminde görev süresi ile tanı puanı arasındaki negatif ilişki de benzer biçimde değerlendirilebilir. Aile hekimliği pratiğinde geniş bir hasta profili ile karşılaşılmasına karşın, hizmetin büyük ölçüde kronik hastalık yönetimi ve koruyucu sağlık hizmetlerine odaklanması, kompleks tanı süreçlerinin kullanımını sınırlayabilmektedir. Ayrıca, hekimlerin mevcut uygulamalarını sürdürme eğilimleri nedeniyle yeni kanıta dayalı uygulamaları benimsemekte zorlandıkları da bildirilmektedir (105, 106). Bu durum, teorik bilgiye dayalı tanı sorularında performans düşüşünü açıklayabilir.

Muayene için ayrılan süre ile tedavi soruları puanı arasındaki negatif korelasyon ise dikkat çekicidir. Daha uzun muayene süresi ayıran hekimlerin hasta merkezli ve bireyselleştirilmiş yaklaşımlara daha fazla yönelmesi olasıdır. Ancak sınavlarda genellikle tek

ve standart cevaba dayalı sorularda zorluk çekiyor olabilirler. Klinik uygulama ile sınav formatı arasındaki bu farklılık literatürde de dile getirilmiştir; teorik eğitim ile pratik deneyim arasında tutarsızlıklar öğrenmenin gerçek klinik ortama aktarılmasını zorlaştırabilmektedir (107, 108).

Genel olarak elde edilen bulgular, deneyim arttıkça teorik bilgi kullanımında azalma ve klinik sezgilerin ön plana çıkmasıyla birlikte, sınav başarısında düşüş görülebileceğini göstermektedir. Bu nedenle sürekli mesleki gelişim programlarının ve bilgi güncelleme eğitimlerinin, deneyimli hekimlerin akademik bilgi düzeylerini korumaları açısından kritik öneme sahip olduğu söylenebilir (109, 110).

Çalışmamızda ayrıca, toplam bilgi puanı ile katılımcıların DEHB konusundaki öznel bilgi düzeyi değerlendirmeleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0,002$). Öznel olarak “çok iyi” veya “iyi” bilgi düzeyine sahip olduğunu belirten katılımcıların objektif bilgi puanlarının da yüksek olması, katılımcıların kendi bilgi düzeylerini büyük ölçüde doğru değerlendirebildiklerini göstermektedir. Ancak “orta” veya daha düşük düzeyde bilgiye sahip olduğunu düşünenlerin puanlarının oldukça düşük olması, bu grubun özellikle eğitim programlarında önceliklendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Tüm bu bulgular ışığında, birinci basamak sağlık çalışanlarının DEHB konusunda tanı, tedavi ve uzun dönem yönetim süreçlerinde daha etkin rol alabilmeleri için kapsamlı ve düzenli eğitim programlarına ihtiyaç vardır. Bu eğitimlerde özellikle DSM-5 tanı kriterleri, farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavi yöntemleri, ilaç güvenliği, ebeveyn danışmanlığı ve okul iş birliği konularına ağırlık verilmelidir. Ayrıca, yalnızca bilgi aktarımına dayalı değil, vaka temelli ve interaktif eğitim modelleriyle klinik karar verme becerilerinin geliştirilmesi, mevcut bilgi düzeyinin pratik uygulamaya yansıtılmasını kolaylaştırabilir.

Kısıtlılıklar

Bu çalışmanın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle, araştırma verileri yalnızca belirli bir coğrafi bölgede görev yapan sınırlı sayıda birinci basamak sağlık çalışanından toplanmıştır; bu nedenle bulguların tüm Türkiye’ye genellenmesi sınırlıdır. İkinci olarak, çalışma kesitsel tasarıma sahiptir ve katılımcıların bilgi, tutum ve farkındalık düzeyleri yalnızca anlık olarak değerlendirilmiştir; zaman içerisindeki değişim ve eğitim programlarının uzun vadeli etkileri ölçülememiştir. Üçüncü olarak, veri toplama anket temelli olduğu için katılımcıların yanıtları öz-bildirim esasına dayanmaktadır. Bu durum, özellikle bilgi düzeyini değerlendiren sorularda sosyal istenirlik yanlılığı veya katılımcıların kendi bilgi düzeylerini olduğundan yüksek/düşük algılama eğilimi gibi faktörlerden etkilenmiş olabilir.

Ayrıca, çalışmada DEHB ile ilgili bilgi düzeyi yalnızca doğru/yanlış formatındaki sorularla ölçülmüştür; klinik karar verme becerileri, vaka yönetimi yetkinlikleri ve pratik uygulama deneyimleri doğrudan değerlendirilmemiştir. Son olarak, çalışmaya katılanların mesleki deneyim, bireysel ilgi alanı veya önceki klinik karşılaşma sayıları gibi potansiyel etkileyici faktörler detaylı şekilde analiz edilmemiştir. Bu sınırlılıkların, ileride yapılacak daha geniş kapsamlı ve çok merkezli, prospektif çalışmalarla giderilmesi, DEHB konusunda birinci basamak sağlık çalışanlarının bilgi ve farkındalık düzeyinin daha kapsamlı biçimde ortaya konmasına katkı sağlayacaktır.



8. SONUÇ

Bu çalışma, birinci basamak sağlık çalışanlarının DEHB konusundaki bilgi düzeylerinin orta seviyede olduğunu ve özellikle tanı, klinik seyir ve tedavi alanlarında belirgin eksiklikler bulunduğunu ortaya koymuştur. Çekirdek belirtilere yönelik farkındalığın yüksek olması, erken tanı şüphesini kolaylaştırır da, bu farkındalık tanı koyma ve yönetim aşamalarına yeterince yansımamaktadır. Eğitim almış katılımcıların daha yüksek puanlara sahip olması, hedefe yönelik eğitimlerin bilgi düzeyini artırmada etkili olduğunu göstermektedir. Ancak katılımcıların yalnızca %40'ının bu konuda eğitim almış olması, hem mezuniyet öncesi hem de mezuniyet sonrası süreçlerde DEHB'ye yönelik eğitimlerin yetersiz kaldığını düşündürmektedir.

Hekimlerin yardımcı sağlık personeline kıyasla daha yüksek bilgi düzeyine sahip olması, tıp eğitiminin sağladığı teorik altyapı avantajına işaret ederken; hekimler arasında ünvan farklılığının etkili olmaması, bireysel ilgi, güncel eğitim ve klinik deneyimin bilgi düzeyinde daha belirleyici olduğunu göstermektedir. Yakın çevresinde DEHB tanısı bulunan katılımcıların daha yüksek puanlara sahip olması da kişisel deneyimlerin katkısını desteklemektedir. Öte yandan, profesyonel-ebeveyn rol farklılığı nedeniyle sağlık çalışanlarının kendi çocukları söz konusu olduğunda daha temkinli davrandıkları görülmektedir. Ayrıca, artan klinik deneyimle birlikte teorik bilgiye dayalı performansın azalması, sürekli mesleki gelişim ve güncelleme programlarının önemini vurgulamaktadır.

Tüm bulgular birlikte değerlendirildiğinde, birinci basamak sağlık çalışanlarının DEHB'nin tanı, tedavi ve uzun dönem yönetiminde daha etkin rol üstlenebilmeleri için düzenli, vaka temelli ve interaktif eğitim programlarına ihtiyaç olduğu söylenebilir. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı'nın OSB'de olduğu gibi DEHB için de rehberler oluşturması ve tarama programlarını hayata geçirmesi, insidansı giderek artan bu sendromla mücadelede önemli katkılar sağlayacaktır.

9. KAYNAKLAR

1. Pliszka S, Issues AWGoQ. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007;46(7):894-921.
2. Eyüp Sabri Ercan ÖB, İpek Perçinel Yazıcı, Meryem Özlem Kütük, Ümit Işık. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Güncel Yaklaşımlar ve Temel Kavramlar. 2 ed: Akademisyen Kitabevi; 2024. 1400 p.
3. Birliği AP. Psikiyatrik Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı (DSM IV-R). 4 ed: Hekimler Yayın Birliği; 2000.
4. Birliği AP. Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı (DSM V-TR). 4 ed: Hekimler Yayın Birliği; 2001.
5. Tamm L, Loren REA, Peugh J, Ciesielski HA. The Association of Executive Functioning With Academic, Behavior, and Social Performance Ratings in Children With ADHD. J Learn Disabil. 2021;54(2):124-38.
6. Marsus N, Lee SH, Saffari N, Motevalli S. Peer Relationship Difficulties among Children with Adhd: A Systematic Review. International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences. 2022;12.
7. Biederman J, Mick E, Faraone SV. Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. The American journal of psychiatry. 2000;157(5):816-8.
8. Margaret Weiss GW. "Attention deficit hyperactivity disorder". In: M. Lewis (Ed.) Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook. . 3 ed: Baltimore: Williams & Wilkins; 2002.
9. Curran S, Mill J, Tahir E, Kent L, Richards S, Gould A, et al. Association study of a dopamine transporter polymorphism and attention deficit hyperactivity disorder in UK and Turkish samples. Molecular psychiatry. 2001;6(4):425-8.
10. Mukaddes NM. Yaşam Boyu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Eşlik Eden Durumlar. 2 ed: Nobel Tıp Kitabevleri; 2020.
11. Cortese S, Barbui C. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): from randomised controlled trials to evidence-based clinical services. Epidemiology and psychiatric sciences. 2017;26(5):445-7.
12. De Crescenzo F, Cortese S, Adamo N, Janiri L. Pharmacological and non-pharmacological treatment of adults with ADHD: a meta-review. Evidence-based mental health. 2017;20(1):4-11.
13. Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. Pediatrics. 2015;135(4):e994-1001.
14. 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.
15. Willcutt EG. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. Neurotherapeutics : the journal of the American Society for Experimental NeuroTherapeutics. 2012;9(3):490-9.
16. Staller J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder in girls: epidemiology and management. CNS drugs. 2006;20(2):107-23.

17. 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. *European child & adolescent psychiatry*. 2004;13(6):354-61.
18. Gul N, Tiryaki A, Ebru S, Kultur E, Topbas M, Ak I. Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Comorbid Disruptive Behavior Disorders Among School Age Children in Trabzon. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*. 2010;20.
19. Ercan ES, Kandulu R, Uslu E, Ardic UA, Yazici KU, Basay BK, et al. Prevalence and diagnostic stability of ADHD and ODD in Turkish children: a 4-year longitudinal study. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2013;7(1):30.
20. Thapar A, Harrington R, McGuffin P. Examining the comorbidity of ADHD-related behaviours and conduct problems using a twin study design. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2001;179:224-9.
21. Schachar R. Genetics of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Recent Updates and Future Prospects. *Current Developmental Disorders Reports*. 2014;1(1):41-9.
22. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, et al. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*. 2005;57(11):1313-23.
23. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
24. Sprich S, Biederman J, Crawford MH, Mundy E, Faraone SV. Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39(11):1432-7.
25. Sharp SI, McQuillin A, Gurling HM. Genetics of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Neuropharmacology*. 2009;57(7-8):590-600.
26. Coghill D, Banaschewski T. The genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert review of neurotherapeutics*. 2009;9(10):1547-65.
27. Li Z, Chang SH, Zhang LY, Gao L, Wang J. Molecular genetic studies of ADHD and its candidate genes: a review. *Psychiatry research*. 2014;219(1):10-24.
28. Chen C, Burton M, Greenberger E, Dmitrieva J. Population Migration and the Variation of Dopamine D4 Receptor (DRD4) Allele Frequencies Around the Globe. *Evolution and Human Behavior*. 1999;20(5):309-24.
29. Pineau G, Villemonteix T, Slama H, Kavec M, Balériaux D, Metens T, et al. Dopamine transporter genotype modulates brain activity during a working memory task in children with ADHD. *Research in developmental disabilities*. 2019;92:103430.
30. Posner J, Polanczyk GV, Sonuga-Barke E. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet (London, England)*. 2020;395(10222):450-62.
31. Castellanos FX, Sonuga-Barke EJ, Milham MP, Tannock R. Characterizing cognition in ADHD: beyond executive dysfunction. *Trends in cognitive sciences*. 2006;10(3):117-23.
32. Mur M, Portella MJ, Martínez-Arán A, Pifarré J, Vieta E. Persistent neuropsychological deficit in euthymic bipolar patients: executive function as a core deficit. *The Journal of clinical psychiatry*. 2007;68(7):1078-86.
33. Sonuga-Barke E, Bitsakou P, Thompson M. Beyond the dual pathway model: evidence for the dissociation of timing, inhibitory, and delay-related impairments in attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49(4):345-55.
34. Greven CU, Bralten J, Mennes M, O'Dwyer L, van Hulzen KJ, Rommelse N, et al. Developmentally stable whole-brain volume reductions and developmentally sensitive caudate and putamen volume alterations in those with attention-deficit/hyperactivity disorder and their unaffected siblings. *JAMA psychiatry*. 2015;72(5):490-9.

35. Frodl T, Skokauskas N. Meta-analysis of structural MRI studies in children and adults with attention deficit hyperactivity disorder indicates treatment effects. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2012;125(2):114-26.
36. Shaw P, Gilliam M, Liverpool M, Weddle C, Malek M, Sharp W, et al. Cortical development in typically developing children with symptoms of hyperactivity and impulsivity: support for a dimensional view of attention deficit hyperactivity disorder. *The American journal of psychiatry*. 2011;168(2):143-51.
37. Fair DA, Posner J, Nagel BJ, Bathula D, Dias TG, Mills KL, et al. Atypical default network connectivity in youth with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*. 2010;68(12):1084-91.
38. Majarwitz DJ, Perumareddi P. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Across the Spectrum: From Childhood to Adulthood. *Primary care*. 2023;50(1):21-36.
39. Thapar A, Cooper M. Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet (London, England)*. 2016;387(10024):1240-50.
40. Liew Z, Ritz B, Rebordosa C, Lee PC, Olsen J. Acetaminophen use during pregnancy, behavioral problems, and hyperkinetic disorders. *JAMA pediatrics*. 2014;168(4):313-20.
41. Millichap JG. Etiologic classification of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2008;121(2):e358-65.
42. Thapar A, Cooper M, Eyre O, Langley K. What have we learnt about the causes of ADHD? *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2013;54(1):3-16.
43. Harold GT, Leve LD, Barrett D, Elam K, Neiderhiser JM, Natsuaki MN, et al. Biological and rearing mother influences on child ADHD symptoms: revisiting the developmental interface between nature and nurture. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2013;54(10):1038-46.
44. Vahia VN. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5: A quick glance. *Indian journal of psychiatry*. 2013;55(3):220-3.
45. Lahey BB, Pelham WE, Loney J, Lee SS, Willcutt E. Instability of the DSM-IV Subtypes of ADHD from preschool through elementary school. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(8):896-902.
46. Reed GM, First MB, Kogan CS, Hyman SE, Gureje O, Gaebel W, et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*. 2019;18(1):3-19.
47. Rey JM, Omigbodun OO. International dissemination of evidence-based practice, open access and the IACAPAP textbook of child and adolescent mental health. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2015;9:51.
48. Ghuman JK, Ghuman HS. Pharmacologic intervention for attention-deficit hyperactivity disorder in preschoolers : is it justified? *Paediatric drugs*. 2013;15(1):1-8.
49. Murray DW. Treatment of preschoolers with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Current psychiatry reports*. 2010;12(5):374-81.
50. Dietzel JC-KLC. Late, Lost and Unprepared: A Parent's Guide to Helping Children with Executive Functioning: Woodbine House; 2008.
51. Spencer TJ, Biederman J, Mick E. Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *Ambulatory pediatrics : the official journal of the Ambulatory Pediatric Association*. 2007;7(1 Suppl):73-81.
52. Harpin VA. The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Archives of disease in childhood*. 2005;90 Suppl 1(Suppl 1):i2-7.
53. Rokeach A, Wiener J. The Romantic Relationships of Adolescents With ADHD. *Journal of attention disorders*. 2018;22(1):35-45.

54. Tan S, Nor N, Fong L, Wahab S, Marimuthu S, Chan LF. IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health. 2012. p. 1-16.
55. Türk Silahlı Kuvvetleri, Jandarma Genel Komutanlığı ve Sahil Güvenlik Komutanlığı Sağlık Yeteneği Yönetmeliği. Resmi Gazete 2024. p. 8.
56. Barkley RA. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. 4 ed: The Guilford Press; 2015.
57. Pliszka SR. Conceptual issues in understanding comorbidity in ADHD. In: Adler LA, Spencer TJ, Wilens TE, editors. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Adults and Children. Cambridge: Cambridge University Press; 2015. p. 63-71.
58. Jensen CM, Steinhausen HC. Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study. *Attention deficit and hyperactivity disorders*. 2015;7(1):27-38.
59. Ben Amor L, Sikirica V, Cloutier M, Lachaine J, Guerin A, Carter V, et al. Combination and switching of stimulants in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder in quebec. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry = Journal de l'Academie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. 2014;23(3):157-66.
60. Feldman ME, Charach A, Bélanger SA. ADHD in children and youth: Part 2-Treatment. *Paediatrics & child health*. 2018;23(7):462-72.
61. Demontis D, Walters RK, Martin J, Mattheisen M, Als TD, Agerbo E, et al. Discovery of the first genome-wide significant risk loci for attention deficit/hyperactivity disorder. *Nature genetics*. 2019;51(1):63-75.
62. Cortese S, Adamo N, Del Giovane C, Mohr-Jensen C, Hayes AJ, Carucci S, et al. Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2018;5(9):727-38.
63. Ching C, Eslick GD, Poulton AS. Evaluation of Methylphenidate Safety and Maximum-Dose Titration Rationale in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-analysis. *JAMA pediatrics*. 2019;173(7):630-9.
64. Swanson JM, Arnold LE, Molina BSG, Sibley MH, Hechtman LT, Hinshaw SP, et al. Young adult outcomes in the follow-up of the multimodal treatment study of attention-deficit/hyperactivity disorder: symptom persistence, source discrepancy, and height suppression. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2017;58(6):663-78.
65. Harstad EB, Weaver AL, Katusic SK, Colligan RC, Kumar S, Chan E, et al. ADHD, stimulant treatment, and growth: a longitudinal study. *Pediatrics*. 2014;134(4):e935-44.
66. Holmskov M, Storebø OJ, Moreira-Maia CR, Ramstad E, Magnusson FL, Krogh HB, et al. Gastrointestinal adverse events during methylphenidate treatment of children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: A systematic review with meta-analysis and Trial Sequential Analysis of randomised clinical trials. *PloS one*. 2017;12(6):e0178187.
67. Hennissen L, Bakker MJ, Banaschewski T, Carucci S, Coghill D, Danckaerts M, et al. Cardiovascular Effects of Stimulant and Non-Stimulant Medication for Children and Adolescents with ADHD: A Systematic Review and Meta-Analysis of Trials of Methylphenidate, Amphetamines and Atomoxetine. *CNS drugs*. 2017;31(3):199-215.
68. Warren AE, Hamilton RM, Bélanger SA, Gray C, Gow RM, Sanatani S, et al. Cardiac risk assessment before the use of stimulant medications in children and youth: A joint position statement by the Canadian Paediatric Society, the Canadian Cardiovascular Society, and the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *The Canadian journal of cardiology*. 2009;25(11):625-30.

69. Biederman J, Fried R, DiSalvo M, Storch B, Pulli A, Woodworth KY, et al. Evidence of Low Adherence to Stimulant Medication Among Children and Youths With ADHD: An Electronic Health Records Study. *Psychiatric services (Washington, DC)*. 2019;70(10):874-80.
70. Molina BSG, Howard AL, Swanson JM, Stehli A, Mitchell JT, Kennedy TM, et al. Substance use through adolescence into early adulthood after childhood-diagnosed ADHD: findings from the MTA longitudinal study. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2018;59(6):692-702.
71. Molina BS, Hinshaw SP, Eugene Arnold L, Swanson JM, Pelham WE, Hechtman L, et al. Adolescent substance use in the multimodal treatment study of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) (MTA) as a function of childhood ADHD, random assignment to childhood treatments, and subsequent medication. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52(3):250-63.
72. Zaso MJ, Park A, Antshel KM. Treatments for Adolescents With Comorbid ADHD and Substance Use Disorder: A Systematic Review. *Journal of attention disorders*. 2020;24(9):1215-26.
73. JM Rey's IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health: Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2019.
74. Osland ST, Steeves TD, Pringsheim T. Pharmacological treatment for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children with comorbid tic disorders. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2018;6(6):Cd007990.
75. Cortese S, Holtmann M, Banaschewski T, Buitelaar J, Coghill D, Danckaerts M, et al. Practitioner review: current best practice in the management of adverse events during treatment with ADHD medications in children and adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2013;54(3):227-46.
76. Hvolby A. Associations of sleep disturbance with ADHD: implications for treatment. *Attention deficit and hyperactivity disorders*. 2015;7(1):1-18.
77. Cortese S, Brown TE, Corkum P, Gruber R, O'Brien LM, Stein M, et al. Assessment and management of sleep problems in youths with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52(8):784-96.
78. Spruyt K, Gozal D. Sleep disturbances in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert review of neurotherapeutics*. 2011;11(4):565-77.
79. Kratochvil CJ, Lake M, Pliszka SR, Walkup JT. Pharmacological management of treatment-induced insomnia in ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44(5):499-501.
80. Pelham WE, Gnagy EM, Burrows-Maclean L, Williams A, Fabiano GA, Morrisey SM, et al. Once-a-day Concerta methylphenidate versus three-times-daily methylphenidate in laboratory and natural settings. *Pediatrics*. 2001;107(6):E105.
81. Mirzahosseini HK, Sanani, M. G. P., & Azad, Y. M. Evaluation of the Effects of Atomoxetine on Human Organs: A Systematic Review. *Journal of Pharmaceutical Research International*. 2019;31(3):1–8.
82. Wietecha LA, Ruff DD, Allen AJ, Greenhill LL, Newcorn JH. Atomoxetine tolerability in pediatric and adult patients receiving different dosing strategies. *The Journal of clinical psychiatry*. 2013;74(12):1217-23.
83. Capuano A, Scavone C, Rafaniello C, Arcieri R, Rossi F, Panei P. Atomoxetine in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder and suicidal ideation. *Expert opinion on drug safety*. 2014;13 Suppl 1:S69-78.
84. Briars L, Todd T. A Review of Pharmacological Management of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *The journal of pediatric pharmacology and therapeutics : JPPT : the official journal of PPAG*. 2016;21(3):192-206.

85. Treuer T, Gau SS, Méndez L, Montgomery W, Monk JA, Altin M, et al. A systematic review of combination therapy with stimulants and atomoxetine for attention-deficit/hyperactivity disorder, including patient characteristics, treatment strategies, effectiveness, and tolerability. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*. 2013;23(3):179-93.
86. Verbeeck W, Bekkering GE, Van den Noortgate W, Kramers C. Bupropion for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2017;10(10):Cd009504.
87. Arnsten AF. The use of α -2A adrenergic agonists for the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert review of neurotherapeutics*. 2010;10(10):1595-605.
88. Kumar R. Approved and investigational uses of modafinil : an evidence-based review. *Drugs*. 2008;68(13):1803-39.
89. Ibrahim K, Donyai P. Drug Holidays From ADHD Medication: International Experience Over the Past Four Decades. *Journal of attention disorders*. 2015;19(7):551-68.
90. Brinkman WB, Simon JO, Epstein JN. Reasons Why Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Stop and Restart Taking Medicine. *Academic pediatrics*. 2018;18(3):273-80.
91. Graham J, Banaschewski T, Buitelaar J, Coghill D, Danckaerts M, Dittmann RW, et al. European guidelines on managing adverse effects of medication for ADHD. *European child & adolescent psychiatry*. 2011;20(1):17-37.
92. Ercan ES, Ardic UA, Kutlu A, Durak S. No beneficial effects of adding parent training to methylphenidate treatment for ADHD + ODD/CD children: a 1-year prospective follow-up study. *Journal of attention disorders*. 2014;18(2):145-57.
93. Christiansen L, Beck MM, Bilenberg N, Wienecke J, Astrup A, Lundbye-Jensen J. Effects of Exercise on Cognitive Performance in Children and Adolescents with ADHD: Potential Mechanisms and Evidence-based Recommendations. *Journal of clinical medicine*. 2019;8(6).
94. Rommel AS, Lichtenstein P, Rydell M, Kuja-Halkola R, Asherson P, Kuntsi J, et al. Is Physical Activity Causally Associated With Symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015;54(7):565-70.
95. Caye A, Swanson JM, Coghill D, Rohde LA. Treatment strategies for ADHD: an evidence-based guide to select optimal treatment. *Molecular psychiatry*. 2019;24(3):390-408.
96. Dentz A, Soelch CM, Fahim C, Torsello A, Parent V, Ponsioen A, et al. Non-pharmacological treatment of Attention Deficit Disorder with or without Hyperactivity (ADHD). Overview and report of the first international symposium on the non-pharmacological management of ADHD. *L'Encephale*. 2024;50(3):309-28.
97. Parent Training in Behavior Management for ADHD [Internet]. CDC. 2024.
98. ULUSAL RUH SAĞLIĞI EYLEM PLANI. T.C. Sağlık Bakanlığı; 2020-2023. p. 60.
99. Nigg JT. Annual Research Review: On the relations among self-regulation, self-control, executive functioning, effortful control, cognitive control, impulsivity, risk-taking, and inhibition for developmental psychopathology. *Journal of child psychology and psychiatry*. 2017;58(4):361-83.
100. The AMA Code of Medical Ethics' opinion on physicians treating family members. *The virtual mentor : VM*. 2012;14(5):396-7.
101. Mueller AK, Fuermaier AB, Koerts J, Tucha L. Stigma in attention deficit hyperactivity disorder. *Attention deficit and hyperactivity disorders*. 2012;4(3):101-14.
102. Sonuga-Barke EJS, Barton J, Daley D, Hutchings J, Maishman T, Raftery J, et al. A comparison of the clinical effectiveness and cost of specialised individually delivered parent training for preschool attention-deficit/hyperactivity disorder and a generic, group-based programme: a multi-centre,

randomised controlled trial of the New Forest Parenting Programme versus Incredible Years. *European child & adolescent psychiatry*. 2018;27(6):797-809.

103. Norman GR, Eva KW. Diagnostic error and clinical reasoning. *Medical education*. 2010;44(1):94-100.

104. Yardley S, Teunissen PW, Dornan T. Experiential learning: AMEE Guide No. 63. *Medical teacher*. 2012;34(2):e102-15.

105. Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N. Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ (Clinical research ed)*. 2014;348:g3725.

106. Gabbay J, le May A. Evidence based guidelines or collectively constructed "mindlines?" *Ethnographic study of knowledge management in primary care. BMJ (Clinical research ed)*. 2004;329(7473):1013.

107. O'Brien BC, Poncelet AN. Transition to clerkship courses: preparing students to enter the workplace. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*. 2010;85(12):1862-9.

108. Houghton CE. 'Newcomer adaptation': a lens through which to understand how nursing students fit in with the real world of practice. *Journal of clinical nursing*. 2014;23(15-16):2367-75.

109. Sargeant J, Wong BM, Campbell CM. CPD of the future: a partnership between quality improvement and competency-based education. *Medical education*. 2018;52(1):125-35.

110. Spencer J. Learning and teaching in the clinical environment. *BMJ (Clinical research ed)*. 2003;326(7389):591-4.

10. EKLER

Ek 1. Anket Formu

1. Yaşınız?
2. Cinsiyetiniz? Erkek () Kadın ()
3. Göreviniz? Hekim () Yardımcı sağlık personeli ()
4. Hekimseniz ünvanınız? Aile hekimi uzmanı () Pratisyen hekim () Aile hekimi asistanı ()
5. Medeni durumunuz? Evli () Bekar () Dul ()
6. Meslekte kaçınıcı yılınız?
7. Aile hekimliğinde kaçınıcı yılınız?
8. Günde bakılan ortalama çocuk sayısı?
9. Günde bakılan toplam hasta sayısı?
10. Muayene sırasında bir bireye ayırdığınız ortalama süre?
11. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ile ilgili bilgi düzeyiniz sizce nasıl?
Çok iyi () İyi () Orta () Kötü () Çok kötü ()
12. Daha önce DEHB hakkında eğitim aldınız mı? Evet () Hayır ()
13. Eğitim aldıysanız nerede aldınız?
Üniversitede temel eğitim () Rotasyon () Hizmet içi eğitim () Kongre, konferans veya seminer ()
14. Yakın çevrenizde DEHB tanısı almış kişi var mı? Evet () Hayır ()
15. Kötü ebeveynlik uygulamaları ve otorite eksikliği-tutarsızlığı DEHB'nin temel nedenidir.
Evet () Hayır () Fikrim yok ()
16. DEHB'li çocuklar; sınavlarda, görevlerde basit hatalar yapar, iyi başlayıp kötü bitirirler.
Evet () Hayır () Fikrim yok ()
17. DEHB'li çocuklar doğrudan kendisine hitap edildiğinde çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünürler.
Evet () Hayır () Fikrim yok ()
18. DEHB'li çocuklar sık sık rahatsız edici şekilde başkalarının sözünü keser, araya girer, sıra beklemekten hoşlanmazlar.
Evet () Hayır () Fikrim yok ()
19. DEHB'li çocuklar amaçsız yere koşturur, oturması beklenen durumlarda yerinde duramazlar.

Evet () Hayır () Fikrim yok ()

20. DEHB tanısı koymak için dikkatsizlik ve hiperaktivite küme semptomlarının bir arada bulunması gerekir.

Evet () Hayır () Fikrim yok ()

21. Saatlerce lego oynamak, puzzle, resim gibi hoşlandığı aktivitelerde bulunabilmek DEHB tanısını dışlar.

Evet () Hayır () Fikrim yok ()

22. Semptomların bir ortamda (ev, okul, iş gibi) gözlenmesi DEHB tanısı için yeterlidir.

Evet () Hayır () Fikrim yok ()

23. DEHB'li bireylerde beklenen yaşam süresi daha kısadır.

Evet () Hayır () Fikrim yok ()

24. DEHB'li bireyler kamusal alanda bazı meslek gruplarında kesinlikle görev (asker, polis) alamazlar.

Evet () Hayır () Fikrim yok ()

25. DEHB nadiren erişkinlik döneminde de devam eder.

Evet () Hayır () Fikrim yok ()

26. DEHB'li çocukların erişkinlik dönemlerinde; iş değiştirme ve evlilik sorunları daha sık görülür.

Evet () Hayır () Fikrim yok ()

27. DEHB'li çocukların ergenlik çağında alkol, madde ve kumar bağımlılığı riski daha yüksektir.

Evet () Hayır () Fikrim yok ()

28. Dikkat sorunları ve/veya aşırı hareketlilik sorunları olan bir ilkokul/ortaokul çocuğu tarafınıza başvurursa ne yaparsınız?

() Çocuk psikiyatrisine başvurmalarını söylerim

() İlkokul/ortaokul çocuklarında bu sorunların olmasının doğal olduğunu söyler, beklemlerini öneririm

() Farklı bir branşa yönlendiririm

29. DEHB'nin en etkin tedavisi nedir? (Yalnızca bir şıkkı işaretleyiniz)

() Bilişsel davranışçı terapiler

() Metilfenidat/atomoksetin tedavisi Spor sanat aktiviteleri

() Aile eğitimi

30. DEHB tanısı konmuş bir çocuk metilfenidat (Concerta/Medikinet/Ritalin) kullandığını söylerse (veya bir tanıdığınız sizden tavsiye isterse) ne önerirsiniz?

() Çocuk psikiyatrisi hekiminin önerdiği şekilde kullanması gerektiğini ifade ederim.

() Bu ilaçların zararlı olduğunu/bağımlılık yapabileceğini söyler ve kesmesi gerektiğini ifade ederim.

() Fikir belirtmem.

31. Çocuğunuza (ya da ileride çocuğunuz olursa) bir çocuk psikiyatri hekimi tarafından DEHB tanısı ile metilfenidat reçete edilse yaklaşımınız ne olur?

() İkinci bir görüş alırım Tedaviye başlarım

() Tedaviye başlarım ancak yan etkiler nedeni ile kaygılanırım Kullanmam

32. Medikal tedavi çocuğun uykusunu getirir, yavaşlatır. Evet () Hayır () Fikrim yok ()

33. Metilfenidat bağımlılık yapar mı?

Kesinlikle Katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle Katılmıyorum ()

34. Metilfenidat keyif verici madde olarak kullanılabilir mi?

Kesinlikle Katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle Katılmıyorum ()

35. DEHB’li çocuklarda metilfenidat kullanımı madde bağımlılığı riskini artırır mı?

Kesinlikle Katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle Katılmıyorum ()

36. Birçok çocuğa DEHB olmadığı halde hekimler tarafından DEHB tanısı konmaktadır?

Kesinlikle Katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle Katılmıyorum ()

37. Birçok çocuğa gereksiz yere metilfenidat reçete edilmektedir?

Kesinlikle Katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle Katılmıyorum ()