



T.C.  
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU  
TANILI ÇOCUKLARDA FARMAKOLOJİK VE  
ALTERNATİF/TAMAMLAYICI TEDAVİ YAKLAŞIMI  
HAKKINDA EBEVEYNLERİN BİLGİ DÜZEYİ VE  
TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Ümran TURAN  
ORCID ID: 0009-0001-5762-504X  
UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN  
Prof. Dr. Esra Meltem KOÇ

İZMİR-2025



**T.C.**  
**İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU**  
**TANILI ÇOCUKLARDA FARMAKOLOJİK VE**  
**ALTERNATİF/TAMAMLAYICI TEDAVİ YAKLAŞIMI**  
**HAKKINDA EBEVEYNLERİN BİLGİ DÜZEYİ VE**  
**TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Ümran TURAN**  
**ORCID ID: 0009-0001-5762-504X**  
**UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN**  
**Prof. Dr. Esra Meltem KOÇ**

**İZMİR-2025**

## KABUL VE ONAY SAYFASI

Tıp Fakóltesi;

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakóltesi Anabilim Dalı Uzmanlık Programı tarafından yürütölmüş olan “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Çocuklarda Farmakolojik ve Alternatif/Tamamlayıcı Tedavi Yaklaşımı Hakkında Ebeveynlerin Bilgi Düzeyi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi” başlıklı bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 07/08/2025

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Esra Meltem KOÇ

ORCID ID: 0000-0003-3620-1261

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

Üye : Prof. Dr. Kurtuluş ÖNGEL

ORCID ID: 0000-0002-8846-2810

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

Üye : Doç. Dr. Berna ERDOĞMUŞ MERGEN

ORCID ID: 0000-0002-5691-1589

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

ONAY: Bu Uzmanlık tezi, Eğitim Planlama Kurulu’nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görölmüş ve kabul edilmiştir.

(İMZA)

Prof. Dr. Tuğrul BULUT

Dekan

## İÇİNDEKİLER

|                                                        |      |
|--------------------------------------------------------|------|
| KABUL VE ONAY SAYFASI .....                            | iv   |
| YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....        | iii  |
| ETİK BEYAN .....                                       | iv   |
| TEŞEKKÜR.....                                          | v    |
| ÖZET.....                                              | v    |
| ABSTRACT.....                                          | viii |
| SİMGELER VE KISALTMALAR.....                           | x    |
| TABLolar .....                                         | xi   |
| 1. GİRİŞ.....                                          | 1    |
| 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi .....                   | 1    |
| 1.2. Araştırmanın Amacı .....                          | 3    |
| 1.3. Araştırmanın Hipotezleri .....                    | 3    |
| 1.4. Araştırmanın Önemi ve Yaygın Etkisi .....         | 3    |
| 2. GENEL BİLGİLER.....                                 | 5    |
| 2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ..... | 5    |
| 2.1.1.Epidemiyoloji .....                              | 7    |
| 2.1.2.Etiyoloji .....                                  | 8    |
| 2.2. DEHB Tanı Kriterleri.....                         | 13   |
| 2.3. DEHB’de Tedavi Yaklaşımları .....                 | 15   |
| 2.3.1.Farmakolojik Tedavi .....                        | 17   |
| 2.3.2.Alternatif ve Tamamlayıcı Tedavi.....            | 19   |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM .....                               | 22   |
| 3.1. Araştırmanın Türü .....                           | 22   |
| 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....          | 22   |
| 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....            | 22   |
| 3.4. Araştırmanın Değişkenleri .....                   | 23   |
| 3.5. Veri Toplama Araçları .....                       | 23   |
| 3.6. İstatistiksel Analiz .....                        | 24   |
| 3.7. Araştırma Takvimi .....                           | 24   |
| 3.8. Etik İzinler.....                                 | 25   |
| 4. BULGULAR .....                                      | 26   |
| 4.1. Aile ve Ebeveyn Demografisi .....                 | 26   |
| 4.2. Çocuğa Ait Klinik ve Demografik Bilgiler .....    | 27   |

|                                                                                                            |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 4.3. DEHB Tedavi İle İlgili Bulgular .....                                                                 | 28 |
| 4.3.1.DEHB Tedavisinde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları İle İlgili Bulgular.....                 | 32 |
| 4.3.2.DEHB Tedavisinde Doktora Başvuru İle İlgili Bulgular .....                                           | 39 |
| 4.3.3.DEHB Tedavisinde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarından Fayda Görme İle İlgili Bulgular..... | 43 |
| 4.3.4.DEHB Tedavisinde Öncelikli Tedavi Tercihi İle İlgili Bulgular .....                                  | 47 |
| 4.3.5.DEHB Tedavisinde İlaç Önerisi İle İlgili Bulgular .....                                              | 53 |
| 4. TARTIŞMA.....                                                                                           | 58 |
| 5. SONUÇ VE ÖNERİLER .....                                                                                 | 67 |
| 6. KAYNAKLAR.....                                                                                          | 77 |
| EKLER.....                                                                                                 | 89 |
| Ek 1: Anket Formu .....                                                                                    | 89 |
| Ek 2: Etik Kurul İzni Karar Formu.....                                                                     | 92 |
| EK 3: Benzerlik Durum Raporu (İntihal Raporu) .....                                                        | 93 |
| ÖZGEÇMİŞ .....                                                                                             | 94 |

## TEŞEKKÜR

Başta bugün sahip olduğum kişisel değerler ve mesleki konuma ulaşmamda her koşul ve zamanda desteğini hissettiren aileme,

Beni daima başarabileceğime inandıran, umutsuzluğa düştüğüm her an beni sevgiyle destekleyen, en yakın arkadaşım olan sevgili nişanlım Furkan Talha Akpınar'a,

Akademik bilgi ve birikimleriyle her zaman yanımda olan, yolumu açan tez danışman hocalarım Sayın Prof. Dr. Esra Meltem Koç ve Doç. Dr. Gonca Engin Özyurt'a,

Aile hekimiği asistanlığı süresince bilgi ve mesleki deneyimleriyle yolumu ıslıklandıran değerli hocalarım Prof. Dr. Kurtuluş Öngel, Doç. Dr. Gülseren Pamuk, Prof. Dr. Hüseyin Can, Doç. Dr. Berna Erdoğan Mergen ve Dr. Öğr. Üyesi Serap Öksüz'e;

Tez sürecinde istatistiksel analizler konusunda yardımları için Dr. İlgin Tımarcı'ya,

Aile hekimliği asistanlık sürecinde tanıştığım ve bu yolculukta bana eşlik eden, desteklerini her an hissettiren değerli arkadaşlarıma teşekkür ederim.

## ÖZET

# DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANILI ÇOCUKLARDA FARMAKOLOJİK VE ALTERNATİF/TAMAMLAYICI TEDAVİ YAKLAŞIMI HAKKINDA EBEVEYNLERİN BİLGİ DÜZEYİ VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Ümran TURAN

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Dahı Uzmanlık

Tezi, İzmir, Türkiye, 2025

**Amaç:** Bu araştırmada, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı almış çocukların ebeveynlerinin farmakolojik ve geleneksel/tamamlayıcı (GETAT) tedavi yöntemlerine ilişkin bilgi düzeyleri ve bu yöntemlere yönelik tutumları incelenmiştir. Çalışmanın temel amacı, ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerinin (çocuk sayısı, gelir durumu, medeni durum, anne-baba eğitim düzeyi ve psikiyatrik öyküsü) çocuklarının DEHB tedavisi alma durumu ve GETAT yaklaşımlarına yönelimleri üzerindeki etkilerini değerlendirmektir. Ayrıca, ailelerin sağlık hizmetine başvuru davranışları, tedavi tercihlerinde hangi etkenlerin öne çıktığı ve GETAT'tan fayda algıları da analiz edilmiştir.

**Yöntem:** Çalışma, DEHB tanısı almış çocukların ebeveynleriyle yürütölmüş, tanımlayıcı ve karşılaştırmalı ilişkisel tarama modeli kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Katılımcılardan demografik bilgi formu, tedavi geçmişı, GETAT bilgi ve kullanım durumu, tedaviye yönelik tutumları ölçen yapılandırılmış anketler aracılığıyla veri toplanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 26.0 programı kullanılarak analiz edilmiş; ki-kare testi ile değişkenler arasındaki ilişkiler değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Araştırmada anne eğitim düzeyi ve ailedeki çocuk sayısı ile GETAT (geleneksel ve tamamlayıcı tıp) uygulamalarına ilişkin bilgi ve kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Lisans mezunu anneler ve iki çocuklu ailelerde GETAT farkındalığı ve uygulaması en yüksek düzeydedir. Baba psikiyatrik öyküsü, çocuğun cinsiyeti ve eğitim düzeyi ise çocukların DEHB nedeniyle doktora başvurma davranışında belirleyici olmuştur. Özellikle erkek çocuklar ve ortaokul-lise düzeyindekilerde başvuru sıklığı daha yüksektir. Tedavi tercihi açısından, baba eğitim düzeyi ve çocuğun eğitim düzeyi ile anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Babanın eğitim düzeyi arttıkça sadece ilaç tedavisi tercih sıklığı artmış, ilköğretim çağında ise kombine veya alternatif tedavilere yönelim daha yaygındır.

**Sonuçlar:** DEHB tedavisinde ailelerin GETAT’a yönelimi, büyük ölçüde annenin eğitim düzeyi ve çocuk sayısına bağlıdır. Doktora başvuru davranışı ise özellikle baba psikiyatrik öyküsü, çocuğun cinsiyeti ve eğitim düzeyi ile anlamlı ilişkilidir. Bu bulgular, tedavi planlamasında aile yapısına ve eğitsel faktörlere dayalı bireyselleştirilmiş yaklaşımların önemini vurgulamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Ebeveynler, Alternatif Tedaviler, Tamamlayıcı Tedaviler, Farmakolojik Tedavi, Non-farmakolojik Tedavi, Sağlık Hizmetlerine Erişilebilirlik



## ABSTRACT

# EVALUATION OF PARENTAL KNOWLEDGE AND ATTITUDES REGARDING PHARMACOLOGICAL AND COMPLEMENTARY/ALTERNATIVE TREATMENT APPROACHES IN CHILDREN DIAGNOSED WITH ATTENTION- DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER

Ümran TURAN

Izmir Kâtip Çelebi University Faculty of Medicine, Department of Family  
Medicine, Specialty Thesis, Izmir, Türkiye, 2025

**Aim:** This study aimed to assess the knowledge levels and attitudes of parents of children diagnosed with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) regarding pharmacological and traditional/complementary and alternative medicine (CAM) treatment methods. The primary objective was to evaluate the impact of parental sociodemographic characteristics (number of children, income level, marital status, parental education level, and psychiatric history) on the likelihood of their children receiving ADHD treatment and the parents' orientation toward CAM approaches. Additionally, the study analyzed families' health-seeking behaviors, influential factors in treatment preferences, and perceived benefits of CAM therapies.

**Methods:** This descriptive and comparative-relational study was conducted with parents of children diagnosed with ADHD. Data were collected through structured questionnaires that included demographic information, treatment history, CAM knowledge and usage, and attitudes toward treatment. The data were analyzed using SPSS version 26.0, and associations between variables were evaluated using the chi-square test.

**Results:** A statistically significant relationship was found between maternal education level and the number of children in the family with parental knowledge and use of CAM practices. CAM awareness and application were highest among university-educated mothers and families with two children. The father's psychiatric history, the child's gender, and educational level significantly influenced help-seeking behavior for ADHD. Notably, boys and children at the middle or high school level had higher consultation rates. Regarding treatment preference, significant associations were found with the father's education level and the child's educational stage. A higher paternal education level was associated with a preference for pharmacological

treatment only, whereas combined or alternative treatments were more commonly preferred for primary school-aged children.

**Conclusion:** Parental inclination toward CAM in ADHD treatment is largely influenced by the mother's educational background and the number of children in the family. Help-seeking behavior is significantly associated with the father's psychiatric history, and the child's gender and educational level. These findings underscore the importance of individualized treatment planning based on family structure and educational factors.

**Keywords:** Attention Deficit Disorder with Hyperactivity, Parents, Alternative Treatments, Complementary Therapies, Pharmacological Treatment, Non-pharmacological Treatment, Health Services Accessibility



## SİMGELER VE KISALTMALAR

| Kısaltma/Sembol                      | Açılımı / Anlamı                                                                                                                  |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ATT</b>                           | Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp                                                                                                     |
| <b>BDT</b>                           | Bilişsel Davranışçı Terapi                                                                                                        |
| <b>DSM-5</b>                         | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 5. Baskı) |
| <b>DAT1</b>                          | Dopamin Taşıyıcı Gen 1                                                                                                            |
| <b>DRD4</b>                          | Dopamin D4 Reseptör Geni                                                                                                          |
| <b>DRD5</b>                          | Dopamin D5 Reseptör Geni                                                                                                          |
| <b>DAT</b>                           | Dopamin Taşıyıcı Gen (genel olarak)                                                                                               |
| <b>DEHB</b>                          | Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu<br>Dikkat Eksikliğinin Ön Planda Olduğu Tip (Dikkat Eksikliği)                        |
| <b>DEHB-DE</b>                       | Hiperaktivite Bozukluğu - Dikkat Eksikliği Tipi)<br>Hiperaktivite ve Dürtüselliğin Baskın Olduğu Tip (DEHB -                      |
| <b>DEHB-HI</b>                       | Hiperaktivite/Dürtüsellik Tipi)<br>Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite/Dürtüsellik Semptomlarının                                   |
| <b>DEHB-Bil</b>                      | Birlikte Olduğu Bileşik Tip (DEHB - Kombine Tip)                                                                                  |
| <b>GETAT</b>                         | Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp                                                                                                     |
| <b>GWAS</b>                          | Genom Çapında İlişkilendirme Çalışmaları (Genome-Wide Association Studies)                                                        |
| <b>KOKGB</b>                         | Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu                                                                                                 |
| <b>EEG</b>                           | Elektroensefalografi (beyin elektriksel aktivitesinin ölçümü)                                                                     |
| <b>EPA</b>                           | Eikosapentaenoik Asit (ağırlıklı formülasyonlarda kullanılan omega-3 yağ asidi)                                                   |
| <b>5-HT1B</b>                        | Serotonin 1B Reseptör Geni                                                                                                        |
| <b>5-HT2A</b>                        | Serotonin 2A Reseptör Geni                                                                                                        |
| <b><math>\chi^2</math> (Ki-kare)</b> | Ki-kare testi                                                                                                                     |
| <b>P</b>                             | Anlamlılık                                                                                                                        |
| <b>N</b>                             | Örneklem sayısı                                                                                                                   |
| <b>SD</b>                            | Standart sapma                                                                                                                    |
| <b>%</b>                             | Yüzde oranı                                                                                                                       |

## TABLÖLAR

|                                                                                                      |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tablo 1. DEHB Tedavi Yöntemleri .....                                                                | 16 |
| Tablo 2. Aile ve Ebeveyn Demografisi ile İlgili Bulgular .....                                       | 26 |
| Tablo 3. Annede Psikiyatrik Rahatsızlık ile İlgili Bulgular .....                                    | 27 |
| Tablo 4. Çocuğa Yönelik Demografik ve Tedavi ile İlgili Bulgular .....                               | 27 |
| Tablo 5. Çocuk Sayısı ve DEHB Tedavisi Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular .....                   | 28 |
| Tablo 6. Gelir Durumu ve DEHB Tedavisi Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular .....                   | 28 |
| Tablo 7. Medeni Durum ve DEHB Tedavisi Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular .....                   | 29 |
| Tablo 8. Anne Eğitim Durumu ve DEHB Tedavisi Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular .....             | 29 |
| Tablo 9. Baba Eğitim Durumu ve DEHB Tedavisi Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular .....             | 29 |
| Tablo 10. Anne Psikiyatrik Öyküsü ve DEHB Tedavisi Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular .....       | 30 |
| Tablo 11. Baba Psikiyatrik Öyküsü ve DEHB Tedavisi Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular .....       | 30 |
| Tablo 12. Cinsiyet ve DEHB Tedavisi Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular .....                      | 30 |
| Tablo 13. Çocuk Eğitim Durumu ve DEHB Tedavisi Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular .....           | 31 |
| Tablo 14. Medeni Durum (3 Grup) ve DEHB Tedavisi Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular .....         | 31 |
| Tablo 15. Çocuk Sayısı (3 Grup) ve DEHB Tedavisi Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular .....         | 31 |
| Tablo 16. Çocuk Sayısı ve Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ile İlgili Bulgular .....          | 32 |
| Tablo 17. Gelir Durumu ve Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ile İlgili Bulgular .....          | 32 |
| Tablo 18. Medeni Durum (3 Grup) ve Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ile İlgili Bulgular ..... | 33 |
| Tablo 19. Anne Eğitim Durumu ve Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ile İlgili Bulgular .....    | 33 |
| Tablo 20. Baba Eğitim Durumu ve Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ile İlgili Bulgular .....    | 34 |

|                                                                                                            |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tablo 21. Anne Psikiyatrik Öyküsü ve Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ile İlgili Bulgular .....     | 34 |
| Tablo 22. Baba Psikiyatrik Öyküsü ve Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ile İlgili Bulgular .....     | 35 |
| Tablo 23. Cinsiyet ve Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ile İlgili Bulgular .....                    | 35 |
| Tablo 24. Çocuk Eğitim Durumu ve Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ile İlgili Bulgular .....         | 36 |
| Tablo 25. Çocuk Sayısı (3 Grup) ve Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ile İlgili Bulgular .....       | 36 |
| Tablo 26. Anne Eğitim Durumu (3 Grup) ve Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ile İlgili Bulgular ..... | 37 |
| Tablo 27. Baba Eğitim Durumu (3 Grup) ve Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ile İlgili Bulgular ..... | 37 |
| Tablo 28. Çocuk Sayısı ve Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ile İlgili Bulgular .....                | 38 |
| Tablo 29. Gelir Durumu ve Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ile İlgili Bulgular .....                | 38 |
| Tablo 30. Medeni Durum ve Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ile İlgili Bulgular .....                | 39 |
| Tablo 31. Çocuk Sayısı ve DEHB Tedavisinde Doktora Başvuru ile İlgili Bulgular                             | 39 |
| Tablo 32. Gelir Düzeyi ve DEHB Tedavisinde Doktora Başvuru ile İlgili Bulgular                             | 40 |
| Tablo 33. Medeni Durum ve DEHB Tedavisinde Doktora Başvuru ile İlgili Bulgular .....                       | 40 |
| Tablo 34. Medeni Durum (3 Grup) ve DEHB Tedavisinde Doktora Başvuru ile İlgili Bulgular .....              | 40 |
| Tablo 35. Anne Eğitim Durumu ve DEHB Tedavisinde Doktora Başvuru ile İlgili Bulgular .....                 | 41 |
| Tablo 36. Baba Eğitim Durumu ve DEHB Tedavisinde Doktora Başvuru ile İlgili Bulgular .....                 | 41 |
| Tablo 37. Anne Psikiyatrik Öyküsü ve DEHB Tedavisinde Doktora Başvuru ile İlgili Bulgular .....            | 42 |
| Tablo 38. Baba Psikiyatrik Öyküsü ve DEHB Tedavisinde Doktora Başvuru ile İlgili Bulgular .....            | 42 |

|                                                                                                                                 |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tablo 39. Cinsiyet ve DEHB Tedavisinde Doktora Başvuru ile İlgili Bulgular.....                                                 | 42 |
| Tablo 40. Çocuk Eğitim Durumu ve DEHB Tedavisinde Doktora Başvuru ile İlgili Bulgular.....                                      | 43 |
| Tablo 41. Çocuk Sayısı ve Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarından Sağlanan Fayda ile İlgili Bulgular .....                  | 43 |
| Tablo 42. Gelir Durumu ve Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarından Sağlanan Fayda ile İlgili Bulgular.....                   | 44 |
| Tablo 43. Medeni Durum ve Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarından Sağlanan Fayda ile İlgili Bulgular.....                   | 44 |
| Tablo 44. Anne Eğitim Durumu ve Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarından Sağlanan Fayda ile İlgili Bulgular.....             | 45 |
| Tablo 45. Baba Eğitim Durumu ve Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarından Sağlanan Fayda ile İlgili Bulgular.....             | 45 |
| Tablo 46. Anne Psikiyatrik Öyküsü ve Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarından Sağlanan Fayda ile İlgili Bulgular.....        | 46 |
| Tablo 47. Baba Psikiyatrik Öyküsü ve Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarından Sağlanan Fayda ile İlgili Bulgular.....        | 46 |
| Tablo 48. Cinsiyet ve Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarından Sağlanan Fayda Arasındaki İlişkiler ile İlgili Bulgular ..... | 46 |
| Tablo 49. Çocuk Eğitim Durumu ve Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarından Sağlanan Fayda ile İlgili Bulgular.....            | 47 |
| Tablo 50. Çocuk Sayısı ve Öncelikli Tercih Edilen Tedavi Yöntemi ile İlgili Bulgular .....                                      | 47 |
| Tablo 51. Gelir Durumu ve Öncelikli Tercih Edilen Tedavi Yöntemi ile İlgili Bulgular.....                                       | 48 |
| Tablo 52. Medeni Durum ve Öncelikli Tercih Edilen Tedavi Yöntemi ile İlgili Bulgular.....                                       | 48 |
| Tablo 53. Medeni Durum (5 Grup) ve Öncelikli Tercih Edilen Tedavi Yöntemi ile İlgili Bulgular .....                             | 49 |
| Tablo 54. Anne Eğitim Durumu ve Öncelikli Tercih Edilen Tedavi Yöntemi ile İlgili Bulgular.....                                 | 49 |
| Tablo 55. Baba Eğitim Düzeyi ve Öncelikli Tercih Edilen Tedavi Yöntemi ile İlgili Bulgular.....                                 | 50 |

|                                                                                                       |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tablo 56. Anne Psikiyatrik Öyküsü ve Öncelikli Tercih Edilen Tedavi Yöntemi ile İlgili Bulgular ..... | 50 |
| Tablo 57. Baba Psikiyatrik Öyküsü ve Öncelikli Tercih Edilen Tedavi Yöntemi ile İlgili Bulgular ..... | 51 |
| Tablo 58. Cinsiyet ve Öncelikli Tercih Edilen Tedavi Yöntemi ile İlgili Bulgular...                   | 51 |
| Tablo 59. Çocuk Eğitim Düzeyi ve Öncelikli Tercih Edilen Tedavi Yöntemi ile İlgili Bulgular .....     | 52 |
| Tablo 60. Çocuk Sayısı (3 Grup) ve Öncelikli Tercih Edilen Tedavi Yöntemi ile İlgili Bulgular .....   | 52 |
| Tablo 61. Çocuk Sayısı ve DEHB Tedavisinde İlaç Önerisi ile İlgili Bulgular .....                     | 53 |
| Tablo 62. Gelir Durumu ve DEHB Tedavisinde İlaç Önerisi ile İlgili Bulgular .....                     | 53 |
| Tablo 63. Medeni Durum ve DEHB Tedavisinde İlaç Önerisi ile İlgili Bulgular .....                     | 54 |
| Tablo 64. Anne Eğitim Durumu ve DEHB Tedavisinde İlaç Önerisi ile İlgili Bulgular .....               | 55 |
| Tablo 65. Baba Eğitim Durumu ve DEHB Tedavisinde İlaç Önerisi ile İlgili Bulgular .....               | 55 |
| Tablo 66. Anne Psikiyatrik Öyküsü ve DEHB Tedavisinde İlaç Önerisi ile İlgili Bulgular .....          | 56 |
| Tablo 67. Baba Psikiyatrik Öyküsü ve DEHB Tedavisinde İlaç Önerisi ile İlgili Bulgular .....          | 56 |
| Tablo 68. Cinsiyet ve DEHB Tedavisinde İlaç Önerisi ile İlgili Bulgular .....                         | 56 |
| Tablo 69. Çocuk Eğitim Durumu ve DEHB Tedavisinde İlaç Önerisi ile İlgili Bulgular .....              | 57 |

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), günümüzde çocuk ve ergen ruh sağlığını etkileyen en yaygın nörogelişimsel bozukluklardan biri olarak kabul edilmektedir. DEHB, çocukluk çağına başlayan ve sıklıkla ergenlik ve yetişkinlik dönemine dek devam eden, dikkat süresinde azalma, dürtü kontrolünde zorluk ve motor hiperaktivite ile karakterize, kronik seyirli bir nörogelişimsel bozukluktur (1,2). Gelişimsel süreç içerisinde bireyin bilişsel, akademik, sosyal ve duygusal işlevselliğini olumsuz etkileyen DEHB'nin, toplum genelinde prevalansı %5 civarında bildirilmektedir (3,4). Özellikle ilköğretim düzeyindeki çocuklar arasında yapılan epidemiyolojik çalışmalarda, DEHB tanı oranlarının %8 ila %13,4 arasında değiştiği bildirilmektedir (5). Bu oran, bazı bölgelerde %13,4 gibi oldukça yüksek seviyelere ulaşmakta ve ülkemizde DEHB'nin çocuk ve ergen ruh sağlığı açısından ciddi bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir (6).

DEHB'nin etiyopatogenezinde genetik yatkınlık, nörokimyasal düzensizlikler (özellikle dopamin ve noradrenalin), çevresel maruziyetler (fetal alkol sendromu, sigara, düşük doğum ağırlığı) ve psikososyal faktörler önemli rol oynamaktadır (6,7). Bu biyolojik ve çevresel etkenlerin sinir sistemi gelişimi üzerindeki etkileri, özellikle merkezi sinir sistemine ait bazı yapısal ve fonksiyonel farklılıklarla kendini göstermektedir. DEHB hastalarında orta beyin ve kortikal yapılarda gelişme ve olgunlaşma süreçlerinde bazı sorunlar olabilmektedir (8). Yapısal beyin görüntüleme çalışmaları, DEHB tanılı bireylerde prefrontal korteks ve serebellumda hacim azalması, kortikal kalınlıkta azalma ve yürütücü işlev ağlarında bozulma olduğunu göstermektedir (6). Bu durum, özellikle yürütücü işlevler, dikkat kontrolü, dürtü denetimi ve motor planlama gibi bilişsel süreçlerin düzenlenmesinde görevli prefrontal korteks ve ilişkili beyin bölgelerinde gözlenen hacim azalması, sinaptik bağlantı bozuklukları ve gecikmiş maturasyon ile ilişkilendirilmektedir (9,10). Fonksiyonel görüntüleme çalışmalarında da DEHB'li bireylerde dikkat ve inhibisyon süreçlerini yöneten sinir devrelerinde aktivite azlığı saptanmıştır. Tüm bu nörobiyolojik bulgular, DEHB'nin yalnızca davranışsal düzeyde değil, aynı zamanda yapısal ve işlevsel düzeyde de kapsamlı bir bozukluk olduğunu göstermektedir.

Dürtüsellik, dikkat dağınıklığı ve hiperaktivite belirtileri ile karakterize olan bu durum; bireyin akademik, sosyal ve ailevi işlevselliğini ciddi şekilde etkileyebilmektedir. DEHB'nin tedavisinde, etkinliği bilimsel olarak kanıtlanmış

farmakolojik yöntemlerin yanı sıra, toplumda giderek daha fazla ilgi gören alternatif ve tamamlayıcı tedavi yöntemleri de yer almaktadır. Ancak, ebeveynlerin bu tedavi yöntemlerine ilişkin bilgi düzeyleri ve tutumları, çocuğun tedavi sürecine katılımını ve tedavinin sürdürülebilirliğini doğrudan etkilemektedir. DEHB tanısı klinik olarak konulmaktadır ve tanıyı kesinleştirmek için kullanılan herhangi bir test ya da laboratuvar tetkiki bulunmamaktadır (10). Bu nedenle tanı sürecinde, ayrıntılı bir gelişimsel öykü alınması, çocuğun davranışlarının farklı ortamlardaki gözlemleri ve öğretmen ile ebeveynlerden sağlanan bilgi büyük önem taşımaktadır. Ayrıca tanı koymada, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan DSM-5 tanı kriterleri temel alınmakta ve değerlendirme sürecinde çeşitli davranış değerlendirme ölçeklerinden de yararlanılmaktadır.

DEHB'nin yönetiminde birinci basamak tedavi olarak farmakoterapi önerilmektedir (11). DEHB'nin tedavi yaklaşımı, genellikle farmakolojik (uyarıcı ve uyarıcı olmayan ilaç tedavileri) ile farmakolojik olmayan yöntemlerin (okul temelli destek programları, psikososyal müdahaleler ve bilişsel davranışçı terapiler) bir kombinasyonunu içermektedir (12). Bununla birlikte, farmakolojik tedaviler bazı bireylerde yan etkiler, zayıf ilaç toleransı veya beklenen klinik yanıtın alınamaması gibi istenmeyen sonuçlara yol açabilmektedir (8,13). Bu gibi durumlarda mevcut tedavilere ek alternatif müdahale yöntemleri gündeme gelmektedir (8). Son yıllarda toplumda alternatif ve tamamlayıcı tıp (ATT) yöntemlerine olan ilginin artmasıyla birlikte, bazı ebeveynler ilaç tedavisini reddederek çocukları için diyet değişiklikleri, bitkisel ürünler, homeopati, meditasyon gibi yöntemlere yönelmektedir (14). Bu yöntemlerin çoğu hakkında yeterli bilimsel veri bulunmamakta olup bazıları tedavi sürecinde gecikmelere ve etkin olmayan uygulamalara neden olabilmektedir.

Ebeveynlerin DEHB tedavisine dair bilgi düzeyleri, yalnızca tedaviye erişimi değil, tedavi sürecine katılımı ve sürdürülebilirliği de doğrudan etkilemektedir. Literatürde ebeveynlerin yanlış veya eksik bilgilerle tedavi tercihlerinde hatalı kararlar verebildiği; sosyal medya, çevresel etkileşimler ve internet forumlarının bu bilgi ediniminde öne çıktığı bildirilmektedir (15). Ebeveynlerin yeterli bilimsel bilgiye sahip olmamaları, farmakolojik tedavilere yönelik önyargılar geliştirmelerine neden olabilmekte ve alternatif yöntemlere yönelim artmaktadır (16).

DEHB'nin tedavi sürecinde ebeveyn tutumları belirleyici bir faktördür. Ailelerin bilgi düzeyi, beklentileri ve tedaviye ilişkin tutumları; yalnızca farmakolojik tedaviye değil, davranışsal ve psikoeğitsel müdahalelere katılım düzeyini de

etkilemektedir. Ayrıca bazı çalışmalar, DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde kendilerinde de DEHB semptomlarının ve mükemmeliyetçilik eğilimlerinin daha yüksek olduğunu, bunun da çocuğun tedavi sürecini etkilediğini ortaya koymuştur (17).

Bu bağlamda, DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinin farmakolojik ve alternatif/tamamlayıcı tedavi yöntemlerine ilişkin bilgi düzeyleri ve tutumlarının değerlendirilmesi, sadece bireysel değil, toplumsal düzeyde de önemli sonuçlar doğurmaktadır. Elde edilecek bulgular, çocuk ve ergen psikiyatri kliniklerinde uygulamaya dönük eğitim stratejilerinin belirlenmesine katkı sağlayacak, yanlış inançlara dayalı uygulamaların önüne geçilmesini mümkün kılacaktır. Böylece çocukların daha erken, doğru ve etkili tedaviye erişimi sağlanarak uzun vadeli klinik, akademik ve sosyal sonuçlar iyileştirilebilecektir.

### **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmada DEHB tanısı almış çocukların ebeveynlerinin farmakolojik ve alternatif/tamamlayıcı tedavi yöntemlerine ilişkin bilgi düzeylerinin ve bu yöntemlere yönelik tutumlarının değerlendirmesi amaçlanmaktadır. Ayrıca, ebeveynlerin bilgi edinme kaynakları, tedavi sürecine katılım düzeyleri, daha önce deneyimledikleri tedavi biçimleri ve tedaviye yönelik algılarının incelenmesi de çalışmanın amaçları arasındadır.

### **1.3. Araştırmanın Hipotezleri**

H1: DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinin farmakolojik ve alternatif/tamamlayıcı tedavi yaklaşımı hakkındaki bilgi düzeyi ve tutumları uyumludur.

H2: DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinin farmakolojik ve alternatif/tamamlayıcı tedavi yaklaşımı hakkındaki bilgi düzeyi ve tutumları uyumlu değildir.

### **1.4. Araştırmanın Önemi ve Yaygın Etkisi**

Araştırmaya konu olan DEHB, yalnızca bir çocukluk hastalığı değil; uzun vadede akademik, sosyal ve psikolojik işlevselliği etkileyen ve erken müdahale gerektiren bir durumdur. Ebeveynlerin bilgi düzeyleri, tedavi sürecine rehberlik etme ve çocuklarının iyilik halini yönlendirme konusunda belirleyici bir rol oynamaktadır. Bu araştırma, ebeveynlerin tedavi yaklaşımlarına ilişkin bilgi düzeylerini ve tutumlarını ortaya koyarak, literatüre katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

Araştırmadan elde edilecek veriler, klinik uygulamalarda sağlık profesyonellerine ebeveynle etkili iletişim kurma, bilgilendirme ve yönlendirme açısından yol gösterecek nitelik taşımaktadır. Ayrıca, ailelerin yanlış bilgilendirme kaynaklarına karşı daha dirençli hale getirilmesi ve güvenilir bilgi kaynaklarına yönlendirilmesi için kamu politikaları ve sağlık okuryazarlığı programlarının geliştirilmesine katkı sağlayacaktır. Araştırma sonucunda elde edilen bulgulardan hareketle eğitim düzeyi düşük veya sosyoekonomik olarak dezavantajlı gruplara yönelik hedeflenmiş müdahale stratejileri geliştirilebilir.

Toplumsal düzeyde ise bu araştırma, hem sağlık sistemi içinde hem de medyada tedavi yaklaşımlarının doğru aktarılması konusunda farkındalık oluşturma potansiyeline sahiptir. Bu sayede çocukların daha erken, doğru ve etkili tedavilere yönlendirilmesi; tedaviye erişimin artması ve psikiyatrik hizmetlerin daha bütüncül sunulması sağlanabilecektir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), çocukluk çağında başlayıp sıklıkla ergenlik ve erişkinlik dönemine kadar devam eden, nörogelişimsel kökenli bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Belirgin dikkat dağınıklığı, dürtüsellik ve aşırı hareketlilik ile karakterize olan bu bozukluk, bireyin akademik, sosyal ve mesleki işlevselliğini olumsuz etkilemektedir (18,19). DSM-5'e göre DEHB, en az altı ay süren ve bireyin gelişim düzeyine göre uygunsuz olan semptomların, iki veya daha fazla ortamda (örneğin okul, ev) görülmesini gerektirmektedir (20).

Epidemiyolojik veriler DEHB'nin çocuklarda ortalama %5-7 oranında görüldüğünü, erkek çocuklarda kızlara oranla yaklaşık 2-3 kat daha sık teşhis edildiğini ortaya koymaktadır (21). DEHB, erkeklerde kızlara kıyasla daha sık görülmektedir. Klinik hasta grubunda erkeklerin kızlara oranı 9'a 1 iken, toplum genelinde yapılan çalışmalarda bu oran 3'e 1 olarak rapor edilmiştir (22). Ancak, kız çocuklarında daha çok dikkat eksikliği ön planda olduğu için tanı koyma süreci gecikebilmekte ya da gözden kaçabilmektedir (23). Bu nedenle cinsiyete dayalı semptom profilleri ve sosyal beklentiler tanı sürecinde önem arz eder.

DEHB'nin etiyolojisine dair yapılan çalışmalar, bozukluğun genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimiyle ortaya çıktığını göstermektedir. Genetik geçiş oranı ikiz ve aile çalışmalarıyla %70-80 düzeyinde bildirilmiştir (24). Dopamin ve noradrenalin sistemlerindeki bozukluklar, DEHB'nin nörobiyolojik temelinde yer almaktadır. Ayrıca, annenin gebelikte sigara veya alkol kullanması, prematüre doğum ve düşük doğum ağırlığı gibi prenatal çevresel faktörler de risk faktörleri arasındadır (19,25).

Dikkat eksikliği ve dürtüsellik gibi davranışlar, gelişimin doğal bir parçası olarak çocuklukta belirli ölçülerde gözlenebilir. Ancak bu davranışların gelişimsel normların dışına çıktığını, yani bir psikopatolojiye işaret ettiğini belirlemek, özellikle erken yaşlarda klinik açıdan zorlayıcı olabilir. Çünkü bu tür belirtiler sıklıkla çocukların yaşlarına ve bağlamlarına göre değişkenlik gösterebilir. Bu nedenle, DEHB tanısı koyarken yalnızca davranışların varlığı değil, aynı zamanda bu davranışların yaşa göre uygunluk, şiddet, süreklilik ve işlevsellik üzerindeki etkisi de dikkate alınmalıdır (26,27). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite-dürtüsellik belirtilerinin farklı genetik temellere dayandığı ve farklı gelişimsel seyirler izleyebildiği gösterilmiştir (28). Bu da tanısal sürecin karmaşıklığını artırmaktadır. Ayrıca, küçük yaştaki

çocuklarda görülen dikkat dağınıklığı ve dürtüsel davranışların, normal gelişimsel davranışlarla DEHB belirtilerini ayırt etmenin güç olduğunu ve bu ayrımın ancak uzunlamasına gözlemler ve çoklu değerlendirme yöntemleriyle yapılabileceğini vurgulamaktadır (29).

DEHB'nin klinik seyri çoğunlukla başka psikiyatrik bozukluklarla birlikte görülmektedir. Anksiyete bozuklukları, depresyon, karşıt olma-karşı gelme bozukluğu (KOKGB), öğrenme bozuklukları ve obsesif-kompulsif bozukluk gibi eş tanılar, bireylerin tedavi ve iyileşme sürecini zorlaştırmaktadır (30). Örneğin KOKGB gibi davranışsal sorunlar, özellikle erkek çocuklarda hiperaktivite ile birlikte görüldüğünde hem okul uyumunu hem de aile içi ilişkileri olumsuz etkileyebilir (31,32).

Duygusal düzenleme güçlüğü, benlik saygısı sorunları ve yeme-uyku bozuklukları da DEHB tanılı çocuklarda sıklıkla karşılaşılan sorunlardır. DEHB tanılı çocukların yeme tutumlarında ve uyku düzenlerinde sağlıklı çocuklara kıyasla anlamlı bozukluklar bulunmaktadır (30). DEHB, yalnızca davranışsal değil, aynı zamanda biyolojik ritim ve temel psikolojik işlevler üzerinde de etkilidir (33).

DEHB'nin tedavisinde, genellikle farmakolojik ve farmakolojik olmayan müdahalelerin eş zamanlı olarak uygulanması önerilmektedir. Psikoeğitim, bireysel terapi, aile danışmanlığı ve davranışsal müdahaleler, özellikle çocukluk döneminde sıkça başvurulmuş farmakolojik olmayan yöntemler arasında yer almaktadır. Farmakolojik tedavi kapsamında ise metilfenidat ve atomoksetin gibi ilaçlar, semptomların kısa vadeli kontrolünde yüksek etkililik göstermektedir (34). Bununla birlikte, ilaç tedavisine ilişkin bazı sınırlılıklar literatürde tartışılmaktadır. Özellikle, uzun vadeli etkilerinin belirsizliği, olası yan etkiler (örneğin iştah kaybı, uyku bozuklukları) ve bağımlılık potansiyeli gibi hususlar eleştiri konusu olmuştur (35).

DEHB tanısının özellikle son yıllarda aşırı biçimde konulduğunu ve tanı kriterlerinin yaş ve cinsiyet farklılıklarını yeterince hesaba katmadığını ifade etmektedir. Bu bağlamda, Furman, DEHB'nin tek tip, homojen bir bozukluk olarak ele alınmasının yanıltıcı olabileceğini; belirtilerin, altta yatan çok çeşitli psikososyal ya da nörolojik sorunların davranışsal yansımaları olabileceğini öne sürmektedir (36). Ayrıca tanı sürecinde kullanılan ebeveyn ve öğretmen bildirim ölçeklerinin subjektif doğası, farklı kaynaklar arasında uyumsuzluklara ve tanısız sapmalara yol açabilmektedir (36). Buna rağmen, DEHB'de erken tanı ve müdahale, özellikle multimodal tedavi programları, uzun dönemli klinik sonuçların iyileştirilmesinde etkili görülmektedir. Quintero ve arkadaşlarının yürüttüğü uzunlamasına çalışmada, erken

yaşıta başlanan tedavi girişimlerinin erişkinlikte DEHB belirtilerini ve eşlik eden psikiyatrik bozuklukları anlamlı düzeyde azalttığı bildirilmiştir (37).

### 2.1.1. Epidemiyoloji

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), dünya genelinde en yaygın görülen nörogelişimsel bozukluklardan biri olup, farklı kültürel, coğrafi ve sosyoekonomik bağlamlarda değişkenlik göstermekle birlikte, çocukluk çağında yaklaşık %5-7 oranında, erişkinlikte ise %2-5 oranında görülmektedir (38). Bu oranlar, DEHB'nin sadece çocuklukla sınırlı olmadığını, yaşam boyu devam eden bir klinik tablo sergileyebileceğini ortaya koymaktadır.

Uluslararası düzeyde yapılan epidemiyolojik çalışmalar, DEHB'nin erkek çocuklarda kızlara oranla yaklaşık 2 ila 4 kat daha fazla teşhis edildiğini göstermektedir (20). Bu fark, erkek çocuklarda dışa vurumcu belirtilerin (hiperaktivite, dürtüsellik) daha belirgin olması ve kız çocuklarında içe kapanık, dikkat eksikli belirlilerin ön planda olmasıyla açıklanabilir. Bu durum, kız çocuklarında DEHB tanısının daha geç veya eksik konmasına yol açabilmektedir (39).

DEHB'nin görülme sıklığı yaşla birlikte azalma eğilimi gösterse de, belirtilerin tamamen ortadan kalkması nadirdir. Uzunlamasına yapılan çalışmalarda, çocuklukta tanı almış bireylerin yaklaşık %60-70'inin ergenlikte ve %40-50'sinin erişkinlikte de tanı kriterlerini karşılamaya devam ettiğı bildirilmiştir (21). Bu durum, erken tanı ve müdahalenin uzun vadeli etkilerini anlamada büyük önem taşımaktadır.

DEHB, yalnızca bireyin ruh sağlığı ve gelişimi açısından değil, aynı zamanda toplumsal düzeyde de önemli sonuçlar doğuran bir bozukluktur. Çocukluk ve ergenlik döneminde DEHB, sıklıkla akademik başarısızlık, okuldan erken ayrılma, davranışsal problemler ve sosyal dışlanma ile ilişkilendirilmiştir (40). Erişkinlik dönemine gelindiğinde ise DEHB tanısı almış bireylerde iş kaybı, ilişkisel problemler ve anksiyete gibi psikiyatrik komorbiditeler sık gözlenmekte ve bu faktörler bireyin yaşam kalitesini ciddi şekilde azaltmaktadır (41,42).

DEHB'nin yaygınlığına ilişkin epidemiyolojik araştırmalar, kullanılan tanı kriterleri, örneklem özellikleri, veri toplama yöntemleri ve kültürel bağlam gibi faktörlere bağılı olarak önemli ölçüde değişkenlik göstermektedir. Örneğin, DSM-5 ve ICD-11 gibi farklı tanı sistemleri arasında yer alan kriter farkları, hem prevalans oranlarını hem de tanı alan birey profillerini etkilemektedir (43). DEHB'nin epidemiyolojik verilerin yorumlanmasında metodolojik farklılıkların dikkatle değerlendirilmesi, tanı sistemlerinde standardizasyonun sağlanması ve toplum temelli

tarama programlarının yaygınlaştırılması, hem doğru prevalans tahminleri yapılabilmesi hem de erken müdahale fırsatlarının artırılması açısından önem taşımaktadır.

### **2.1.2. Etiyoloji**

DEHB'nin etiyolojisi, çok etkenli bir biyopsikososyal model çerçevesinde incelenmektedir. Genetik yatkınlık, bozukluğun en güçlü belirleyicilerinden biridir; ikiz ve akraba çalışmalarında kalıtım oranlarının %70–80 arasında olduğu bulunmuştur (44). Bu güçlü genetik etki, özellikle dopamin taşıyıcı genler (örneğin DAT1, DRD4, DRD5) ile dopaminerjik devrelerdeki yapı ve işlev farklılıkları arasında ilişki göstermektedir (45). Yapısal nörogörüntüleme çalışmaları, DEHB'li bireylerde prefrontal korteks, bazal gangliyonlar ve serebellum gibi bölgelerde hacim azalması ve aktivite düşüklüğü olduğunu doğrulamaktadır. Biyolojik olmayan faktörler arasında, gebelikte sigara-alkol kullanımı, düşük doğum ağırlığı, prematürite ve doğum komplikasyonları gibi prenatal/perinatal riskler yer almaktadır; ayrıca erken yaşlardaki toksin maruziyeti de (örneğin kurşun) DEHB riskini yükseltmektedir (46). Psikososyal düzeyde ise düşük sosyoekonomik durum, aile içi çatışmalar ve tutarsız ebeveynlik gibi çevresel etkilerin, genetik yatkınlığın klinik ifade şekli üzerine etkili olduğu ve özellikle stres-koşul modelini desteklediğine dair kanıtlar mevcuttur (47). Bu bağlamda, DEHB'nin etiyolojik yapısı yalnızca biyolojik temellere indirgenememekte; genetik duyarlılıkların çevresel ve sosyal bağlamla etkileşimi göz önünde bulundurularak çok disiplinli bir değerlendirme gerektirmektedir.

#### **2.1.2.1. Genetik Faktörler**

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nun (DEHB) etiyolojisinde genetik faktörlerin belirleyici rolü uzun süredir kabul görmektedir. Aile, ikiz ve evlat edinme çalışmalarının sonuçları, DEHB'nin güçlü bir kalıtsal bileşene sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle birinci derece akrabalarında DEHB öyküsü bulunan bireylerde bozukluk görülme oranının, genel popülasyona kıyasla 4 ila 8 kat daha yüksek olduğu bildirilmiştir (45). İkiz çalışmaları ise, DEHB'nin kalıtsal etkisini %70 ila %80 arasında tahmin etmekte ve bu oran, genetik temelin baskın rolünü desteklemektedir (44).

Moleküler genetik araştırmalar, özellikle dopaminerjik sistemle ilişkili genetik varyantların bozuklukla ilişkili olduğunu göstermiştir. Dopamin taşıyıcı gen (DAT1)

ve dopamin D4 reseptör geni (DRD4), bu bağlamda en sık araştırılan genler arasındadır. DAT1 geninin 10 tekrar alleleline ve DRD4 geninin 7 tekrar alleleline sahip bireylerde dikkat eksikliği ve dürtüsellik belirtilerinin daha sık görüldüğü bildirilmektedir. Bu genetik varyantların, dopaminin sinaptik boşluktaki geri alım süreçlerini ve dopaminerjik iletimi etkileyerek yürütücü işlevler, dikkat ve motivasyon gibi bilişsel süreçleri modüle ettiği düşünülmektedir. Ayrıca, serotonin taşıyıcı genleri (5-HTT) ve noradrenalinle ilişkili genetik varyantlar da DEHB ile ilişkilendirilmiş, bu yapılar aracılığıyla nörolojik işlevlerde bireysel farklılıklar oluştuğu ileri sürülmüştür (25).

Son yıllarda yapılan genom çapında ilişkilendirme çalışmaları (GWAS), DEHB'nin tek bir gen mutasyonu ile açıklanamayacağını, aksine poligenik bir bozukluk olduğunu ortaya koymuştur (48,49). Bu yaklaşım, çok sayıda küçük etkili genetik varyantın birlikte çalışarak bozukluk riskini artırdığını göstermektedir (50). Bunun yanı sıra, epigenetik mekanizmaların, çevresel faktörlerle etkileşim içinde gen ekspresyonunu düzenleyerek DEHB gelişimine katkıda bulunduğu yönünde bulgular artmaktadır.

Genetik temelin anlaşılması, DEHB'nin erken tanı ve hedefe yönelik bireyselleştirilmiş tedavi stratejileri geliştirilmesi açısından önemli fırsatlar sunmaktadır. Bununla birlikte, genetik yatkınlık mutlak bir belirleyici değildir; uygun çevresel düzenlemeler, koruyucu ailevi ortam ve erken müdahale programları, genetik riskin olumsuz etkilerini azaltmada etkili olabilmektedir (44,50).

#### **2.1.2.2. Çevresel Risk Faktörleri**

DEHB'nin etiolojisinde genetik faktörlerin yanı sıra çevresel etkenler de kritik rol oynamaktadır. Bu çevresel faktörler, özellikle prenatal (doğum öncesi), perinatal (doğum sırası) ve postnatal (doğum sonrası) dönemlerde bireyin beyin gelişimini etkileyerek bozukluğun gelişimine katkı sağlayabilir. Prenatal dönemde annenin gebelikte sigara, alkol ve madde kullanımı, yüksek stres düzeyi ve kötü beslenme gibi risk faktörleri; fetüsün dopaminerjik sistem gelişimini bozarak dikkat ve dürtü kontrolünde sorunlara neden olabilmektedir (51). Özellikle sigara ve alkol kullanımı, DNA metilasyon düzenekleri üzerinden gen ekspresyonunu değiştirerek DEHB riskini artırmaktadır. Lindblad ve Hjern çalışmasında sigara içmenin DEHB riskini 2,86 kat artırdığını bildirmiştir (52).

Perinatal dönemde yaşanan komplikasyonlar “düşük doğum ağırlığı, prematürite ve doğum sırasında yaşanan hipoksi” gibi durumlar beyin yapılarının

yeterli oksijenlenmesini engelleyerek nörogelişimsel sorunlara yol açabilmektedir. Postnatal dönemde ise çocukluk çağı travmaları, aile içi şiddet, ihmal ve sosyoekonomik dezavantajlar gibi psikososyal stres faktörlerinin DEHB gelişimini tetikleyebileceği ortaya konmuştur (53). Kurşun gibi çevresel toksinlere erken yaşta maruz kalmanın da DEHB ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Özellikle endüstriyel bölgelerde büyüyen çocuklarda bilişsel işlevlerde azalma ve davranışsal sorunlar daha sık görülmektedir (54). Genetik yatkınlığa sahip bireylerin çevresel stres faktörlerine maruz kalmaları, DEHB gelişim riskini önemli ölçüde artırmakta; bu durum gen-çevre etkileşimi kavramıyla açıklanmaktadır (55). Bu nedenle çevresel risk faktörlerinin azaltılması, özellikle genetik risk taşıyan bireyler için koruyucu bir strateji olarak öne çıkmaktadır.

Sonuç olarak, DEHB'nin çevresel etiyojisi çok boyutlu olup, prenatalden postnatale kadar uzanan dönemlerdeki risklerin dikkatle yönetilmesi ve erken müdahale stratejilerinin uygulanması bozukluğun önlenmesinde ve yönetiminde kilit rol oynamaktadır.

#### **2.1.2.3. Nörofizyolojik Faktörler**

DEHB'in etiyojisinde nörofizyolojik süreçlerin belirgin bir yeri bulunmaktadır. Nörofizyolojik faktörler, özellikle beyin yapı ve işlevlerindeki farklılıklar ile nörotransmitter dengesizliklerini içermekte olup, DEHB semptomlarının nörobiyolojik açıklamasını sağlamaktadır (56,57). Bu bağlamda yapılan nörogörüntüleme ve elektrofizyolojik çalışmalar, DEHB'nin merkezi sinir sistemi düzeyindeki temel yapı ve işlev bozukluklarıyla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (51).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), beynin yürütücü işlevler, dikkat yönetimi, davranışsal inhibisyon ve motor kontrol gibi işlevlerinden sorumlu bölgelerinde gözlenen yapısal ve işlevsel anormalliklerle yakından ilişkilidir. Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI), pozitron emisyon tomografisi (PET) ve elektroensefalografi (EEG) gibi nörogörüntüleme teknikleriyle yapılan çalışmalar, özellikle frontal korteks, bazal ganglionlar, serebellum ve anterior singulat girus bölgelerinde bozulmuş aktivite örüntüleri tespit etmiştir (58,59). Bu bölgelerdeki fonksiyonel bozukluklar, frontal lobun özellikle dorsolateral prefrontal korteks alt bölümünde hipofrontaliteye neden olmakta; bu durum dikkat süreçlerinde yetersizlik, planlama güçlüğü ve bilişsel esneklik kaybı ile sonuçlanmaktadır. Bazal

ganglionlarda, özellikle kaudat çekirdekte gözlenen hacim azalması ise dürtüsellik ve motor hiperaktiviteyle ilişkilendirilmiştir.

DEHB'nin bir diğer nörofizyolojik bileşeni, dopamin ve noradrenalin gibi katekolamin sistemlerindeki bozulmalardır. Dopamin, ödül beklentisi, motivasyon ve dikkat gibi işlevlerde rol oynarken; noradrenalin özellikle prefrontal korteksin uyarılma düzeyini ve dikkat süresini düzenlemektedir. Araştırmalar, DEHB'li bireylerde bu nörotransmitterlerin salınımı, geri alımı ve taşıyıcı yoğunluklarında düzensizlikler olduğunu ortaya koymuştur (60). EEG çalışmaları da bu nörofizyolojik tabloyu desteklemektedir; DEHB tanısı almış bireylerde yüksek teta ve düşük beta dalgası aktivitesi sık görülmekte, bu da dikkat eksikliğiyle ilişkilendirilmektedir. Teta/beta oranındaki artış, özellikle çocuklarda DEHB için biyolojik bir belirteç olarak değerlendirilmiştir (59). Frontal loblardaki işlevsel eksiklikler, dikkat süreçlerindeki bozulmalarda merkezi bir rol oynamakta; bu durum, klinik semptomların nörobiyolojik açıklanmasında temel dayanaklardan birini oluşturmaktadır (19). Sonuç olarak, DEHB'nin nörofizyolojik altyapısı hem beyin yapılarındaki fonksiyonel bozulmalara hem de nörotransmitter sistemlerindeki işlevsel dengesizliklere dayanmaktadır.

#### **2.1.2.4. Nörokimyasal Faktörler**

DEHB'nin nörokimyasal etiyolojisi, başta dopamin ve noradrenalin olmak üzere çeşitli nörotransmitterlerin işlev bozukluklarına dayanmaktadır. Dopamin, motivasyon, ödül işleme, dikkat ve davranışsal inhibisyon süreçlerinde temel bir rol oynar. DEHB tanılı bireylerde dopamin düzeylerinin düşük olduğu ve dopamin taşıyıcı sistemlerinde düzensizlikler bulunduğu gösterilmiştir (61). Noradrenalin ise özellikle prefrontal korteks üzerinde dikkat sürekliliğini ve uyarılabilirliği artıran etkileriyle bilinir; bu sistemdeki aksaklıkların da DEHB semptomlarını pekiştirdiği ileri sürülmektedir.

Dopaminin yanında noradrenalin ve serotonin sistemlerinin de bu bozuklukta rol oynadığı düşünülmektedir. Serotonin, dopamin ve noradrenalinin etkilerini dengeleyici bir rol üstlenebilir ve serotonerjik sistemdeki genetik varyasyonların DEHB'ye yatkınlık yaratabileceği öne sürülmektedir. 5-HT1B ve 5-HT2A serotonin reseptör genlerindeki polimorfizmlerin DEHB ile ilişkili olduğu bulunmuştur (62).

Hayvan modellerinde yapılan araştırmalar da bu bulguları desteklemektedir. Dopamin taşıyıcı genin (DAT) silindiği modellerde hiperaktivite ve dürtüsellik gibi DEHB benzeri davranışlar gözlenmiştir. Aynı zamanda bu modeller, monoamin

sistemlerinin karmaşık etkileşimi sonucunda DEHB semptomlarının ortaya çıktığını ortaya koymuştur (63). Ayrıca, nörotransmitter düzeylerinin değerlendirilmesi üzerine yapılan bazı biyokimyasal çalışmalar, DEHB'li çocuklarda plazma dopamin, noradrenalin ve GABA düzeylerinin düşük olduğunu, tedavi sonrasında ise bu seviyelerin arttığını göstermiştir (64). Bu durum, nörokimyasal dengesizliklerin yalnızca etiyolojik değil, aynı zamanda terapötik açıdan da önemli olduğunu göstermektedir.

DEHB'nin nörokimyasal temeli dopamin, noradrenalin ve serotonin sistemleri arasındaki karmaşık dengesizliklere dayanmaktadır. Bu sistemlerdeki işlev bozuklukları, DEHB'nin dikkat eksikliği, dürtüsellik ve hiperaktivite semptomlarını açıklamada temel rol oynamaktadır.

#### **2.1.2.5. Nöroanatomik Faktörler**

DEHB'nin nöroanatomik temelleri, yapısal beyin görüntüleme çalışmaları aracılığıyla önemli ölçüde aydınlatılmıştır. Beyin görüntüleme çalışmalarından elde edilen sonuçlarda DEHB' si olan vakalarda frontal bölgenin glukoz kullanımları düşük olduğu görülmüştür (14). Fonksiyonel ve morfometrik beyin görüntüleme yöntemleri kullanılarak yapılan araştırmalar, DEHB tanılı bireylerde çeşitli beyin bölgelerinde hacim azalmaları ve yapısal bozukluklar bulunduğunu ortaya koymuştur. Özellikle prefrontal korteks, bazal gangliyonlar (örneğin kaudat çekirdek), serebellum ve anterior singulat korteks gibi bölgelerde bu tür anormalliklerin sık görüldüğü bildirilmiştir. Bu yapılar, dikkat, dürtü kontrolü, motor davranışlar ve yürütücü işlevler gibi bilişsel süreçlerin düzenlenmesinde merkezi rol oynamaktadır (65).

Castellanos ve arkadaşlarının yürüttüğü bir çalışmada, DEHB'li çocuklarda toplam beyin hacminin %4,7 oranında daha küçük olduğu, ayrıca sağ prefrontal bölge, sağ globus pallidus, kaudat çekirdek ve serebellum hacimlerinde belirgin küçülmeler gözlemlenmiştir (66). Aynı şekilde, Poissant ve arkadaşları, DEHB'nin prefrontal korteks, bazal gangliyonlar ve serebellumu içeren fronto-striatal-serebellar devrede yaygın hacim azalmalarıyla ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (67).

Bu yapısal farklılıklar sadece hacim azalmasıyla sınırlı kalmayıp, aynı zamanda lateralizasyon ve gelişimsel süreçleri de etkilemektedir. Örneğin, DEHB'li bireylerde sağ-sol beyin asimetrisinde kayıplar ve normal yaşa bağlı yapısal değişimlerin yavaşlaması gibi anomaliler gözlemlenmiştir (66).

Sonuç olarak, DEHB'nin nöroanatomik temelleri, beynin yürütücü işlevlerle ilişkili bölgelerinde yapısal farklılıkları içermektedir. Bu bulgular, hem bozukluğun

biyolojik kökenine ışık tutmakta hem de tanı ve tedavi süreçlerinin nörobilimsel temellere dayandırılmasına katkı sağlamaktadır.

## 2.2. DEHB Tanı Kriterleri

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, çocukluk çağında başlayan, dikkat eksikliği, dürtüsellik ve hiperaktivite ile karakterize nörogelişimsel bir bozukluktur (48,51). Tanı süreci oldukça karmaşık olup hem klinik gözlemlere hem de yapılandırılmış tanı kriterlerine dayanır. DEHB'nin tanısında uluslararası düzeyde kabul gören iki ana ölçüt grubu bulunmaktadır: DSM-5 ve ICD-11'dir (20).

DSM-5'e göre, DEHB tanısı alabilmek için bireyde en az altı adet dikkat eksikliği ya da altı adet hiperaktivite/dürtüsellik semptomunun bulunması gerekir. Bu belirtilerin 12 yaşından önce başlamış olması ve en az altı ay süreyle, birden fazla ortamda (örneğin hem okul hem ev) gözlemlenmiş olması şarttır. Ayrıca, bu semptomların bireyin sosyal, akademik ya da mesleki işlevselliğini anlamlı şekilde bozması gerekir (20). Benzer şekilde 17 yaş ve üzerindeki bireyler için en az beş belirti yeterli sayılmaktadır.

DEHB, çocukluk çağında başlayan ve bireyin akademik, sosyal ve duygusal gelişimini olumsuz yönde etkileyebilen nörogelişimsel bir bozukluktur. Bu bozukluk; dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik olmak üzere üç temel belirti kümesiyle karakterizedir. DSM-5 tanı sistemine göre DEHB, kendi içerisinde üç farklı alt tipe ayrılmaktadır (20). Bu alt tipler;

- Dikkat eksikliğinin ön planda olduğu tip (DEHB-DE),
- Hiperaktivite ve dürtüsellik baskın olduğu tip (DEHB-HI)
- Dikkat eksikliği hem de hiperaktivite-dürtüsellik semptomlarının birlikte görüldüğü bileşik tip (DEHB-Bil)

Klinik değerlendirmede, bireylerde hangi semptom grubunun baskın olduğunun belirlenmesi, uygun tanı ve tedavi yaklaşımlarının planlanabilmesi açısından önem taşımaktadır. DEHB'nin alt tipleri arasındaki ayrım, hem klinik seyri hem de tedaviye verilen yanıtı etkileyebilmektedir (68).

DSM-5 tanı sisteminde DEHB'nin alt tiplerine yönelik bu ayrıntılı sınıflandırma yapılırken, uluslararası tanı sistemlerinde ise bu konuda farklı yaklaşımlar benimsenmektedir. Özellikle, ICD-11 tanı sistemi, benzer semptom kümelerini esas almakla birlikte, alt tip ayrımı yapmaması ve tanı koymada farklı ölçütler getirmesiyle DSM-5'ten ayrılmaktadır. ICD-11 tanı sisteminde benzer semptom kümeleri dikkate alınmakta, ancak alt tür ayrımına gidilmemektedir. ICD-

11, tanı için semptomların erken çocukluk döneminde başlamasını, gelişim düzeyine uygun olmamasını ve bireyin günlük yaşam işlevselliğini belirgin biçimde etkilemesini zorunlu kılmaktadır (69).

DEHB'nin görülme sıklığı dünya genelinde çocuklar arasında %5–8 arasında değişmekte olup, erkek çocuklarda kızlara oranla daha yaygın biçimde teşhis edilmektedir (70). Türkiye'de yapılan araştırmalar da benzer şekilde, DEHB'nin çocuk ve ergen psikiyatri kliniklerine yapılan başvurular arasında en sık görülen tanılar arasında yer aldığını göstermektedir. Örneğin, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada DEHB'nin çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvuran bireyler arasında en yaygın tanı olduğu, olguların yaklaşık %30'unda DEHB teşhis edildiği bildirilmiştir (71).

DEHB tanısında yalnızca gözleme dayalı değerlendirme yöntemleri yetersiz kalmakta, bu nedenle multidisipliner ve objektif değerlendirme yaklaşımlarına ihtiyaç duyulmaktadır. DEHB tanısında yalnızca çocukla yapılan görüşme yeterli değildir; aile, okul ve gerekirse diğer yakın çevreden de bilgi alınmalıdır (14). Tanı sürecinde aile ve öğretmen görüşmeleri, akademik performans değerlendirmeleri ve yapılandırılmış psikiyatrik görüşmeler önemli yer tutmaktadır. Ayrıca tanıya eşlik edebilecek psikiyatrik bozuklukların değerlendirilmesi de büyük önem taşımaktadır. Nitekim İpçi ve arkadaşları, DEHB tanısı alan çocuklarda %60–80 oranında en az bir psikiyatrik eş tanı bulunduğunu, bu eş tanıların özellikle bileşik alt tipe sahip bireylerde daha yaygın olduğunu belirtmiştir (72). Sık rastlanan eş tanılar arasında davranım bozuklukları, anksiyete, depresyon ve obsesif kompulsif bozukluklar yer almaktadır.

DEHB'nin etiyolojisine dair yapılan çalışmalar, bozukluğun ortaya çıkmasında genetik, nörobiyolojik ve çevresel faktörlerin bir arada etkili olduğunu göstermektedir. Özellikle dopamin sistemindeki işlev bozukluklarının ve yürütücü işlevlerdeki zayıflıkların dikkat eksikliği ve dürtüsellik semptomları ile ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (73). DEHB'nin kalıtsal yönüne dair yapılan çalışmalar, birinci derece akrabaların DEHB geliştirme riskinin toplum geneline göre 5 ila 10 kat daha yüksek olduğunu göstermektedir (25).

Tanı sürecinde kullanılan psikometrik araçlar da değerlendirme sürecinin nesnelliğini artırmaktadır. Özellikle Conners Derecelendirme Ölçekleri, DSM-IV DEHB Ölçeği, Vanderbilt Ölçeği ve WISC-IV gibi ölçme araçları; semptomların şiddetini, yaygınlığını ve bireyin farklı bağlamlardaki işlevselliğini ölçmede yaygın

olarak kullanılmaktadır (23). Bu ölçme araçları, tanının sadece klinik görüşme temelli değil, sayısal verilere dayalı olarak da desteklenmesini sağlamaktadır.

DEHB'nin yalnızca bireyin işlevselliğini değil, aile dinamiklerini ve ebeveynlik yeterlik algılarını da etkilediği ortaya konmuştur. Karadağ ve Güzel'in çalışması, DEHB tanısı olan ergenlerin ebeveynlerinin ebeveynlik öz-yeterlik düzeylerinin anlamlı şekilde daha düşük olduğunu ve bu durumun, çocuğun belirtilerini yönetmede zorluklara yol açtığını göstermiştir (74). Aynı zamanda bu bozukluğa sahip ergenlerin, akademik ve sosyal alanlarda öz-yeterlik inançlarının da düşük olduğu belirlenmiştir.

### **2.3. DEHB’de Tedavi Yaklaşımları**

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu’na yönelik tedavi yaklaşımları, günümüzde çok yönlü, birey merkezli ve bilimsel temellere dayalı bir anlayış çerçevesinde şekillenmektedir. DEHB'nin heterojen klinik yapısı, farklı yaş gruplarında değişken semptom profilleri göstermesi ve sıklıkla eşlik eden psikiyatrik bozukluklarla (örneğin anksiyete bozuklukları, öğrenme güçlükleri, depresyon) birlikte görülmesi, tedavi süreçlerinin standartlaştırılamayacak kadar karmaşık olduğunu ortaya koymaktadır. Bu nedenle, modern yaklaşımlar tedavi planlamasında bireyselleştirilmiş, multidisipliner ve kombine yöntemlerin birlikte ele alınmasını önermektedir (19,23).

DEHB'nin tedavisinde farmakolojik müdahaleler, psikososyal destek programları, psikoterapötik yaklaşımlar ve eğitimsel düzenlemeler entegre biçimde uygulanmalıdır. Çünkü bu bozukluk yalnızca bireysel düzeyde değil, ailevi, akademik ve sosyal bağlamda da geniş çaplı etkiler yaratmaktadır (73).

Farmakoterapi, DEHB tedavisinde sıklıkla başvuru alan ilk basamak uygulamalardan biridir. Özellikle metilfenidat ve amfetamin türevleri gibi merkezi sinir sistemi uyarıcıları, dikkat süresini artırmak, dürtüselliği azaltmak ve aşırı hareketliliği dengelemek amacıyla kullanılmaktadır. Klinik çalışmalar, bu ilaçların kısa vadede semptom yönetiminde etkili olduğunu ortaya koymuştur (25). Ancak tedavinin yalnızca farmakolojik müdahaleyle sınırlandırılması, bireyin çevresel ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kalabilmektedir.

Davranışçı terapi, özellikle çocukluk dönemindeki DEHB semptomlarının yönetilmesinde etkili bir yöntem olarak kabul edilmektedir. Bu yaklaşım, ödül ve pekiştirme temelli tekniklerle istenmeyen davranışları azaltmayı ve işlevsel becerileri geliştirmeyi amaçlamaktadır. Ebeveynlere yönelik eğitim programları ve öğretmen

destekli sınıf içi davranış yönetimi teknikleri de bu kapsamda değerlendirilmektedir (74). Nitekim ebeveynlerin öz-yeterlik inançlarının artırılması, tedaviye uyumu ve çocuğun gelişimsel desteği açısından kritik bir rol oynamaktadır.

Bilişsel davranışçı terapi (BDT) ise, özellikle ergenlik döneminde DEHB'ye eşlik eden düşük benlik algısı, akademik başarısızlık ve sosyal izolasyon gibi ikincil sorunların yönetilmesinde etkilidir. BDT, bireyin dikkatini odaklamasını, planlama becerilerini geliştirmesini ve içsel motivasyonunu artırmasını hedefler (70). Ayrıca grup temelli psiko-eğitim programları ve sosyal beceri eğitimi, bireyin sosyal etkileşimdeki yeterliğini güçlendirme amacı taşımaktadır.

Tedavi yaklaşımlarında bireyselleştirme esastır. Her bireyin semptom profili, eşlik eden psikiyatrik bozuklukları ve çevresel koşulları farklı olduğundan, tedavi planları bu özellikler doğrultusunda özelleştirilmelidir. Şen (2020) tarafından yapılan derleme çalışmasında, DEHB ile Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) arasındaki eş tanı durumlarında davranışsal müdahalelerin daha hassas ve uyarlanabilir şekilde tasarlanması gerektiği vurgulanmıştır.

DEHB'nin tedavisinde yalnızca bireyin değil, ailesinin ve okul çevresinin de sürece aktif olarak katılması önem arz etmektedir. Psiko-eğitsel programlar, aileye ve öğretmenlere yönelik bilgilendirme oturumları, çocukların sosyal çevrelerinde daha sağlıklı etkileşimler kurmalarına yardımcı olmaktadır. Türkiye'de yürütülen bazı saha çalışmalarında, DEHB'li çocukların okul ortamında uygulanan yapılandırılmış destekleyici programlardan yüksek fayda sağladığı belirlenmiştir (19,23).

Son yıllarda DEHB tedavisinde alternatif ve tamamlayıcı yöntemlerin de değerlendirildiği görülmektedir. Özellikle diyet değişiklikleri, nörofeedback, mindfulness temelli dikkat eğitimi ve egzersiz programları gibi girişimlerin bazı bireylerde semptom yönetimine yardımcı olduğu bildirilmektedir (25,70). Ancak bu yaklaşımların standart tedavilerin yerine değil, tamamlayıcısı olarak kullanılması önerilmektedir.

Tablo 1. DEHB Tedavi Yöntemleri

| Tedavi Yöntemi      | Alt Başlık                                           | Açıklama                                                                                                              |
|---------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Farmakolojik Tedavi | Psikostimülanlar (Metilfenidat, Amfetamin türevleri) | • Dopamin ve noradrenalin geri alımını inhibe ederek dikkat süresini artırır, dürtüsellik ve hiperaktiviteyi azaltır. |
|                     | Non-stimülanlar (Atomoksetin, Guanfacin, Klonidin)   | • Stimülanlara toleransı olmayanlarda ve komorbid durumlarda tercih edilir; etkisi daha yavaş ancak stabildir.        |
|                     | Doz titrasyonu ve düzenli izlem                      | • Kişiye özel doz planlaması ve yan etki izlem süreci gereklidir.                                                     |

|                                  |                                             |                                                                                                                                                |
|----------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Alternatif ve Tamamlayıcı Tedavi | Mindfulness ve meditasyon                   | • Dikkat kontrolü ve stres düzenlemesi için farkındalık geliştirme teknikleri kullanılır.                                                      |
|                                  | Nörofeedback ve Bilişsel Eğitim Programları | • EEG tabanlı dikkat eğitimi ve bilişsel egzersizlerle yürütücü işlevler geliştirilir.                                                         |
|                                  | Egzersiz ve fiziksel aktivite               | • Dopaminerjik sistemleri destekleyerek dikkat ve davranış üzerinde olumlu etki sağlar.                                                        |
|                                  | Diyet ve beslenme düzenlemeleri             | • Omega-3, çinko, demir gibi mikroblesinler semptomları düzenleyici etki gösterebilir.<br>• Sitikolin + omega-3 veya fosfatidilserin + omega-3 |

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun tedavisinde psikostimulanlar (metilfenidat ve amfetamin türevleri) dopamin ve noradrenalin geri alımını inhibe ederek dikkati artırır, dürtüsellik ve hiperaktiviteyi azaltır ve genellikle ilk tercih edilen tedavilerdir (75). Metilfenidat ve amfetamin, ABD Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından çocuk ve ergenlerde DEHB tedavisi için onaylanmış uyarıcı ilaçlardır. Bu ilaçlar, beyinde dopamin ve norepinefrin seviyelerini artırarak etki gösterir. Olası yan etkiler arasında iştah azalması, uykusuzluk ve nadiren psikiyatrik bozukluklar, kalp sorunları ve ölüm yer alır (76). Ayrıca, serotonin ve norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI'ler), DEHB tedavisinde kullanılan uyarıcı olmayan ilaçlardır. Non-stimulan ilaçlar (atomoksetin, guanfacin, klonidin) ise stimulanları tolere edemeyen veya ek psikiyatrik sorunları olan hastalarda tercih edilmekte, daha yavaş ve stabil bir etki göstermektedir (25). Tüm farmakolojik tedavilerde, kişiye özel doz ayarlaması ve düzenli yan etki izlem süreci gerekmektedir. Alternatif ve tamamlayıcı tedavi yaklaşımlarında ise, mindfulness ve meditasyon gibi farkındalık temelli uygulamaların dikkati ve stres yönetimini iyileştirebildiği, nörofeedback ve bilişsel eğitim programlarının yürütücü işlevler üzerinde olumlu etkiler sağlayabildiği görülmektedir. Egzersiz ve fiziksel aktivite de dopaminerjik sistemleri destekleyerek davranış ve dikkat üzerinde olumlu etki yaparken, omega-3, çinko ve demir gibi mikroblesin takviyelerinin de bazı vakalarda belirtileri hafiflettiği bildirilmektedir. DEHB tedavisinde ilaç tedavisi önemli bir yer tutarken, alternatif ve destekleyici uygulamaların da bütüncül bir iyileşme için yararlı olduğu gösterilmiştir.

### 2.3.1. Farmakolojik Tedavi

DEHB tedavisinde farmakolojik müdahaleler, semptomların kontrol altına alınmasında etkili ve sıklıkla tercih edilen yöntemler arasında yer almaktadır. Özellikle dikkat eksikliği, dürtüsellik ve hiperaktivite semptomlarının azaltılmasında yüksek oranda etkililik gösteren farmakoterapiler, bireyin akademik, sosyal ve davranışsal işlevselliğinde belirgin iyileşme sağlamaktadır (34). Klinik rehberler, orta ve ağır

düzeyde DEHB vakalarında ilaç tedavisini birinci basamak müdahale olarak önermektedir.

DEHB tedavisinde kullanılan ilaçlar iki ana gruba ayrılmaktadır: psikostimülanlar ve non-stimülanlar. Psikostimülanlar, özellikle dopamin ve noradrenalin düzeylerini artırarak prefrontal kortekste yürütücü işlevleri destekler. Bu grup içerisinde en sık kullanılan ilaçlardan biri olan metilfenidat, kısa ve uzun etkili formülasyonları ile hem çocuk hem de yetişkin DEHB vakalarında tercih edilmektedir (39). Metilfenidat, dopamin geri alımını inhibe ederek sinaptik boşlukta dopaminin kalış süresini artırmakta ve bu sayede dikkat süresinde uzama, dürtüsel davranışlarda ise azalma sağlamaktadır (23).

Amfetamin türevleri, özellikle lisdeksamfetamin dimesilat, erişkin DEHB tedavisinde ön plana çıkmaktadır. Bu ilaç hem dopamin hem de noradrenalin salınımını artırmak suretiyle etki göstermekte ve hızlı başlayan etkisi sayesinde semptomatik kontrol sağlamaktadır. Ancak iştah azalması, uyku problemleri ve baş ağrısı gibi yan etkiler nedeniyle dikkatli doz titrasyonu ve izlem gereklidir.

Psikostimülanlara yanıt alınamayan ya da bu ilaçları tolere edemeyen bireylerde non-stimülan tedaviler ön plana çıkmaktadır. Bu gruptaki ilaçlardan biri olan atomoksetin, norepinefrin geri alım inhibitörü olarak etki göstermektedir ve anksiyete gibi eşlik eden psikiyatrik bozuklukları olan bireylerde sıklıkla tercih edilmektedir. Atomoksetin'in bağımlılık potansiyeli bulunmaması ve yan etki profilinin daha hafif olması, bu ilacı çocuk ve ergen popülasyonunda güvenli bir alternatif haline getirmektedir. Ayrıca guanfacin ve klonidin gibi alfa-2 adrenerjik agonistlerin de DEHB'ye eşlik eden uyku problemleri, tik bozuklukları ve saldırgan davranışlar gibi ikincil belirtilerin yönetiminde etkili olduğu belirtilmektedir.

Türkiye'de yapılan çalışmalar da farmakoterapinin etkinliğini desteklemektedir. Beyoğlu tarafından yapılan tez çalışmasında, ilaç tedavisi alan çocukların akademik başarılarında ve dikkat sürelerinde anlamlı artışlar saptanmıştır (19). Aynı şekilde, Şenel dikkat testleri ile yapılan objektif değerlendirmelerin, farmakoterapiye verilen yanıtın sistematik olarak izlenmesinde önemli katkılar sağladığını vurgulamıştır (23). Karadağ ve Güzel ise, farmakolojik müdahalelerin davranışsal destek programları ile birlikte uygulandığında tedavi etkinliğinin belirgin şekilde arttığını ifade etmektedir (74).

Farmakolojik tedavide başarı, yalnızca uygun ilaç seçimiyle değil; aynı zamanda bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal yapısına göre planlanan doz titrasyonu

ve düzenli izlem süreciyle mümkündür. Tedavinin amacı yalnızca semptom baskılamak değil; bireyin genel yaşam kalitesini, işlevselliğini ve sosyal uyumunu artırmak olmalıdır.

### **2.3.2. Alternatif ve Tamamlayıcı Tedavi**

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tedavisinde farmakoterapi birincil müdahale yöntemi olarak yer almakla birlikte, son yıllarda farmakolojik olmayan, alternatif ve tamamlayıcı tedavi yaklaşımlarına yönelik ilgi giderek artmaktadır. Bu yöntemler, ilaçların yeterince etkili olmadığı, yan etkilerin tolere edilemediği veya ebeveynlerin farmakolojik müdahaleye karşı çekinceler taşıdığı durumlarda önemli destek sağlamaktadır (39). Alternatif ve tamamlayıcı tedaviler doğrudan DEHB semptomlarını azaltmaya yönelik olabileceği gibi, genel zihinsel işlevselliği ve yaşam kalitesini iyileştirmeye odaklanan destekleyici teknikleri de içermektedir.

#### **2.3.2.1. Alternatif Tedavi Yöntemleri**

Bu alandaki yaklaşımların başında diyet müdahaleleri gelmektedir. Beslenme ve DEHB ilişkisine dair araştırmalar, özellikle yapay renklendirici ve katkı maddelerinin bazı çocuklarda hiperaktiviteyi artırabileceğini öne sürmüştür. Omega-3 yağ asitleri, çinko, demir gibi mikrobelerin kullanımı, bazı çocuklarda semptomlar üzerinde olumlu etkiler yaratabilir (77). Omega-3 yağ asitlerinin nörogeri gelişimsel süreçler üzerindeki etkisi ve DEHB semptomları üzerindeki potansiyel yararı ise birçok çalışmada tartışılmıştır. Omega-3 takviyelerinin dikkat düzeylerini artırdığı ve dürtüsellikte azalmaya katkıda bulunabileceği gösterilmiştir (34).

Nörogeri bildirim (neurofeedback), bireyin kendi beyin aktivitesini düzenlemesini sağlayan bir yöntem olup, DEHB'de yürütücü işlevlerin geliştirilmesine katkı sunan non-invaziv bir müdahale biçimi olarak tanımlanır. nörofeedback uygulamalarının dikkat süresi ve dürtüsellik üzerinde olumlu etkiler yarattığını ortaya koymuştur (78). Bu yöntemde bireye EEG cihazı aracılığıyla geri bildirim sağlanır ve belirli zihinsel durumlara ulaşması hedeflenir. Meta-analiz bulguları, nörogeri bildirimin dikkat ve dürtüsellik alanlarında sınırlı fakat anlamlı düzeyde iyileşmeler sağladığını ortaya koymuştur (39).

Egzersiz temelli müdahaleler, özellikle dikkat süreçlerini, dürtü kontrolünü ve genel psikolojik sağlamlığı artırma potansiyeli taşıyan destekleyici bir tekniktir. DEHB belirtilerini doğal yollarla yönetmede etkili bulunmuştur. Özellikle düzenli

aerobik egzersizlerin dikkat, planlama ve davranış kontrolü gibi yürütücü işlevlerde iyileşme sağladığı rapor edilmiştir (79). Düzenli aerobik egzersizlerin çocuklarda dikkat süresini uzattığı, motor aktiviteyi düzenlediği ve akademik başarıyı artırabileceği gösterilmiştir. Egzersizin dopamin ve serotonin düzeyleri üzerindeki düzenleyici etkisi, bu sonuçları nörobiyolojik olarak da desteklemektedir.

Alternatif ve tamamlayıcı tedavi yaklaşımlarının birçoğu yan etkileri az, erişilebilir ve bütüncül sağlık anlayışına uygun yöntemler olarak öne çıksa da, bu tedavilerin farmakoterapiye kıyasla daha düşük kanıta dayandığı ve standartlaşmış protokollerinin sınırlı olduğu unutulmamalıdır (80).

Bilişsel eğitim programları ve dikkat artırıcı bilgisayar oyunları da alternatif müdahale biçimleri arasında yer alır. Bu tür programlar aracılığıyla bireyin dikkatini odaklaması, görevler arasında geçiş yapması ve kısa süreli belleğini geliştirmesi hedeflenir. Bilgisayar temelli müdahale programlarının DEHB semptomları üzerinde olumlu ancak sınırlı etkiler yarattığı, bu nedenle birincil tedavi olarak değil; bütüncül tedavi modellerinin destekleyici bileşeni olarak görülmesi gerektiği belirtilmektedir (81). Özellikle teknolojik araçlarla desteklenen oyun temelli uygulamalar, çocukların motivasyonunu artırarak öğrenme süreçlerini olumlu yönde etkilemektedir.

Sanat terapisi, müzik terapisi ve hayvan destekli terapi gibi yöntemler ise duygusal regülasyon, stres yönetimi ve sosyal beceri gelişimi üzerinde olumlu etkiler sağlayabilmektedir. Bu tür tamamlayıcı teknikler doğrudan semptomları hedef almaktan ziyade, bireyin genel psikolojik esenliğini ve sosyal adaptasyonunu desteklemeye yöneliktir.

### **2.3.2.2. Tamamlayıcı Tedavi Yöntemleri**

DEHB, çocuklukta başlayan ve ergenlik hatta yetişkinlik döneminde devam edebilen nörogelişimsel bir bozukluktur. Farmakolojik tedaviler, özellikle uyarıcı ilaçlar, DEHB semptomlarını yönetmede genellikle etkilidir; ancak bazı bireylerde bu tedavilere karşı yeterli yanıt alınamamakta veya yan etkiler nedeniyle tolere edilememektedir. Bu nedenle, klinik uygulamada tamamlayıcı tedavi yaklaşımlarına olan ilginin arttığı ifade edilebilir. Tamamlayıcı tedaviler, farmakolojik tedavilerin yerine geçmekten ziyade, onları destekleyici bir rol üstlenmekte ve bireyin nörobiyolojik, bilişsel ve davranışsal işlevlerini bütüncül şekilde ele almayı amaçlamaktadır.

Tamamlayıcı tedavi yaklaşımları arasında öncelikle biyolojik temelli maddeler yer almaktadır. Sitikolin, kolin bazlı bir bileşik olup asetilkolin sentezi ve hücre

membranlarının bütünlüğü üzerinde etkili bir moleküldür. DEHB tanılı çocuklarda yürütülen randomize, çift kör, plasebo kontrollü bir çalışmada, sitikolin kullanımının güvenli olduğu saptanmış; ancak plaseboya göre semptomlar üzerinde anlamlı bir klinik etki göstermediği bildirilmiştir (82). Benzer şekilde, fosfatidilserin de sinaptik iletim ve nöroplastisite açısından önemli bir fosfolipit olup, bazı çalışmalarda dikkat ve davranış kontrolü üzerinde potansiyel faydalar sağladığı öne sürülmektedir (83). Çetin ve Tarlacı çalışmasında fosfatidilserin kullanımı DEHB semptomlarını azalttığı bulgusuna ulaşmıştır (84).

Omega-3 yağ asitleri ise DEHB tedavisinde en fazla araştırılan tamamlayıcı ajanlardan biridir. Özellikle eikosapentaenoik asit (EPA) ve dokosaheksaenoik asit (DHA) içerikleriyle, dikkat, dürtüsellik ve hiperaktivite semptomlarında iyileşme sağladığına dair çeşitli meta-analizler mevcuttur. Manor ve arkadaşları çalışmasında DEHB belirtilerinin tedavisinde omega-3 açısından zenginleştirilmiş olan fosfolipit molekülü olan fosfatidilserin kullanımının olumlu etkilediği belirlenmiştir (85). Bloch ve Qawasmi çalışmasında omega-3 yağ asidi takviyesi küçük fakat anlamlı yarar sağladığı belirtilmiştir (86). Araştırmalar, omega-3 takviyesinin güvenli bir seçenek olduğunu ve özellikle EPA ağırlıklı formülasyonların daha etkili olabileceğini göstermektedir (87). Bos ve arkadaşları çalışmasında omega-3 takviyesinin, DEHB semptomları olan kişilerde tedavinin yerini alması tavsiye edilmese de, Omega 3 desteğinin olasılıkla yararlı bir yardımcı olabileceği belirtilmişlerdir (88). Bununla birlikte, sitikolin, fosfatidilserin ve omega-3'ün çeşitli kombinasyonlarının (örneğin sitikolin + omega-3 veya fosfatidilserin + omega-3) DEHB üzerinde sinerjik etkiler sağlayabileceği hipotezi henüz sistematik olarak araştırılmamıştır ve bu kombinasyonların etkililiğini ortaya koyan klinik çalışmalar gerekmektedir.

Biyolojik takviyelere ek olarak, bilişsel müdahaleler de tamamlayıcı tedaviler arasında önemli bir yer tutmaktadır. Beyin egzersizleri olarak adlandırılan bilişsel eğitim programları, dikkat, çalışma belleği ve yürütücü işlevler gibi alanlara yönelik yapılandırılmış müdahaleleri içermektedir. Bilgisayar destekli programlar ve bireyselleştirilmiş dikkat çalışmaları, semptom kontrolünde ölçülebilir katkılar sağlayabilmektedir (87). Özellikle çocuklar için geliştirilen dikkat setleri, dikkat süresini uzatma, görsel ve işitsel ayırt etme, sıralama ve problem çözme gibi becerileri destekleyerek bilişsel gelişime katkı sağlamaktadır (89).

DEHB'nin yönetiminde tamamlayıcı tedavi yaklaşımları giderek daha fazla ilgi görmekte olup, özellikle farmakolojik tedavilerin yetersiz kaldığı durumlarda veya

yan etkilerin tolere edilmediği bireylerde alternatif bir seçenek sunmaktadır. Sitikolin ve fosfatidilserin gibi nörotrofik ajanların yanı sıra omega-3 yağ asitleri ve bilişsel egzersiz temelli müdahaleler, mevcut literatürde dikkat çeken başlıca tamamlayıcı yaklaşımlar arasında yer almaktadır.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Türü**

Bu araştırma, İzmir Katip Çelebi Üniveristesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalına (İzmir Şehir Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'ne) başvuru yapan DEHB tanısı almış çocukların ebeveynlerinin, farmakolojik ve alternatif/tamamlayıcı tedavi yöntemlerine yönelik bilgi düzeyleri ve bu tedavi yaklaşımlarına dair tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte planlanmış bir çalışmadır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma, İzmir Katip Çelebi Üniveristesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalında (İzmir Şehir Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde) yürütülmüştür. İzmir Şehir Hastanesi, bölgedeki çocuk ve ergen psikiyatrik başvuruların yoğun olarak gerçekleştiği önemli bir sağlık merkezidir. Araştırmanın veri toplama süreci, 2025 yılı Ocak, Şubat, Mart, Nisan aylarını kapsayan dört aylık bir zaman diliminde kapsamaktadır. Görüşmeler, poliklinik hizmeti alan çocukların ebeveynleriyle yüz yüze ve birebir olarak gerçekleştirilmiş; görüşmeler sırasında gizlilik ve gönüllülük esaslarına dikkat edilerek veriler toplanmıştır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini, veri toplama süresince İzmir Şehir Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Polikliniği'ne başvuran ve DSM-5 tanı kriterlerine göre DEHB tanısı almış 18 yaş altı çocukların ebeveynleri oluşturmaktadır. İzmir Şehir Hastanesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne 2024 yılının Ağustos-Eylül-Ekim ayları dikkate alındığında 3 ayda toplam 751 hasta başvurduğu öğrenilmiştir. Örneklem büyüklüğü 'Openepi Sample Size Calculator' hesaplama aracılığıyla %95 güven aralığında, %5 hata payı (tip-I hata) ve %50 bilinmeyen sıklık ile en az 255 olarak hesaplanmıştır.

### 3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bu araştırmada bağımlı ve bağımsız değişkenler araştırma amacına uygun biçimde belirlenmiş olup, ebeveynlerin farmakolojik ve alternatif/tamamlayıcı tedavi yöntemlerine ilişkin bilgi düzeyleri ile tedaviye yönelik tutumları temel bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır.

Araştırmada “bilgi düzeyi”, ebeveynin söz konusu tedavi yöntemlerini duyup duymadığı, bu yöntemler hakkında bilgi sahibi olup olmadığı ve daha önce uygulama deneyiminin bulunup bulunmadığı gibi ölçütlerle değerlendirilmiştir. Araştırmada “tutum değişkeni” ise ebeveynin tercih ettiği ilk tedavi yöntemi, alternatif/tamamlayıcı tedaviden algılanan fayda düzeyi ve bu yöneme yönelme gerekçeleri temel alınarak belirlenmiştir.

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini ise katılımcıların sosyo-demografik özellikleri (ebeveynin yaşı, cinsiyeti, eğitimi, ailedeki çocuk sayısı, gelir durumu, medeni hali, ebeveynin psikiyatrik öyküsü vb.) ile çocuğa ait klinik değişkenler (çocuğun yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, DEHB tanı süresi, aktif tedavi durumu, kullanılan ilaçlar, eşlik eden hastalıklar vb.) oluşturmaktadır.

Araştırmada alternatif/tamamlayıcı tedaviye ilişkin bilgi edinme kaynakları (doktor, internet, çevre, yayınlar vb.), bu yöntemlere yönelik deneyim (kullanım süresi, maliyeti, tercih edilen yöntem türleri) ve ebeveynin bu yöntemlerden elde ettiğini düşündüğü yarar düzeyi de değerlendirme kapsamında ele alınmış olup, bu alt değişkenler bilgi ve tutum düzeyleri ile ilişkili olarak analiz edilmiştir.

### 3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler, araştırmacı tarafından geliştirilen ve literatür taraması doğrultusunda yapılandırılan anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Anket formu, DEHB tanısı almış çocukların ebeveynlerinin farmakolojik ve alternatif/tamamlayıcı tedavi yöntemlerine ilişkin bilgi düzeyleri ve bu yaklaşımlara yönelik tutumlarını değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Anketin hazırlanma sürecinde daha önce yapılmış benzer nitelikteki çalışmalardan ve konu ile ilgili araştırma yapmış 3 uzman görüşü alınarak hazırlanmıştır. Anket formu dört ana bölümden oluşmaktadır:

**Sosyo-demografik Bilgiler:** Ebeveynin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, ailedeki çocuk sayısı, hane geliri, medeni durum gibi temel sosyo-demografik değişkenlerin yanı sıra, ebeveynlerin daha önceki psikiyatrik başvuru öyküsüne ilişkin veriler yer almaktadır.

**Çocuğa ait klinik ve tanı bilgileri:** Çocuğun yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, DEHB tanı süreci (yeni/eski tanı), aktif tedavi durumu, ilaç kullanım süresi, eşlik eden tıbbi ve psikiyatrik hastalık öyküsü, kullanılan ilaçlar ve ilaçların kullanım süreleri gibi bilgiler bu bölümde toplanmıştır.

**Ebeveynin alternatif/tamamlayıcı tedaviye ilişkin bilgi düzeyi ve uygulama deneyimi:** Ebeveynin DEHB'ye yönelik alternatif veya tamamlayıcı tedavi yöntemlerini duyup duymadığı, bu yöntemleri kullanıp kullanmadığı, kullanılan yöntemlerin türü (örneğin: sitikolin, fosfotidilserin, balık yağı, dikkat setleri vb.), bu yöntemlere harcanan maliyet ve uygulama süresi gibi bilgiler detaylı şekilde sorgulanmıştır.

**Ebeveynin tedaviye yönelik tutumları:** Katılımcıların ilk tercih ettikleri tedavi yöntemi, alternatif/tamamlayıcı yöntemlerden algılanan fayda düzeyi, bu yöntemlere başvurma gerekçeleri ve bilgi edinme kaynakları (doktor, internet, öğretmen, arkadaş çevresi vb.) değerlendirilmiştir.

### **3.6. İstatistiksel Analiz**

Araştırmadan elde edilen verilerin analizinde IBM SPSS Statistics 26.0 programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde öncelikle tanımlayıcı istatistiklerden yararlanılmış; sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde Ki-kare ( $\chi^2$ ) testi uygulanmıştır. Beklenen hücre frekanslarının %20'den fazlasında 5'ten küçük değerler bulunması durumunda Fisher'in kesin testi kullanılmıştır. Araştırma verileri %95 güven aralığında analiz edilmiştir.

### **3.7. Araştırma Takvimi**

Araştırma süreci Şubat-Nisan 2024 tarihinde tez konunun araştırılması, literatür taraması yapılması ve tez konusunun kararlaştırılmasıyla başlamıştır. Veri toplama sürecine geçilmeden önce, 19 Aralık 2024 tarihinde İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay alınmış; eş zamanlı olarak İzmir Şehir Hastanesi Başhekimliği'nden anket uygulama izinleri alınmıştır.

Araştırmada verilerinin toplanması 2025 yılı Ocak, Şubat, Mart ve Nisan ayları arasında İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalında (İzmir Şehir Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nde) yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma verilerinin toplanması sonrasında toplanan verilerin kodlanması, bilgisayar

ortamına aktarılması ve istatistiksel analizleri Nisan-Mayıs 2025 tarihleri arasında yapılmış olup araştırma bu dönemde tamamlanarak Temmuz 2025’de tez raporu haline getirilmiştir.

### **3.8. Etik İzinler**

Araştırmaya başlanmadan önce İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’na başvuru yapılmış ve çalışmanın etik yönden uygun bulunduğu dair onay alınmıştır (Etik Kurul Karar No ve Tarihi: 0311-19.12.2024). Etik kurul onayının ardından, araştırmanın uygulama alanı olan İzmir Şehir Hastanesi Başhekimliği’ne gerekli başvuru yapılmış ve saha uygulaması için kurumsal izin alınmıştır.

Araştırmaya katılan tüm bireyler, çalışmanın amacı, kapsamı ve gönüllülük esasına dayalı katılım koşulları hakkında sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmiştir. Katılımcılardan, veri toplama sürecinden önce aydınlatılmış onam alınmıştır. Çalışma süresince elde edilen tüm veriler anonim olarak kaydedilmiş, katılımcı gizliliği titizlikle korunmuş ve veriler yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılmıştır.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Aile ve Ebeveyn Demografisi

Araştırmann bu bölümünde aile ve ebeveyn demografi ile ilgili “yakınlık, çocuk sayısı, gelir durumu, medeni durum, anne ve baba eğitim durumu, annede psikiyatrik öykü” gibi değişkenlere ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 2. Aile ve Ebeveyn Demografisi ile İlgili Bulgular

| Değişken           | Kategori                            | n (%)        |
|--------------------|-------------------------------------|--------------|
| Yakınlık           | Anne                                | 204 (74,2%)  |
|                    | Baba                                | 71 (25,8%)   |
| Çocuk Sayısı       | 1                                   | 83 (30,2%)   |
|                    | 2                                   | 119 (43,3%)  |
|                    | 3                                   | 54 (19,6%)   |
|                    | 4 ve üstü                           | 19 (6,9%)    |
| Gelir Durumu       | Geliri giderinden az                | 67 (24,4%)   |
|                    | Geliri giderine eşit                | 151 (54,9%)  |
|                    | Geliri giderinden fazla             | 57 (20,7%)   |
| Medeni Durum       | Evli                                | 203 (73,8%)  |
|                    | Boşanmış                            | 42 (15,3%)   |
|                    | Anne/Baba herhangi biri vefat etmiş | 3 (1,1%)     |
|                    | Anne/Baba ayrı yaşıyor              | 7 (2,5%)     |
|                    | Anne veya baba tekrar evlilik yaptı | 20 (7,3%)    |
| Anne Eğitim Durumu | İlköğretim                          | 83 (30,2%)   |
|                    | Lise                                | 93 (33,8%)   |
|                    | Yüksekokul                          | 28 (10,2%)   |
|                    | Üniversite                          | 71 (25,8%)   |
| Baba Eğitim Durumu | İlköğretim                          | 89 (32,5%)   |
|                    | Lise                                | 95 (34,7%)   |
|                    | Yüksekokul                          | 18 (6,6%)    |
|                    | Üniversite                          | 72 (26,3%)   |
|                    | Okur yazar                          | 1 (0,4%)     |
| Toplam (Geçerli)   |                                     | 275 (100,0%) |

Araştırma bulgulara göre, katılımcıların %74,2’si annelerden, %25,8’i ise babalardan oluşmaktadır. Çocuk sayısı dağılımı incelendiğinde, %30,2’sinin bir, %43,3’ünün iki, %19,6’sının üç ve %6,9’unun ise dört veya daha fazla çocuğu bulunmaktadır. Gelir durumu açısından, katılımcıların %24,4’ü gelirinin giderinden az, %54,9’u gelirinin giderine eşit, %20,7’si ise gelirinin giderinden fazla olduğunu belirtmiştir. Medeni durum bakımından, katılımcıların %73,8’i evli, %15,3’ü boşanmış, %1,1’i anne veya babadan birinin vefat ettiği, %2,5’i anne ve babanın ayrı yaşadığı, %7,3’ü ise anne veya babanın tekrar evlendiği ailelerden gelmektedir. Anne eğitim durumu değerlendirildiğinde, %30,2’sinin ilköğretim, %33,8’inin lise, %10,2’sinin yüksekokul ve %25,8’inin üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Baba eğitim durumu ise %32,5 ile ilköğretim, %34,7 ile lise, %6,6 ile yüksekokul, %26,3 ile üniversite ve %0,4 ile okur yazar olarak dağılım göstermektedir.

Tablo 3. Anne vır Babada Psikiyatrik Rahatsızlık ile İlgili Bulgular

|                                       |     | n (%)               |
|---------------------------------------|-----|---------------------|
| <b>Annede psikiyatrik rahatsızlık</b> | Yok | 220 (80%)           |
|                                       | Var | 55 (20%)            |
| <b>Babada psikiyatrik rahatsızlık</b> | Yok | 249 (90,5%)         |
|                                       | Var | 26 (9,5%)           |
| <b>Toplam</b>                         |     | <b>275 (100,0%)</b> |

Araştırmada annelerde psikiyatrik rahatsızlık görülme oranı %20 olarak belirlenmiştir. Buna karşın, babalarda psikiyatrik rahatsızlık oranı %9,5 seviyesinde olup, annelere kıyasla düşüktür. Annelerde psikiyatrik rahatsızlık bulunmayanların oranı %80, babalarda ise bu oran %90,5 olarak belirlenmiştir.

#### 4.2. Çocuğa Ait Klinik ve Demografik Bilgiler

Bu bölümde çocuklara ilişkin klinik ve demografik bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4. Çocuğa Yönelik Demografik ve Tedavi ile İlgili Bulgular

| Değişken                                         | Kategori                          | n (%)       |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------|
| <b>Cinsiyet</b>                                  | Kadın                             | 97 (35,3%)  |
|                                                  | Erkek                             | 178 (64,7%) |
| <b>Çocuğun Eğitim Durumu*(n=253)</b>             | İlköğretim                        | 105 (41,5%) |
|                                                  | Ortaokul                          | 67 (26,5%)  |
|                                                  | Lise                              | 81 (32,0%)  |
| <b>DEHB Tedavisi Alıyor mu?</b>                  | Evet                              | 221 (80,4%) |
|                                                  | Hayır                             | 54 (19,6%)  |
| <b>Doktora Başvurdu mu?</b>                      | Evet                              | 239 (86,9%) |
|                                                  | Hayır                             | 36 (13,1%)  |
| <b>İlaç Tedavisi Önerisi** (n=274)</b>           | Önerildi ve kullandık             | 152 (55,4%) |
|                                                  | Önerildi ancak kullanmadık        | 61 (22,3%)  |
|                                                  | Önerilmedi                        | 61 (22,3%)  |
| <b>Öncelikli Tercih Edilen Tedavi*** (n=122)</b> | İlaç tedavisi                     | 39 (32,0%)  |
|                                                  | Alternatif/Tamamlayıcı tedavi     | 50 (41,0%)  |
|                                                  | Her ikisine de aynı anda başladık | 33 (27,0%)  |

\*Araştırmada 22 çocuk temel eğitim çağında değildir, \*\*1 çocuk ile ilgili ilaç tedavisi önerilme bilgisi belirtilmemiş, \*\*\*153 çocuk ile 23.soruya A ve B şıkkını işaretleyenler ankete devam etmemiş, öncelikli tercih edilen tedavi belirtmemiştir.

Tablo-4'teki bulgulara göre, katılımcıların %35,3'ü kız, %64,7'si erkektir. Çocukların eğitim durumu değerlendirildiğinde (n=253), %41,5'i ilköğretim, %26,5'i ortaokul, %32,0'si lise düzeyindedir. DEHB tedavisi alanların sıklığı %80,4, almayanların sıklığı ise %19,6'dır. Katılımcıların %86,9'u doktora başvurmuş, %13,1'i ise başvurmamıştır.

İlaç tedavisi önerisi ile ilgili olarak (n=274), %55,4'üne ilaç tedavisi önerilmiş ve kullanılmış, %22,3'üne ilaç önerilmiş ancak kullanılmamış, %22,3'üne ise ilaç tedavisi önerilmemiştir. Araştırmada öncelikli tercih edilen tedavi türü (n=122)

incelendiğinde, %32,0'si ilaç tedavisini, %41,0'i alternatif/tamamlayıcı tedaviyi, %27,0'si ise her iki tedavi seçeneğini aynı anda tercih ettiğini belirtmiştir.

#### 4.3. DEHB Tedavi İle İlgili Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde çocuklara ilişkin klinik ve demografik bilgilerle DEHB tedavisi arasındaki ilişkiler analiz edilmiştir.

Tablo 5. Çocuk Sayısı ve DEHB Tedavisi Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular

| Kaç Çocuk | DEHB tedavisi alıp almama durumu |              |               | P     |
|-----------|----------------------------------|--------------|---------------|-------|
|           | Hayır (n, %)                     | Evet (n, %)  | Toplam (n, %) |       |
| 1         | 11 (20,4%)                       | 72 (32,6%)   | 83 (30,2%)    | 0,124 |
| 2         | 24 (44,4%)                       | 95 (43,0%)   | 119 (43,3%)   |       |
| 3         | 16 (29,6%)                       | 38 (17,2%)   | 54 (19,6%)    |       |
| 4 ve üstü | 3 (5,6%)                         | 16 (7,2%)    | 19 (6,9%)     |       |
| Toplam    | 54 (100,0%)                      | 221 (100,0%) | 275 (100,0%)  |       |

Tablo 5'te ailedeki çocuk sayısı ile çocuğun DEHB tedavisi alıp almaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p = 0,124$ ). Tek çocuklu ailelerde DEHB tedavisi alma sıklığı %32,6 iken almayanların sıklığı %20,4'tür. İki çocuklu ailelerde tedavi alma sıklığı en fazla olup %43,0'tür. Yine aynı şekilde tedavi almayanların sıklığı da en fazla iki çocuklu ailelerde olup %44,4'tür. Üç çocuklu ailelerde tedavi alan sıklığı %17,2; almayanların sıklığı %29,6'dır. Dört ve üzeri çocuğa sahip olan ailelerde tedavi alma sıklığı %7,2 iken almayanların sıklığı %5,6'dır.

Tablo 6. Gelir Durumu ve DEHB Tedavisi Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular

| Gelir Durumu            | DEHB tedavi  |              |               | P     |
|-------------------------|--------------|--------------|---------------|-------|
|                         | Hayır (n, %) | Evet (n, %)  | Toplam (n, %) |       |
| Geliri giderinden az    | 14 (25,9%)   | 53 (24,0%)   | 67 (24,4%)    | 0,446 |
| Geliri giderine eşit    | 26 (48,1%)   | 125 (56,6%)  | 151 (54,9%)   |       |
| Geliri giderinden fazla | 14 (25,9%)   | 43 (19,5%)   | 57 (20,7%)    |       |
| Toplam                  | 54 (100,0%)  | 221 (100,0%) | 275 (100,0%)  |       |

Tablo 6'da bireylerin gelir durumları ile çocuklarının DEHB tedavisi alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p=0,446$ ). Tedavi alan grubun %56,6'sı gelirinin giderine eşit olduğunu belirtirken, bu sıklık tedavi almayan grupta %48,1'dir. Geliri giderinden az olan ailelerin sıklığı her iki grupta benzerlik göstermekte olup, tedavi alanlarda %24,0, almayanlarda %25,9'dur. Benzer şekilde, geliri giderinden fazla olan ailelerin sıklığı tedavi alanlarda %19,5, almayanlarda ise %25,9'dur.

Tablo 7. Medeni Durum ve DEHB Tedavisi Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular

| Medeni Durum           | DEHB tedavi  |              |               | P     |
|------------------------|--------------|--------------|---------------|-------|
|                        | Hayır (n, %) | Evet (n, %)  | Toplam (n, %) |       |
| Evli                   | 47 (87,0%)   | 156 (70,6%)  | 203 (73,8%)   | 0,098 |
| Boşanmış               | 4 (7,4%)     | 38 (17,2%)   | 42 (15,3%)    |       |
| Anne/Baba vefat etmiş  | 1 (1,9%)     | 2 (0,9%)     | 3 (1,1%)      |       |
| Anne/Baba ayrı yaşıyor | 0 (0,0%)     | 7 (3,2%)     | 7 (2,5%)      |       |
| Tekrar evlilik yaptı   | 2 (3,7%)     | 18 (8,1%)    | 20 (7,3%)     |       |
| Toplam                 | 54 (100,0%)  | 221 (100,0%) | 275 (100,0%)  |       |

Tablo 7’de ebeveynlerin medeni durumu ile çocuklarının DEHB tedavisi alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p = 0,098$ ). Tedavi alan çocukların %70,6’sı evli ebeveynlere sahipken, bu sıklık tedavi almayan grupta %87,0’dır. Özellikle boşanmış ebeveyn sıklığı tedavi alan grupta %17,2’dir tedavi almayanlara %7,4’ tür. Benzer şekilde, tekrar evlilik yapmış ebeveyn sıklığı da tedavi alanlarda (%8,1), tedavi almayanlardan (%3,7) fazladır.

Tablo 8. Anne Eğitim Durumu ve DEHB Tedavisi Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular

| Anne Eğitim Durumu | DEHB tedavi  |              |               | P     |
|--------------------|--------------|--------------|---------------|-------|
|                    | Hayır (n, %) | Evet (n, %)  | Toplam (n, %) |       |
| İlköğretim         | 23 (42,6%)   | 60 (27,1%)   | 83 (30,2%)    | 0,187 |
| Lise               | 14 (25,9%)   | 79 (35,8%)   | 93 (33,8%)    |       |
| Yüksekokul         | 5 (9,3%)     | 23 (10,4%)   | 28 (10,2%)    |       |
| Üniversite         | 12 (22,2%)   | 59 (26,7%)   | 71 (25,8%)    |       |
| Toplam             | 54 (100,0%)  | 221 (100,0%) | 275 (100,0%)  |       |

Tablo 8’de annelerin eğitim durumu ile çocuklarının DEHB tedavisi alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p = 0,187$ ). Araştırmada tedavi alan çocukların annelerinin %72,9’u lise ve üzeri eğitim düzeyine sahiptir (lise: %35,8; yüksekokul: %10,4; üniversite: %26,7). Buna karşılık, tedavi almayan çocukların annelerinde bu sıklık %57,4 olarak belirlenmiştir (lise: %25,9; yüksekokul: %9,3; üniversite: %22,2). Öte yandan, ilköğretim mezunu annelerin sıklığı tedavi almayan grupta %42,6 iken, tedavi alan grupta bu sıklık %27,1’dir.

Tablo 9. Baba Eğitim Durumu ve DEHB Tedavisi Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular

| Baba Eğitim Durumu | DEHB tedavi  |              |               | P     |
|--------------------|--------------|--------------|---------------|-------|
|                    | Hayır (n, %) | Evet (n, %)  | Toplam (n, %) |       |
| İlköğretim         | 23 (42,6%)   | 66 (30,0%)   | 89 (32,5%)    | 0,212 |
| Lise               | 19 (35,2%)   | 76 (34,5%)   | 95 (34,7%)    |       |
| Yüksekokul         | 2 (3,7%)     | 16 (7,3%)    | 18 (6,6%)     |       |
| Üniversite         | 10 (18,5%)   | 62 (28,2%)   | 72 (26,3%)    |       |
| Toplam             | 54 (100,0%)  | 220 (100,0%) | 274 (100,0%)  |       |

Tablo 9’da eğitim durumu ile çocuklarının DEHB tedavisi alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p = 0,212$ ). Tedavi alan

çocukların %28,2'sinin babası üniversite mezunu iken, bu sıklık tedavi almayanlarda %18,5'tir. Benzer şekilde, ilköğretim mezunu baba sıklığı tedavi almayan grupta (%42,6) tedavi alanlara (%30,0) kıyasla daha yüksektir. Lise mezunu baba sıklığı her iki grupta da benzerlik göstermektedir (tedavi alanlarda %34,5, almayanlarda %35,2).

Tablo 10. Anne Psikiyatrik Öyküsü ve DEHB Tedavisi Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular

| Anne Psikiyatrik Öyküsü | DEHB tedavi  |              |               | P     |
|-------------------------|--------------|--------------|---------------|-------|
|                         | Hayır (n, %) | Evet (n, %)  | Toplam (n, %) |       |
| Yok                     | 42 (77,8%)   | 178 (80,5%)  | 220 (80,0%)   | 0,649 |
| Var                     | 12 (22,2%)   | 43 (19,5%)   | 55 (20,0%)    |       |
| Toplam                  | 54 (100,0%)  | 221 (100,0%) | 275 (100,0%)  |       |

Tablo 10'da annelerin psikiyatrik öyküsünün bulunup bulunmaması ile çocuklarının DEHB tedavisi alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p = 0,649$ ). Tedavi alan çocukların %80,5'inin annesinde psikiyatrik öykü bulunmazken, bu sıklık tedavi almayan grupta %77,8'dir. Psikiyatrik öyküye sahip annelerin sıklığı ise tedavi alanlarda %19,5, tedavi almayanlarda %22,2 olarak belirlenmiştir.

Tablo 11. Baba Psikiyatrik Öyküsü ve DEHB Tedavisi Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular

| Baba Psikiyatrik Öyküsü | DEHB tedavi  |              |               | P     |
|-------------------------|--------------|--------------|---------------|-------|
|                         | Hayır (n, %) | Evet (n, %)  | Toplam (n, %) |       |
| Yok                     | 50 (92,6%)   | 199 (90,0%)  | 249 (90,5%)   | 0,709 |
| Var                     | 4 (7,4%)     | 22 (10,0%)   | 26 (9,5%)     |       |
| Toplam                  | 54 (100,0%)  | 221 (100,0%) | 275 (100,0%)  |       |

Tablo 11'de babaların psikiyatrik öyküsünün varlığı ile çocuklarının DEHB tedavisi alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p = 0,709$ ). Psikiyatrik öyküsü bulunmayan babaların sıklığı, hem tedavi alan grupta (%90,0) hem de tedavi almayan grupta (%92,6) yüksek ve birbirine oldukça yakındır. Psikiyatrik öyküsü olan babaların sıklığı ise tedavi alanlarda %10,0, tedavi almayanlarda %7,4'tür.

Tablo 12. Cinsiyet ve DEHB Tedavisi Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular

| Cinsiyet | DEHB tedavi  |              |               | P    |
|----------|--------------|--------------|---------------|------|
|          | Hayır (n, %) | Evet (n, %)  | Toplam (n, %) |      |
| Kadın    | 19 (35,2%)   | 78 (35,3%)   | 97 (35,3%)    | 0,98 |
| Erkek    | 35 (64,8%)   | 143 (64,7%)  | 178 (64,7%)   |      |
| Toplam   | 54 (100,0%)  | 221 (100,0%) | 275 (100,0%)  |      |

Tablo 12'de çocuğun cinsiyeti ile DEHB tedavisi alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p = 0,980$ ). Tedavi alan çocukların %64,7'si erkek, %35,3'ü kız iken; tedavi almayan grupta bu sıklıklar sırasıyla %64,8 ve %35,2'dir.

Tablo 13. Çocuk Eğitim Durumu ve DEHB Tedavisi Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular

| Çocuk Eğitim Durumu | DEHB tedavi  |              |               | P    |
|---------------------|--------------|--------------|---------------|------|
|                     | Hayır (n, %) | Evet (n, %)  | Toplam (n, %) |      |
| İlköğretim          | 19 (46,3%)   | 86 (40,6%)   | 105 (41,5%)   | 0,28 |
| Ortaokul            | 7 (17,1%)    | 60 (28,3%)   | 67 (26,5%)    |      |
| Lise                | 15 (36,6%)   | 66 (31,1%)   | 81 (32,0%)    |      |
| Toplam              | 41 (100,0%)  | 212 (100,0%) | 253 (100,0%)  |      |

Tablo 13'te çocuğun eğitim durumu ile DEHB tedavisi alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p = 0,280$ ). Tedavi alan çocukların %40,6'sı ilköğretim, %28,3'ü ortaokul ve %31,1'i lise düzeyindedir. Tedavi almayan grupta ise ilköğretim öğrencilerin sıklığı %46,3, ortaokul %17,1 ve lise %36,6'dır.

Tablo 14. Medeni Durum (3 Grup) ve DEHB Tedavisi Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular

| Medeni Durum (3 Grup) | DEHB tedavi  |              |               | P     |
|-----------------------|--------------|--------------|---------------|-------|
|                       | Hayır (n, %) | Evet (n, %)  | Toplam (n, %) |       |
| Evli                  | 47 (87,0%)   | 156 (70,6%)  | 203 (73,8%)   | 0,049 |
| Boşanmış              | 4 (7,4%)     | 38 (17,2%)   | 42 (15,3%)    |       |
| Diğer                 | 3 (5,6%)     | 27 (12,2%)   | 30 (10,9%)    |       |
| Toplam                | 54 (100,0%)  | 221 (100,0%) | 275 (100,0%)  |       |

Tablo 14'te ebeveynlerin medeni durumu (evli, boşanmış, diğer) ile çocuklarının DEHB tedavisi alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p = 0,049$ ). Verilere göre, tedavi almayan çocukların büyük çoğunluğu (%87,0) evli ebeveynlere sahipken, tedavi alan çocuklarda bu sıklık daha düşüktür (%70,6). Buna karşılık, boşanmış ebeveyn sıklığı tedavi alan grupta (%17,2), tedavi almayanlara göre daha yüksektir (%7,4). Benzer şekilde, "diğer" kategorisine giren anne/babanın ayrı yaşaması, vefat durumu veya tekrar evlilik gibi aile yapılarında ise sıklık, tedavi alan çocuklarda (%12,2), tedavi almayanlara (%5,6) kıyasla daha fazladır.

Tablo 15. Çocuk Sayısı (3 Grup) ve DEHB Tedavisi Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular

| Çocuk Sayısı (3 Grup) | DEHB tedavi  |              |               | p     |
|-----------------------|--------------|--------------|---------------|-------|
|                       | Hayır (n, %) | Evet (n, %)  | Toplam (n, %) |       |
| 1                     | 11 (20,4%)   | 72 (32,6%)   | 83 (30,2%)    | 0,130 |
| 2                     | 24 (44,4%)   | 95 (43,0%)   | 119 (43,3%)   |       |
| 3 ve üzeri            | 19 (35,2%)   | 54 (24,4%)   | 73 (26,5%)    |       |
| Toplam                | 54 (100,0%)  | 221 (100,0%) | 275 (100,0%)  |       |

Tablo 15'te çocuk sayısının üçlü gruplama ile değerlendirilmesi sonucunda, çocuk sayısı ile DEHB tedavisi alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p=0,130$ ). Tek çocuğa sahip ailelerde tedavi alma sıklığı %32,6 iken, tedavi almayan grupta bu sıklık %20,4'tür. İki çocuklu aileler her iki grupta da benzer sıklıklara sahiptir (tedavi alanlarda %43,0, almayanlarda %44,4). Üç ve üzeri

çocuğa sahip ailelerde ise tedavi alma sıklığı (%24,4), tedavi almayanlara (%35,2) kıyasla daha düşüktür.

#### 4.3.1. DEHB Tedavisinde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları İle İlgili Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde çocuklara ilişkin klinik ve demografik bilgilerle geleneksel/tamamlayıcı tıp uygulamalarına ilişkin bilgi durumu arasındaki ilişkiler analiz edilmiştir.

Tablo 16. Çocuk Sayısı ve Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ile İlgili Bulgular

| Çocuk Sayısı | Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları |                                   |                                | Toplam (n, %) | P     |
|--------------|--------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|---------------|-------|
|              | Bilgim yok/Duymadım (n, %)                 | Bilgim var ama kullanmadık (n, %) | Bilgim var ve kullandık (n, %) |               |       |
| 1            | 21 (19,1%)                                 | 17 (39,5%)                        | 45 (37,2%)                     | 83 (30,3%)    | 0,000 |
| 2            | 39 (35,5%)                                 | 22 (51,2%)                        | 57 (47,1%)                     | 118 (43,1%)   |       |
| 3            | 39 (35,5%)                                 | 2 (4,7%)                          | 13 (10,7%)                     | 54 (19,7%)    |       |
| 4 ve üstü    | 11 (10,0%)                                 | 2 (4,7%)                          | 6 (5,0%)                       | 19 (6,9%)     |       |
| Toplam       | 110 (100,0%)                               | 43 (100,0%)                       | 121 (100,0%)                   | 274 (100,0%)  |       |

Tablo 16’da çocuk sayısı ile DEHB tedavisinde geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT) uygulamalarına yönelik bilgi ve kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p = 0,000$ ). Verilere göre, GETAT hakkında bilgi sahibi olup kullananların sıklığı en yüksek düzeyde iki çocuğu olan ailelerde görülmektedir (%47,1). Bu grubu %37,2 ile tek çocuklu aileler takip etmektedir. Buna karşılık, üç ve üzeri çocuğa sahip ailelerde GETAT kullanımı belirgin biçimde düşüktür (üç çocuklu %10,7, dört ve üzeri %5,0). Ayrıca, “bilgim yok/duymadım” diyenlerin sıklığı iki ve üç çocuklu ailelerde %35,5’tir. “Bilgim var ama kullanmadık” diyenler sırasıyla %51,2 ve %39,5 ile iki çocuklu ve bir çocuklu ailelerde yüksektir.

Tablo 17. Gelir Durumu ve Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ile İlgili Bulgular

| Gelir Durumu            | Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları |                                   |                                | Toplam (n, %) | P     |
|-------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|---------------|-------|
|                         | Bilgim yok/Duymadım (n, %)                 | Bilgim var ama kullanmadık (n, %) | Bilgim var ve kullandık (n, %) |               |       |
| Geliri giderinden az    | 30 (27,3%)                                 | 8 (18,6%)                         | 29 (24,0%)                     | 67 (24,5%)    | 0,661 |
| Geliri giderine eşit    | 56 (50,9%)                                 | 24 (55,8%)                        | 70 (57,9%)                     | 150 (54,7%)   |       |
| Geliri giderinden fazla | 24 (21,8%)                                 | 11 (25,6%)                        | 22 (18,2%)                     | 57 (20,8%)    |       |
| Toplam                  | 110 (100,0%)                               | 43 (100,0%)                       | 121 (100,0%)                   | 274 (100,0%)  |       |

Tablo 17’de gelir durumu ile DEHB tedavisinde geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT) uygulamalarına yönelik bilgi ve kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p=0,661$ ). GETAT hakkında bilgi sahibi

olmayan ve GETAT'ı duymayanların %27,3'ünün geliri giderinden az, %50,9'unun geliri gideri eşit ve %21,8'inin geliri giderinden fazladır. GETAT hakkında bilgi sahibi olup hiç kullanmamış olan bireylerin %18,6'sı geliri giderinden az, %55,8'i geliri giderine eşit ve %25,6'sı geliri giderinden fazladır. Öte yandan, GETAT hakkında bilgi sahibi olup bu uygulamaları kullanmış olan bireylerin %24,0'ının geliri giderinden az, %57,9'unun geliri giderine eşit ve %18,2'sinin geliri giderinden fazladır.

Tablo 18. Medeni Durum (3 Grup) ve Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ile İlgili Bulgular

| Medeni Durum (3 Grup) | Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları |                                   |                                | Toplam (n, %) | P     |
|-----------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|---------------|-------|
|                       | Bilgim yok/Duymadım (n, %)                 | Bilgim var ama kullanmadık (n, %) | Bilgim var ve kullandık (n, %) |               |       |
| Evli                  | 88 (80,0%)                                 | 28 (65,1%)                        | 86 (71,1%)                     | 202 (73,7%)   | 0,110 |
| Boşanmış              | 14 (12,7%)                                 | 11 (25,6%)                        | 17 (14,0%)                     | 42 (15,3%)    |       |
| Diğer                 | 8 (7,3%)                                   | 4 (9,3%)                          | 18 (14,9%)                     | 30 (10,9%)    |       |
| Toplam                | 110 (100,0%)                               | 43 (100,0%)                       | 121 (100,0%)                   | 274 (100,0%)  |       |

Tablo 18'de ebeveynlerin medeni durumu (evli, boşanmış, diğer) ile DEHB tedavisinde GETAT uygulamalarına ilişkin bilgi ve kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p = 0,110$ ). GETAT hakkında bilgi sahibi olup kullandığını belirtenlerin büyük kısmı evli bireylerden oluşmaktadır (%71,1), bu sıklık boşanmışlarda %14,0 ve "diğer" grupta %14,9'dur. Boşanmış bireylerde "bilgim var ama kullanmadık" sıklığı (%25,6) evlilere göre (%65,1) düşük olmakla birlikte dikkat çekicidir. "Diğer" kategoriye giren bireylerde (örneğin yeniden evlilik, ayrı yaşama vb.) kullanım sıklığı %14,9 ile boşanmış gruba yakın düzeydedir.

Tablo 19. Anne Eğitim Durumu ve Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ile İlgili Bulgular

| Anne Eğitim Durumu | Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları |                                   |                                | Toplam (n, %) | P     |
|--------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|---------------|-------|
|                    | Bilgim yok/Duymadım (n, %)                 | Bilgim var ama kullanmadık (n, %) | Bilgim var ve kullandık (n, %) |               |       |
| İlköğretim         | 47 (42,7%)                                 | 12 (27,9%)                        | 24 (19,8%)                     | 83 (30,3%)    | 0,000 |
| Lise               | 40 (36,4%)                                 | 14 (32,6%)                        | 39 (32,2%)                     | 93 (33,9%)    |       |
| Yüksekokul         | 9 (8,2%)                                   | 5 (11,6%)                         | 13 (10,7%)                     | 27 (9,9%)     |       |
| Üniversite         | 14 (12,7%)                                 | 12 (27,9%)                        | 45 (37,2%)                     | 71 (25,9%)    |       |
| Toplam             | 110 (100,0%)                               | 43 (100,0%)                       | 121 (100,0%)                   | 274 (100,0%)  |       |

Tablo 19'da annelerin eğitim düzeyi ile DEHB tedavisinde geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT) uygulamalarına ilişkin bilgi ve kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p = 0,000$ ). GETAT hakkında bilgi sahibi olup kullandığını belirten annelerin %37,2'si üniversite mezunu iken, bu sıklık lise mezunlarında %32,2, ilköğretim mezunlarında ise sadece %19,8'dir. Benzer şekilde, "bilgim var ama kullanmadık" diyenlerin sıklığı lise mezunlarında %32,6,

ilkokul ve üniversite mezunlarından %27,9, yüksekokul mezunlarında ise %11,6'dır. Araştırmada “bilgim yok/duymadım” yanıtı en çok ilköğretim mezunu anneler arasında görülmüştür (%42,7).

Tablo 20. Baba Eğitim Durumu ve Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ile İlgili Bulgular

| Baba Eğitim Durumu | Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları |                                   |                                | Toplam (n, %) | P     |
|--------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|---------------|-------|
|                    | Bilgim yok/Duymadım (n, %)                 | Bilgim var ama kullanmadık (n, %) | Bilgim var ve kullandık (n, %) |               |       |
| İlköğretim         | 41 (37,6%)                                 | 14 (32,6%)                        | 34 (28,1%)                     | 89 (32,6%)    | 0,189 |
| Lise               | 41 (37,6%)                                 | 10 (23,3%)                        | 43 (35,5%)                     | 94 (34,4%)    |       |
| Yüksekokul         | 5 (4,6%)                                   | 5 (11,5%)                         | 8 (6,6%)                       | 18 (6,6%)     |       |
| Üniversite         | 22 (20,2%)                                 | 14 (32,6%)                        | 36 (29,8%)                     | 72 (26,4%)    |       |
| Toplam             | 109 (100,0%)                               | 43 (100,0%)                       | 121 (100,0%)                   | 273 (100,0%)  |       |

Tablo 20’de babaların eğitim düzeyi ile DEHB tedavisinde geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT) uygulamalarına ilişkin bilgi ve kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p = 0,189$ ). Araştırmada bilgi sahibi olup bu yöntemleri kullandığını belirten katılımcıların sıklığı en yüksek lise mezunu babalarda gözlenmiştir (%35,5). Bu grubu sırasıyla üniversite mezunları (%29,8), ilköğretim mezunları (%28,1) ve yüksekokul mezunları (%6,6) takip etmektedir. GETAT hakkında bilgi sahibi olduğunu ancak bu yöntemleri kullanmadığını ifade edenlerin sıklığı en fazla ilköğretim ve üniversite mezunu babalar arasında görülmekte olup, bu sıklık %32,6’dır. Bununla birlikte GETAT hakkında bilgi sahibi olmayan ya da bu yöntemleri hiç duymadığını belirten katılımcıların sıklığı ise en yüksek ilköğretim ve lise mezunlarında görülmektedir (%37,6).

Tablo 21. Anne Psikiyatrik Öyküsü ve Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ile İlgili Bulgular

| Anne Psikiyatrik Öyküsü | Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları |                                   |                                | Toplam (n, %) | P     |
|-------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|---------------|-------|
|                         | Bilgim yok/Duymadım (n, %)                 | Bilgim var ama kullanmadık (n, %) | Bilgim var ve kullandık (n, %) |               |       |
| Yok                     | 92 (83,6%)                                 | 32 (74,4%)                        | 96 (79,3%)                     | 220 (80,3%)   | 0,399 |
| Var                     | 18 (16,4%)                                 | 11 (25,6%)                        | 25 (20,7%)                     | 54 (19,7%)    |       |
| Toplam                  | 110 (100,0%)                               | 43 (100,0%)                       | 121 (100,0%)                   | 274 (100,0%)  |       |

Tablo 21’de annelerin psikiyatrik öyküsünün varlığı ile DEHB tedavisinde geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT) uygulamalarına yönelik bilgi ve kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p = 0,399$ ). GETAT hakkında bilgi sahibi olup kullandığını belirtenlerin %79,3’ü psikiyatrik öyküsü olmayan annelere aitken, bu sıklık psikiyatrik öyküsü olanlarda %20,7’dir. Benzer şekilde, “bilgim var ama kullanmadık” diyenlerin %74,4’ü ve “bilgim yok/duymadım” diyenlerin %83,6’sı psikiyatrik öyküsü olmayan annelerdir.

Psikiyatrik öyküye sahip annelerin tüm gruplarda sıklığı görece düşük olup, gruplar arasında belirgin bir fark bulunmamaktadır.

Tablo 22. Baba Psikiyatrik Öyküsü ve Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ile İlgili Bulgular

| Baba Psikiyatrik Öyküsü | Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları |                                   |                                | Toplam (n, %) | P     |
|-------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|---------------|-------|
|                         | Bilgim yok/Duymadım (n, %)                 | Bilgim var ama kullanmadık (n, %) | Bilgim var ve kullandık (n, %) |               |       |
| Yok                     | 102 (92,7%)                                | 37 (86,0%)                        | 109 (90,1%)                    | 248 (90,5%)   | 0,397 |
| Var                     | 8 (7,3%)                                   | 6 (14,0%)                         | 12 (9,9%)                      | 26 (9,5%)     |       |
| Toplam                  | 110 (100,0%)                               | 43 (100,0%)                       | 121 (100,0%)                   | 274 (100,0%)  |       |

Tablo 22’de babaların psikiyatrik öyküsünün varlığı ile DEHB tedavisinde geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT) uygulamalarına yönelik bilgi ve kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p = 0,397$ ). GETAT kullandığını belirten bireylerin %90,1’i psikiyatrik öyküsü olmayan babalara aitken, bu sıklık psikiyatrik öyküsü olan babalarda %9,9’dur. Benzer şekilde, “bilgim yok/duymadım” diyenlerin %92,7’si ve “bilgim var ama kullanmadık” diyenlerin %86,0’ı da babasında psikiyatrik öykü bulunmayan bireylerden oluşmaktadır.

Tablo 23. Cinsiyet ve Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ile İlgili Bulgular

| Cinsiyet | Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları |                                   |                                | Toplam (n, %) | P     |
|----------|--------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|---------------|-------|
|          | Bilgim yok/Duymadım (n, %)                 | Bilgim var ama kullanmadık (n, %) | Bilgim var ve kullandık (n, %) |               |       |
| Kadın    | 33 (30,0%)                                 | 13 (30,2%)                        | 51 (42,1%)                     | 97 (35,4%)    | 0,123 |
| Erkek    | 77 (70,0%)                                 | 30 (69,8%)                        | 70 (57,9%)                     | 177 (64,6%)   |       |
| Toplam   | 110 (100,0%)                               | 43 (100,0%)                       | 121 (100,0%)                   | 274 (100,0%)  |       |

Tablo 23’te çocuğun cinsiyeti ile DEHB tedavisinde geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT) uygulamalarına yönelik bilgi ve kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p=0,123$ ). Bulgulara göre, GETAT uygulamaları hakkında bilgi sahibi olduğunu ve bu yöntemleri kullandığını belirten ailelerin %57,9’u erkek çocuklara sahip olmakla birlikte, kız çocuklarına sahip ailelerin sıklığı %42,1’dir. Ayrıca, GETAT hakkında hiçbir bilgisi olmadığını veya bu yöntemleri duymadığını belirten ailelerin çoğunluğu erkek çocuklara sahiptir (%70,0). Benzer şekilde, bilgi sahibi olduğu halde bu yöntemleri kullanmayan ailelerin %69,8’i de erkek çocukların ebeveynleridir.

Tablo 24. Çocuk Eğitim Durumu ve Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ile İlgili Bulgular

| Çocuk Eğitim Durumu | Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları |                                   |                                | Toplam (n, %) | P     |
|---------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|---------------|-------|
|                     | Bilgim yok/Duymadım (n, %)                 | Bilgim var ama kullanmadık (n, %) | Bilgim var ve kullandık (n, %) |               |       |
| İlköğretim          | 45 (45,0%)                                 | 20 (48,8%)                        | 40 (36,0%)                     | 105 (41,7%)   | 0,022 |
| Ortaokul            | 24 (24,0%)                                 | 4 (9,8%)                          | 39 (35,1%)                     | 67 (26,6%)    |       |
| Lise                | 31 (31,0%)                                 | 17 (41,5%)                        | 32 (28,8%)                     | 80 (31,7%)    |       |
| Toplam              | 100 (100,0%)                               | 41 (100,0%)                       | 111 (100,0%)                   | 252 (100,0%)  |       |

Tablo 24’te çocuğun eğitim durumu ile DEHB tedavisinde geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına yönelik bilgi ve kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p = 0,022$ ). GETAT uygulamaları hakkında bilgi sahibi olduğunu ve bu yöntemleri kullandığını ifade eden ebeveynlerin sıklığı, en yüksek düzeyde ilkokul öğrencilerine sahip ailelerde gözlemlenmiştir; bu gruptaki sıklık %36,0’dır. Ortaokul düzeyindeki öğrencilerin ebeveynlerinde sıklık %35,1 olarak belirlenmişken, lise öğrencilerinin ebeveynlerinde bu sıklık %28,8 ile daha düşük bir düzeyde kalmaktadır. Diğer yandan, GETAT uygulamaları hakkında bilgi sahibi olmadığını ya da bu yöntemleri hiç duymadığını belirten ebeveynlerin en yüksek sıklığı %45,0 ile ilköğretim düzeyindeki çocukların ailelerinde görülmektedir. Benzer şekilde, bu yöntemler hakkında bilgi sahibi olmasına rağmen uygulamaları kullanmadığını ifade eden ebeveynlerin en yoğun olarak bulunduğu grup da yine ilköğretim öğrencilerinin ebeveynleridir; bu gruptaki sıklık %48,8’dir.

Tablo 25. Çocuk Sayısı (3 Grup) ve Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ile İlgili Bulgular

| Çocuk Sayısı (3 Grup) | Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları |                                   |                                | Toplam (n, %) | P     |
|-----------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|---------------|-------|
|                       | Bilgim yok/Duymadım (n, %)                 | Bilgim var ama kullanmadık (n, %) | Bilgim var ve kullandık (n, %) |               |       |
| 1                     | 21 (19,1%)                                 | 17 (39,5%)                        | 45 (37,2%)                     | 83 (30,3%)    | 0,000 |
| 2                     | 39 (35,5%)                                 | 22 (51,2%)                        | 57 (47,1%)                     | 118 (43,1%)   |       |
| 3 ve üzeri            | 50 (45,5%)                                 | 4 (9,3%)                          | 19 (15,7%)                     | 73 (26,6%)    |       |
| Toplam                | 110 (100,0%)                               | 43 (100,0%)                       | 121 (100,0%)                   | 274 (100,0%)  |       |

Tablo 25’te çocuk sayısının üçlü grupta ile değerlendirilmesi sonucunda, çocuk sayısı ile DEHB tedavisinde geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT) uygulamalarına yönelik bilgi ve kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p = 0,000$ ). Tek çocuğa sahip ailelerde GETAT kullanımı %37,2 iken, iki çocuğa sahip ailelerde bu sıklık %47,1’e ulaşmakta; buna karşılık üç ve üzeri çocuk sahibi ailelerde ciddi bir düşüş görülmekte ve sıklık %15,7’ye gerilemektedir. “Bilgim yok/duymadım” diyenlerin sıklığı çok çocuklu ailelerde (%45,5) belirgin

şekilde daha yüksektir. Öte yandan, “bilgim var ama kullanmadık” yanıtı en yüksek sıklığı iki çocuklu ailelerde görülmektedir (%51,2),

Tablo 26. Anne Eğitim Durumu (3 Grup) ve Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ile İlgili Bulgular

| Anne Eğitim Durumu (3 Grup) | Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları |                                   |                                | Toplam (n, %) | P     |
|-----------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|---------------|-------|
|                             | Bilgim yok/Duymadım (n, %)                 | Bilgim var ama kullanmadık (n, %) | Bilgim var ve kullandık (n, %) |               |       |
| İlköğretim                  | 47 (42,7%)                                 | 12 (27,9%)                        | 24 (19,8%)                     | 83 (30,3%)    | 0,000 |
| Lise                        | 40 (36,4%)                                 | 14 (32,6%)                        | 39 (32,2%)                     | 93 (33,9%)    |       |
| Yüksekokul ve üniversite    | 23 (20,9%)                                 | 17 (39,5%)                        | 58 (47,9%)                     | 98 (35,8%)    |       |
| Toplam                      | 110 (100,0%)                               | 43 (100,0%)                       | 121 (100,0%)                   | 274 (100,0%)  |       |

Tablo 26’da annelerin eğitim düzeyinin üçlü grupta ile incelenmesi sonucunda, eğitim düzeyi ile DEHB tedavisinde geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT) uygulamalarına yönelik bilgi ve kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p = 0,000). GETAT kullandığını belirtenlerin %47,9’u yüksekokul ve üniversite mezunu annelere aitken, bu sıklık lise mezunlarında %32,2, ilköğretim mezunlarında ise yalnızca %19,8’dir. Benzer şekilde, “bilgim var ama kullanmadık” diyenlerin sıklığı yüksekokul/üniversite grubunda en yüksektir (%39,5). Öte yandan, “bilgim yok/duymadım” yanıtı en fazla ilköğretim mezunlarında görülmüştür (%42,7).

Tablo 27. Baba Eğitim Durumu (3 Grup) ve Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ile İlgili Bulgular

| Baba Eğitim Durumu (3 Grup) | Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları |                                   |                                | Toplam (n, %) | P     |
|-----------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|---------------|-------|
|                             | Bilgim yok/Duymadım (n, %)                 | Bilgim var ama kullanmadık (n, %) | Bilgim var ve kullandık (n, %) |               |       |
| İlköğretim                  | 41 (37,6%)                                 | 14 (32,6%)                        | 34 (28,1%)                     | 89 (32,6%)    | 0,094 |
| Lise                        | 41 (37,6%)                                 | 10 (23,3%)                        | 43 (35,5%)                     | 94 (34,4%)    |       |
| Yüksekokul ve üniversite    | 27 (24,8%)                                 | 19 (44,2%)                        | 44 (36,4%)                     | 90 (33,0%)    |       |
| Toplam                      | 109 (100,0%)                               | 43 (100,0%)                       | 121 (100,0%)                   | 273 (100,0%)  |       |

Tablo 27’de babaların eğitim düzeyinin üçlü grupta ile değerlendirilmesi sonucunda, eğitim durumu ile DEHB tedavisinde geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT) uygulamalarına yönelik bilgi ve kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p = 0,094). GETAT kullananların %36,4’ü yüksekokul ve üniversite mezunu babalara aitken, bu sıklık lise mezunlarında %35,5 ve ilköğretim mezunlarında %28,1’dir. Ayrıca, “bilgim var ama kullanmadık” yanıtı en yüksek sıklıkta yüksekokul/üniversite mezunu grupta görülmüştür (%44,2). Öte

yandan, “bilgim yok/duymadım” yanıtı hem ilköğretim hem lise mezunu babalarda eşit düzeyde yüksektir (%37,6).

Tablo 28. Çocuk Sayısı ve Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ile İlgili Bulgular

| <b>Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları</b> |                            |                                   |                                |               |       |
|---------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|---------------|-------|
| Çocuk Sayısı                                      | Bilgim yok/Duymadım (n, %) | Bilgim var ama kullanmadık (n, %) | Bilgim var ve kullandık (n, %) | Toplam (n, %) | P     |
| 1                                                 | 21 (19,1%)                 | 17 (39,5%)                        | 45 (37,2%)                     | 83 (30,3%)    | 0,000 |
| 2                                                 | 39 (35,5%)                 | 22 (51,2%)                        | 57 (47,1%)                     | 118 (43,1%)   |       |
| 3                                                 | 39 (35,5%)                 | 2 (4,7%)                          | 13 (10,7%)                     | 54 (19,7%)    |       |
| 4 ve üstü                                         | 11 (10,0%)                 | 2 (4,7%)                          | 6 (5,0%)                       | 19 (6,9%)     |       |
| Toplam                                            | 110 (100,0%)               | 43 (100,0%)                       | 121 (100,0%)                   | 274 (100,0%)  |       |

Tablo 28’de çocuk sayısı ile DEHB tedavisinde geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT) uygulamalarına yönelik bilgi ve kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p = 0,000). GETAT kullandığını belirtenlerin %47,1’i iki çocuklu, %37,2’si tek çocuklu ailelerden gelirken, üç çocuklu ailelerde bu sıklık %10,7’ye, dört ve üzeri çocuklu ailelerde ise %5,0’a düşmektedir. Aynı şekilde, “bilgim var ama kullanmadık” diyenlerin büyük çoğunluğu yine az çocuklu gruplarda yer almakta (iki çocuklu %51,2; tek çocuklu %39,5), çok çocuklu ailelerde bu sıklıklar oldukça düşüktür. Öte yandan, “bilgim yok/duymadım” yanıtı en yüksek sıklıkta iki ve üç çocuklu gruplarda görülmektedir (%35,5).

Tablo 29. Gelir Durumu ve Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ile İlgili Bulgular

| <b>Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları</b> |                     |                            |                         |              |       |
|---------------------------------------------------|---------------------|----------------------------|-------------------------|--------------|-------|
|                                                   | Bilgim yok/Duymadım | Bilgim var ama kullanmadık | Bilgim var ve kullandık | Toplam (n)   | p     |
| Geliri giderinden az                              | 30 (44,8%)          | 8 (11,9%)                  | 29 (43,3%)              | 67 (100,0%)  | 0,661 |
| Geliri giderine eşit                              | 56 (37,3%)          | 24 (16,0%)                 | 70 (46,7%)              | 150 (100,0%) |       |
| Geliri giderinden fazla                           | 24 (42,1%)          | 11 (19,3%)                 | 22 (38,6%)              | 57 (100,0%)  |       |
| Toplam                                            | 110 (40,1%)         | 43 (15,7%)                 | 121 (44,2%)             | 274 (100,0%) |       |

Tablo 29’da gelir durumu ile DEHB tedavisinde geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT) uygulamalarına yönelik bilgi ve kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p = 0,661). Üç gelir grubunda da GETAT’a yönelik bilgi sahibi olma ve kullanma sıklıkları birbirine yakın düzeydedir. Geliri giderinden az olan bireylerin %43,3’ü bu uygulamaları kullanırken, geliri giderine eşit olanlarda bu sıklık %46,7, geliri giderinden fazla olanlarda ise %38,6’dır. Benzer şekilde, “bilgim yok/duymadım” sıklığı da gruplar arasında büyük farklılık göstermemektedir (sırasıyla %44,8, %37,3 ve %42,1). “Bilgim var ama kullanmadık” yanıtı ise geliri giderinden fazla olan grupta biraz daha yüksektir (%19,3), ancak bu fark da anlamlılık düzeyine ulaşmamıştır.

Tablo 30. Medeni Durum ve Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ile İlgili Bulgular

|          | Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları |                            |                         |              | p     |
|----------|--------------------------------------------|----------------------------|-------------------------|--------------|-------|
|          | Bilgim yok/Duymadım                        | Bilgim var ama kullanmadık | Bilgim var ve kullandık | Toplam (n)   |       |
| Evli     | 88 (43,6%)                                 | 28 (13,9%)                 | 86 (42,6%)              | 202 (100,0%) | 0,110 |
| Boşanmış | 14 (33,3%)                                 | 11 (26,2%)                 | 17 (40,5%)              | 42 (100,0%)  |       |
| Diğer    | 8 (26,7%)                                  | 4 (13,3%)                  | 18 (60,0%)              | 30 (100,0%)  |       |
| Toplam   | 110 (40,1%)                                | 43 (15,7%)                 | 121 (44,2%)             | 274 (100,0%) |       |

Tablo 30’da medeni durum ile DEHB tedavisinde geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT) uygulamalarına ilişkin bilgi ve kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p = 0,110$ ). GETAT kullandığını belirtenlerin sıklığı, “diğer” grupta (ayrı yaşayan, tekrar evlilik yapan vb.) en yüksektir (%60,0), bunu evli bireyler (%42,6) ve boşanmış bireyler (%40,5) takip etmektedir. “Bilgim var ama kullanmadık” yanıtı en fazla boşanmış bireylerde görülmektedir (%26,2). Öte yandan, “bilgim yok/duymadım” yanıtı evli bireylerde en yüksektir (%43,6).

#### 4.3.2. DEHB Tedavisinde Doktora Başvuru İle İlgili Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde çeşitli değişkenlere göre DEHB tedavisinde doktora başvuru arasındaki ilişkiler analiz edilmiştir.

Tablo 31. Çocuk Sayısı ve DEHB Tedavisinde Doktora Başvuru ile İlgili Bulgular

| KacCocuk  | DEHB Tedavisinde Doktora Başvuru |              |              | P     |
|-----------|----------------------------------|--------------|--------------|-------|
|           | Hayır n(%)                       | Evet n(%)    | Toplam n(%)  |       |
| 1         | 11 (30,6%)                       | 72 (30,1%)   | 83 (30,2%)   | 0,883 |
| 2         | 14 (38,9%)                       | 105 (43,9%)  | 119 (43,3%)  |       |
| 3         | 8 (22,2%)                        | 46 (19,2%)   | 54 (19,6%)   |       |
| 4 ve üstü | 3 (8,3%)                         | 16 (6,7%)    | 19 (6,9%)    |       |
| Toplam    | 36 (100,0%)                      | 239 (100,0%) | 275 (100,0%) |       |

Tablo 31’de ailedeki çocuk sayısı ile DEHB nedeniyle doktora başvuru yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p = 0,883$ ). DEHB nedeniyle doktora başvuran grupta en yüksek sıklık iki çocuklu ailelere aittir (%43,9), bu sıklık doktora başvurmayan grupta da benzer şekilde yüksektir (%38,9). Tek çocuklu aileler ise her iki grupta yaklaşık eşit sıklıklara sahiptir (başvuranlarda %30,1; başvurmayanlarda %30,6). Üç ve üzeri çocuk sahibi ailelerde doktora başvuru sıklığı daha düşük seyretmektedir (üç çocuklu %19,2; dört ve üzeri %6,7).

Tablo 32. Gelir Düzeyi ve DEHB Tedavisinde Doktora Başvuru ile İlgili Bulgular

| Gelir Düzeyi            | DEHB Tedavisinde Doktora Başvuru |              |              | P     |
|-------------------------|----------------------------------|--------------|--------------|-------|
|                         | Hayır n (%)                      | Evet n (%)   | Toplam n (%) |       |
| Geliri giderinden az    | 7 (19,4%)                        | 60 (25,1%)   | 67 (24,4%)   | 0,600 |
| Geliri giderine eşit    | 23 (63,9%)                       | 128 (53,6%)  | 151 (54,9%)  |       |
| Geliri giderinden fazla | 6 (16,7%)                        | 51 (21,3%)   | 57 (20,7%)   |       |
| Toplam                  | 36 (100,0%)                      | 239 (100,0%) | 275 (100,0%) |       |

Tablo 32’de gelir düzeyi ile DEHB nedeniyle doktora başvuru yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p=0,600$ ). DEHB tedavisinde doktora başvuran grubun %53,6’sı gelirinin giderine eşit olduğunu belirtirken, bu sıklık doktora başvurmayan grupta %63,9’dur. Geliri giderinden az olan bireylerin doktora başvuru sıklığı %25,1 iken, başvurmayanlarda bu sıklık %19,4’tür. Benzer şekilde, geliri giderinden fazla olan bireylerin sıklığı DEHB tedavisinde doktora başvuranlarda %21,3, başvurmayanlarda ise %16,7’dir.

Tablo 33. Medeni Durum ve DEHB Tedavisinde Doktora Başvuru ile İlgili Bulgular

|                                     | DEHB Tedavisinde Doktora Başvuru |             |              | p     |
|-------------------------------------|----------------------------------|-------------|--------------|-------|
|                                     | hayır n (%)                      | evet n (%)  | Toplam n (%) |       |
| Evli                                | 30 (14,8%)                       | 173 (85,2%) | 203 (100,0%) | 0,736 |
| Boşanmış                            | 4 (9,5%)                         | 38 (90,5%)  | 42 (100,0%)  |       |
| Anne/Baba herhangi biri vefat etmiş | 0 (0,0%)                         | 3 (100,0%)  | 3 (100,0%)   |       |
| Anne/Baba ayrı yaşıyor              | 1 (14,3%)                        | 6 (85,7%)   | 7 (100,0%)   |       |
| Anne veya baba tekrar evlilik yaptı | 1 (5,0%)                         | 19 (95,0%)  | 20 (100,0%)  |       |
| Toplam                              | 36 (13,1%)                       | 239 (86,9%) | 275 (100,0%) |       |

Tablo 33’te ebeveynlerin medeni durumu ile çocuğun mevcut DEHB tedavisi öncesinde doktora başvuru yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p = 0,736$ ). Tüm medeni durum gruplarında doktora başvuru sıklıkları oldukça yüksektir. Evli bireylerde başvuru sıklığı %85,2 iken, boşanmış bireylerde bu sıklık %90,5’tir. "Anne/baba ayrı yaşıyor" ve "tekrar evlilik" yapan bireylerde başvuru sıklığı sırasıyla %85,7 ve %95,0 olarak gözlenmiştir. Vefat durumu olan ebeveynlerin bulunduğu tüm bireyler ise doktora başvuruda bulunmuştur (%100,0).

Tablo 34. Medeni Durum (3 Grup) ve DEHB Tedavisinde Doktora Başvuru ile İlgili Bulgular

| Medeni Durum | DEHB Tedavisinde Doktora Başvuru |             |              | P     |
|--------------|----------------------------------|-------------|--------------|-------|
|              | Hayır n (%)                      | Evet n (%)  | Toplam n (%) |       |
| Evli         | 30 (14,8%)                       | 173 (85,2%) | 203 (100,0%) | 0,465 |
| Boşanmış     | 4 (9,5%)                         | 38 (90,5%)  | 42 (100,0%)  |       |
| Diğer        | 2 (6,7%)                         | 28 (93,3%)  | 30 (100,0%)  |       |
| Toplam       | 36 (13,1%)                       | 239 (86,9%) | 275 (100,0%) |       |

Tablo 34’te ebeveynlerin medeni durumu (evli, boşanmış, diğer) ile çocuğun DEHB tedavisi öncesinde doktora başvuru yapma durumu arasında istatistiksel olarak

anlamli bir iliski bulunmamistir ( $p=0,465$ ). Tum gruplarda basvuru sikligi yuksek duzeydedir: evli bireylerde %85,2, bosanmislerde %90,5 ve “diğer” grupta (ayrı yasayan, yeniden evlenen vb.) %93,3’tür. Doktor basvurusu yapmayanların sikligi ise sirasiyla %14,8, %9,5 ve %6,7’dir.

Tablo 35. Anne Eğitim Durumu ve DEHB Tedavisinde Doktora Basvuru ile İlgili Bulgular

| Anne eğitim | DEHB Tedavisinde Doktora Basvuru |              |              | p     |
|-------------|----------------------------------|--------------|--------------|-------|
|             | Hayır n(%)                       | Evet n(%)    | Toplam n(%)  |       |
| İlköğretim  | 14 (38,9%)                       | 69 (28,9%)   | 83 (30,2%)   | 0,533 |
| Lise        | 9 (25,0%)                        | 84 (35,1%)   | 93 (33,8%)   |       |
| Yüksekokul  | 4 (11,1%)                        | 24 (10,0%)   | 28 (10,2%)   |       |
| Üniversite  | 9 (25,0%)                        | 62 (25,9%)   | 71 (25,8%)   |       |
| Total       | 36 (100,0%)                      | 239 (100,0%) | 275 (100,0%) |       |

Tablo 35’te annelerin eğitim düzeyi ile DEHB tedavisi öncesinde doktora basvuru yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamli bir iliski saptanmamıştır ( $p = 0,533$ ). Her eğitim düzeyinde doktora basvuru siklikları benzer seyretmektedir. İlköğretim mezunu annelerde basvuru sikligi %28,9, lise mezunlarında %35,1, yüksekokul mezunlarında %10,0 ve üniversite mezunlarında %25,9’dur. DEHB tedavisinde doktora basvuruda bulunmayanlar grubunda ise ilköğretim mezunu annelerin sikligi daha yüksektir (%38,9), ancak bu fark anlamli düzeyde değildir.

Tablo 36. Baba Eğitim Durumu ve DEHB Tedavisinde Doktora Basvuru ile İlgili Bulgular

| Baba eğitim Kategorisi | DEHB Tedavisinde Doktora Basvuru |             |              | P     |
|------------------------|----------------------------------|-------------|--------------|-------|
|                        | Hayır n (%)                      | Evet n (%)  | Toplam n (%) |       |
| İlköğretim             | 9 (10,1%)                        | 80 (89,9%)  | 89 (100,0%)  | 0,705 |
| Lise                   | 14 (14,7%)                       | 81 (85,3%)  | 95 (100,0%)  |       |
| Yüksekokul             | 3 (16,7%)                        | 15 (83,3%)  | 18 (100,0%)  |       |
| Üniversite             | 10 (13,9%)                       | 62 (86,1%)  | 72 (100,0%)  |       |
| Toplam                 | 36 (13,1%)                       | 238 (86,9%) | 274 (100,0%) |       |

Tablo 36’da babaların eğitim düzeyi ile DEHB tedavisi öncesinde doktora basvuru yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamli bir iliski saptanmamıştır ( $p = 0,705$ ). Tüm eğitim düzeylerinde doktora basvuru sikligi yüksek ve birbirine oldukça yakın düzeydedir. İlköğretim mezunu babalara sahip çocukların %89,9’u, lise mezunu babaların %85,3’ü, yüksekokul mezunlarının %83,3’ü ve üniversite mezunu babaların %86,1’i doktora basvurmuştur. DEHB tedavisinde doktora basvuruda bulunmayanların sikligi ise tüm gruplarda %10–16 arasında değişmektedir.

Tablo 37. Anne Psikiyatrik Öyküsü ve DEHB Tedavisinde Doktora Başvuru ile İlgili Bulgular

| Anne Psikiyatrik<br>Öyküsü | Çocuğunuzun şu anki tedavisi öncesinde doktora<br>başvurdunuz mu? |               |                 | P     |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------|-------|
|                            | Hayır<br>n (%)                                                    | Evet<br>n (%) | Toplam<br>n (%) |       |
| Yok                        | 30 (13,6%)                                                        | 190 (86,4%)   | 220 (100,0%)    | 0,823 |
| Var                        | 6 (10,9%)                                                         | 49 (89,1%)    | 55 (100,0%)     |       |
| Toplam                     | 36 (13,1%)                                                        | 239 (86,9%)   | 275 (100,0%)    |       |

Tablo 37’de anne psikiyatrik öyküsünün olup olmamasına göre çocuğun tedavi öncesinde doktora başvuru durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p=0,823$ ). Anne psikiyatrik öyküsü olmayanlarda çocukların %13,6’sı doktora başvurmazken, %86,4’ü başvurmuştur. Anne psikiyatrik öyküsü olanlarda ise çocukların %10,9’u doktora başvurmazken, %89,1’i başvurmuştur.

Tablo 38. Baba Psikiyatrik Öyküsü ve DEHB Tedavisinde Doktora Başvuru ile İlgili Bulgular

| Baba Psikiyatrik<br>Öyküsü | Çocuğunuzun şu anki tedavisi öncesinde doktora<br>başvurdunuz mu? |             |              | P     |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|-------|
|                            | Yok n (%)                                                         | Var n (%)   | Toplam n (%) |       |
| Hayır                      | 36 (14,5%)                                                        | 0 (0,0%)    | 36 (13,1%)   | 0,032 |
| Evet                       | 213 (85,5%)                                                       | 26 (100,0%) | 239 (86,9%)  |       |
| Toplam                     | 249 (100,0%)                                                      | 26 (100,0%) | 275 (100,0%) |       |

Tablo 38’de baba psikiyatrik öyküsünün olup olmamasına göre çocuğun tedavi öncesinde doktora başvuru durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p=0,032$ ). Baba psikiyatrik öyküsü olmayanlarda çocukların %14,5’i doktora başvurmazken, %85,5’i başvurmuştur. Baba psikiyatrik öyküsü olan grupta ise çocukların tamamı (%100) doktora başvurmuştur ve başvurmayan birey bulunmamaktadır.

Tablo 39. Cinsiyet ve DEHB Tedavisinde Doktora Başvuru ile İlgili Bulgular

|        | Çocuğunuzun şu anki tedavisi öncesinde doktora<br>başvurdunuz mu? |             |             | P     |
|--------|-------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------|
|        | Hayır n(%)                                                        | Evet n(%)   | Toplam n(%) |       |
| Kadın  | 19 (52,8%)                                                        | 78 (32,6%)  | 97 (35,3%)  | 0,024 |
| Erkek  | 17 (47,2%)                                                        | 161 (67,4%) | 178 (64,7%) |       |
| Toplam | 36 (100%)                                                         | 239 (100%)  | 275 (100%)  |       |

Tablo 39’da çocuğun cinsiyeti ile DEHB tedavisi öncesinde doktora başvuru yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p= 0,024$ ). Verilere göre, doktora başvuranların %67,4’ü erkek çocuklara, %32,6’sı kız çocuklara aittir. Öte yandan, DEHB tedavisinde doktora başvuru yapılmayan grupta kız çocukların sıklığı daha yüksektir (%52,8), erkek çocukların sıklığı ise daha düşüktür (%47,2).

Tablo 40. Çocuk Eğitim Durumu ve DEHB Tedavisinde Doktora Başvuru ile İlgili Bulgular

| Tedavi Öncesi Doktor Başvurusu | İlköğretim n(%) | Ortaokul n(%) | Lise n(%)  | Toplam n(%) | P     |
|--------------------------------|-----------------|---------------|------------|-------------|-------|
| <b>Hayır</b>                   | 20 (19,0%)      | 5 (7,5%)      | 7 (8,6%)   | 32 (12,6%)  | 0,045 |
| <b>Evet</b>                    | 85 (81,0%)      | 62 (92,5%)    | 74 (91,4%) | 221 (87,4%) |       |
| <b>Total</b>                   | 105 (100%)      | 67 (100%)     | 81 (100%)  | 253 (100%)  |       |

Tablo 40’ta çocuğun eğitim düzeyi ile DEHB tedavisi öncesinde doktora başvuru yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p = 0,045$ ). DEHB tedavisinde doktora başvuruda bulunmayanların sıklığı en yüksek düzeyde ilköğretim grubunda görülmektedir (%19,0), bu sıklık ortaokulda %7,5’e, lisede ise %8,6’ya düşmektedir. Buna karşılık, başvuru yapanların sıklığı ilköğretimde %81,0, ortaokulda %92,5 ve lisede %91,4’tür.

#### 4.3.3. DEHB Tedavisinde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarından Fayda Görme İle İlgili Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde çeşitli değişkenler ile geleneksel/tamamlayıcı tıp uygulamalarından sağlanan fayda arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

Tablo 41. Çocuk Sayısı ve Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarından Sağlanan Fayda ile İlgili Bulgular

| getat_fayda_3gr         | 1 çocuk n(%) | 2 çocuk n(%) | 3 çocuk n(%) | 4 çocuk ve üstü n(%) | Toplam n(%) | p     |
|-------------------------|--------------|--------------|--------------|----------------------|-------------|-------|
| Kesinlikle/fayda gördük | 22 (41,5%)   | 21 (39,6%)   | 7 (13,2%)    | 3 (5,7%)             | 53 (100%)   | 0,228 |
| Kararsızım              | 13 (48,1%)   | 12 (44,4%)   | 2 (7,4%)     | 0 (0,0%)             | 27 (100%)   |       |
| Hiç/fayda görmedik      | 10 (23,3%)   | 26 (60,5%)   | 4 (9,3%)     | 3 (7,0%)             | 43 (100%)   |       |
| Toplam                  | 45 (36,6%)   | 59 (48,0%)   | 13 (10,6%)   | 6 (4,9%)             | 123 (100%)  |       |

Tablo 41’de DEHB tedavisinde kullanılan geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT) uygulamalarından fayda görme durumu ile çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p = 0,228$ ). GETAT’tan kesinlikle fayda gördüğünü belirtenlerin büyük çoğunluğu tek (%41,5) ve iki (%39,6) çocuklu ailelerden oluşmaktadır; üç (%13,2) ve dört ve üzeri çocuklu (%5,7) ailelerde bu sıklık belirgin biçimde düşüktür. Benzer şekilde, “kararsızım” diyenler arasında da tek ve iki çocuklu aileler ağırlıktadır (sırasıyla %48,1 ve %44,4). “Hiç fayda görmedik” yanıtı ise en yüksek düzeyde iki çocuklu ailelerde görülmektedir (%60,5); bu grubu tek çocuklu aileler (%23,3) takip etmektedir.

Tablo 42. Gelir Durumu ve Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarından Sağlanan Fayda ile İlgili Bulgular

| getat_fayda_3gr         | Gelirim giderimden az_n(%) | Gelirim giderime eşit n(%) | Gelirim giderimden fazla_n(%) | Toplam_n(%)  | P     |
|-------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|--------------|-------|
| Kesinlikle/fayda gördük | 13 (44,8%)                 | 29 (40,8%)                 | 11 (47,8%)                    | 53 (43,1%)   | 0,753 |
| Kararsızım              | 4 (13,8%)                  | 18 (25,4%)                 | 5 (21,7%)                     | 27 (22,0%)   |       |
| Hiç/fayda görmedik      | 12 (41,4%)                 | 24 (33,8%)                 | 7 (30,4%)                     | 43 (35,0%)   |       |
| Toplam                  | 29 (100,0%)                | 71 (100,0%)                | 23 (100,0%)                   | 123 (100,0%) |       |

Tablo 42’de DEHB tedavisinde geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT) uygulamalarından fayda görme durumu ile ailelerin gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p = 0,753$ ). Geliri giderinden az olan ailelerin %44,8’i bu uygulamalardan "kesinlikle fayda gördüğünü" belirtirken, %41,4’ü hiç fayda görmediğini, %13,8’i ise kararsız olduğunu ifade etmiştir. Geliri giderine eşit olan katılımcıların %40,8’i fayda gördüğünü, %25,4’ü kararsız olduğunu, %33,8’i ise fayda görmediğini belirtmiştir. Geliri giderinden fazla olan grupta ise "kesinlikle fayda gördüğünü" belirtenlerin sıklığı %47,8 ile en yüksek düzeydedir; buna karşın bu gruptaki katılımcıların %30,4’ü fayda görmediğini, %21,7’si ise kararsız olduğunu belirtmiştir.

Tablo 43. Medeni Durum ve Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarından Sağlanan Fayda ile İlgili Bulgular

|                 | Kesinlikle/f ayda gördük n(%) | Kararsızım n(%) | Hiç/fayda görmedik n(%) | Toplam n(%)  | P     |
|-----------------|-------------------------------|-----------------|-------------------------|--------------|-------|
| <b>Evli</b>     | 34 (64,2%)                    | 23 (85,2%)      | 31 (72,1%)              | 88 (71,5%)   | 0,088 |
| <b>Boşanmış</b> | 8 (15,1%)                     | 4 (14,8%)       | 5 (11,6%)               | 17 (13,8%)   |       |
| <b>Diğer</b>    | 11 (20,8%)                    | 0 (0,0%)        | 7 (16,3%)               | 18 (14,6%)   |       |
| <b>Toplam</b>   | 53 (100,0%)                   | 27 (100,0%)     | 43 (100,0%)             | 123 (100,0%) |       |

Tablo 43’te DEHB tedavisinde kullanılan geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT) uygulamalarından algılanan fayda düzeyi ile ebeveynlerin medeni durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p=0,088$ ). Araştırmada “Kesinlikle fayda gördük” diyenlerin çoğu evli bireylerden oluşmaktadır (%64,2); bu sıklık boşanmış bireylerde %15,1 ve “diğer” kategorisinde (ayrı yaşayan, yeniden evlenmiş vb.) %20,8’dir. “Kararsızım” yanıtı neredeyse yalnızca evli bireyler tarafından verilmiştir (%85,2) ve “diğer” grupta hiç yer almamaktadır. “Hiç fayda görmedik” diyenlerin de çoğunluğu evli bireylerden oluşmaktadır (%72,1), ancak bu sıklık boşanmışlarda %11,6 ve diğer grupta %16,3 ile benzer düzeyde seyretmektedir.

Tablo 44. Anne Eğitim Durumu ve Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarından Sağlanan Fayda ile İlgili Bulgular

| Anne Eğitimi  | Kesinlikle/fayda gördük | Kararsızım        | Hiç/fayda görmedik | Toplam              | P     |
|---------------|-------------------------|-------------------|--------------------|---------------------|-------|
| İlköğretim    | 7 (29,2%)               | 3 (12,5%)         | 14 (58,3%)         | 24 (100,0%)         | 0,154 |
| Lise          | 15 (38,5%)              | 12 (30,8%)        | 12 (30,8%)         | 39 (100,0%)         |       |
| Yüksekokul    | 7 (46,7%)               | 4 (26,7%)         | 4 (26,7%)          | 15 (100,0%)         |       |
| Üniversite    | 24 (53,3%)              | 8 (17,8%)         | 13 (28,9%)         | 45 (100,0%)         |       |
| <b>Toplam</b> | <b>53 (43,1%)</b>       | <b>27 (22,0%)</b> | <b>43 (35,0%)</b>  | <b>123 (100,0%)</b> |       |

Tablo 44’te annelerin eğitim düzeyi ile DEHB tedavisinde kullanılan geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT) uygulamalarından algılanan fayda düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p = 0,154$ ). Araştırmada "kesinlikle fayda gördük" ifadesine katılanların sıklığı ilköğretim mezunu annelerde %29,2 iken, bu sıklık lise mezunlarında %38,5, yüksekokul mezunlarında %46,7 ve üniversite mezunlarında %53,3’tür. GETAT’tan "hiç fayda görmediğini" belirtenlerin sıklığı en yüksek ilköğretim mezunlarında (%58,3), en düşük ise yüksekokul mezunu annelerde (%26,7) görülmektedir. Kararsızlık bildiren katılımcı sıklığı ise lise (%30,8) ve yüksekokul (%26,7) mezunlarında görece daha yüksektir.

Tablo 45. Baba Eğitim Durumu ve Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarından Sağlanan Fayda ile İlgili Bulgular

| Baba Eğitimi  | Kesinlikle/fayda gördük | Kararsızım        | Hiç/fayda görmedik | Toplam              | P     |
|---------------|-------------------------|-------------------|--------------------|---------------------|-------|
| İlköğretim    | 17 (50,0%)              | 5 (14,7%)         | 12 (35,3%)         | 34 (100,0%)         | 0,424 |
| Lise          | 14 (31,8%)              | 11 (25,0%)        | 19 (43,2%)         | 44 (100,0%)         |       |
| Yüksekokul    | 5 (62,5%)               | 2 (25,0%)         | 1 (12,5%)          | 8 (100,0%)          |       |
| Üniversite    | 17 (45,9%)              | 9 (24,3%)         | 11 (29,7%)         | 37 (100,0%)         |       |
| <b>Toplam</b> | <b>53 (43,1%)</b>       | <b>27 (22,0%)</b> | <b>43 (35,0%)</b>  | <b>123 (100,0%)</b> |       |

Tablo 45’te babaların eğitim düzeyi ile DEHB tedavisinde kullanılan geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT) uygulamalarından algılanan fayda düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p = 0,424$ ). Araştırmada “kesinlikle fayda gördük” yanıtı en yüksek sıklıkta yüksekokul mezunu babalar arasında ifade edilmiştir (%62,5), bunu ilköğretim (%50,0), üniversite (%45,9) ve lise mezunları (%31,8) takip etmektedir. “Hiç fayda görmedik” diyenlerin sıklığı ise lise mezunu babalarda en yüksektir (%43,2), yüksekokul mezunlarında ise oldukça düşüktür (%12,5). “Kararsızım” yanıtı ise tüm gruplarda benzer sıklıkta dağılmakla birlikte, en düşük ilköğretim mezunlarında görülmektedir (%14,7).

Tablo 46. Anne Psikiyatrik Öyküsü ve Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarından Sağlanan Fayda ile İlgili Bulgular

| Anne Psikiyatrik Öyküsü | Kesinlikle/fayda gördük | Kararsızım        | Hiç/fayda görmedik | Toplam              | P     |
|-------------------------|-------------------------|-------------------|--------------------|---------------------|-------|
| Yok                     | 41 (42,3%)              | 21 (21,6%)        | 35 (36,1%)         | 97 (100,0%)         | 0,883 |
| Var                     | 12 (46,2%)              | 6 (23,1%)         | 8 (30,8%)          | 26 (100,0%)         |       |
| <b>Toplam</b>           | <b>53 (43,1%)</b>       | <b>27 (22,0%)</b> | <b>43 (35,0%)</b>  | <b>123 (100,0%)</b> |       |

Tablo 46’da annesinde psikiyatrik öykü bulunup bulunmaması ile DEHB tedavisinde kullanılan geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT) uygulamalarından algılanan fayda düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p = 0,883$ ). GETAT’tan “kesinlikle fayda gördük” diyenlerin sıklığı psikiyatrik öyküsü olmayan annelerde %42,3 iken, öyküsü olan annelerde %46,2’dir. “Kararsızım” ve “hiç fayda görmedik” yanıtları da benzer sıklıklıklarda dağılmıştır (sırasıyla öyküsü olmayanlarda %21,6 ve %36,1; öyküsü olanlarda %23,1 ve %30,8).

Tablo 47. Baba Psikiyatrik Öyküsü ve Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarından Sağlanan Fayda ile İlgili Bulgular

| Baba Psikiyatrik Öyküsü | Kesinlikle/fayda gördük | Kararsızım        | Hiç/fayda görmedik | Toplam              | P     |
|-------------------------|-------------------------|-------------------|--------------------|---------------------|-------|
| Yok                     | 45 (40,5%)              | 25 (22,5%)        | 41 (36,9%)         | 111 (100,0%)        | 0,238 |
| Var                     | 8 (66,7%)               | 2 (16,7%)         | 2 (16,7%)          | 12 (100,0%)         |       |
| <b>Toplam</b>           | <b>53 (43,1%)</b>       | <b>27 (22,0%)</b> | <b>43 (35,0%)</b>  | <b>123 (100,0%)</b> |       |

Tablo 47’de babasında psikiyatrik öykü bulunup bulunmaması ile DEHB tedavisinde kullanılan geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT) uygulamalarından algılanan fayda düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p = 0,238$ ). GETAT’tan “kesinlikle fayda gördük” diyenlerin sıklığı, psikiyatrik öyküsü olan babalarda %66,7 iken, olmayanlarda %40,5’tir. Benzer şekilde, “hiç fayda görmedik” diyenlerin sıklığı psikiyatrik öyküsü olan babalarda %16,7 iken, olmayanlarda %36,9’dur.

Tablo 48. Cinsiyet ve Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarından Sağlanan Fayda Arasındaki İlişkiler ile İlgili Bulgular

| Cinsiyet      | Kesinlikle/fayda gördük | Kararsızım        | Hiç/fayda görmedik | Toplam              | P     |
|---------------|-------------------------|-------------------|--------------------|---------------------|-------|
| Kadın         | 21 (41,2%)              | 15 (29,4%)        | 15 (29,4%)         | 51 (100,0%)         | 0,220 |
| Erkek         | 32 (44,4%)              | 12 (16,7%)        | 28 (38,9%)         | 72 (100,0%)         |       |
| <b>Toplam</b> | <b>53 (43,1%)</b>       | <b>27 (22,0%)</b> | <b>43 (35,0%)</b>  | <b>123 (100,0%)</b> |       |

Tablo 48’de çocuğun cinsiyeti ile DEHB tedavisinde kullanılan geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT) uygulamalarından algılanan fayda düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p = 0,220$ ). “Kesinlikle fayda

gördük” yanıtı kız çocuklarda sıklığı %41,2, erkek çocuklarda sıklığı %44,4 bildirilmiştir. “Kararsızım” yanıtı kız çocuklarda %29,4 iken, erkeklerde %16,7 ile daha düşüktür. “Hiç fayda görmedik” yanıtı ise kız çocuklar için %29,4, erkek çocuklar için %38,9’dur.

Tablo 49. Çocuk Eğitim Durumu ve Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarından Sağlanan Fayda ile İlgili Bulgular

| Çocuğun Eğitimi | Kesinlikle/fayda gördük | Kararsızım        | Hiç/fayda görmedik | Toplam              | P     |
|-----------------|-------------------------|-------------------|--------------------|---------------------|-------|
| İlköğretim      | 16 (39,0%)              | 13 (31,7%)        | 12 (29,3%)         | 41 (100,0%)         | 0,145 |
| Ortaokul        | 14 (35,9%)              | 6 (15,4%)         | 19 (48,7%)         | 39 (100,0%)         |       |
| Lise            | 17 (51,5%)              | 4 (12,1%)         | 12 (36,4%)         | 33 (100,0%)         |       |
| <b>Toplam</b>   | <b>47 (41,6%)</b>       | <b>23 (20,4%)</b> | <b>43 (38,1%)</b>  | <b>113 (100,0%)</b> |       |

Tablo 49’da çocuğun eğitim düzeyi ile DEHB tedavisinde kullanılan geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT) uygulamalarından algılanan fayda düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p = 0,145$ ). Araştırmada “kesinlikle fayda gördük” diyenlerin sıklığı lise düzeyinde en yüksektir (%51,5), bunu ilköğretim (%39,0) ve ortaokul (%35,9) düzeyindeki çocuklar takip etmektedir. “Kararsızım” yanıtı en çok ilköğretim grubunda görülmektedir (%31,7), bu sıklık ortaokulda %15,4 ve lisede %12,1’e düşmektedir. Öte yandan, “hiç fayda görmedik” sıklığı ortaokul düzeyindeki çocuklarda en yüksektir (%48,7), ilköğretimde %29,3 ve lisede %36,4’tür.

#### 4.3.4. DEHB Tedavisinde Öncelikli Tedavi Tercihi İle İlgili Bulgular

Bu bölümde çeşitli değişkenler ile öncelikli tercih edilen tedavi yöntemi ile ilgili bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 50. Çocuk Sayısı ve Öncelikli Tercih Edilen Tedavi Yöntemi ile İlgili Bulgular

| Çocuk Sayısı  | İlaç Tedavisi n(%) | Alternatif/Tamamlayıcı Tedavi n(%) | Her ikisine de Aynı Anda Başladık n(%) | Toplam n(%)         | P     |
|---------------|--------------------|------------------------------------|----------------------------------------|---------------------|-------|
| 1             | 7 (15,6%)          | 18 (40,0%)                         | 20 (44,4%)                             | 45 (100,0%)         | 0,001 |
| 2             | 28 (48,3%)         | 20 (34,5%)                         | 10 (17,2%)                             | 58 (100,0%)         |       |
| 3             | 2 (15,4%)          | 9 (69,2%)                          | 2 (15,4%)                              | 13 (100,0%)         |       |
| 4 ve üstü     | 2 (33,3%)          | 3 (50,0%)                          | 1 (16,7%)                              | 6 (100,0%)          |       |
| <b>Toplam</b> | <b>39 (32,0%)</b>  | <b>50 (41,0%)</b>                  | <b>33 (27,0%)</b>                      | <b>122 (100,0%)</b> |       |

Tablo 50’de çocuk sayısı ile DEHB tedavisinde öncelikli tedavi tercihi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p = 0,001$ ). Tek çocuğu olan ailelerde, "her ikisine de aynı anda başladık" seçeneği %44,4 ile en yüksek sıklıkta tercih edilmiş, bunu %40,0 ile alternatif/tamamlayıcı tedavi, %15,6 ile yalnızca ilaç tedavisi izlemiştir.

İki çocuklu ailelerde ise ağırlıklı olarak ilaç tedavisi öncelikli tercih edilmiştir (%48,3) ve alternatif/tamamlayıcı tedavi tercih sıklığı (%34,5) tek çocuklu gruba göre daha düşüktür. Üç çocuklu ailelerde, tedaviye alternatif/tamamlayıcı yöntemle başlama sıklığı çok daha yüksektir (%69,2). Dört ve üzeri çocuk sahibi ailelerde de benzer şekilde alternatif tedavi tercih sıklığı yüksektir (%50,0), ancak örneklem sayısı oldukça düşüktür.

Tablo 51. Gelir Durumu ve Öncelikli Tercih Edilen Tedavi Yöntemi ile İlgili Bulgular

| Gelir Durumu            | İlaç Tedavisi n(%) | Alternatif/Tamamlayıcı Tedavi n(%) | Her İkisine de Aynı Anda Başladık n(%) | Toplam n(%)         | P     |
|-------------------------|--------------------|------------------------------------|----------------------------------------|---------------------|-------|
| Geliri giderinden az    | 9 (31,0%)          | 16 (55,2%)                         | 4 (13,8%)                              | 29 (100,0%)         | 0,206 |
| Geliri giderine eşit    | 21 (30,0%)         | 28 (40,0%)                         | 21 (30,0%)                             | 70 (100,0%)         |       |
| Geliri giderinden fazla | 9 (39,1%)          | 6 (26,1%)                          | 8 (34,8%)                              | 23 (100,0%)         |       |
| <b>Toplam</b>           | <b>39 (32,0%)</b>  | <b>50 (41,0%)</b>                  | <b>33 (27,0%)</b>                      | <b>122 (100,0%)</b> |       |

Tablo 51’de gelir durumu ile DEHB tedavisinde öncelikli tedavi tercihi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p = 0,206$ ). Katılımcıların gelir durumları ile tercih ettikleri tedavi yöntemleri arasındaki ilişkiye bakıldığında, alternatif ya da tamamlayıcı tedavi yöntemlerini en fazla tercih eden grubun, gelirinin giderinden az olduğunu belirten bireyler olduğu görülmektedir (%55,2). Aynı gelir grubunda yer alanların %31,0’i yalnızca ilaç tedavisini tercih ederken, %13,8’i ise ilaç ve alternatif tedaviye aynı anda başladığını ifade etmiştir. Geliri giderine eşit olan bireylerde ise alternatif/tamamlayıcı tedavi tercihi sıklığı %40,0 iken, yalnızca ilaç tedavisini tercih edenlerin sıklığı %30,0, her iki yöntemi aynı anda tercih edenlerin sıklığı ise %30,0’dır. Gelirinin giderinden fazla olduğunu belirten katılımcılar arasında ise ilaç tedavisi tercihi %39,1, alternatif/tamamlayıcı tedavi tercihi %26,1 ve her iki tedaviyi aynı anda tercih edenlerin sıklığı %34,8 olarak saptanmıştır.

Tablo 52. Medeni Durum ve Öncelikli Tercih Edilen Tedavi Yöntemi ile İlgili Bulgular

| Medeni Durum  | İlaç Tedavisi n(%) | Alternatif/Tamamlayıcı Tedavi n(%) | Her İkisine Aynı Anda Başladık n(%) | Toplam n(%)         | P     |
|---------------|--------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------|-------|
| Evli          | 30 (34,5%)         | 38 (43,7%)                         | 19 (21,8%)                          | 87 (100,0%)         | 0,064 |
| Boşanmış      | 3 (17,6%)          | 4 (23,5%)                          | 10 (58,8%)                          | 17 (100,0%)         |       |
| Diğer         | 6 (33,3%)          | 8 (44,4%)                          | 4 (22,2%)                           | 18 (100,0%)         |       |
| <b>Toplam</b> | <b>39 (32,0%)</b>  | <b>50 (41,0%)</b>                  | <b>33 (27,0%)</b>                   | <b>122 (100,0%)</b> |       |

Tablo 52’de medeni durum ile DEHB tedavisinde öncelikli tedavi tercihi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p = 0,064$ ). Araştırmada boşanmış bireyler, tedaviye en çok “her ikisine aynı anda başladık” seçeneğiyle

yönelmiştir (%58,8); bu sıklık evli grubun (%21,8) ve “diğer” grubun (%22,2) oldukça üzerindedir. Alternatif/tamamlayıcı tedavi tercihi ise “diğer” (%44,4) ve evli (%43,7) gruplarda öne çıkarken, boşanmış bireylerde %23,5 ile daha düşüktür. Sadece ilaç tedavisi seçimi evli bireylerde (%34,5) ve “diğer” grupta (%33,3) belirgin düzeydeyken, boşanmışlarda bu sıklık %17,6’ya kadar gerilemektedir.

Tablo 53. Medeni Durum (5 Grup) ve Öncelikli Tercih Edilen Tedavi Yöntemi ile İlgili Bulgular

| Medeni Durum                        | İlaç Tedavisi n(%) | Alternatif/Tamamlayıcı Tedavi n(%) | Her İkisine Aynı Anda Başladık n(%) | Toplam n(%)  | P     |
|-------------------------------------|--------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-------|
| Evli                                | 30 (34,5%)         | 38 (43,7%)                         | 19 (21,8%)                          | 87 (100,0%)  | 0,018 |
| Boşanmış                            | 3 (17,6%)          | 4 (23,5%)                          | 10 (58,8%)                          | 17 (100,0%)  |       |
| Anne/Baba herhangi biri vefat etmiş | 2 (66,7%)          | 1 (33,3%)                          | 0 (0,0%)                            | 3 (100,0%)   |       |
| Anne/Baba ayrı yaşıyor              | 0 (0,0%)           | 1 (25,0%)                          | 3 (75,0%)                           | 4 (100,0%)   |       |
| Anne veya baba tekrar evlilik yaptı | 4 (36,4%)          | 6 (54,5%)                          | 1 (9,1%)                            | 11 (100,0%)  |       |
| Toplam                              | 39 (32,0%)         | 50 (41,0%)                         | 33 (27,0%)                          | 122 (100,0%) |       |

Tablo 53’te ebeveynin medeni durumu ile DEHB tedavisinde öncelikli tedavi tercihi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p=0,018). Araştırmada evli bireylerde en sık tercih edilen yöntem alternatif/tamamlayıcı tedavidir (%43,7), bunu ilaç tedavisi (%34,5) ve her ikisine aynı anda başlama (%21,8) takip etmektedir. Buna karşın, boşanmış bireylerde en yaygın tercih her iki tedaviye aynı anda başlama seçeneğidir (%58,8); bu grup ilaç tedavisini en az (%17,6) tercih eden gruptur.

Anne/babadan birinin vefat ettiği durumlarda ilaç tedavisi %66,7 ile en yüksek sıklıkdadır ve bu grupta her ikisine birlikte başlama tercihi yoktur. Anne/baba ayrı yaşayan bireylerde ise %75,0 gibi çok yüksek bir sıklıkta her iki tedaviye birlikte başlanmıştır. Tekrar evlilik yapan bireylerde ise alternatif/tamamlayıcı tedavi öne çıkmakta (%54,5), ilaç tedavisi ise %36,4’tür.

Tablo 54. Anne Eğitim Durumu ve Öncelikli Tercih Edilen Tedavi Yöntemi ile İlgili Bulgular

| Anne Eğitimi | İlaç Tedavisi n(%) | Alternatif/Tamamlayıcı Tedavi n(%) | Her İkisine Aynı Anda Başladık n(%) | Toplam n(%)  | P     |
|--------------|--------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-------|
| İlköğretim   | 5 (20,8%)          | 14 (58,3%)                         | 5 (20,8%)                           | 24 (100,0%)  | 0,394 |
| Lise         | 16 (42,1%)         | 13 (34,2%)                         | 9 (23,7%)                           | 38 (100,0%)  |       |
| Yüksekokul   | 3 (20,0%)          | 6 (40,0%)                          | 6 (40,0%)                           | 15 (100,0%)  |       |
| Üniversite   | 15 (33,3%)         | 17 (37,8%)                         | 13 (28,9%)                          | 45 (100,0%)  |       |
| Toplam       | 39 (32,0%)         | 50 (41,0%)                         | 33 (27,0%)                          | 122 (100,0%) |       |

Tablo 54'te anne eğitim düzeyi ile DEHB tedavisinde öncelikli tercih edilen tedavi yöntemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p = 0,394$ ). Alternatif/tamamlayıcı tedavi yöntemini tercih edenlerin %58,3'ü ilköğretim, %34,2'si lise, %40,0'ı yüksekokul ve %37,8'i üniversite mezunu annelerdir. İlaç tedavisini tercih edenler arasında ise, %20,8'i ilköğretim, %42,1'i lise, %20,0'ı yüksekokul ve %33,3'ü üniversite mezunu annelerdir. Her iki tedavi yöntemini aynı anda kullananlar ise, %20,8'i ilköğretim, %23,7'si lise, %40,0'ı yüksekokul ve %28,9'u üniversite mezunu annelerden oluşmaktadır. Genel olarak değerlendirildiğinde, katılımcıların %41,0'ı alternatif/tamamlayıcı tedavi yöntemlerini, %32,0'si ilaç tedavisini ve %27,0'si ise her iki tedavi yöntemini aynı anda tercih ettiğini belirtmiştir.

Tablo 55. Baba Eğitim Düzeyi ve Öncelikli Tercih Edilen Tedavi Yöntemi ile İlgili Bulgular

| Babanın Eğitim Düzeyi | İlaç Tedavisi n(%) | Alternatif/Tamamlayıcı Tedavi n(%) | Her İkisine Aynı Anda Başladık n(%) | Toplam n(%)  | P     |
|-----------------------|--------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-------|
| İlköğretim            | 12 (36,4%)         | 15 (45,5%)                         | 6 (18,2%)                           | 33 (100,0%)  | 0,014 |
| Lise                  | 8 (18,2%)          | 24 (54,5%)                         | 12 (27,3%)                          | 44 (100,0%)  |       |
| Yüksekokul            | 1 (12,5%)          | 3 (37,5%)                          | 4 (50,0%)                           | 8 (100,0%)   |       |
| Üniversite            | 18 (48,6%)         | 8 (21,6%)                          | 11 (29,7%)                          | 37 (100,0%)  |       |
| Toplam                | 39 (32,0%)         | 50 (41,0%)                         | 33 (27,0%)                          | 122 (100,0%) |       |

Tablo 55'te babanın eğitim düzeyi ile DEHB tedavisinde öncelikli tercih edilen tedavi yöntemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p = 0,014$ ). Alternatif/tamamlayıcı tedavi yöntemini tercih edenlerin %45,5'i ilköğretim, %54,5'i lise, %37,5'i yüksekokul ve %21,6'sı üniversite mezunu babalara sahip çocuklardan oluşmaktadır. İlaç tedavisini tercih edenler arasında ise, %36,4'ü ilköğretim, %18,2'si lise, %12,5'i yüksekokul ve %48,6'sı üniversite mezunu babalara sahiptir. Her iki tedavi yöntemini aynı anda tercih edenlerin ise, %18,2'si ilköğretim, %27,3'ü lise, %50,0'si yüksekokul ve %29,7'si üniversite mezunu babalardır. Toplamda, katılımcıların %41,0'ı alternatif/tamamlayıcı tedavi, %32,0'si ilaç tedavisi ve %27,0'si ise her iki tedavi yöntemini aynı anda tercih ettiğini bildirmiştir.

Tablo 56. Anne Psikiyatrik Öyküsü ve Öncelikli Tercih Edilen Tedavi Yöntemi ile İlgili Bulgular

| Anne Psikiyatrik Öyküsü | İlaç Tedavisi n(%) | Alternatif/Tamamlayıcı Tedavi n(%) | Her İkisine Aynı Anda Başladık n(%) | Toplam n(%)  | P     |
|-------------------------|--------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-------|
| Yok                     | 32 (33,3%)         | 37 (38,5%)                         | 27 (28,1%)                          | 96 (100,0%)  | 0,617 |
| Var                     | 7 (26,9%)          | 13 (50,0%)                         | 6 (23,1%)                           | 26 (100,0%)  |       |
| Toplam                  | 39 (32,0%)         | 50 (41,0%)                         | 33 (27,0%)                          | 122 (100,0%) |       |

Tablo 56’da anne psikiyatrik öyküsünün olup olmamasına göre öncelikli tercih edilen tedavi türü dağılımı incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p=0,617$ ). Anne psikiyatrik öyküsü olmayanlarda tedavi tercihi olarak ilaç tedavisi %33,3, alternatif/tamamlayıcı tedavi %38,5, her iki tedaviye aynı anda başlama sıklığı ise %28,1’dir. Anne psikiyatrik öyküsü olanlarda ise ilaç tedavisi %26,9, alternatif/tamamlayıcı tedavi %50,0, her iki tedaviye aynı anda başlama sıklığı %23,1’dir.

Tablo 57. Baba Psikiyatrik Öyküsü ve Öncelikli Tercih Edilen Tedavi Yöntemi ile İlgili Bulgular

| Baba Psikiyatrik Öyküsü | İlaç Tedavisi n(%) | Alternatif/ Tamamlayıcı Tedavi n(%) | Her İkisine Aynı Anda Başladık n(%) | Toplam n(%)         | P     |
|-------------------------|--------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------|-------|
| Yok                     | 37 (33,6%)         | 47 (42,7%)                          | 26 (23,6%)                          | 110 (100,0%)        | 0,068 |
| Var                     | 2 (16,7%)          | 3 (25,0%)                           | 7 (58,3%)                           | 12 (100,0%)         |       |
| <b>Toplam</b>           | <b>39 (32,0%)</b>  | <b>50 (41,0%)</b>                   | <b>33 (27,0%)</b>                   | <b>122 (100,0%)</b> |       |

Tablo 57’de baba psikiyatrik öyküsünün olup olmamasına göre öncelikli tercih edilen tedavi türü dağılımı incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p=0,068$ ). Baba psikiyatrik öyküsü olmayanlarda ilaç tedavisini tercih edenlerin sıklığı %33,6, alternatif/tamamlayıcı tedaviyi tercih edenlerin sıklığı %42,7 ve her iki tedaviye aynı anda başlayanların sıklığı %23,6’dır. Baba psikiyatrik öyküsü olan grupta ise ilaç tedavisini tercih edenlerin sıklığı %16,7, alternatif/tamamlayıcı tedaviyi tercih edenlerin sıklığı %25,0 ve her iki tedaviye aynı anda başlayanların sıklığı %58,3’tür.

Tablo 58. Cinsiyet ve Öncelikli Tercih Edilen Tedavi Yöntemi ile İlgili Bulgular

| Cinsiyet      | İlaç Tedavisi n(%) | Alternatif/ Tamamlayıcı Tedavi n(%) | Her İkisine Aynı Anda Başladık n(%) | Toplam              | P     |
|---------------|--------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------|-------|
| Kadın         | 15 (30,0%)         | 17 (34,0%)                          | 18 (36,0%)                          | 50 (100,0%)         | 0,172 |
| Erkek         | 24 (33,3%)         | 33 (45,8%)                          | 15 (20,8%)                          | 72 (100,0%)         |       |
| <b>Toplam</b> | <b>39 (32,0%)</b>  | <b>50 (41,0%)</b>                   | <b>33 (27,0%)</b>                   | <b>122 (100,0%)</b> |       |

Tablo 58’de çocuğun cinsiyeti ile DEHB tedavisinde öncelikli tercih edilen tedavi yöntemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p = 0,172$ ). Kız çocuklarda, üç tedavi seçeneği de görece dengeli bir şekilde tercih edilmiştir: %30,0 ilaç tedavisi, %34,0 alternatif/tamamlayıcı tedavi ve %36,0 her ikisine aynı anda başlama takip etmektedir. Erkek çocuklarda ise en çok tercih edilen yöntem alternatif/tamamlayıcı tedavi olmuştur (%45,8), bunu ilaç tedavisi (%33,3) ve her ikisine birden başlama (%20,8) takip etmektedir.

Tablo 59. Çocuk Eğitim Düzeyi ve Öncelikli Tercih Edilen Tedavi Yöntemi ile İlgili Bulgular

| <b>Çocuğun Eğitim Düzeyi</b> | <b>İlaç Tedavisi n(%)</b> | <b>Alternatif/ Tamamlayıcı Tedavi n(%)</b> | <b>Her İkisine Aynı Anda Başladık n(%)</b> | <b>Toplam n(%)</b>  | <b>P</b> |
|------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------|----------|
| İlköğretim                   | 4 (9,8%)                  | 22 (53,7%)                                 | 15 (36,6%)                                 | 41 (100,0%)         | 0,000    |
| Ortaokul                     | 17 (44,7%)                | 10 (26,3%)                                 | 11 (28,9%)                                 | 38 (100,0%)         |          |
| Lise                         | 18 (54,5%)                | 9 (27,3%)                                  | 6 (18,2%)                                  | 33 (100,0%)         |          |
| <b>Toplam</b>                | <b>39 (34,8%)</b>         | <b>41 (36,6%)</b>                          | <b>32 (28,6%)</b>                          | <b>112 (100,0%)</b> |          |

Tablo 59’da çocuğun eğitim düzeyi ile DEHB tedavisinde öncelikli tercih edilen tedavi yöntemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p = 0,000$ ).

Yapılan analiz sonuçlarına göre ilköğretim düzeyindeki çocuklarda en sık tercih edilen yöntem alternatif/tamamlayıcı tedavi olmuştur (%53,7); ayrıca bu grupta “her ikisine aynı anda başlama” sıklığı da oldukça yüksektir (%36,6), buna karşılık sadece ilaç tedavisi tercih sıklığı oldukça düşüktür (%9,8).

Ortaokul düzeyinde, ilaç tedavisi sıklığı belirgin biçimde artmaktadır (%44,7), ancak her üç tedavi seçeneği de daha dengeli dağılmıştır. Lise düzeyindeki çocuklarda ise açık biçimde ilaç tedavisi ön plandadır (%54,5) ve “her ikisine aynı anda başlama” tercihi oldukça düşüktür (%18,2).

Tablo 60. Çocuk Sayısı (3 Grup) ve Öncelikli Tercih Edilen Tedavi Yöntemi ile İlgili Bulgular

| <b>Çocuk Sayısı</b> | <b>İlaç Tedavisi n(%)</b> | <b>Alternatif/ Tamamlayıcı Tedavi n(%)</b> | <b>Her İkisine Aynı Anda Başladık n(%)</b> | <b>Toplam n(%)</b>  | <b>P</b> |
|---------------------|---------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------|----------|
| 1                   | 7 (15,6%)                 | 18 (40,0%)                                 | 20 (44,4%)                                 | 45 (100,0%)         | 0,001    |
| 2                   | 28 (48,3%)                | 20 (34,5%)                                 | 10 (17,2%)                                 | 58 (100,0%)         |          |
| 3 ve üzeri          | 4 (21,1%)                 | 12 (63,2%)                                 | 3 (15,8%)                                  | 19 (100,0%)         |          |
| <b>Toplam</b>       | <b>39 (32,0%)</b>         | <b>50 (41,0%)</b>                          | <b>33 (27,0%)</b>                          | <b>122 (100,0%)</b> |          |

Tablo 60’ta çocuk sayısı ile DEHB tedavisinde öncelikli tercih edilen tedavi yöntemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p = 0,001$ ).

Tek çocuk sahibi ailelerde, en sık tercih edilen yöntem her ikisine aynı anda başlama olmuştur (%44,4). Bu grup aynı zamanda alternatif/tamamlayıcı tedaviye de yüksek sıklıkta yönelmiştir (%40,0), buna karşılık yalnızca ilaç tedavisi tercihi daha düşüktür (%15,6).

İki çocuk sahibi ailelerde, açık biçimde en çok tercih edilen yöntem ilaç tedavisidir (%48,3). Bu sıklık, diğer çocuk sayısı gruplarına kıyasla belirgin şekilde yüksektir. Aynı grupta hem alternatif/tamamlayıcı tedavi (%34,5) hem de kombine tedavi tercihleri (%17,2) görece düşüktür.

Üç ve daha fazla çocuğu olan ailelerde, alternatif/tamamlayıcı tedavi en yaygın tercih edilen yöntemdir (%63,2), bunu ilaç tedavisi (%21,1) ve her ikisine aynı anda başlama (%15,8) izlemektedir.

#### 4.3.5. DEHB Tedavisinde İlaç Önerisi İle İlgili Bulgular

Bu bölümde çeşitli değişkenler ile DEHB tedavisinde ilaç önerisi arasındaki ilişki analiz edilmiştir.

Tablo 61. Çocuk Sayısı ve DEHB Tedavisinde İlaç Önerisi ile İlgili Bulgular

| Çocuk Sayısı  | DEHB Tedavisinde İlaç Önerisi            |                                 |                   | P                   |
|---------------|------------------------------------------|---------------------------------|-------------------|---------------------|
|               | İlaç Tedavisi Önerildi ve Kullandık n(%) | Önerildi Ancak Kullanmadık n(%) | Önerilmedi n(%)   | Toplam n(%)         |
| 1             | 42 (51,2%)                               | 14 (17,1%)                      | 26 (31,7%)        | 82 (100,0%)         |
| 2             | 68 (57,1%)                               | 27 (22,7%)                      | 24 (20,2%)        | 119 (100,0%)        |
| 3             | 30 (55,6%)                               | 16 (29,6%)                      | 8 (14,8%)         | 54 (100,0%)         |
| 4 ve üstü     | 12 (63,2%)                               | 4 (21,1%)                       | 3 (15,8%)         | 19 (100,0%)         |
| <b>Toplam</b> | <b>152 (55,5%)</b>                       | <b>61 (22,3%)</b>               | <b>61 (22,3%)</b> | <b>274 (100,0%)</b> |

Tablo 61’de çocuk sayısı ile DEHB tedavisinde ilaç önerilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p = 0,262). Tek çocuklu ailelerde, ilaç önerilme ve kullanma sıklığı %51,2 iken, önerildiği halde kullanılmayanların sıklığı %17,1, hiç önerilmeyenlerin sıklığı ise %31,7’dir. Bu grupta ilaç önerilmeme sıklığı diğer gruplara kıyasla görece yüksektir. İki çocuklu ailelerde, ilaç önerilme ve kullanma sıklığı %57,1 ile en yüksek ikinci gruptur; bu grupta önerildiği halde kullanılmayan sıklığı %22,7 ve önerilmeyen sıklığı %20,2’dir. Üç çocuklu ailelerde, ilaç önerilip kullanılma sıklığı %55,6, ancak önerildiği halde kullanılmama sıklığı %29,6 ile diğer gruplar arasında en yüksek düzeydedir. Dört ve üzeri çocuk sahibi ailelerde ise ilaç önerilip kullanılan sıklığı %63,2 ile en yüksek düzeydedir; önerilmeyen sıklığı ise %15,8’e düşmektedir.

Tablo 62. Gelir Durumu ve DEHB Tedavisinde İlaç Önerisi ile İlgili Bulgular

| Gelir Durumu            | DEHB Tedavisinde İlaç Önerisi            |                                 |                   | P                   |
|-------------------------|------------------------------------------|---------------------------------|-------------------|---------------------|
|                         | İlaç Tedavisi Önerildi ve Kullandık n(%) | Önerildi Ancak Kullanmadık n(%) | Önerilmedi n(%)   | Toplam n(%)         |
| Geliri giderinden az    | 33 (49,3%)                               | 18 (26,9%)                      | 16 (23,9%)        | 67 (100,0%)         |
| Geliri giderine eşit    | 84 (56,0%)                               | 30 (20,0%)                      | 36 (24,0%)        | 150 (100,0%)        |
| Geliri giderinden fazla | 35 (61,4%)                               | 13 (22,8%)                      | 9 (15,8%)         | 57 (100,0%)         |
| <b>Toplam</b>           | <b>152 (55,5%)</b>                       | <b>61 (22,3%)</b>               | <b>61 (22,3%)</b> | <b>274 (100,0%)</b> |

Tablo 62’de gelir durumu ile DEHB tedavisinde ilaç önerilme ve kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p = 0,521).

Gelirinin giderinden az olduğunu belirten bireylerin yüzde %49,3'ü ilaç tedavisinin önerildiğini ve bu tedaviyi kullandıklarını belirtmiştir. Aynı grupta ilaç önerildiği halde kullanmayanların sıklığı %26,9, hiç ilaç önerilmediğini belirtenlerin sıklığı ise yüzde %23,9'dur. Geliri giderine eşit olan bireylerde ilaç önerisini uygulayanların sıklığı 56,0 iken, önerildiği halde kullanmayanların sıklığı %20, önerilmeyenler ise sıklığı ise %24'tür. Gelirinin giderinden fazla olduğunu ifade eden bireylerde ise ilaç önerisini uygulama sıklığı %61,4 ile en yüksek düzeydedir. Bu grupta önerildiği halde kullanmayanların sıklığı %22,8, ilaç önerilmeyenlerin sıklığı ise yüzde %15,8'dir.

Tablo 63. Medeni Durum ve DEHB Tedavisinde İlaç Önerisi ile İlgili Bulgular

| Medeni Durum                           | DEHB Tedavisinde İlaç Önerisi                     |                                          |                    |                     | P     |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------|---------------------|-------|
|                                        | İlaç Tedavisi<br>Önerildi ve<br>Kullandık<br>n(%) | Önerildi<br>Ancak<br>Kullanmadık<br>n(%) | Önerilmedi<br>n(%) | Toplam n(%)         |       |
| Evli                                   | 102 (50,2%)                                       | 50 (24,6%)                               | 51 (25,1%)         | 203 (100,0%)        | 0,036 |
| Boşanmış                               | 29 (69,0%)                                        | 6 (14,3%)                                | 7 (16,7%)          | 42 (100,0%)         |       |
| Anne/Baba herhangi biri<br>vefat etmiş | 1 (33,3%)                                         | 2 (66,7%)                                | 0 (0,0%)           | 3 (100,0%)          |       |
| Anne/Baba ayrı yaşıyor                 | 4 (66,7%)                                         | 0 (0,0%)                                 | 2 (33,3%)          | 6 (100,0%)          |       |
| Anne veya baba tekrar<br>evlilik yaptı | 16 (80,0%)                                        | 3 (15,0%)                                | 1 (5,0%)           | 20 (100,0%)         |       |
| <b>Toplam</b>                          | <b>152 (55,5%)</b>                                | <b>61 (22,3%)</b>                        | <b>61 (22,3%)</b>  | <b>274 (100,0%)</b> |       |

Tablo 63'te medeni durum ile DEHB tedavisinde ilaç önerilme ve kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p = 0,036$ ).

Araştırmada evli bireylerde ilaç önerilip kullanılma sıklığı %50,2 ile genel ortalamanın altındayken, önerildiği halde kullanılmayan sıklığı %24,6 ve önerilmeyen sıklığı %25,1 olarak dikkat çekmektedir. Buna karşılık, boşanmış bireylerde ilaç önerilip kullanılma sıklığı %69,0 ile oldukça yüksek olup, önerilmeyen sıklığı yalnızca %16,7'dir. Benzer biçimde, anne ya da babası tekrar evlenen bireylerde sıklığı %80,0 ile en yüksek düzeye ulaşmaktadır ve önerilmeyen sıklığı %5,0 gibi oldukça düşüktür.

Araştırmada anne/babası vefat etmiş bireylerde dikkat çekici bir şekilde sıklığı %66,7'si ilaç önerildiği halde kullanılmamıştır; Ayrı yaşayan ebeveynlerin çocuklarında da ilaç önerilip kullanma sıklığı yüksek olsa da (%66,7), ilaç önerilmeyen %33,3 olarak belirlenmiştir.

Tablo 64. Anne Eğitim Durumu ve DEHB Tedavisinde İlaç Önerisi ile İlgili Bulgular

| Anne Eğitim Durumu | DEHB Tedavisinde İlaç Önerisi            |                                 |                   | P                   |
|--------------------|------------------------------------------|---------------------------------|-------------------|---------------------|
|                    | İlaç Tedavisi Önerildi ve Kullandık n(%) | Önerildi Ancak Kullanmadık n(%) | Önerilmedi n(%)   | Toplam n(%)         |
| İlköğretim         | 40 (48,2%)                               | 20 (24,1%)                      | 23 (27,7%)        | 83 (100,0%)         |
| Lise               | 53 (57,0%)                               | 21 (22,6%)                      | 19 (20,4%)        | 93 (100,0%)         |
| Yüksekokul         | 11 (40,7%)                               | 8 (29,6%)                       | 8 (29,6%)         | 27 (100,0%)         |
| Üniversite         | 48 (67,6%)                               | 12 (16,9%)                      | 11 (15,5%)        | 71 (100,0%)         |
| <b>Toplam</b>      | <b>152 (55,5%)</b>                       | <b>61 (22,3%)</b>               | <b>61 (22,3%)</b> | <b>274 (100,0%)</b> |

Tablo 64'te anne eğitim durumu ile DEHB tedavisinde ilaç önerilme ve kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p = 0,172$ ). Araştırmada üniversite mezunu annelerin çocuklarında ilaç önerilip kullanılan sıklığı %67,6 ile en yüksek düzeydedir. Bu grupta önerildiği halde kullanılmayan (%16,9) ve hiç önerilmeyen (%15,5) sıklığı ise en düşük seviyelerdedir. Buna karşın, ilköğretim mezunu annelerin çocuklarında ilaç kullanımı %48,2 ile daha düşüktür. Bu grupta önerilmeyen sıklığı %27,7 ve önerildiği halde kullanılmayan sıklığı %24,1'dir. Lise mezunu annelerde ilaç kullanımı sıklığı %57,0 iken, yüksekokul mezunlarında bu sıklık %40,7'ye düşmektedir.

Tablo 65. Baba Eğitim Durumu ve DEHB Tedavisinde İlaç Önerisi ile İlgili Bulgular

| Baba Eğitim Durumu | DEHB Tedavisinde İlaç Önerisi            |                                 |                   | P                   |
|--------------------|------------------------------------------|---------------------------------|-------------------|---------------------|
|                    | İlaç Tedavisi Önerildi ve Kullandık n(%) | Önerildi Ancak Kullanmadık n(%) | Önerilmedi n(%)   | Toplam n(%)         |
| İlköğretim         | 48 (54,5%)                               | 14 (15,9%)                      | 26 (29,5%)        | 88 (100,0%)         |
| Lise               | 48 (50,5%)                               | 26 (27,4%)                      | 21 (22,1%)        | 95 (100,0%)         |
| Yüksekokul         | 9 (50,0%)                                | 5 (27,8%)                       | 4 (22,2%)         | 18 (100,0%)         |
| Üniversite         | 46 (63,9%)                               | 16 (22,2%)                      | 10 (13,9%)        | 72 (100,0%)         |
| <b>Toplam</b>      | <b>151 (55,3%)</b>                       | <b>61 (22,3%)</b>               | <b>61 (22,3%)</b> | <b>273 (100,0%)</b> |

Tablo 65'te baba eğitim durumu ile DEHB tedavisinde ilaç önerilme ve kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p = 0,173$ ). Bulgulara göre, ilköğretim mezunu babalara sahip çocukların %54,5'ine ilaç tedavisi önerilmiş ve kullanılmış, %15,9'una önerildiği halde kullanılmamış, %29,5'ine ise ilaç tedavisi önerilmemiştir. Lise mezunu babalara sahip çocuklarda ise bu sıklıklar sırasıyla %50,5, %27,4 ve %22,1'dir. Yüksekokul mezunu babalara sahip çocukların %50,0'ına ilaç tedavisi önerilmiş ve kullanılmış, %27,8'ine önerilmiş fakat kullanılmamış, %22,2'sine ise önerilmemiştir. Üniversite mezunu babalara sahip çocuklarda ise ilaç tedavisi önerilip kullanılanların sıklığı %63,9 ile en yüksek sıklığa sahipken, %22,2'sine önerilmiş fakat kullanılmamış, %13,9'una ise ilaç tedavisi önerilmemiştir.

Tablo 66. Anne Psikiyatrik Öyküsü ve DEHB Tedavisinde İlaç Önerisi ile İlgili Bulgular

| Anne Psikiyatrik Öyküsü | DEHB Tedavisinde İlaç Önerisi            |                                 |                   | Toplam n(%)         | P     |
|-------------------------|------------------------------------------|---------------------------------|-------------------|---------------------|-------|
|                         | İlaç Tedavisi Önerildi ve Kullandık n(%) | Önerildi Ancak Kullanmadık n(%) | Önerilmedi n(%)   |                     |       |
| Yok                     | 127 (58,0%)                              | 39 (17,8%)                      | 53 (24,2%)        | 219 (100,0%)        | 0,003 |
| Var                     | 25 (45,5%)                               | 22 (40,0%)                      | 8 (14,5%)         | 55 (100,0%)         |       |
| <b>Toplam</b>           | <b>152 (55,5%)</b>                       | <b>61 (22,3%)</b>               | <b>61 (22,3%)</b> | <b>274 (100,0%)</b> |       |

Tablo 66’da DEHB tedavisinde ilaç önerisi ile anne psikiyatrik öyküsünün olup olmaması arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ( $p=0,003$ ). Anne psikiyatrik öyküsü olmayanlarda çocukların %58,0’ına ilaç tedavisi önerilmiş ve kullanılmış, %17,8’ine ilaç önerilmiş ancak kullanılmamış, %24,2’sine ise ilaç tedavisi önerilmemiştir. Anne psikiyatrik öyküsü olanlarda ise çocukların %45,5’ine ilaç tedavisi önerilmiş ve kullanılmış, %40,0’ına ilaç önerilmiş ancak kullanılmamış, %14,5’ine ise ilaç tedavisi önerilmemiştir.

Tablo 67. Baba Psikiyatrik Öyküsü ve DEHB Tedavisinde İlaç Önerisi ile İlgili Bulgular

| Baba Psikiyatrik Öyküsü | DEHB Tedavisinde İlaç Önerisi            |                                 |                   | Toplam n(%)         | P     |
|-------------------------|------------------------------------------|---------------------------------|-------------------|---------------------|-------|
|                         | İlaç Tedavisi Önerildi ve Kullandık n(%) | Önerildi Ancak Kullanmadık n(%) | Önerilmedi n(%)   |                     |       |
| Yok                     | 134 (54,0%)                              | 57 (23,0%)                      | 57 (23,0%)        | 248 (100,0%)        | 0,428 |
| Var                     | 18 (69,2%)                               | 4 (15,4%)                       | 4 (15,4%)         | 26 (100,0%)         |       |
| <b>Toplam</b>           | <b>152 (55,5%)</b>                       | <b>61 (22,3%)</b>               | <b>61 (22,3%)</b> | <b>274 (100,0%)</b> |       |

Tablo 67’de baba psikiyatrik öyküsünün olup olmasına göre DEHB tedavisinde ilaç önerisi dağılımı incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p=0,428$ ). Baba psikiyatrik öyküsü olmayanlarda çocukların %54’ü ilaç tedavisi önerilmiş ve kullanılmış, %23’ü ilaç önerilmiş ancak kullanılmamış, %23’ü ise ilaç tedavisi önerilmemiştir. Baba psikiyatrik öyküsü olanlarda ise çocukların %69,2’sine ilaç tedavisi önerilmiş ve kullanılmış, %15,4’üne ilaç önerilmiş ancak kullanılmamış, %15,4’üne ise ilaç tedavisi önerilmemiştir.

Tablo 68. Cinsiyet ve DEHB Tedavisinde İlaç Önerisi ile İlgili Bulgular

| Cinsiyet      | DEHB Tedavisinde İlaç Önerisi            |                                 |                   | Toplam n(%)         | P     |
|---------------|------------------------------------------|---------------------------------|-------------------|---------------------|-------|
|               | İlaç Tedavisi Önerildi ve Kullandık n(%) | Önerildi Ancak Kullanmadık n(%) | Önerilmedi n(%)   |                     |       |
| Kadın         | 50 (51,5%)                               | 26 (26,8%)                      | 21 (21,6%)        | 97 (100,0%)         | 0,402 |
| Erkek         | 102 (57,6%)                              | 35 (19,8%)                      | 40 (22,6%)        | 177 (100,0%)        |       |
| <b>Toplam</b> | <b>152 (55,5%)</b>                       | <b>61 (22,3%)</b>               | <b>61 (22,3%)</b> | <b>274 (100,0%)</b> |       |

Tablo 68’de çocuğun cinsiyeti ile DEHB tedavisinde ilaç önerilme ve kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p = 0,402$ ).

Erkek çocuklarda, ilaç tedavisi önerilip kullanılan sıklığı %57,6 ile kız çocuklara göre daha yüksekken, önerildiği halde kullanılmayan sıklığı daha düşüktür (%19,8). Önerilmeyen sıklığı ise %22,6 düzeyindedir. Kız çocuklarında ise ilaç kullanımı sıklığı %51,5 olup, erkeklere kıyasla daha düşüktür.

Tablo 69. Çocuk Eğitim Durumu ve DEHB Tedavisinde İlaç Önerisi ile İlgili Bulgular

| Çocuk Eğitimi | DEHB Tedavisinde İlaç Önerisi            |                                 |                   |                     | P     |
|---------------|------------------------------------------|---------------------------------|-------------------|---------------------|-------|
|               | İlaç Tedavisi Önerildi ve Kullandık n(%) | Önerildi Ancak Kullanmadık n(%) | Önerilmedi n(%)   | Toplam n(%)         |       |
| İlköğretim    | 61 (58,1%)                               | 14 (13,3%)                      | 30 (28,6%)        | 105 (100,0%)        | 0,000 |
| Ortaokul      | 40 (59,7%)                               | 17 (25,4%)                      | 10 (14,9%)        | 67 (100,0%)         |       |
| Lise          | 47 (58,8%)                               | 28 (35,0%)                      | 5 (6,3%)          | 80 (100,0%)         |       |
| <b>Toplam</b> | <b>148 (58,7%)</b>                       | <b>59 (23,4%)</b>               | <b>45 (17,9%)</b> | <b>252 (100,0%)</b> |       |

Tablo 69’da çocuğun eğitim düzeyi ile DEHB tedavisinde ilaç önerilme ve kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p = 0,000$ ).

İlköğretim düzeyindeki çocuklarda, ilaç önerilip kullanılan sıklığı %58,1’dir; bu düzeyde önerildiği halde kullanılmayan sıklığı en düşük seviyededir (%13,3). Ancak, ilaç tedavisi hiç önerilmeyenlerin sıklığı %28,6 ile diğer eğitim gruplarına kıyasla yüksektir.

Ortaokul öğrencilerinde, önerilip kullanılan ilaç sıklığı benzer şekilde %59,7 olup, önerilmedi sıklığı %14,9’a düşmüştür. Ancak önerildiği halde kullanılmayan sıklık %25,4 ile yükselmiştir.

Lise grubunda, önerilen ve kullanılan ilaç sıklığı %58,8 ile sabit kalmakla birlikte, önerildiği halde kullanılmayan sıklığı %35,0’e çıkarak en yüksek seviyeye ulaşmıştır. Buna karşın ilaç önerilmeyen o sıklığı %6,3 ile en düşük düzeydedir.

#### 4. TARTIşMA

Bu alışma, İzmir şehir Hastanesi ocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran ve DSM-5 tanı kriterlerine göre DEHB tanısı almış çocukların ebeveynleri ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma grubunu, 2025 yılı boyunca polikliniğe başvuran ve 18 yaş altında DEHB tanılı çocukların anneleri ve/veya babaları oluşturmaktadır. Katılımcılar, gönüllülük esasına göre çalışmaya dahil edilmiş olup, çocuklarının tanı süreci, tedavi tercihi, ilaç kullanımı ve geleneksel/tamamlayıcı (GETAT) uygulamalar hakkındaki bilgi ve tutumları yapılandırılmış bir anket formu aracılığıyla değerlendirilmiştir. Ebeveynlerin sosyo-demografik özellikleri (eğitim düzeyi, gelir durumu, medeni durum vb.), psikiyatrik öyküleri ve çocuklarının eğitim düzeyi ile tedavi süreçleri arasındaki ilişkiler istatistiksel analizlerle incelenmiştir. Böylece, farmakolojik ve GETAT temelli müdahale kararlarının hangi ailevi ve bireysel faktörlerle şekillendiği anlaşılmaya çalışılmıştır.

Araştırmada elde edilen bulgulara göre, ailedeki ocuk sayısı ile ocuğun DEHB tedavisi alıp almaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Her ne kadar tedavi alan çocukların tek çocuklu ailelerden gelme sıklığı daha yüksek olsa da bu fark anlamlı düzeyde değildir. Ayrıca, iki çocuklu ailelerde hem tedavi alan hem de tedavi almayan çocukların sıklığı en yüksek seviyede bulunmuş;  ve daha fazla çocuğu olan ailelerde ise gruplar arası sıklıklar birbirine yakın seyretmiştir. Roy ve arkadaşları, ocuk sayısının fazla olmasının, ailedeki bireysel kaynakların azalmasına neden olarak çocuğun bireysel tedavi ihtiyacına ayrılacak zamanı ve dikkati sınırlayabileceğini belirtmiştir (90). Literatürde doğrudan ocuk sayısı ile GETAT kullanımı arasında ilişki kuran çalışma sınırlı olsa da, Lu ve arkadaşlarının çalışmasında, ebeveynlerin tedavi tercihlerini belirleyen başlıca faktörler arasında zaman, erişim ve aile içi dinamiklerin yer aldığı bildirilmiştir (91).

Bu durum, ocuk sayısının tek başına tedaviye başvuru davranışını belirlemede etkili olmadığını göstermektedir. Bu bulgu, Rowland ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmayla paralellik göstermektedir (92). Söz konusu çalışmada, düşük sosyoekonomik düzeyin DEHB yaygınlığı üzerinde etkili olduğu, ancak ailedeki ocuk sayısının doğrudan belirleyici olmadığı bildirilmiştir (92). Benzer şekilde, dosReis ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada, tedaviye yönelim üzerinde sosyoekonomik göstergeler ve bakım verenin tedaviye ilişkin algısı daha ön planda tutulmuştur; aile yapısı veya ocuk sayısı gibi değişkenler daha ikincil faktörler olarak değerlendirilmiştir (93). Sonuç olarak, çalışmamızda ocuk sayısı tedavi alma

davranışında tek başına belirleyici bir faktör olarak öne çıkmamış olsa da, özellikle tek çocuklu ailelerin sağlık başvurularına daha duyarlı olabileceği ihtimali göz önünde bulundurulmalıdır.

Araştırmada DEHB tedavisi alan çocukların annelerinde lise ve üzeri eğitim düzeyinin daha yaygın olduğu görülse de bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmamıştır. Aynı şekilde, babaların üniversite mezunu olma sıklığı tedavi alan grupta daha yüksek olmakla birlikte, genel olarak babaların eğitim düzeyine göre tedavi alma durumu anlamlı farklılık göstermemiştir. Psikiyatrik öyküsü olan ebeveyn sıklığı her iki grupta da düşük olup, bu değişkenin tedaviye etkisi saptanmamıştır. Ayrıca, çocuğun cinsiyeti ve eğitim düzeyinin de tedavi alma durumunu anlamlı şekilde etkilemediği belirlenmiştir. Bu bulgular Ahmed ve arkadaşları tarafından yapılan araştırma ile paralellik göstermektedir (94). Ahmed ve arkadaşları tarafından yapılan sistematik incelemede, ebeveynlerin tedavi kararlarını etkileyen faktörler arasında dışsal etkiler, tanıyı kabullenme süreci ve sağlık sistemiyle yaşanan deneyimlerin ön plana çıktığı belirtilmiştir (94). Ebeveynlerin eğitim düzeyinin tek başına belirleyici olmadığını ve karar sürecinde çevresel faktörlerin daha etkili olduğunu vurgulamışlardır. Derakhshanpoor ve arkadaşları, DEHB tanılı çocukların annelerinde daha yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon gözlemlendiğini bildirmiştir (95). Benzer şekilde, Baykal ve arkadaşları çalışmasında da babaların eğitim süresinin tedavi sürekliliği üzerinde etkili olduğu; ancak birçok sosyodemografik faktörün çok değişkenli analizlerde anlamlılığını yitirdiği görülmüştür (96). Bu da bireysel farklılıkların ve tedaviye ilişkin öznel tutumların daha etkili olabileceğine işaret etmektedir. Ayrıca, Fiks ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, ebeveynlerin tedaviye yönelik hedef ve tercihleri ile tedavi başlatma kararları arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur (97). Ansari ve arkadaşlarının DEHB’li çocuklarda aile dinamiklerini incelediği çalışmayla çelişmektedir. Ansari ve arkadaşlarının çalışmasında ebeveynlerdeki psikiyatrik öykülerin özellikle komorbid davranım bozukluklarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (98). Bu durum, tedavi kararlarında sosyodemografik özelliklerden ziyade ebeveynlerin beklentileri ve tedaviye yönelik inançlarının belirleyici olabileceğini düşündürmektedir. Genel olarak değerlendirdiğimizde, çalışmamızın bulguları DEHB tedavisinde sosyodemografik faktörlerin etkisinin sınırlı olduğunu, buna karşın ebeveynlerin kişisel deneyimleri, beklentileri ve tedaviye ilişkin algılarının daha güçlü bir rol oynayabileceğini ortaya koymaktadır. Bu nedenle klinik uygulamalarda, sadece nesnel demografik bilgilerle

değil, ailelerin tedaviye bakış açılarını da dikkate alan bireyselleştirilmiş yaklaşımların benimsenmesi gerekmektedir.

Araştırmada çocuğun cinsiyeti, eğitim düzeyi, ailenin gelir durumu, ebeveynlerin psikiyatrik öyküsü gibi değişkenlerle çocuğun DEHB tedavisi alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı bulgusuna ulaşılmıştır. Öte yandan, boşanmış ya da “diğer” kategorisinde yer alan aile yapılarında çocukların tedavi alma sıklığı daha yüksek bulunmuş; benzer şekilde, tek çocuklu ailelerde tedavi sıklığı görece daha yüksektir. Özellikle boşanmış ya da “diğer” aile yapısına sahip çocukların, evli ebeveynlere sahip çocuklara kıyasla daha yüksek sıklıkta tedavi aldığı belirlenmiştir. Bu bulgu, Behere ve arkadaşlarının yaptığı çalışmayla paraleldir; onlar da parçalanmış veya işlevsel olmayan aile yapılarının çocuklarda psikiyatrik tanı alma sıklıklarını artırdığını ortaya koymuşlardır (99). Ayrıca, annelerin eğitim düzeyi ile GETAT kullanımı arasında anlamlı bir ilişki saptanmış; üniversite mezunu annelerin çocuklarında GETAT bilgi ve kullanım sıklıklarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular, literatürdeki bazı araştırmalarla örtüşmektedir. Örneğin, Wu ve arkadaşlarının yaptığı sistematik derlemede, ebeveynlerin eğitim düzeyinin yüksek olması, GETAT kullanımının önemli bir öngörücüsü olarak rapor edilmiştir (100). Bu çalışma ayrıca tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanım yaygınlığı %7,5 ile %67,6 arasında değiştiği, en çok bildirilen tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemleri diyet değişiklikleri ve doğal ürünler olduğu bulgusuna ulaşmıştır (100). Ayrıca, Huang ve arkadaşları, DEHB'li çocukların ailelerinde geleneksel tedavilerin daha sık kullanıldığını, ancak GETAT kullanımının da azımsanmayacak düzeyde olduğunu ve özellikle otizm spektrum bozukluğu gibi diğer gelişimsel bozukluklarda bu sıklığın daha yüksek olduğunu rapor etmişlerdir (101). DEHB tedavi tercihlerinin belirlenmesinde sosyodemografik faktörlerin tek başına belirleyici olmadığı, ancak özellikle ebeveyn eğitimi ve aile yapısının (çocuk sayısı, medeni durum) bazı eğilimleri etkileyebileceği görülmektedir. Bu bağlamda, klinisyenlerin ebeveynlerin eğitim düzeyi ve aile yapısı gibi değişkenleri dikkate alarak tedavi planlaması yapmaları, özellikle GETAT kullanımında doğru yönlendirme sağlayabilmeleri açısından önem taşımaktadır.

Araştırmanızda ebeveynlerin medeni durumu, eğitim düzeyi, psikiyatrik öyküsü ve çocuğun cinsiyeti gibi faktörlerle DEHB tedavisi alma durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu sonuç, Breau ve arkadaşlarının çalışmasıyla paralellik göstermektedir; ebeveynin DEHB hakkındaki bilgi ve tutumlarının tedavi

seçimlerini etkilediği, ancak sosyodemografik değişkenlerin doğrudan bir etkisinin sınırlı olduğu bildirilmiştir (102). Wu ve arkadaşlarının çalışmasında ebeveyn eğitiminin yüksek olması tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımını ngren bir faktör olarak değerlendirilmiştir (100). Behere ve arkadaşları çalışmasında parçalanmış aile yapısının genel psikiyatrik riskleri artırdığı belirtilse de, DEHB tedavisine özel bir etkisinin olmadığını belirtmiştir (99).

GETAT kullanımıyla ilgili olarak, özellikle annelerin eğitim düzeyinin artmasının hem bilgi düzeyi hem de kullanım sıklığını artırdığı tespiti, Shanjuvigasini ve arkadaşlarının bulgularını desteklemektedir. Bu çalışmada, ebeveynlerin özellikle ilaçların yan etkilerinden kaçınmak adına tamamlayıcı tedavilere yöneldiği, bu tercihte sosyoekonomik ve eğitsel farkındalığın etkili olduğu vurgulanmıştır (103). Bussing ve arkadaşları ise, DEHB tanısı almış çocukların ebeveynlerinin geleneksel tedaviye ek olarak tamamlayıcı yöntemlere daha sık başvurduğunu ve bu eğilimin özellikle interneti bilgi kaynağı olarak kullanan ebeveynlerde arttığını göstermiştir (104).

Sonuçlar ayrıca, GETAT uygulamaları konusunda iki çocuklu ailelerin en yüksek bilgi ve kullanım sıklığına sahip olduğunu, bu durumun  ve üzeri çocuklu ailelerde azaldığını ortaya koymaktadır. Bu, Pellow ve arkadaşlarının çalışmasında bildirilen, tamamlayıcı tedaviye yönelimin ebeveynin kaynaklara erişimi ve bireysel farkındalık düzeyi ile ilişkili olduğu sonucunu desteklemektedir (105). Araştırma bulgularımız, özellikle DEHB tedavi tercihlerinde sosyoekonomik ve eğitimsel faktörlerin GETAT kullanımı üzerinde belirleyici olabileceğini; ancak çocuğun tedavi alıp almamasını etkileyen değişkenlerin daha karmaşık dinamiklere sahip olduğunu göstermektedir. Bu durum, literatürde de vurgulanan bireysel tercihler, tedaviye erişim ve bilgi düzeyi gibi faktörlerin belirleyiciliğiyle tutarlıdır.

Araştırmamızda, DEHB tanısı almış çocukların aileleri arasında GETAT farkındalığı ve kullanımının çeşitli sosyodemografik değişkenlerle ilişkisini inceledik. Elde edilen bulgular, ebeveynlerin medeni durumu ile GETAT farkındalığı ve kullanım düzeyi arasında genel olarak anlamlı bir fark olmadığını, ancak “diğer” (ayrı yaşayan, yeniden evlilik yapan vb.) statüsündeki bireylerde kullanım sıklıklarının görece daha yüksek olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde, çocuğun eğitim düzeyiyle GETAT uygulamaları arasında anlamlı farklılıklar saptanmış, özellikle ortaokul düzeyindeki çocukların ailelerinde kullanım sıklığı belirgin biçimde yüksek bulunmuştur. Ailedeki ocuk sayısı azaldıkça, hem GETAT hakkında bilgi sahibi olma hem de uygulama sıklıklarında artış gözlemlenirken,  ve daha fazla çocuğu olan

ailelerde bu sıklıkların düştüğü görülmüştür. Ebeveyn eğitim düzeyi açısından değerlendirildiğinde, annelerin eğitim düzeyi ile GETAT farkındalığı ve kullanım sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmış; üniversite mezunu annelerin hem bilgi hem de uygulama düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırmada özellikle dikkat çeken bir bulgu da GETAT bilgi ve kullanım düzeyinin çocuk sayısı ile ilişkili olmasıdır. İki çocuklu ailelerde bu uygulamalara yönelik bilgi ve kullanım sıklıkları en yüksek seviyede bulunurken, üç ve daha fazla çocuğu olan ailelerde bu sıklıklar düşmektedir. Bu durum, sağlık kararlarının bireysel çocuklara yönelik alınmasında ebeveynlerin zaman ve kaynak kapasitesinin önemli bir etken olduğunu göstermektedir. Literatürde bu ilişki doğrudan incelenmemiş olsa da, Nuno ve arkadaşlarının çalışmasında, ebeveyn katılımının alternatif tedavi yöntemlerine yönelimi güçlendirdiği vurgulanmıştır (106). Örneğin, Wu ve arkadaşlarının sistematik derlemesine göre, yüksek ebeveyn eğitim düzeyi, DEHB tanılı çocuklarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımının en güçlü öngörücülerinden biridir (100). Benzer biçimde, Bussing ve arkadaşları, ebeveynlerin eğitim seviyesi ile internet gibi bilgi kaynaklarına erişiminin tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım sıklıklarını etkilediğini ortaya koymuştur (104). Ayrıca Johnson ve Yang, tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı ile aile yapısı, çocuk sayısı gibi demografik faktörler arasında da çeşitli ilişkiler bulunduğu, farklı sosyoekonomik yapıların tamamlayıcı ve alternatif tedaviye yönelimi etkilediği görülmektedir (83).

Bu çalışmada, ailedeki çocuk sayısı, gelir düzeyi, ebeveynlerin medeni durumu, anne ve baba eğitim düzeyleri ile annede psikiyatrik öykü gibi sosyodemografik değişkenler ile çocukların DEHB nedeniyle doktora başvuru yapma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Safavi ve arkadaşlarının çalışması, özellikle baba eğitim düzeyinin tedaviye uyumla pozitif ilişkili olduğunu göstermektedir (107). Bu, bizim çalışmamızda eğitim düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı bulunmamakla birlikte etkili bir faktör olduğunu düşündürmektedir. Bununla birlikte, baba psikiyatrik öyküsünün varlığı önemli belirleyici olarak ön plana çıkmış; bu öyküye sahip ailelerde çocukların %100 sıklığında sağlık kuruluşuna başvurduğu, öyküsü olmayanlarda ise bu sıklığın %85,5 olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, çocuğun cinsiyeti (erkeklerde %67,4) ve eğitim düzeyi (özellikle ortaokul ve lise düzeyinde %90 üzeri başvuru sıklıkları) ile başvuru davranışı arasında anlamlı düzeyde ilişki saptanmıştır. Bu bulgular, literatürde yer alan çalışmalarda da benzer şekilde desteklenmektedir. Örneğin, Dakwar ve arkadaşlarının çalışmasında ailede tıbbi

psikiyatrik geçmişin çocukların tedaviye yöneliminde etkili olduğunu ve ebeveynin ruhsal durumunun tanı alma sürecinde belirleyici olabildiğini belirtmiştir (108). Cinsiyet özelinde Slobodin ve arkadaşlarının çalışmasında klinik örneklemelerde erkek çocukların hiperaktivite/impulsivite düzeyinin daha yüksek olması nedeniyle daha sık teşhis ve tedavi alma eğiliminde olduğunu raporlamıştır (109). Eğitim düzeyi bağlamında ise, Dakwar ve arkadaşları okul çağı ilerledikçe belirtilerin daha görünür hale geldiğini ve öğretmen yönlendirmesiyle tanı başvurularının arttığını belirtmiştir (108). Elde edilen bulgulardan hareketle DEHB tanılı çocukların tedaviye yönlendirilmesinin yalnızca çocuk düzeyindeki semptom şiddetiyle değil; aynı zamanda aile bireylerinin ruhsal geçmişi, özellikle baba psikiyatrik öyküsü, çocuğun cinsiyeti ve eğitim dönemi gibi yapısal faktörlerle de şekillendiği anlaşılmaktadır. Finkel'in Almanya'daki çalışması, düşük gelirli ailelerde DEHB tanısının daha sık konulduğunu, ancak bu grupların tanı ve tedavi hizmetlerine erişimde dezavantajlı olduğunu göstermektedir (110). Bu bulgu bizim çalışmamızdaki geliri giderine eşit olan ailelerin her iki grupta da en yüksek sıklığa sahip olmasıyla örtüşmektedir. Klinik yaklaşımlarda, ailede psikiyatrik öyküsü olan bireylerin (özellikle babaların) daha dikkatli izlenmesi, kız çocukları ve ilkökul düzeyindeki yaş gruplarında farkındalık artırıcı stratejilerin oluşturulması önerilmektedir. Böylece sağlık hizmetlerine başvuru sürecinin gecikmesi önlenabilir ve daha erken tanı-tedavi imkânı sağlanabilir.

Araştırmamızda ailedeki çocuk sayısı, gelir durumu, ebeveynlerin medeni hali, anne ve baba eğitim düzeyleri ile psikiyatrik öykülerinin, GETAT uygulamalarından “fayda görme” algısı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Ancak alt gruplarda anlamlı eğilimler gözlenmiştir: Tek ve iki çocuklu ailelerde GETAT’tan “kesinlikle fayda gördük” diyenlerin sıklığı daha yüksek bulunmuş, çocuk sayısı arttıkça bu sıklık düşmüştür. Annelerin eğitim düzeyi yükseldikçe GETAT’a yönelik bilgi ve fayda algısı artmış; benzer eğilim babaların eğitim düzeyinde de gözlemlenmiştir. Araştırma sonuçları DEHB tanılı çocuklarda GETAT kullanımına ilişkin önceki araştırmalarla paralellik göstermektedir. Sinha ve Efron çalışmasında DEHB tanılı çocuklarda GETAT kullanımının yaygın olduğunu ve ebeveynlerin eğitim düzeyine bağlı olarak kullanım sıklıklarının arttığını göstermiştir. Ayrıca, ebeveynlerin büyük kısmı bu uygulamalardan en az birini denemekte ve bir kısmı fayda bildirmektedir (111). Wu ve arkadaşlarının çalışmasında, DEHB hastalarında GETAT kullanım sıklığının %7,5 ile %67,6 arasında değiştiği ve ebeveyn eğitim düzeyinin önemli bir belirleyici olduğu saptanmıştır. Eğitim seviyesi arttıkça GETAT

kullanımının da arttığı belirtilmiştir (100). Bussing ve arkadaşlarının çalışmasında ise, DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinin geleneksel tedavilere ek olarak inanç temelli veya alternatif yöntemlere başvurduğunu ve özellikle internetten bilgi edinen ailelerde bu eğilimin daha yüksek olduğunu rapor etmiştir (104). GETAT'a yönelik fayda algısı yalnızca sağlıkla ilgili çıktılardan değil, ailelerin kültürel, sosyoekonomik ve bilişsel yapılarından etkilenmektedir. Özellikle ebeveynlerin eğitim düzeyinin yüksek olması, bu uygulamalardan beklentiyi ve deneyimlerin olumlu değerlendirilmesini artırabilir. Ayrıca, az çocuklu ailelerde kaynakların daha odaklı kullanımı, GETAT gibi uygulamaların daha etkin değerlendirilmesini sağlamış olabilir. Literatürdeki benzer çalışmalarla birlikte düşünüldüğünde, sağlık profesyonelleri bu alanı sadece tedavi değil, ebeveyn eğitimi ve danışmanlık süreci açısından da dikkate almalıdır.

Araştırmanızda tek çocuklu ailelerin en sık kombine (ilaç + GETAT) tedavi seçeneğini tercih ettiği, iki çocuklu ailelerin ise daha çok sadece ilaç tedavisine yöneldiği, üç ve daha fazla çocuklu ailelerin ise alternatif/tamamlayıcı tedavilere öncelik verdiği belirlenmiştir. Benzer şekilde, üniversite mezunu babaların yalnızca ilaç tedavisini daha fazla tercih ettiği; lise ve yüksekokul mezunu babaların ise kombine ya da alternatif yöntemlere yöneldiği saptanmıştır. Çocuğun eğitim düzeyi yükseldikçe (özellikle lise döneminde), sadece ilaç tedavisinin tercih edilme sıklığının arttığı da görülmüştür. Lu ve arkadaşları, ailelerin alternatif tedavilere yöneliminde kişisel deneyimlerin, güven ve bilgiye erişimin belirleyici olduğunu vurgulamaktadır (91). Fiks ve arkadaşlarının çalışmasında, ebeveynlerin ilaç veya davranışçı terapi tercihleri ile çocuklarının gerçekten hangi tedaviye başladıkları arasında güçlü bir ilişki olduğu gösterilmiştir (97). Fiks ve arkadaşlarının çalışmasında akademik başarıyı öncelikli hedef olarak gören ebeveynler ilaç tedavisine, davranışsal uyumu hedefleyenler ise davranış terapisine yönelmektedir (97). Bussing ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, DEHB tanısı alan çocukların büyük çoğunluğunun düzenli sağlık hizmeti aldığı ve ebeveynlerinin %63'ünün çocuklarının DEHB semptomlarıyla ilgili olarak bir klinisyenle görüştüğü bildirilmiştir (104). Ancak buna rağmen çocukların %39'unun herhangi bir geleneksel DEHB tedavisi (örneğin ilaç tedavisi) almadığı tespit edilmiştir (104). Bu bulgu, sağlık hizmetine erişim ve farkındalık olmasına rağmen, tedaviye başlama sıklıklarının beklenenden düşük olabileceğini ve başka faktörlerin (örneğin tedaviye yönelik tutum, kültürel inançlar, yan etki korkusu) tedavi sürecini etkileyebileceğini göstermektedir. Sinha ve Efron'un çalışmasında, araştırmaya katılan ailelerin %67,6'sının çocuklarının Dikkat Eksikliği ve

Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ile ilgili olarak geleneksel tedavilerin yanı sıra alternatif veya tamamlayıcı tıp yöntemlerine de başvurduğu tespit edilmiştir (111). Araştırma sonuçları DEHB'ye yönelik tedavi yaklaşımlarında ailelerin yalnızca farmakolojik yöntemlerle sınırlı kalmadığını, alternatif destek arayışında da olduklarını göstermektedir. Waschbusch ve arkadaşları ise, bazı ebeveynlerin ilaç kullanımından kaçındığı, diğerlerinin ise olumlu sonuçlara ulaşmak için daha çok ilaç temelli yaklaşımları tercih ettiğini göstermektedir. Sosyoekonomik düzeyi daha düşük olan ve çocuklarında daha ağır belirtiler gözlemlenen ailelerin ilaç dışı yöntemlere daha sıcak baktığı ortaya konmuştur (112). Ayrıca, Fegert ve arkadaşlarının Almanya'daki çalışmasında da ebeveynlerin tedavi tercihlerinin çocuğun duygusal durumu ve sosyal etkileşimleri ile ilgili hedeflerine bağlı olarak değiştiği gösterilmiştir (113). Vitulano ve arkadaşları ise, birçok ailenin geleneksel tedavilerin yanında fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme ve dış mekân etkinlikleri gibi tamamlayıcı yöntemleri tercih ettiğini belirtmiştir (114). Araştırma bulguları literatürde ebeveynlerin DEHB tedavi tercihlerini etkileyen faktörlerle büyük ölçüde örtüşmektedir. Özellikle ailedeki çocuk sayısı, babanın eğitim düzeyi ve çocuğun akademik seviyesi gibi sosyodemografik değişkenlerin, tedavi biçimi seçiminde rol oynadığı görülmektedir. Bu durum, ailelerin tedavi sürecinde kişisel kaynaklar, eğitim düzeyi ve beklentiler doğrultusunda karar verdiğini göstermektedir.

Araştırmada, çocuk sayısı, babanın eğitim düzeyi ve çocuğun eğitim düzeyi ile DEHB'de öncelikli tedavi tercihi arasında anlamlı ilişkiler bulunduğu, ayrıca medeni durumun da anlamlılık sınırında etkili olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular literatürdeki bazı çalışmaları desteklemektedir. Örneğin, Safavi ve arkadaşlarının çalışmasında babanın eğitim düzeyinin yüksek olması, tedaviye uyumu artıran faktörlerden biridir (107). Aynı şekilde, Alsubaie ve arkadaşlarının çalışmasında annelerin eğitim düzeyinin de çocukların tedaviye uyumunu etkileyen önemli bir faktör olduğu gösterilmiştir (115). Bu bulgular, sosyoekonomik faktörlerin tedavi sürecine olan etkisini destekler niteliktedir.

Araştırmada boşanmış veya yeniden evlenmiş ebeveynlerin çocuklarında ilaç önerilme ve kullanılma sıklıklarının daha yüksek olması, aile içi stres ve düzensizliklerin tedavi sürecini etkileyebileceğini düşündürmektedir. Benzer şekilde, Schermerhorn ve arkadaşları DEHB semptomlarının aile içi çatışmaları artırabileceğini ve bunun da boşanma sıklıklarını etkileyebileceğini ortaya koymuştur (116). Ayrıca, Choi ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada, tek ebeveynli ailelerde

çocuklarda DEHB gelişme riskinin daha yüksek olduğu ve bu ailelerde tedavi sürecinin daha karmaşık ilerleyebileceği belirtilmiştir (117).

Çocuğun eğitim düzeyine göre tedaviye yaklaşımda da farklılıklar gözlenmiştir. Lise çağındaki çocuklarda ilaç önerilme sıklığı artarken, kullanım sıklığında düşüş olduğu; buna karşın ilköğretim çağındaki çocuklarda kombine veya alternatif tedavi yaklaşımlarının daha sık tercih edildiği görülmüştür. Bu durum, yaşla birlikte tedaviye ilişkin kararların daha fazla çocuk tarafından alındığını ve gençlerde ilaç kullanımına direnç gelişebileceğini göstermektedir. Nitekim Charach ve arkadaşları, tedaviye uyumun yaş ilerledikçe azaldığını ve ergenlerin tedavi kararlarında daha etkin rol oynadığını belirtmiştir (118). Sonuç olarak, elde edilen bulgular, DEHB tedavi sürecinin yalnızca biyolojik değil, aynı zamanda sosyal ve çevresel faktörlerden de etkilendiğini göstermektedir. Özellikle aile yapısı, ebeveynlerin eğitim düzeyi ve medeni durumu gibi demografik faktörlerin tedavi tercihi ve tedaviye uyum üzerinde belirleyici olduğu görülmektedir. Klinik uygulamalarda bu değişkenlerin dikkate alınması, daha etkili ve bireyselleştirilmiş tedavi planlarının oluşturulmasına katkı sağlayacaktır.

## 5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada, aile yapısı, ebeveynlerin eğitim ve psikiyatrik öyküsü, sosyoekonomik durum ve çocuğa ait bazı demografik değişkenlerin, çocukların Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) nedeniyle sağlık hizmetine başvuru, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ve tedavi tercihleri üzerindeki etkileri kapsamlı biçimde incelenmiştir.

Araştırmada ailedeki çocuk sayısı, ailenin gelir düzeyi, ebeveynlerin medeni durumu ile çocuğun DEHB tedavisi alıp almaması, annelerin ve babaların psikiyatrik öyküsünün varlığı, çocuğun cinsiyeti, çocuğun eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Her ne kadar tedavi alan çocukların tek çocuklu ailelerden gelme sıklığı, tedavi almayanlara kıyasla daha yüksek olsa da bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir. Ayrıca iki çocuklu ailelerde hem tedavi alan hem de tedavi almayan çocukların sıklığının en yüksek seviyede olduğu, üç ve daha fazla çocuğu olan ailelerde ise sıklıkların gruplar arasında birbirine yakın seyrettiği belirlenmiştir. Bu sonuçlardan hareketle, DEHB tedavisinin aile yapısı, gelir düzeyi, ebeveynlerin medeni durumu, çocuğun cinsiyeti ve eğitim düzeyi gibi sosyo-demografik değişkenlerden bağımsız olarak planlanması gerektiği önerilebilir. Her ne kadar tedavi alan çocukların tek çocuklu ailelerden gelme sıklığı daha yüksek görünse de bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır; dolayısıyla tedaviye erişim ya da yönlendirme sürecinde çocuk sayısı gibi aile içi faktörlere dayalı önyargılardan kaçınılmalıdır. Ayrıca, ebeveynlerin psikiyatrik öyküsünün varlığının tedavi alma durumuna anlamlı bir etkisinin olmaması, tedavi planlamasında bu tür öykülerin dikkate alınmasının tek başına belirleyici olmaması gerektiğini göstermektedir. Bu nedenle, DEHB tanılı çocuklara yönelik müdahalelerde daha çok bireysel klinik belirtiler ve işlevsellik düzeyi dikkate alınmalı; aile yapısı ve sosyo-demografik özellikler ise destekleyici faktörler olarak ele alınmalıdır.

Araştırmada geliri giderine eşit olan ailelerin sıklığı hem tedavi alan hem de almayan grupta en yüksek seviyede bulunmuş; geliri giderinden az veya fazla olan ailelerin sıklıkları ise gruplar arasında anlamlı bir farklılık göstermemiştir.

Araştırmada tedavi alan çocukların anneleri arasında lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanların sıklığı daha yüksek bulunmuş, ilköğretim mezunu annelerin sıklığı ise tedavi almayan grupta daha fazla olarak tespit edilmiştir. Benzer şekilde, babaların eğitim düzeyi ile çocuklarının DEHB tedavisi alma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamakla birlikte, tedavi alan çocukların babalarında üniversite mezunu

olma sıklığının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda, düşük eğitim düzeyine sahip ebeveynlere yönelik farkındalık artırıcı bilgilendirme çalışmaları yapılması, çocukların uygun zamanda tedaviye yönlendirilmesi açısından önem taşımaktadır. Eğitim düzeyinin, özellikle anneler özelinde, tedaviye erişimi kolaylaştırıcı bir faktör olabileceği göz önünde bulundurularak, sağlık politikalarında bu gruplara yönelik destekleyici uygulamalara yer verilmesi önerilmektedir.

Araştırmada psikiyatrik öyküsü bulunmayan ebeveyn sıklıkları oldukça yüksek olup, psikiyatrik öyküye sahip ebeveyn sıklıkları ise düşük düzeyde kalmakta ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Benzer şekilde, çocuğun cinsiyetinin de tedavi alma durumu üzerinde belirleyici bir etkisinin olmadığı, tedavi alan ve almayan gruplarda erkek ve kız çocuklarının sıklıklarının neredeyse eşit olduğu görülmüştür. Çocuğun eğitim durumu açısından değerlendirildiğinde ise, ilköğretim, ortaokul ve lise düzeyinde okuyan çocukların tedavi alma sıklıkları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı; ancak ortaokul düzeyindeki çocuklarda tedavi alma sıklığının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarından hareketle, ebeveynlerin psikiyatrik öyküsünün çocuğun DEHB tedavisi alma durumu üzerinde belirleyici bir etkisinin bulunmaması, tedavi planlamasında ebeveyn geçmişinin tek başına yeterli bir ölçüt olmadığını göstermektedir. Ayrıca, çocuğun cinsiyetinin tedaviye erişimde belirleyici bir rol oynamadığı ve kız-erkek çocuklar arasında tedavi alma sıklıklarının benzer olduğu göz önünde bulundurulduğunda, tedaviye yönlendirme süreçlerinde cinsiyete dayalı kalıp yargılardan kaçınılması gerektiği anlaşılmaktadır. Çocuğun eğitim düzeyine ilişkin veriler ise, her ne kadar genel anlamda anlamlı bir ilişki olmasa da ortaokul düzeyindeki çocukların tedavi alma sıklıklarının daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum, ortaokul döneminin DEHB belirtilerinin daha görünür hale geldiği ve bu yaş grubunda tedaviye başvuru sıklıklarının artabileceği bir dönem olabileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle, özellikle ortaokul çağındaki çocukların davranışsal ve akademik performanslarının yakından izlenmesi, erken müdahale açısından önem arz etmektedir. Genel olarak, DEHB tedavisinde bireysel değerlendirmelerin esas alınması, aile ve okul iş birliğinin güçlendirilmesi önerilmektedir.

Araştırmada ebeveynlerin medeni durumunun üçlü gruplama (evli, boşanmış, diğer) ile incelendiği analizde, medeni durumun çocukların DEHB tedavisi alması ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisinin olduğu saptanmıştır. Özellikle boşanmış veya “diğer” aile yapısına sahip çocukların, evli ebeveynlere sahip çocuklara kıyasla daha

yüksek sıklıkta tedavi aldığı belirlenmiştir. Çocuk sayısının üçlü gruplama ile incelendiği analizde ise, tek çocuklu ailelerin çocuklarında tedavi alma sıklığı daha yüksek bulunmuş, çok çocuklu ailelerde ise tedaviye başvuru sıklığının görece daha düşük olduğu görülmüştür. Araştırma bulguları, ebeveynlerin medeni durumunun çocukların DEHB tedavisi alma durumu üzerinde anlamlı bir etkisi olabileceğini göstermektedir. Özellikle boşanmış ya da “diğer” aile yapısına sahip ebeveynlerin çocuklarının, evli ebeveynlere sahip çocuklara kıyasla daha yüksek sıklıkta tedavi alması, parçalanmış ya da farklı aile yapılarının çocuklarda DEHB belirtilerinin daha fazla fark edilmesine ya da bu ailelerin profesyonel destek arayışına daha yatkın olmasına işaret edebilir. Benzer şekilde, çocuk sayısı açısından yapılan değerlendirmede, tek çocuklu ailelerin çocuklarında tedaviye başvuru sıklığının daha yüksek bulunması, bu ailelerde çocuklara ayrılan bireysel ilginin fazla olması nedeniyle belirtilerin daha kolay fark edilip sağlık hizmetine yönlendirilmiş olabileceğini düşündürmektedir. Bu bağlamda, klinik değerlendirme süreçlerinde aile yapısının dikkate alınması; özellikle parçalanmış ailelerden gelen ve/veya tek çocuk olan bireylerin ruh sağlığı izlemlerinin daha yakından yapılması, erken müdahale açısından önem taşımaktadır. Ayrıca çok çocuklu ya da evli ebeveyn yapısına sahip ailelerde farkındalık düzeylerinin artırılması da tedaviye erişimin yaygınlaştırılması açısından önerilmektedir.

Araştırmada, çocuk sayısı ile GETAT uygulamalarına yönelik bilgi ve kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Özellikle iki çocuğa sahip ailelerde GETAT kullanım sıklığı en yüksek seviyede bulunurken, üç ve daha fazla çocuğu olan ailelerde hem bilgi düzeyi hem de kullanım sıklığının belirgin biçimde azaldığı gözlemlenmiştir. Buna karşılık, ailelerin gelir durumu, ebeveynlerin medeni durumu, anne ve babanın psikiyatrik öyküsü ile baba eğitim düzeyi gibi değişkenler ile GETAT uygulamalarına ilişkin bilgi ve kullanım arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ancak annelerin eğitim düzeyi arttıkça, GETAT’a yönelik bilgi ve kullanım sıklıklarında anlamlı bir artış gözlenmiştir; özellikle üniversite mezunu anneler arasında hem bilgi düzeyi hem de kullanım sıklığı anlamlı derecede yüksektir. Bu nedenle sağlık politikalarında ve bilgilendirme kampanyalarında, özellikle düşük eğitim düzeyine sahip annelere yönelik bilinçlendirme çalışmaları yapılması ve GETAT uygulamalarının doğru bilgiye dayalı şekilde tanıtılması önerilmektedir.

Araştırmada, ailedeki çocuk sayısı ile çocuğun DEHB tedavisi alma durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Her ne kadar tedavi alan çocukların tek çocuklu ailelerden gelme sıklığı, tedavi almayanlara kıyasla daha yüksek olsa da, bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildir. Ayrıca, iki çocuklu ailelerde hem tedavi alan hem de almayan çocukların sıklığı en yüksek seviyede bulunmuş; üç ve daha fazla çocuğu olan ailelerde ise sıklıkların gruplar arasında birbirine yakın olduğu gözlemlenmiştir. Benzer şekilde, ailelerin gelir durumu ile çocuklarının DEHB tedavisi alma durumu arasında da anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Geliri giderine eşit olan ailelerin sıklığı, her iki grupta da en yüksek seviyede bulunmuş; geliri giderinden az veya fazla olan ailelerin sıklıkları ise gruplar arasında anlamlı bir ilişki göstermemiştir.

Araştırma sonuçları, ebeveynlerin medeni durumu, anne-baba eğitim düzeyi, ebeveynlerde psikiyatrik öykü varlığı, çocuğun cinsiyeti ve eğitim düzeyi gibi sosyo-demografik faktörlerin DEHB tedavisi alma durumu üzerinde belirleyici bir etkisinin olmadığını göstermektedir. Bununla birlikte, çocuğun eğitim düzeyi açısından anlamlı bir ilişki bulunmasa da ortaokul düzeyindeki çocuklarda tedavi alma sıklığının diğer gruplara göre bir miktar daha yüksek olması dikkat çekicidir. Bu durum, ortaokul döneminin hem akademik hem de sosyal beceriler açısından daha fazla talep ve gözlem gerektiren bir dönem olması nedeniyle DEHB belirtilerinin daha belirgin hale gelmesi ve bu nedenle tedavi başvurularının artmasıyla açıklanabilir. Bu bulgular doğrultusunda, özellikle ortaokul çağındaki çocuklar için okul temelli tarama programlarının yaygınlaştırılması, öğretmen ve ebeveynlerin bu dönemde DEHB belirtileri konusunda bilgilendirilmesi önerilmektedir. Ayrıca, tedaviye erişimi etkileyen faktörlerin bireysel değerlendirmeler üzerinden yürütülmesi, sosyo-demografik özelliklere bağlı önyargıların azaltılması açısından önem taşımaktadır.

Araştırmada, ebeveynlerin medeni durumunun üçlü gruplama (evli, boşanmış, diğer) ile çocuklarının DEHB tedavisi alma durumu arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır. Araştırmada, çocuk sayısı ile GETAT uygulamalarına yönelik bilgi ve kullanım durumu arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Özellikle iki çocuğa sahip ailelerde GETAT kullanım sıklığı en yüksek düzeyde gözlemlenirken, üç ve daha fazla çocuğu olan ailelerde hem bilgi düzeyinin hem de kullanım sıklığının belirgin biçimde azaldığı belirlenmiştir. Buna karşılık, ailelerin gelir durumu, ebeveynlerin medeni durumu, anne ve babanın psikiyatrik öyküsü ile baba eğitim düzeyi gibi değişkenler ile GETAT uygulamalarına ilişkin bilgi ve

kullanım durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ayrıca, annelerin eğitim düzeyinin yükselmesiyle birlikte GETAT’a yönelik bilgi ve kullanım sıklıklarında anlamlı bir artış olduğu belirlenmiştir; özellikle üniversite mezunu anneler arasında hem bilgi düzeyi hem de kullanım sıklığı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda, GETAT uygulamalarına yönelik bilgilendirme ve farkındalık çalışmalarının, özellikle düşük eğitim düzeyine sahip annelere ve çok çocuklu ailelere yönelik olarak planlanması önerilmektedir. İki çocuklu ailelerde GETAT kullanımının daha yaygın olması, bu grupların bilgilendirme kampanyalarına daha açık olduğunu göstermekte olup, benzer erişim stratejilerinin diğer gruplara da uyarlanması faydalı olabilir. Ayrıca, annelerin eğitim düzeyinin bilgi ve kullanım üzerinde belirleyici bir etkiye sahip olması, eğitilmiş annelerin sağlıkla ilgili alternatif yöntemleri daha bilinçli şekilde değerlendirebildiğini ortaya koymaktadır. Bu nedenle, sağlık profesyonelleri tarafından yürütülecek bilgilendirme programlarında annelerin eğitim düzeyi dikkate alınarak içerik ve iletişim dili yapılandırılmalı, eşit sağlık hizmetine erişimin desteklenmesi amacıyla toplumsal farkındalık çalışmaları yaygınlaştırılmalıdır.

Araştırmada ebeveynlerin medeni durumu ile GETAT farkındalığı ve kullanımı arasındaki ilişki incelendiğinde, gruplar arasında genel olarak benzer sıklıklar saptanmıştır. Ancak “diğer” (ayrı yaşayan, tekrar evlenen vb.) kategorisindeki bireylerde GETAT kullanım sıklığının en yüksek seviyede olduğu; boşanmış bireylerde ise bilgiye sahip olup uygulamayanların sıklığının daha fazla olduğu gözlemlenmiştir. Çocuğun eğitim durumuna göre yapılan değerlendirmede ise, özellikle ortaokul düzeyinde GETAT uygulama sıklığının belirgin biçimde yüksek olduğu ve çocukların eğitim durumuna göre GETAT farkındalığı ve kullanımının anlamlı biçimde farklılaştığı ortaya konmuştur. Ailedeki çocuk sayısı azaldıkça GETAT’a dair bilgi sahibi olma ve uygulama sıklıklarının arttığı, üç ve daha fazla çocuğu olan ailelerde ise bu sıklıkların belirgin biçimde düştüğü saptanmıştır. Annelerin eğitim düzeyi üçlü gruplama ile incelendiğinde, eğitim düzeyi yükseldikçe hem GETAT’a ilişkin bilgi hem de kullanım sıklıklarının anlamlı bir şekilde arttığı tespit edilmiştir; yüksekokul ve üniversite mezunu annelerde hem bilgi düzeyinin hem de uygulama sıklıklarının en yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir. Babaların eğitim düzeyi açısından ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamış olmakla birlikte, yüksekokul ve üniversite mezunu babalarda GETAT’a ilişkin bilgi ve kullanım sıklıklarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar doğrultusunda, GETAT uygulamalarına yönelik bilgi ve kullanım düzeylerinin artırılmasında özellikle çok

çocuklu aileler ile düşük eğitim düzeyine sahip annelere yönelik hedeflenmiş bilgilendirme stratejilerinin geliştirilmesi önerilmektedir. Çocuk sayısı arttıkça GETAT'a dair bilgi ve uygulama sıklıklarının azalması, bu ailelerin sağlıkla ilgili kaynaklara erişimde zorluk yaşayabileceğini ya da zaman ve ekonomik kısıtlamalar nedeniyle alternatif tedavi yöntemlerine yönelme konusunda daha çekimser olduklarını düşündürmektedir. Ayrıca, annelerin eğitim düzeyinin belirleyici bir faktör olarak öne çıkması, sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik müdahalelerin kadınlara, özellikle de eğitim düzeyi düşük annelere odaklanmasının önemini göstermektedir. Babaların eğitim düzeyine ilişkin gözlenen olumlu eğilim ise, bu gruba yönelik çalışmaların da tamamen göz ardı edilmemesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu nedenle, aile temelli sağlık bilgilendirme programları geliştirilirken hem annelere hem babalara ulaşmayı amaçlayan, eğitim düzeyine duyarlı ve kolay erişilebilir içeriklerle desteklenen, toplum temelli yaygın eğitim faaliyetlerine ağırlık verilmesi önerilmektedir.

Araştırmada, ailedeki çocuk sayısı, ailenin gelir düzeyi, ebeveynlerin medeni durumu ve anne ile baba eğitim düzeyleri, annede psikiyatrik öykünün varlığı ile çocukların DEHB nedeniyle doktora başvuru yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Araştırmada baba psikiyatrik öyküsünün varlığı ile çocukların doktora başvuru yapma durumu arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Baba psikiyatrik öyküsü bulunan ailelerde çocukların tamamının (%100) tedavi öncesinde doktora başvuruda bulunduğu; baba psikiyatrik öyküsü olmayan ailelerde ise bu sıklığın %85,5 seviyesinde kaldığı belirlenmiştir. Bu bulgu, baba psikiyatrik öyküsünün çocukların DEHB nedeniyle sağlık hizmetine başvuru davranışını anlamlı şekilde etkilediğini göstermektedir. Araştırma sonuçları babada psikiyatrik öykü bulunmasının, çocuğun DEHB nedeniyle sağlık hizmetine başvuru davranışını anlamlı düzeyde etkileyebilecek önemli bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır. Baba psikiyatrik öyküsü bulunan ailelerde çocukların tamamının doktora başvurmuş olması, bu ebeveynlerin ruh sağlığına yönelik farkındalık düzeylerinin daha yüksek olabileceğini ve çocuklarında benzer belirtileri daha kolay fark ederek profesyonel destek arayışına girebildiklerini düşündürmektedir. Buna karşılık, diğer sosyo-demografik değişkenlerle başvuru durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaması, tedaviye yönlendirme süreçlerinde tek başına aile yapısı, gelir düzeyi veya ebeveyn eğitiminin belirleyici olmadığını göstermektedir. Bu doğrultuda, özellikle psikiyatrik geçmişe sahip ebeveynlerin çocuklarında ruh sağlığı izlemlerinin

dikkatle yürütülmesi ve bu grubun sağlık sistemine entegrasyonunun güçlendirilmesi önerilmektedir.

Araştırmada çocuğun cinsiyeti ve eğitim düzeyi ile doktora başvurusu arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Araştırmada DEHB nedeniyle doktora başvuran çocukların önemli bir kısmını erkekler (%67,4) oluştururken, başvurmayan grubun çoğunluğunu kız çocuklar (%52,8) oluşturmaktadır. Bu sonuç, erkek çocukların DEHB nedeniyle sağlık hizmetlerine başvuru olasılığının kız çocuklara göre daha yüksek olduğuna işaret etmektedir. Bununla birlikte, çocuğun eğitim düzeyi yükseldikçe özellikle ortaokul ve lise çağında doktora başvuru sıklıklarında anlamlı bir artış gözlenmiştir; ilköğretim düzeyinde doktora başvurusu daha düşük kalırken, ortaokul ve lise düzeyinde başvuru sıklıkları %90'ın üzerine çıkmaktadır. Araştırma sonuçları DEHB nedeniyle sağlık hizmetine başvuru davranışının hem çocuğun cinsiyeti hem de eğitim düzeyi ile anlamlı şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir. Erkek çocukların başvuru sıklıklarının kız çocuklara göre daha yüksek olması, DEHB belirtilerinin erkeklerde daha belirgin ya da dikkat çekici şekilde ortaya çıkabileceğini ya da toplumsal farkındalık ve algı düzeyinin erkek çocuklar lehine daha yüksek olabileceğini düşündürmektedir. Bu durum, kız çocuklarında DEHB belirtilerinin göz ardı edilebilme ihtimalini ortaya koymakta ve sağlık hizmetlerine erişimde cinsiyete bağlı farkındalık eksikliğini işaret etmektedir. Bununla birlikte çocuğun eğitim düzeyi yükseldikçe doktora başvuru sıklıklarındaki artış, özellikle ortaokul ve lise çağında akademik ve sosyal taleplerin artmasıyla birlikte DEHB belirtilerinin daha görünür hale gelmesiyle ilişkilendirilebilir. Bu nedenle, hem kız çocuklarında DEHB'nin erken fark edilmesini sağlayacak bilinçlendirme çalışmaları yapılması hem de ilkokul düzeyinde öğretmen ve ebeveynlere yönelik eğitim ve tarama programlarının güçlendirilmesi, erken tanı ve müdahale açısından önem taşımaktadır. Eğitim kademelerine göre yapılandırılmış okul temelli izleme ve yönlendirme sistemlerinin yaygınlaştırılması da etkili olacaktır.

Araştırmada, ailedeki çocuk sayısı, ailenin gelir düzeyi, ebeveynlerin medeni durumu, anne ve baba eğitim düzeyi ile anne ve baba psikiyatrik öyküsünün varlığı gibi değişkenler ile GETAT (Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp) uygulamalarından fayda görme algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. GETAT'tan kesinlikle fayda gördüğünü belirten katılımcıların büyük kısmının tek ve iki çocuklu ailelerden geldiği, çocuk sayısı arttıkça bu sıklığın belirgin biçimde

azaldığı gözlemlenmiştir. Benzer şekilde, “hiç fayda görmedik” diyenlerin sıklığının ise iki çocuklu ailelerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Gelir düzeyi açısından incelendiğinde, “kesinlikle fayda gördük” yanıtının tüm gelir gruplarında benzer sıklıklarda dağıldığı saptanmıştır. Ebeveynlerin medeni durumu açısından GETAT ile ilgili sonuçlar incelendiğinde ise, evli ailelerde hem “kesinlikle fayda gördük” hem de “hiç fayda görmedik” yanıtlarının sıklıklarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Annelerin eğitim düzeyine bakıldığında, eğitim seviyesi yükseldikçe GETAT uygulamalarından fayda gördüğünü belirtenlerin sıklığı artmakta; düşük eğitim düzeyine sahip annelerde ise “hiç fayda görmedik” yanıtının öne çıktığı belirlenmiştir. Benzer bir eğilim babaların eğitim düzeyinde de saptanmış; özellikle yüksekokul mezunu babalara sahip ailelerde fayda görme sıklığı daha yüksek bulunmuştur. Anne ve baba psikiyatrik öyküsünün varlığının fayda algısını anlamlı şekilde değiştirmediği, ancak psikiyatrik öyküsü olan babalarda “kesinlikle fayda gördük” sıklığının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada ayrıca, ailedeki çocuk sayısı, babanın eğitim düzeyi ve çocuğun eğitim düzeyi ile öncelikli tedavi tercihi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ortaya konmuştur. Tek çocuklu ailelerde en sık tercih edilen yöntem, ilaç ve alternatif/tamamlayıcı tedavinin birlikte başlatılması iken, üç ve daha fazla çocuğu olan ailelerde öncelikli olarak alternatif/tamamlayıcı tedavi tercih edilmiştir. İki çocuklu ailelerde ise en çok ilaç tedavisi seçildiği saptanmıştır. Babanın eğitim düzeyi yükseldikçe, özellikle üniversite mezunu babalara sahip ailelerde yalnızca ilaç tedavisi tercihinin sıklığı anlamlı şekilde artarken; lise ve yüksekokul mezunu babalarda kombine ya da alternatif yöntemlere yönelimin daha fazla olduğu bulunmuştur.

Çocuğun eğitim düzeyi açısından değerlendirildiğinde, ilköğretim çağındaki çocuklarda ailelerin alternatif/tamamlayıcı tedavi ya da kombine (ilaç ve GETAT birlikte) yaklaşımları daha sık tercih ettiği, lise düzeyinde ise ağırlıklı olarak ilaç tedavisine yöneldiği saptanmıştır. Araştırmada gelir durumu, anne eğitim düzeyi, çocuğun cinsiyeti ve anne-baba psikiyatrik öyküsünün tedavi tercihi üzerinde anlamlı bir ilişkiye sahip olmadığı belirlenmiştir. Bununla birlikte, düşük gelir grubunda alternatif/tamamlayıcı tedaviye yönelimin görece daha yüksek olduğu, yüksek gelir grubunda ise kombine tedaviye başlama sıklığının daha fazla olduğu gözlemlenmiştir.

Araştırmada medeni durum değişkeni anlamlılık sınırında sonuçlar vermekle birlikte, özellikle boşanmış ailelerde kombine tedavi tercihinin öne çıktığı sonucuna ulaşılmıştır. Araştırma sonuçları, ailelerin tedavi tercihlerindeki çeşitliliği ve

bireyselleşmiş yaklaşımların gerekliliğini vurgulamakta; tedavi planlamasında özellikle aile yapısı ve eğitim düzeyinin dikkate alınmasının klinik açıdan anlamlı olabileceğine işaret etmektedir.

Araştırmada ilaç önerilme ve kullanılma sıklıkları açısından bakıldığında ise, çocuk sayısı, gelir durumu, anne-baba eğitim düzeyi ve çocuğun cinsiyeti gibi değişkenlerle anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Medeni durum açısından ise, boşanmış ve tekrar evlilik yapmış ebeveynlerin çocuklarında ilaç önerilme ve kullanma sıklıklarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Benzer şekilde, çocuğun eğitim düzeyi arttıkça özellikle “lise grubunda” ilaç önerildiği halde kullanılmama sıklıklarının belirgin biçimde arttığı, ilaç önerilmeme sıklığının ise azaldığı belirlenmiştir. Anne ve baba psikiyatrik öyküsünün varlığı ile ilaç önerilme ve kullanılma davranışı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bununla birlikte, annesinde psikiyatrik öykü bulunan çocuklarda, ilaç önerildiği halde kullanılmayan sıklığının (%40,0) dikkat çekici düzeyde yüksek olduğu gözlenmiştir.

Araştırmada, erkek çocuklarda ilaç önerilme ve kullanma sıklığının kız çocuklara kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Anne ve baba eğitim düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamış olmakla birlikte, yüksek eğitim düzeyine sahip ebeveynlerde ilaç önerilip kullanılma sıklıklarının arttığı, buna karşın ilaç önerilmeyen veya önerildiği halde kullanılmayan sıklıkların azaldığı gözlemlenmiştir. Genel olarak değerlendirildiğinde, DEHB tedavisinde ilaç önerisi ve tedaviye uyumun, aile yapısı ve özellikle annenin psikiyatrik öyküsü gibi bazı sosyo-demografik ve psikiyatrik faktörlerden anlamlı düzeyde etkilendiği; buna karşılık ekonomik ve eğitimsel değişkenlerin tedaviye uyum üzerinde daha sınırlı bir etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırma sonuçları DEHB tedavisinde aile yapısı ve psikiyatrik öykü gibi bireysel ve ailesel faktörlerin, tedavi biçimi tercihi ve ilaç kullanımına yönelik karar süreçlerinde önemli bir rol oynadığını ortaya koymaktadır. Özellikle boşanmış veya yeniden evlenmiş ebeveynlere sahip çocuklarda ilaç önerilme ve kullanım sıklıklarının daha yüksek olması, bu ailelerin tedavi arayışında daha aktif rol alabileceğini ya da klinik değerlendirmelerde daha yoğun semptom bildiriminin söz konusu olabileceğini düşündürmektedir. Öte yandan, lise düzeyindeki çocuklarda ilaç önerildiği halde kullanılmama sıklığının artması, bu yaş grubunda tedaviye uyumun çeşitli nedenlerle zorlaştığını göstermekte ve ergenlik dönemine özgü direnç, yan etki endişesi ya da

tedaviyi reddetme gibi psikososyal etkenlerin göz önünde bulundurulması gerektiğini işaret etmektedir.

Anne psikiyatrik öyküsünün, ilaç önerildiği halde kullanılmama sıklıklarında dikkat çeken bir etki yaratması, tedavi sürecinde sadece çocuğun değil, ebeveynin de psikososyal durumunun değerlendirilmesi gerektiğine işaret etmektedir. Ayrıca, erkek çocuklarda ilaç kullanım sıklıklarının daha yüksek olması, erkeklerde DEHB semptomlarının daha belirgin algılanması ya da klinisyenlerin erkek çocuklara yönelik tedavi önerilerinde daha aktif davranmalarıyla ilişkili olabilir. Eğitim düzeyine ilişkin bulgular istatistiksel anlamlılık göstermese de, yüksek eğitim düzeyine sahip ebeveynlerde ilaç tedavisine uyumun daha yüksek olması, sağlık okuryazarlığının tedavi sürecindeki önemini vurgulamaktadır.

Tüm bu sonuçlardan hareketle, DEHB tedavi planlamalarının bireyselleştirilmiş ve aile dinamiklerini göz önünde bulunduran bir yaklaşımla yürütülmesi önerilmektedir. Özellikle boşanmış ailelerde ve ergenlik dönemindeki çocuklarda tedavi süreci daha dikkatli yönetilmeli; ebeveynlerin psikiyatrik geçmişi, tedaviye uyum açısından bir risk faktörü olarak değerlendirilmelidir.

## 6. KAYNAKLAR

1. Özaslan A, Güney E, Gülbahar Ö, Tunçtürk DB, Arslan B, Bozkurt GMG. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Serum Heat Shock Protein 70 Düzeyi. 2021;
2. Örum MH, Kara MZ, Kuştepe A, Kalenderoğlu A. Bilişsel Hatalar ve Dikkat-Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirtilerinin Madde Kullanım Özellikleri İle İlişkisi. Bağımlılık Dergisi. 2019;20(2):47-60.
3. Ferahkaya H, Uzun N, Akıncı MA, Özden ÖF. Entelektüel Yetiyitimi Olan Çocuk ve Ergenlerin Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2023;20(1):183-9.
4. Atalay S. Sosyolojik Perspektiften Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Tıbbileştirme ve Farmasötikalizasyon Temelinde Kavramsal Bir Değerlendirme. Atatürk Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi. 2020;(65):461-85.
5. Özaslan TU, Bilaç Ö. Dikkat eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics. 2015;1(1):1-5.
6. Savcı U, Tufan AE, Öztürk Y, Cansız MA. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Çocuk ve Ergenlerde Yürütücü İşlev Sorunları ve Tedavisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2019;11(2):223-38.
7. Karagöz Y. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Anksiyete Bozukluğu Olan Çocukların Nitrik Oksit Ve Adrenomedüllin Düzeylerinin Karşılaştırılması [Doktora Tezi]. [Ankara]: Ankara Üniversitesi (Türkiye); 2017.
8. Akıncı MA, Uzun N, Gökçen C. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tedavisinde Egzersizin Etkisi. Turk J Child Adolesc Ment Health. 2022;29(3):130-6.
9. Gökçe E. Açık ve kapalı beceri egzersizlerinin, sporcularda bilişsel yeteneklerin gelişimine ve periferik protein sinyallerin düzeyine etkisi. Ankara Üniversitesi [Yüksek Lisans Tezi]. [Ankara]: Ankara Üniversitesi (Türkiye); 2020.
10. Baskın ES. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Eşlik Eden Yıkıcı Davranış Bozukluklarında Kinürenin Yolağının Rolü [Tıpta Uzmanlık Tezi]. [Konya]: Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı; 2019.
11. Özgen MH, Bolat GÜ, Spijkerman R, van den Brink W, Hendriks V, Ercan ES, vd. International Consensus Statement for the Screening, Diagnosis, and Treatment of Adolescents with Concurrent Attention Deficit Hyperactivity

- Disorder and Substance Use Disorder. Turkish Journal of Child & Adolescent Mental Health/Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 2021;28(2).
12. Mattingly GW, Wilson J, Rostain AL. A clinician's guide to ADHD treatment options. Postgraduate medicine. 2017;129(7):657-66.
  13. Tekneci B. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite tanısı konmuş bireylerde metilfenidat kullanımına bağlı genotoksosite riskinin araştırılması. [Yüksek Lisans Tezi]. [İstanbul]: Marmara Üniversitesi (Türkiye); 2012.
  14. Özbay A, Kayhan Z. Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun (DEHB) Nedenleri Ve Tedavi Yöntemleri. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi. 2024;23(89):394-406.
  15. Uzun Ö, Yıldırım V, Uzun E. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan ergenlerde sosyal medya kullanım alışkanlıkları ve sosyal medya bağımlılığı, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek ilişkisi. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2016;10(3):142-7.
  16. Dodangi N, Vameghi R, Habibi N. Evaluation of Knowledge and Attitude of Parents of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Children Towards Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Clinical Samples. Iranian journal of psychiatry. 2017;12(1):42.
  17. Doksat NG, Zengin HB, Doksat MK. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan çocukların ebeveynlerinde mükemmeliyetçilik ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu. Cukurova Medical Journal. 2018;43(3):581-8.
  18. Biederman J, Faraone SV, Lapey K. Comorbidity of Diagnosis in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. Ekim 1992;1(2):335-60.
  19. Beyoğlu R. Acil servise Kafa Travması ile Başvuran İlkokul Çağındaki Çocuklarda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite/Dürtüsellik Bozukluğu (DEHB) İlişkisi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. [Denizli]: Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı; 2021.
  20. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [İnternet]. 2013 [a.yer 23 Nisan 2025]. Erişim adresi: <https://www.psychiatry.org:443/psychiatrists/practice/dsm>
  21. Spencer TJ, Biederman J, Mick E. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Diagnosis, Lifespan, Comorbidities, and Neurobiology. Ambulatory Pediatrics. Ocak 2007;7(1):73-81.

22. Polanczyk G, Rohde LA. Epidemiology of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Across the Lifespan. *Current Opinion in Psychiatry*. 2007;20(4):386-92.
23. Şenel O. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Hastalarda Zihin Gezinmesi, İnsomnia, Kronotip ve Zihin Kuramının İlişkisi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. [Erzurum]: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı; 2024.
24. Zhoga EA. Attention Deficient/Hyperactivity Disorder: Etiology, Pathogenesis and Therapy Targets. *Drugs and Rational Pharmacotherapy*. 2024;11(2):20-5.
25. Banaschewski T, Becker K, Döpfner M, Holtmann M, Rösler M, Romanos M. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Deutsches Ärzteblatt international* [Internet]. 03 Mart 2017 [a.yer 01 Temmuz 2025]; Erişim adresi: <https://www.aerzteblatt.de/10.3238/arztebl.2017.0149>
26. Horozcu Saltık H. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Hastalarda Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Öngörücüleri [Tıpta Uzmanlık Tezi]. [Ankara]: Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı; 2020.
27. Adak İ. Kliniğimizden Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı İle Takipli Çocuklarda Serum D Vitamini Düzeylerinin Değerlendirilmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. [İstanbul]: İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı; 2013.
28. Kuntsi J, Pinto R, Price TS, Van Der Meere JJ, Frazier-Wood AC, Asherson P. The Separation of ADHD Inattention and Hyperactivity-Impulsivity Symptoms: Pathways from Genetic Effects to Cognitive Impairments and Symptoms. *J Abnorm Child Psychol*. Ocak 2014;42(1):127-36.
29. Jensen PS. Inattention and impulsivity in Children and Adolescents: a Developmental and Contextual Framework to Understand Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Its Variants. *Pediatr Med*. Şubat 2022;5:8-8.
30. Bilaç Ö, Canol T, Kavurma C, Işıldar Y, Sıpmaz SY, Şentürk B, vd. Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu olan Çocuk ve Ergenlerde Yeme ve Uyku Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2021;8(1):122-8.
31. Çakaloz B, Çakaloz B, Akay AP, Akay AP, Böber E, Böber E, vd. Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu Eşlik Eden veya Etmeyen Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Puberte Öncesi Erkek Olgularda Aile İşlevlerinin

- Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2006;20(3):149-55.
32. Soysal AŞ, Bayoğlu BU, Gücüyener K. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile Örtülü Fiziksel İstismar Ve İhmal. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2011;54(3):148-53.
33. Koçak M. Dâhilerin Karanlık Yüzü: Deha ile Delilik Arasında 10 Psikolojik Sınır. Mehmet Koçak; 2025.
34. Van Vyve L, Dierckx B, Lim CG, Danckaerts M, Koch BCP, Häge A, vd. Pharmacotherapy for ADHD in children and adolescents: A summary and overview of different European guidelines. European Journal of Pediatrics. 2024;183(3):1047-56.
35. Lunde C, Vogt H, Storebø OJ. 58 Drug treatment of ADHD in children and adolescents – tenuous scientific basis. İçinde: Oral presentations [İnternet]. BMJ Publishing Group Ltd; 2018 [a.yer 01 Temmuz 2025]. s. A26.2-A27. Erişim adresi: <https://ebm.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjebm-2018-111070.58>
36. Furman L. What is Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)? Journal of Child Neurology. 2005;20(12):994-1002.
37. Quintero J, Gutiérrez-Casares JR, Alamo C. Molecular Characterisation of the Mechanism of Action of Stimulant Drugs Lisdexamfetamine and Methylphenidate on ADHD Neurobiology: a Review. Neurology and Therapy. 2022;11(4):1489-517.
38. Simon V, Czobor P, Bálint S, Mészáros A, Bitter I. Prevalence and Correlates of Adult Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Meta-Analysis. The British Journal of Psychiatry. 2009;194(3):204-11.
39. Gałuszka Z, Papachristoforou N, Michałka D, Makar M, Bartuś T, Góra Ź, vd. A Review of Treatment Methods and Available Therapies for Individuals with ADHD. Qual Sport. 10 Ocak 2025;37:57072.
40. Reinke AL, Stiles K, Lee SS. Childhood ADHD With and Without Co-occurring Internalizing/Externalizing Problems: Prospective Predictions of Change in Adolescent Academic and Social Functioning. J Atten Disord. Kasım 2023;27(13):1520-31.
41. Waite R, Buchanan T, Leahy M. Assessing ADHD Symptoms among Young Adults in the University with the ASRS v1.1: Examining Associations with Social

- Anxiety and Self-Efficacy. *International Journal of Disability, Development and Education*. 03 Eylül 2022;69(5):1631-44.
42. Mapou RL. ADHD in Adults is Real, After All - ADHD in Adults: Characterization, Diagnosis, and Treatment, Jan K. Buitelaar, Cornelis C. Kan, and Philip Asherson (Eds.). (2011). Cambridge, UK: Cambridge University Press, 314 pp., \$88.00 (HB). *J Int Neuropsychol Soc*. Mart 2013;19(3):362-4.
43. Cardona Cano S, Hoek HW, Van Hoeken D, De Barse LM, Jaddoe VWV, Verhulst FC, vd. Behavioral outcomes of Picky Eating in Childhood: < Prospective Study in the General Population. *Child Psychology Psychiatry*. Kasım 2016;57(11):1239-46.
44. Thapar A, Cooper M. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *The Lancet*. 19 Mart 2016;387(10024):1240-50.
45. Faraone SV, Bellgrove MA, Brikell I, Cortese S, Hartman CA, Hollis C, vd. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Nature Reviews Disease Primers*. 22 Şubat 2024;10(1):11.
46. Banerjee TD, Middleton F, Faraone SV. Environmental Risk Factors for Attention- Deficit Hyperactivity Disorder. *Acta Paediatrica*. Eylül 2007;96(9):1269-74.
47. Einziger T, Berger A. Individual Differences in Sensitivity to Positive Home Environment Among Children “At Risk” For Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A review. *Front Psychiatry*. 22 Temmuz 2022;13:927411.
48. Chang S, Yang L, Wang Y, Faraone SV. Shared Polygenic Risk For ADHD, Executive Dysfunction And Other Psychiatric Disorders. *Translational Psychiatry*. 2020;10(1):182.
49. Şahin AB. Psikiyatrik Bozukluklar ve Nörodejeneratif Hastalıkların Ortak Genetik Yolakları. *Türkiye Klinikleri Medical Biology-Special Topics*. 2024;2(1):51-8.
50. Demontis D, Walters RK, Martin J, Mattheisen M, Als TD, Agerbo E, vd. Discovery of the first Genome-Wide Significant Risk Loci for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Nature genetics*. 2019;51(1):63-75.
51. Han JY, Kwon HJ, Ha M, Paik KC, Lim MH, Gyu Lee S, vd. The Effects of Prenatal Exposure to Alcohol and Environmental Tobacco Smoke on Risk For ADHD: a Large Population-Based Study. *Psychiatry Research*. Ocak 2015;225(1-2):164-8.

52. Lindblad F, Hjern A. ADHD after fetal exposure to maternal smoking. *Nicotine & Tobacco Research*. 2010;12(4):408-15.
53. Tole F, Kopf J, Schröter K, Palladino VS, Jacob CP, Reif A, vd. The Role of Pre-, Peri-, and Postnatal Risk Factors in Bipolar Disorder and Adult ADHD. *J Neural Transm*. Eylül 2019;126(9):1117-26.
54. Guney E, Cetin FH, Iseri E. The Role of Environmental Factors in Etiology of Attention- Deficit Hyperactivity Disorder. İçinde: Norvilitis JM, editör. *ADHD - New Directions in Diagnosis and Treatment* [Internet]. InTech; 2015 [a.yer 01 Temmuz 2025]. Erişim adresi: <http://www.intechopen.com/books/adhd-new-directions-in-diagnosis-and-treatment/the-role-of-environmental-factors-in-etiology-of-attention-deficit-hyperactivity-disorder>
55. Franke B, Buitelaar JK. Gene–environment Interactions [Internet]. C. 1. Oxford University Press; 2018 [a.yer 01 Temmuz 2025]. Erişim adresi: <https://academic.oup.com/book/24517/chapter/187646849>
56. Curatolo P, D'Agati E, Moavero R. The Neurobiological Basis of ADHD. *Italian journal of pediatrics*. 2010;36:1-7.
57. Cortese S. The neurobiology And Genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): What Every Clinician Should Know. *European Journal of Paediatric Neurology*. 2012;16(5):422-33.
58. Salavert J, Ramos-Quiroga JA, Moreno-Alcázar A, Caseras X, Palomar G, Radua J, vd. Functional Imaging Changes in the Medial Prefrontal Cortex in Adult ADHD. *J Atten Disord*. Mayıs 2018;22(7):679-93.
59. Wilson TW, Franzen JD, Heinrichs- Graham E, White ML, Knott NL, Wetzel MW. Broadband Neurophysiological Abnormalities in The Medial Prefrontal Region of the Default- Mode Network in Adults With ADHD. *Human Brain Mapping*. Mart 2013;34(3):566-74.
60. Qian A, Tao J, Wang X, Liu H, Ji L, Yang C, vd. Effects of the 2-Repeat Allele of the DRD4 Gene on Neural Networks Associated With the Prefrontal Cortex in Children With ADHD. *Front Hum Neurosci*. 12 Temmuz 2018;12:279.
61. Mehta TR, Monegro A, Nene Y, Fayyaz M, Bollu PC. Neurobiology of ADHD: A Review. *Curr Dev Disord Rep*. Aralık 2019;6(4):235-40.
62. Quist JF, Barr CL, Schachar R, Roberts W, Malone M, Tannock R, vd. Evidence for the serotonin HTR2A Receptor Gene as a Susceptibility Factor in Attention

- Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Mol Psychiatry*. 01 Eylül 2000;5(5):537-41.
63. Fan X, Bruno KJ, Hess EJ. Rodent Models of ADHD. İçinde: Stanford C, Tannock R, editörler. *Behavioral Neuroscience of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Its Treatment* [Internet]. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2011 [a.yer 01 Temmuz 2025]. s. 273-300. Erişim adresi: [https://link.springer.com/10.1007/7854\\_2011\\_121](https://link.springer.com/10.1007/7854_2011_121)
64. Meguid N, Anwar M, Hussein J, Hasan H, Hashish A, Seleet F, vd. Evaluation of plasma Neurotransmitters in Children Living with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Bioscience Research*. 2018;15(1):152-9.
65. Konrad A, Dielentheis T, Bayerl M, El Masri D, Bauermann T, Vucurevic G, vd. Structural Brain Abnormalities in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Voxel-based MRI Study in Adult Patients. *Klin Neurophysiol*. Mart 2008;39(01):s-2008-1072887.
66. Castellanos FX. Quantitative Brain Magnetic Resonance Imaging in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 01 Temmuz 1996;53(7):607.
67. Poissant H, Emond V, Joyal C. [P1.03]: Structural and Functional Neuroanatomy in Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD). *Intl J of Devlp Neuroscience*. Aralık 2008;26(8):842-842.
68. Mukaddes NM. Yaşam Boyu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Eşlik Eden Durumlar. Nobel Tıp; 2015.
69. World Health Organization. International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11). 2019.
70. Rado F. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Üzerine Derleme Çalışması [Internet]. Zenodo; 2024 [a.yer 02 Temmuz 2025]. Erişim adresi: <https://zenodo.org/doi/10.5281/zenodo.13628871>
71. Meriçli M, Yıldız T, Baykal S. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Olgularda Sosyodemografik Özellikler, Semptom ve Tanı Dağılımı. *Namık Kemal Tıp Dergisi*. 2019;7(2):140-5.
72. İpçi M, İzmir SBİ, Türkçapar MH, Özdel K, Ardiç ÜA, Ercan ES. Dsm-iv'e Göre Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Olan Çocuk ve Ergenlerde Dehb Alt Tiplerinde Psikiyatrik Eş Tanı Varlığı. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2020;57(4):283-9.

73. Özbay A, Kayhan Z. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun (DEHB) Nedenleri Ve Tedavi Yöntemleri. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi. 2024;23(89):394-406.
74. Karadağ Y, Güzel HŞ. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Olan ve Olmayan Ergenlerin Öz-Yeterlik İnançları, Anne ve Babalarının Ebeveynlik Öz-Yeterlik İnançları ve DEHB belirtilerinin karşılaştırılması. İçinde: Yeni Symposium. 2020.
75. Özbay A, Kayhan Z. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun (DEHB) Nedenleri ve Tedavi Yöntemleri. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi. 2024;23(89):394-406.
76. Storebø OJ, Pedersen N, Ramstad E, Kielsholm ML, Nielsen SS, Krogh HB, vd. Methylphenidate for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children And Adolescents—Assessment of adverse Events in Non- Randomised Studies. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2018;(5).
77. Searight HR, Robertson K, Smith T, Perkins S, Searight BK. Complementary and Alternative Therapies for Pediatric Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Descriptive Review. ISRN Psychiatry. 26 Aralık 2012;2012:1-8.
78. Meisel V. Efficacy of neurofeedback as a Treatment for Attention Deficit and Hiperactivity Disorder (ADHD) and the Influence of Oppositional Defiant Behaviors. İçinde 2013. Erişim adresi: <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:150112732>
79. Leon L, Tran T, Navadia M, Patel J, Vanderveen A, Cruz MI, vd. Alternative Treatments to Pharmacological Therapy in Pediatric Populations With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A Scoping Review. Cureus [Internet]. 08 Mart 2024 [a.yer 02 Temmuz 2025]; Erişim adresi: <https://www.cureus.com/articles/204026-alternative-treatments-to-pharmacological-therapy-in-pediatric-populations-with-attention-deficithyperactivity-disorder-adhd-a-scoping-review>
80. Sharma A, Gerbarg P, Brown R. Non-Pharmacological Treatments for ADHD in Youth. APS. 30 Nisan 2015;5(2):84-95.
81. Albert J, López-Martín S, Sánchez-Carmona A, Calleja- Pérez B, Fernández-Perrone A, Muñoz-Jareño N, vd. [Computerized Cognitive Training as a Treatment for ADHD: evidence summary and future directions]. Medicina. 01 Mart 2025;85 Suppl 1:30-5.

82. Hübner IB, Scheibe DB, Marchezan J, Bückner J. Use of Citicoline in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Pilot Study. Clin Neuropharm. Eylül 2024;47(5):146-9.
83. Complementary and Alternative Treatment of ADHD in Adolescents. ADHD in Adolescents. 2020;49-70.
84. Çetin EA, Tarlacı S. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Çocuklarda Fosfatidilserinin Etkisinin Araştırılması. Çocuk ve Gelişim Dergisi. 2022;5(10):1-15.
85. Manor I, Magen A, Keidar D, Rosen S, Tasker H, Cohen T, vd. The Effect of Phosphatidylserine Containing Omega3 Fatty-Acids on Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms in Children: a Double-Blind Placebo-Controlled Trial, Followed By an Open-Label Extension. European psychiatry. 2012;27(5):335-42.
86. Bloch MH, Qawasmi A. Omega-3 Fatty Acid Supplementation for the Treatment of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptomatology: Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2011;50(10):991-1000.
87. Zulauf-McCurdy CA, LaCount PA, Shelton CR, Morrow AS, Zhao XA, Russell D, vd. Systematic Review and Meta-Analyses: Safety and Efficacy of Complementary and Alternative Treatments for Pediatric Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. J Dev Behav Pediatr [Internet]. 21 Nisan 2023 [a.yer 16 Temmuz 2025]; Erişim adresi: <https://journals.lww.com/10.1097/DBP.0000000000001184>
88. Bos DJ, Oranje B, Veerhoek ES, Van Diepen RM, Weusten JM, Demmelmair H, vd. Reduced Symptoms of Inattention After Dietary Omega-3 Fatty Acid Supplementation in Boys With and Without Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Neuropsychopharmacology. 2015;40(10):2298-306.
89. Searight HR, Robertson K, Smith T, Perkins S, Searight BK. Complementary and Alternative Therapies for Pediatric Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Descriptive Review. ISRN Psychiatry. 26 Aralık 2012;2012:1-8.
90. Roy A, Hechtman LT, Arnold LE, Swanson JM, Brookes G, Molina, vd. Childhood predictors of adult functional outcomes in the Multimodal Treatment study of ADHD (MTA). İçinde 2017.

91. Lu SV, Leung BMY, Bruton AM, Millington E, Alexander E, Camden K, vd. Parents' Priorities and Preferences for Treatment of Children With ADHD: Qualitative inquiry in the MADDY study. *Child. Eylül* 2022;48(5):852-61.
92. Rowland AS, Skipper BJ, Rabiner DL, Qeadan F, Campbell RA, Naftel AJ, vd. Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): Interaction Between Socioeconomic Status and Parental History of ADHD Determines Prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2018;59(3):213-22.
93. dosReis S, Park A, Ng X, Frosch E, Reeves G, Cunningham C, vd. Caregiver Treatment Preferences for Children with a New Versus Existing Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Diagnosis. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. Nisan 2017;27(3):234-42.
94. Ahmed R, McCaffery KJ, Aslani P. Factors Influencing Parental Decision Making About Stimulant Treatment for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. Nisan 2013;23(3):163-78.
95. Derakhshanpoor F, Khaki S, Vakili A, Shahini N. Study of the Status of Mental Health in Mothers with Parenting Style in the Children with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD). *European Psychiatry*. Mart 2015;30:578.
96. Baykal S, Çobanoğlu Osmanlı C, Bozkurt A, Önal BS, Şahin B, Karaçizmeli M, vd. Continuation of Treatment in Children With ADHD: A Multicenter Turkish Sample Study. *J Atten Disord*. Eylül 2024;28(11):1415-24.
97. Fiks AG, Mayne S, DeBartolo E, Power TJ, Guevara JP. Parental Preferences and Goals Regarding ADHD Treatment. *Pediatrics*. 01 Ekim 2013;132(4):692-702.
98. Ansari MA, Naqvi SH, Rafiq M, Waryah AM, Rajput AH. A Comparative Analysis of Determinants of Family Dynamics of Children with ADHD with and without Comorbid Conduct Disorder. *JPRI*. 12 Mart 2022;19-26.
99. Behere AP, Basnet P, Campbell P. Effects of Family Structure on Mental Health of Children: A Preliminary Study. *Indian Journal of Psychological Medicine*. Temmuz 2017;39(4):457-63.
100. Wu J, Li P, Luo H, Lu Y. Complementary and Alternative Medicine Use by ADHD Patients: A Systematic Review. *J Atten Disord*. Aralık 2022;26(14):1833-45.
101. Huang A, Seshadri K, Matthews TA, Ostfeld BM. Parental Perspectives on Use, Benefits, and Physician Knowledge of Complementary and Alternative Medicine in Children with Autistic Disorder and Attention-Deficit/Hyperactivity

- Disorder. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. Eylül 2013;19(9):746-50.
102. Breaux R, Waschbusch DA, Marshall R, Rothe E, Humphery H, Pelham WE, vd. The Role of Parental Knowledge and Attitudes about ADHD and Perceptions of Treatment Response in the Treatment Utilization of Families of Children with ADHD. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*. 02 Ocak 2020;5(1):102-14.
103. Shanjuvigasini FNU, Pitchai S, Staten BH. Complementary and Alternative Medicines (CAM) for attention-deficit / hyperactivity disorder (ADHD) in children: A review. *ijhs*. 14 Temmuz 2022;8958-67.
104. Bussing R, Zima BT, Gary FA, Garvan CW. Use of Complementary and Alternative Medicine for Symptoms of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *PS*. Eylül 2002;53(9):1096-102.
105. Pellow J, Solomon EM, Barnard CN. Complementary and Alternative Medical Therapies for Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Altern Med Rev*. Aralık 2011;16(4):323-37.
106. Nuno VL, Wertheim BC, Murphy BS, Wahl RA, Roe DJ. Testing the efficacy of the Nurtured Heart Approach® to Reduce ADHD Symptoms in Children by Training Parents: Protocol for a Randomized Controlled Trial. *Contemporary Clinical Trials Communications*. Mart 2019;13:100312.
107. Safavi P, Saberzadeh M, Tehrani AM. Factors Associated with Treatment Adherence in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Indian Journal of Psychological Medicine*. Mayıs 2019;41(3):252-7.
108. Dakwar E, Levin FR, Olfson M, Wang S, Kerridge B, Blanco C. First Treatment Contact for ADHD: Predictors of and Gender Differences in Treatment Seeking. *PS*. 01 Aralık 2014;65(12):1465-73.
109. Slobodin O, Davidovitch M. Gender Differences in Objective and Subjective Measures of ADHD Among Clinic-Referred Children. *Front Hum Neurosci*. 13 Aralık 2019;13:441.
110. Finkel E. Parental Income, Education and the Diagnosis of ADHD in Children and Adolescents: The Case for Germany. *SSRN Journal [Internet]*. 2011 [a.yer 15 Temmuz 2025]; Erişim adresi: <http://www.ssrn.com/abstract=2006377>
111. Sinha P, Thio CL, Balagopal A. Intracellular Host Restriction of Hepatitis B Virus Replication. *Viruses*. 11 Mayıs 2024;16(5):764.

112. Waschbusch DA, Cunningham CE, Pelham WE, Rimas HL, Greiner AR, Gnagy EM, vd. A Discrete Choice Conjoint Experiment to Evaluate Parent Preferences for Treatment of Young, Medication Naive Children with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. Temmuz 2011;40(4):546-61.
113. Fegert JM, Slawik L, Wermelskirchen D, Nübling M, Mühlbacher A. Assessment of Parents' Preferences for the Treatment of School-Age Children with ADHD: a Discrete Choice Experiment. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*. Haziran 2011;11(3):245-52.
114. Vitulano LA, Mitchell JT, Vitulano ML, Leckman JF, Saunders D, Davis N, vd. Parental Perspectives on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Treatments for Children. *Clin Child Psychol Psychiatry*. Ekim 2022;27(4):1019-32.
115. Alsubaie M, Alshehri Z, Alawadh I, Abulreesh R, Altaweel H, Alateeq D. Treatment Adherence and Related Factors Among Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Saudi Arabia. *PPA*. Şubat 2024;Volume 18:337-48.
116. Schermerhorn AC, D'Onofrio BM, Slutske WS, Emery RE, Turkheimer E, Harden KP, vd. Offspring ADHD as a Risk Factor for Parental Marital Problems: Controls for Genetic and Environmental Confounds. *Twin Res Hum Genet*. Aralık 2012;15(6):700-13.
117. Choi WJ, Kwon HJ, Lim MH, Lim JA, Ha M. Blood Lead, Parental Marital Status and The Risk of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Elementary School Children: a Longitudinal Study. *Psychiatry Research*. Şubat 2016;236:42-6.
118. Charach A, Ickowicz A, Schachar R. Stimulant Treatment Over Five Years: Adherence, Effectiveness, and Adverse Effects. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Mayıs 2004;43(5):559-67.

## EKLER

### Ek 1: Anket Formu

**Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Çocuklarda Farmakolojik ve Alternatif/Tamamlayıcı Tedavi Yaklaşımı Hakkında Ebeveynlerin Bilgi Düzeyi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi**

1. Çocuğa yakınlık dereceniz?

A- Anne B-)Baba

2. Kaç çocuğunuz var?.....

3. Eve toplam giren aylık geliriniz ne kadar?

A-) Gelir giderden az B-) Gelir gidere eşit C-)Gelir giderden fazla

4. Ailenin medeni durumunu işaretleyiniz.

A-)Evli B-)Boşanmış C-)Anne/Baba herhangi biri vefat etmiş D-)Anne/Baba ayrı yaşıyor E-)Anne veya baba tekrar evlilik yaptı

Aşağıdaki bölüm anneye ait sorulardan oluşmaktadır.

5. Annenin yaşını yazınız.....

6. Annenin eğitim durumunu seçiniz.

A-) İlköğretim B-)Lise C-)Üniversite D-) Yüksekokul

7. Annenin daha öncesinde bilinen psikiyatrik başvuru öyküsü olduysa aşağıdaki seçeneklerden bir veya birden fazlasını işaretleyiniz.

A-)Depresyon B-)Anksiyete C-)Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu D-)Obsesif kompulsif bozukluk E-)Diğer (Açıklayınız.....)

Aşağıdaki bölüm babaya ait sorulardan oluşmaktadır.

8. Babanın yaşını yazınız.....

9. Babanın eğitim durumunu seçiniz.

A-) İlköğretim B-)Lise C-)Üniveriste D-) Yüksekokul

10. Babanın daha öncesinde bilinen psikiyatrik başvuru öyküsü olduysa aşağıdaki seçeneklerden bir veya birden fazlasını işaretleyiniz.

A-)Depresyon B-)Anksiyete C-)Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu D-)Obsesif kompulsif bozukluk E-)DİĞER(Açıklayınız.....)

Aşağıdaki sorular çocuğunuza ait sorulardan oluşmaktadır.

11. Çocuğunuzun kaç yaşında olduğunu yazınız.....
12. Çocuğunuzun cinsiyetini işaretleyiniz.  
A-)Kız B-)Erkek
13. Çocuğunuzun eğitim durumunu seçiniz.  
A-) İlkokul B-)Ortaokul C-)Lise
14. Çocuğunuz DEHB tanısını yeni aldıysa işaretleyiniz. Eski tanılı ise kaç aydır DEHB tanılı olduğunu belirtiniz.  
A-)Yeni tanılı B-)Eski tanılı DEHB (.....ay olarak belirtiniz)
15. Çocuğunuz şu anda aktif olarak DEHB tedavisi alıyor mu?  
A-)Evet B-)Hayır
16. Çocuğunuz DEHB ilaç tedavisi alıyorsa kaç yıldır ilaç tedavisi almaktadır?  
.....(yıl olarak belirtiniz)
17. Çocuğunuzun şu anki tedavisi öncesinde doktora başvurduğunuz mu?  
A-)Evet B-)Hayır
18. Çocuğunuzun şu anki tedavisi öncesinde doktora başvurduysanız herhangi bir ilaç tedavisi önerildi mi? Önerildiyse kullandınız mı?  
A-)Önerilmedi B-)Önerildi ancak kullanmadık C-)İlaç tedavisi önerildi ve kullandık
19. Çocuğunuzun eşlik eden tıbbi hastalık öyküsü varsa açıklayınız.....
20. Çocuğunuzun eşlik eden psikiyatrik bozukluğu varsa aşağıdan bir veya birden fazlasını işaretleyiniz.  
A-)Depresyon B-)Anksiyete C-)Obsesif kompulsif bozukluk  
D-)Diğer (Açıklayınız.....)
21. Aşağıdaki ilaçlardan çocuğunuzun kullandığı ilaçları bir veya birden fazlasını işaretleyiniz.  
A-)Concerta B-)Medikinet C-)Ritalin D-)Guanfazin E-)Strattera F-)Risperidon  
G-)Antidepresan H-)Diğer(Açıklayınız.....)
22. Çocuğunuzun kullandığı ilaçların kullanım sürelerini belirtiniz.....
23. DEHB için alternatif veya tamamlayıcı tedavi duyduğunuz mu? Bu tedaviler hakkında bilginiz varsa daha önce bu yöntemleri kullandınız mı?

A-)Bilgim yok/Duymadım B-)Bilgim var ama kullanmadık C-)Bilgim var ve kullandık (ANKETE DEVAM EDECEK) A ve B seçeneği için anket bitti

24. DEHB tanısı alan çocuğunuzda öncelikle hangi tedaviye başvurduunuz?

A-)İlaç tedavisi B-)Alternatif/Tamamlayıcı tedavi C-)Her ikisine de aynı anda başladık

25. DEHB için alternatif veya tamamlayıcı tedavi yöntemlerinden herhangi birini kullandınız mı? Kullandıysanız aşağıdaki seçeneklerden kullandıklarınızı işaretleyiniz.

A-)Sitikolin B-)Fosfotidilserin C-)Balık yağı D-)Sitikolin+ Fosfotidilserin E-)Sitikolin+ Balık yağı F-) Fosfotidilserin+ Balık yağı G-)Beyin egzersizleri H-)Dikkat setleri I-)Diğer (Açıklayınız.....)

26. Alternatif veya tamamlayıcı tedavi yöntemlerine ne kadar para harcadınız?.....

27. Alternatif veya tamamlayıcı tedavi yöntemlerine ne kadar süre devam ettiniz? (Ay olarak belirtiniz.....)

28. Alternatif veya tamamlayıcı tedavi yöntemlerinden fayda gördüğünüzü düşünüyor musunuz? Fayda gördüyseniz ne kadar fayda gördüğünüzü düşünüyorsunuz?

A-)Kesinlikle fayda gördük B-)Fayda gördük C-)Kararsızım D-)Fayda görmedik E-)Hiç fayda görmedik

29. Alternatif veya tamamlayıcı tedavi yöntemlerine başvurma sebebiniz nedir?

A-)İlaç tedavisine güvenmiyorum B-)İlaç tedavisine ilave tedavi kullanmak istedim C-)İlaç tedavisi öncesinde alternatif tedaviyi kullanmak istedim D-)Diğer (Açıklayınız.....)

30. Alternatif/Tamamlayıcı tedavi yöntemlerini size kim/kimler tarafından önerildi veya nereden bilgi edindiniz?

A-)Doktor B-)Öğretmen C-)Arkadaş D-)İnternet E-)Kitap/Dergi F-)Diğer.....