

Psikiyatrist ve Çocuk Psikiyatristi Dışındaki Hekimlerin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Metilfenidat Kullanımı ile İlgili Bilgi, Tutum ve İnançları

The Attitudes, Beliefs and Knowledge of Non-Psychiatrist Physicians About Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Methylphenidate Treatment

Arif Önder, Özge Gizli Çoban

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniği, Antalya, Türkiye

ÖZ

Amaç: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) dikkat sorunları, aşırı hareketlilik ve dürtüsellikle karakterize olup, çocukluk çağıının yaygın rastlanan nörogelişimsel bir bozukluktur. DEHB tedavisinde metilfenidat yaygın olarak kullanılmaktadır. DEHB semptomları olan çocuklar ilk olarak pratisyen hekimler, pediatri uzmanları ve diğer branş hekimlerine başvurabilmektedir. Bu çalışmada psikiyatri branşı dışındaki hekimlerin DEHB ve metilfenidat ile ilgili bilgi, tutum ve inançlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda pratisyen ve uzman hekimlerin DEHB ile ilgili algıları; dikkat sorunları ve hareketlilik nedeniyle kendilerine danışan hastalara ne önerdikleri; DEHB tedavisinin bilimselliği ve metilfenidat kullanan hastalara önerileri gibi soruları cevaplamaları istenmiştir. Bu çalışma için veriler Google forms® kullanılarak araştırmacı tarafından tasarlanan bir anket aracılığıyla toplanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan 361 hekimin büyük bir çoğunluğu (%96,4) dikkat ve/veya hareketlilik sorunu olan çocukları çocuk psikiyatrisine yönlendirdiklerini ifade etmişlerdir. Aynı şekilde katılımcıların %95,8'i metilfenidat kullanan hastalarda mevcut tedaviye devam önermişlerdir. Katılımcıların %74,1'i DEHB'nin uzun yıllardır çok sayıda yayımla bilimselliğinin kanıtlandığını ifade etmişlerdir. Katılımcıların %28,1'i metilfenidatın bağımlılık yaptığını düşünürken, %29,2'si yapmadığını ifade etmiştir. Katılımcıların %32,1'i "metilfenidat kötüye kullanılabilen bir ilaçtır" derken, %35,3'ü DEHB olmayan hastalara yanlış DEHB tanısı konduğunu ifade etmiştir. "Gereksiz yere metilfenidat reçete edilmektedir" diyenlerin oranı %30,9'dur.

Sonuç: DEHB ile ilgili diğer branş hekimlerinin bilgilendirilmesi hem hastaların doğru branşa yönlendirilmesi hem de tedaviye devamının sağlanması açısından önemlidir. Çalışmamız ülkemizde diğer hekimlerin DEHB ile ilgili farkındalıklarını ölçen az sayıda çalışma arasındadır. Hekim sayısının daha fazla olduğu çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, hekimler, tutum, inanç, bilgi

ABSTRACT

Objectives: Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a common neurodevelopmental disorder characterized by symptoms of inattention, hyperactivity, and impulsivity. Methylphenidate is a drug commonly used in the management of ADHD. Children with ADHD symptoms may firstly be applied to family practitioners, pediatricians and/or other physicians. Therefore, it is aimed to understand the attitudes, beliefs and knowledge of non-psychiatrist physicians about ADHD and methylphenidate treatment in this study.

Materials and Methods: In our study, general practitioners and specialists were asked to answer questions such as their perceptions about ADHD and the scientificness of ADHD treatment, what they recommend to patients who were applied to them with attention problems and hyperactivity, and their recommendations to patients using methylphenidate. Data for this study were collected via an internet-based survey designed by the researcher using Google forms®.

Results: Most of the 361 participants (96.4%) stated that they referred children with attention problems and/or hyperactivity to child and adolescent psychiatry. Likewise, 95.8% of the participants recommended to continue their treatment to patients using methylphenidate. 74.1% of the participants agreed that the diagnosis and treatment of ADHD had been supported by many scientific studies for many years. While 28.1% of the respondents thought that methylphenidate was addictive, 29.2% did not. 32.1% of the participants stated that methylphenidate can be misused. 35.3% of participants believed that there was an overdiagnosis of ADHD among children and 30.9% believed that many children were prescribed MPH unnecessarily.

Conclusion: It is important to inform non-psychiatrist physicians about ADHD in terms of referring patients to child and adolescent psychiatry, and ensuring the continuation of ADHD treatment. Our study is among the few studies about the awareness of other physicians about ADHD in our country. Studies with more physicians are needed in relation to this issue.

Keywords: Attention-deficit hyperactivity disorder, physicians, attitudes, beliefs, knowledge

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Arif Önder, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniği, Antalya, Türkiye

Tel.: +90 535 296 62 40 E-posta: arifonder86@gmail.com ORCID: orcid.org/0000-0003-0571-9295

Geliş Tarihi/Received: 27.08.2020 Kabul Tarihi/Accepted: 16.11.2020



Giriş

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) dikkat sorunları, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik ile karakterize çocukluk çağıının nörogelişimsel bozukluğudur. DEHB'nin dünya genelindeki sıklığını değerlendirmek için yapılan bir metaanaliz çalışmasında 102 çalışma ve 171.756 olgu değerlendirildiğinde DEHB oranı %5,29 olarak bulunmuştur.¹ Ülkemizde Ercan ve ark.² yürüttüğü çok merkezli prevelans çalışmasında DEHB oranı %12,39 olarak bulunmuştur. Zorlu ve ark.³ yürüttüğü başka bir prevelans çalışmasında ise DEHB oranı %8 olarak bulunmuştur. DEHB tanısı ülkemizde çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanları ile ruh sağlığı uzmanları tarafından konulmaktadır. Metilfenidat tedavisi, DEHB'de etkinliği kanıtlanmış ilk sıra tedavilerden biridir.⁴ Metilfenidat 1954 yılından bu yana DEHB tedavisinde kullanılmaktadır.⁵

Metilfenidat'ın kokain ve metamfetamine benzerliği kötüye kullanım açısından endişe uyandırmıştır. İnsan çalışmaları sonucunda "kısmi" şekilde kötüye kullanım potansiyeli saptanmıştır.⁶ Klinik olarak yaygın bir şekilde kullanımına rağmen ancak yüksek dozda veya hızlı şekilde uygulandığında potansiyel olarak bağımlılıkla ilişkilendirilmiştir.⁷ Bu nedenle Türkiye'de kullanımı sınırlandırılmıştır ve kırmızı reçete ile doktor kontrolünde kullanılmaktadır.

Bazı ülkelerde aile hekimleri/pratisyen hekimler doğrudan DEHB tanı ve tedavisi yapabilir de birçok ülkede DEHB tanı ve tedavisi için aile hekimleri tarafından yönlendirme gereklidir.⁸ Ülkemizde ise sevk sistemi pratikte kullanılmamakta, psikiyatrik problemler için doğrudan çocuk psikiyatrisi ve psikiyatri kliniklerine başvurulmaktadır. Buna rağmen DEHB tanısında diğer branş hekimlerinin yönlendirmesi ve tedaviye devam için hastayı motive etmesi gerekebilmektedir. DEHB uzun yıllardır çok sayıda kanıtla desteklenmiş olsa da gerek kamuoyu gerekse tıp dünyasında geçerliliği ile ilgili çok sayıda eleştiri almaktadır. Bu eleştiriler alan dışı hekimlerin hastaları yanlış yönlendirmesine sebep olabilmektedir.

Çalışmamızda psikiyatri alanı dışındaki hekimlerin DEHB tanı ve tedavisi ile ilgili inanışları ve bilgi düzeyleri değerlendirilmiştir. Daha önce aile hekimlerinin DEHB ile ilgili görüşlerini değerlendiren çok sayıda çalışma olmasına rağmen tüm hekimleri kapsayan çalışmalar kısıtlıdır. Çalışmamızda bu eksikliğin giderilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Çalışma için farklı alanda çalışan çok sayıda hekime doldurmaları için Google forms® (https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSc80iNm9hFAFj5sRO31JYbFEU_2AFD7euIFiUOVjj5CzTGhA/closedform) kullanılarak anket yollandı. Anketler sosyal medya üzerinden hekimlerle paylaşıldı. Hazırlanan ankette hekimin yaşı, tıp fakültesinden mezuniyet yılı, ünvanı gibi tanımlayıcı sorular, ardından hekimlerin dikkat sorunları ve/veya hareketliliği olan çocuk ve ergenlerle karşılaştıklarında neler yaptıkları, DEHB tanısı ve metilfenidat tedavisi ile ilgili düşünceleri soruldu.

Anketin başlangıcında katılımcılara çalışmaya katılıp katılmama konusunda tamamen özgür oldukları vurgulandı. Formu tamamlayan kişiler çalışmaya katılmak için onam vermiş sayıldı. Çalışmaya psikiyatri ve çocuk psikiyatrisi hekimleri dahil edilmedi. Bunun dışında tıp fakültesinden mezun olan ve gönüllü olan tüm hekimler çalışmaya dahil edildi. Çalışma için Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Bilimsel Etik Komisyonu'ndan 15.10.2019 tarih ve 70904504/471 onay alındı.

İstatistiksel Analiz

Çalışma için The Statistical Package for the Social Sciences kullanıldı. Veriler yüzde olarak belirtildi. Grupların birbiri ile karşılaştırılması için ki-kare testi kullanıldı.

Bulgular

Çalışmaya 361 hekim katıldı. Katılımcıların %46,1'i uzman, %27,1 pratisyen, yüzde 20,2'si asistandı. Geri kalan yüzde 6,9'u ise akademisyendi.

Çalışmaya 26 farklı branştan uzman hekimler ve pratisyen hekimler katıldı. En sık katılan uzmanlık dalları, pediatri (n=25) ve aile hekimliği (n=23) oldu. Bunu dermatoloji (n=17) ve (nöroloji n=16) takip etmekteydi.

Çalışmaya katılanların %31,9'u 31-40 yaş aralığında, %28,5'i 41-50 yaş aralığındaydı. Otuz yaş ve altında olanların oranı %27,4, geri kalan %12,2'si 50 yaş ve üzeriydi.

Katılımcılara DEHB ile ilgili bilgi düzeyleri sorulduğunda %3,3 çok az, yüzde 21,7 az, yüzde 43,1 orta düzeyde bilgi sahibi olduklarını belirtti. "İyi düzeyde bilgi sahibiyim" seçeneğini işaretleyenlerin oranı %20,6, çok iyi diyenlerin oranı %11,4 idi.

Çalışmacılara "Dikkat sorunları ve/veya aşırı hareketlilik sorunları olan bir ilkokul çocuğu tarafınıza başvurursa ne yaparsınız?" diye sorulduğunda çalışmacıların büyük bir çoğunluğu (%96,4) çocuk psikiyatrisine başvurmalarını söyleyeceğini ifade etti. Geri kalanlar ise "ilkokul çocuklarında bu sorunların olmasının doğal olduğunu söyler, beklemelerini öneririm" (%2,8) ve "Farklı bir branşa yönlendiririm" (%0,6) seçeneklerini işaretledi.

"DEHB tanısı konmuş bir çocuk metilfenidat (Concerta/Medikinet/Ritalin) kullandığını söylerse (veya bir tanıdığımız sizden tavsiye isterse) ne önerirsiniz?" sorusuna katılımcıların %95,8'i "çocuk psikiyatrisi hekiminin önerdiği şekilde kullanması gerektiğini ifade ederim." seçeneğini işaretledi. Sadece iki hekim "Bu ilaçların zararlı olduğunu/bağımlılık yapabileceğini söyler ve kesmesi gerektiğini ifade ederim" seçeneğini tercih etti. Geri kalan hekimler ise (n=13) "fikir belirtmem" seçeneğini işaretledi.

"Çocuğunuza (ya da ileride çocuğunuz olursa) bir çocuk psikiyatri hekimi tarafından DEHB tanısı ile metilfenidat reçete edilse yaklaşımınız ne olur?" sorusuna verilen cevaplar arasında en sık verilen yanıt %45,3 ile "ikinci bir görüş alırım" oldu. Bunu %30,8 ile "tedaviye başlarım" takip etti. %21,7 ise "tedaviye başlayacağımı ancak yan etkiler nedeni ile kaygılanacağımı" ifade etti. "Kullanmam" diyenlerin oranı ise %2,2 oldu.

“Sizin görüşünüze göre DEHB tanısı ne kadar bilimseldir?” sorusuna ise katılımcıların %74,1’i “DEHB tanı ve tedavisi uzun yıllardır çok sayıda bilimsel çalışma ile desteklenmiştir.” seçeneğini işaretledi. “DEHB tanı ve tedavisi ile ilgili çalışmalar tartışmalıdır.” diyenlerin oranı ise %24,1 olarak saptandı. “DEHB ile ilgili çalışmalar ciddi anlamda yanlıdır.” diyenler ise %1,7 olarak saptandı.

Çalışmanın sonunda hekimlerden DEHB’nin en etkin tedavisi ile ilgili fikirleri sorulduğunda ilk sırada “bilişsel davranışçı terapiler” (%38,3) ikinci sırada “metilfenidat/atomoksetin tedavisi” (%25,9), sonrasında “spor sanat aktiviteleri” ve “aile eğitimi” (%16,1 ve %14,4) saptandı.

Hekimlerin metilfenidat kullanımı ile ilgili görüşleri Tablo 1’de gösterildi.

Hekimler yaş gruplarına göre sınıflandırılıp birbirleri karşılaştırdıklarında metilfenidat kullanımı ve yan etkileri ile ilgili görüşlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gözlemlendi. Hekimlerin yaş gruplarına göre görüşleri Tablo 2’de gösterildi.

Pratisyen, asistan ve uzman hekimlerin DEHB ve metilfenidat kullanımı ile ilgili bilgi, tutum ve inançları karşılaştırıldığında metilfenidat tedavisinin bağımlılık riski ve kötüye kullanımı ile ilgili gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılıklar saptandı (Tablo 3).

Tartışma

Daha önce aile hekimlerinin/pratisyen hekimlerin DEHB tanı ve tedavisi ile ilgili bilgi düzeylerini değerlendiren çok sayıda çalışma olmasına rağmen,⁸⁻¹⁰ tüm hekimleri kapsayan çalışma sayısı son derece nadirdir. Çalışmamıza 26 farklı branştan uzman ve pratisyen hekimler dahil edilmiştir.

Katılımcılardan “iyi düzeyde bilgi sahibiyim” ve “çok iyi düzeyde bilgi sahibiyim” seçeneğini işaretleyenlerin oranı sırasıyla %20,6 ve %11,4 olarak saptanmıştır. Şanlıurfa’da görev yapmakta olan 38 pediatriğin incelendiği bir çalışmada “DEHB tanısı koyabilirim” diyenlerin oranı %44,7 olarak bulunmuştur.¹¹ Katılımcıların %25’i DEHB ile ilgili bilgi düzeyine “az veya çok az” seçeneğini işaretlemiştir. Pediatri asistanları ile yürütülen bir çalışmada ise hekimlerin %81,4’ü DEHB ile ilgili bilgi düzeylerinin eksik

Tablo 1. Hekimlerin DEHB tanı ve tedavisi ile ilgili görüşleri

	Evet (%)	Hayır (%)	Kararsızım (%)
Metilfenidat bağımlılık yapar mı? (n=360)	28,1	29,2	42,8
Metilfenidat keyif verici madde olarak kullanılabilir mi? (n=361)	32,1	32,7	35,2
Çocuklarda metilfenidat kullanımı madde bağımlılığı riskini artırır mı? (n=360)	12,5	35,8	51,7
Birçok çocuğa DEHB olmadığı halde hekimler tarafından DEHB tanısı konmaktadır (n=360)	35,3	19,4	45,3
Birçok çocuğa gereksiz yere metilfenidat reçete edilmektedir (n=359)	30,9	25,6	43,5

DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu

Tablo 2. Hekimlerin yaş gruplarına göre DEHB ve metilfenidat kullanımı ile ilgili bilgi, tutum ve inançlarının karşılaştırılması

	30 yaş ve altı n=99	31-40 yaş n=115	41-50yaş n=102	51 yaş ve üzeri n=44	P
DEHB bilgi düzeyi hiç veya az olanların oranı.	%22,2	%29,6	%23,5	%22,7	0,584
Dikkat veya hareketlilik sorunu ile gelen hastaları ÇRS uzmanına yönlendiririm.	%99	%96,5	%96,1	%90,9	-.1
DEHB tanısı konmuş bir çocuk metilfenidat kullandığını söylerse çocuk psikiyatrisi hekiminin önerdiği şekilde kullanması gerektiğini ifade ederim.	%97,0	%94,8	%96,1	%95,3	-.1
Çocuğuma metilfenidat önerilirse kaygılanmadan ve ikinci görüş almadan kullanırım. ²	%31,3	%29,8	%31,1	%31,8	0,993
DEHB tanı ve tedavisi uzun yıllardır çok sayıda bilimsel çalışma ile desteklenmiştir. ²	%73,1	%75,2	%74,0	%73,8	0,989
Metilfenidat bağımlılık yapar. ²	%38,4	%24,3	%19,4	%34,9	0,013
Metilfenidat bağımlılık riskini artırır. ²	%13,1	%7,8	%9,7	%30,2	0,001
Metilfenidat keyif verici olarak kullanılabilir. ²	%40,4	%32,2	%21,4	%38,6	0,024
Birçok çocuğa gereksiz DEHB tanısı konmaktadır. ²	%30,6	%33,0	%34,0	%54,5	0,038
Birçok çocuğa gereksiz metilfenidat başlanmaktadır. ²	%27,6	%26,1	%31,1	%51,2	0,018

DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, ¹ki-kare testi şartları sağlanmadığı için p değeri belirlenmemiştir. ²ki-kare testi şartlarının sağlanması için evet dışındaki diğer yanıtlar birleştirilmiştir.

p değerinin 0,05’in altında olması anlamlı kabul edilmiştir, ÇRS: Çocuk ruh sağlığı

Tablo 3. Pratisyen, asistan ve uzman hekimlerin DEHB ve metilfenidat kullanımı ile ilgili bilgi, tutum ve inançlarının karşılaştırılması

	Pratisyen hekim n=98	Asistan hekim n=73	Uzman ¹ hekim n=189	p
DEHB bilgi düzeyi hiç veya az olanların oranı.	%19,6	%30,1	%25,8	0,357
Dikkat veya hareketlilik sorunu ile gelen hastaları ÇRS uzmanına yönlendiririm.	%98,0	%97,2	%95,2	-. ²
DEHB tanısı konmuş bir çocuk metilfenidat kullandığını söylese çocuk psikiyatrisi hekiminin önerdiği şekilde kullanması gerektiğini ifade ederim.	%100	%97,3	%93,1	-. ²
Çocuğuma metilfenidat önerilirse kaygılanmadan ve ikinci görüş almadan kullanırım. ³	%25,5	%35,6	%31,7	0,340
DEHB tanı ve tedavisi uzun yıllardır çok sayıda bilimsel çalışma ile desteklenmiştir. ³	%67,4	%75,0	%77,4	0,194
Metilfenidat bağımlılık yapar. ³	%37,8	%34,2	%20,6	0,004
Metilfenidat bağımlılık riskini artırır. ³	%20,4	%9,6	%9,5	0,021
Metilfenidat keyif verici olarak kullanılabilir. ³	%39,8	%39,7	%25,3	0,013
Birçok çocuğa gereksiz DEHB tanısı konmaktadır. ³	%27,6	%45,2	%35,4	0,057
Birçok çocuğa gereksiz metilfenidat başlanmaktadır. ³	%27,6	%31,9	%32,3	0,968

¹ki-kare testinin şartlarının sağlanması için uzman hekim ve akademisyenler Uzman Hekim başlığı altında toplanmıştır. ² ki-kare testi şartları sağlanmadığı için p değeri belirlenmemiştir. ³ki-kare testi şartlarının sağlanması için evet dışındaki diğer yanıtlar birleştirilmiştir. p değerinin 0,05'in altında olması anlamlı kabul edilmiştir. DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, ÇRS: Çocuk ruh sağlığı

olduğunu ifade etmiştir.¹² Her ne kadar DEHB olan hastaları doğrudan değerlendirmek zorunda olmasalar da hekimlerin DEHB hakkındaki farkındalıkların artırılması önemlidir.

Sabuncuoğlu ve ark.¹³ aile hekimliği asistanları ile yürütmüş olduğu bir çalışmada aile hekimlerinin DEHB ile ilgili bilgi düzeylerinin düşük olduğu vurgulanmıştır. Çalışmada aile hekimlerinin %98,5'i "DEHB uygun ilaç tedavisi ile tedavi edilebilir mi?" sorusuna doğru cevap vermiştir. Çalışmadaki hekimlerin en çok yanlış yanıt verdikleri soru ise "DEHB kötü ebeveynlik uygulamalarından ve ebeveynlerin çocuğu şımartmalarından mı kaynaklanır?" sorusu olmuştur. Hekimlerin %87,9 bu soruya "evet" demiştir.¹³

Adamis ve ark.'ın¹⁴ 140 aile hekimi ile birlikte yürüttüğü bir çalışmada aile hekimlerinin %58,5'nin DEHB ile ilgili "pozitif tutumda" olduğu ifade edilmiştir. Çalışmada DEHB ile ilgili deneyim ve eğitimin pozitif ve negatif tutumlarla ilişkili bulunmadığı ifade edilmiştir.¹⁴

Birleşik Krallık'ta yapılan bir çalışmada çocuğunda DEHB olan ebeveynlerin çocuklarındaki sorunları fark etse bile çocukların yalnızca 1/3'ünün bir uzman tarafından değerlendirildiği ve kanıta dayalı bir tedavi aldığı belirlenmiştir.¹⁵ Ülkemizde ise sevk sistemi pratikte kullanılmamakta, psikiyatrik problemler için doğrudan çocuk psikiyatrisi kliniklerine başvurulmaktadır. Buna rağmen DEHB tanısında diğer branş hekimlerinin yönlendirmesi ve tedaviye devam için hastayı motive etmesi gerekebilmektedir. Bu nedenle çalışmamızda katılımcıların büyük bir kısmının dikkat ve hareketlilikle ilgili sorunları olan çocukların çocuk psikiyatrisi polikliniklerine yönlendireceklerini ifade etmesi ülkemizdeki DEHB hastalarının tanı ve tedavisi açısından olumlu bir gelişmedir.

Hekimlere kendi çocuklarına tanı konulduğunda ne yapacakları sorularak DEHB tanısı ve tedavisi ile ilgili inançları sorgulanmaya çalışılmıştır. Hekimlerin yaklaşık yarısı "ikinci bir görüş alırım" seçeneğini işaretlemiştir. Hekimlerin %21,7'si ise "yan etkiler nedeni ile ilaç kullanırken kaygılanırım" seçeneğini işaretlemiştir. Bu iki cevap hekimlerin DEHB tedavisi ile ilgili kaygılarını yansıtmaktadır.

Çalışmaya katılan hekimlerin "Sizin görüşünüze göre DEHB tanısı ne kadar bilimseldir?" sorusuna ise katılımcıların %74,1'i "DEHB tanı ve tedavisi uzun yıllardır çok sayıda bilimsel çalışma ile desteklenmiştir." seçeneğini işaretledi. "DEHB tanı ve tedavisi ile ilgili çalışmalar tartışmalıdır." diyenlerin oranı ise %24,1 olarak saptandı. "DEHB ile ilgili çalışmalar ciddi anlamda yanlıdır." diyenler ise %1,7 olarak saptandı. Adamis ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada "DEHB açıkça tanımlanmış psikiyatrik bozukluktur" önermesine "evet" diyenlerin oranı %57,98, "hayır" diyenlerin oranı %14,29, "emin değilim" diyenlerin oranı ise %27,73 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada "DEHB geçerli bir tanıdır." önermesine "evet" diyenlerin oranı %86,55, "hayır" diyenlerin oranı %0,84, "emin değilim" diyenlerin oranı %12,61 olarak bulunmuştur.¹⁴ Her iki çalışmada da sorulan ifade şekli farklı da olsa DEHB tanısını bilimsel olarak geçersiz olduğunu düşünenlerin sayısı son derece düşüktür.

Çalışmaya katılan hekimlerin büyük bir çoğunluğu (%96,4) dikkat sorunları ve/veya hareketliliği olan çocukların çocuk psikiyatrisine başvurmalarını söyleyeceğini ifade etmiştir. Salt ve ark.¹⁶ İngiltere'deki aile hekimleri ile yürüttüğü bir çalışmada hekimlerin çoğu (%69) DEHB olan çocukları çocuk psikiyatrisi uzmanına yönlendireceğini ifade etmiştir.

Avrupa'da artmış metilfenidat kullanım oranları gereğinden fazla çocuğun DEHB tanısı alması ve gereğinden fazla metilfenidat kullanımı ile ilgili endişeleri artırmıştır.¹⁷ Amerika

Birleşik Devletleri'nde (ABD) 4-11 yaş arası çocuklarda DEHB tanısı oranı 2003'de %7,8 iken 4 yıl sonra %9,5'e yükselmiştir.¹⁸ Gereksiz DEHB tanısı ve tedavisi almak ile ilgili endişeler olmasına rağmen birçok çocuk halen gerekli tanı ve tedaviyi almamaktadır.¹⁹ Sağlık profesyonelleri tarafından DEHB tanısına gelen itirazlar sonucunda birinci basamak sağlık hizmetlerinde DEHB olan çocukların tanı ve tedavi alması zorlaşmaktadır.⁸ Bazı klinisyenler DEHB tanısının gereğinden fazla konulduğunu, bazıları olması gerekenden az konulduğunu, bazıları ise yanlış tanı konulduğunu ifade etmektedir.¹⁹ Çalışmamızdaki hekimlerin yalnızca %19,4'ü "birçok çocuğa gereksiz yere DEHB tanısı konmaktadır" sorusuna "hayır" cevabını vermiştir. Ülkemizdeki bazı hekimler de yurtdışındaki hekimlere benzer şekilde gereğinden fazla DEHB tanısı konduğunu düşünmektedir.

Metilfenidat'ın etkinliği ile ilgili tartışmalar bilimsel anlamda da devam etmektedir. 2015 yılında yapılan bir metaanaliz çalışmasında Metilfenidat etkinliği ile ilgili kanıtların "düşük kalitede" olduğu ifade edilmiştir.²⁰ Ancak bu çalışma izlediği yöntem nedeni ile akademisyenlerden ciddi eleştiriler almıştır.^{21,22} Aynı şekilde psikiyatri ve çocuk psikiyatrisi dışı hekimlerin de DEHB tedavisine yönelik ön yargıları sık bir şekilde ifade edilmektedir. Bu nedenlerle birçok çocuğa tanı konamamakta, tanı kalsa bile birçok çocuk tedavi alamamaktadır. Örneğin ABD'de DEHB tanısı alan çocukların neredeyse dörtte biri herhangi bir tedavi almamaktadır.²³ Çalışmamızda ise katılımcıların önemli bir kısmı DEHB tanı ve tedavisinin bilimselliğini kabul etmektedirler ve aynı zamanda çocuk psikiyatrisi hekimlerin başladıkları tedaviye devam etmelerini önereceklerini ifade etmişlerdir.

Metilfenidat ve türevlerinin bağımlılık potansiyelleri uzun yıllardır kaygı uyandırmaktadır. Ancak özellikle uzun etkili formların düşük derecede bağımlılık potansiyeline sahip oldukları bildirilmiştir.²⁴ Aynı zamanda kesin sonuçlara sahip olmasa da kokain bağımlılığı tedavisinde kullanılabileceğine yönelik de veriler mevcuttur.²⁵ Çalışmamıza katılan hekimlerin yaklaşık 1/3'ü "metilfenidat bağımlılık yapabilir" demiştir. Kandemir ve ark.¹¹ yürüttüğü çalışmada Şanlıurfa ilindeki pediatriklerin %10,5 DEHB ilaçlarının bağımlılık yapabileceğini belirtmiştir. Bu alandaki farklılık pediatri hekimlerinin çocuk psikiyatrisi rotasyonu yapmaları ile ilgili olabilir. Metilfenidat kullanımının bağımlılık ile ilgili risklerinin hekimlere anlatılması önemlidir.

Her ne kadar uygun kullanımda kötüye kullanım potansiyelleri olmadığı ifade edilse de²⁶ özellikle kısa etkili metilfenidat türevlerinin kötüye kullanım potansiyelleri mevcuttur. Parran ve Jasinski.²⁷ kısa etkili metilfenidat (Ritalin-SR) IV şekilde kötüye kullanımından bahsettikleri 22 olguluk serilerinde metilfenidat kötüye kullanımının kokain kullanımına benzer etkilerinden bahsetmişlerdir. 2009 yılında yapılan bir olgu bildiriminde intranasal yoldan metilfenidat kötüye kullanımı bildirilmiştir.²⁸ Çalışmamızda hekimlerin yaklaşık 1/3'ü kötüye kullanıldığını düşünürken, diğer 1/3'ü ise kötü kullanılmadığını düşünmektedir.

DEHB hastalarında madde bağımlılığı riski artmıştır.^{29,30} DEHB hem bağımlılığın daha erken yaşta başlamasına hem de daha fazla sayıda maddenin bir arada kullanılmasına sebep olmaktadır.³¹ Yapılan bir meta-analiz çalışmasında metilfenidat kullanan DEHB hastalarında tedavi almayan DEHB hastalarına göre alkol ve madde kullanım riskinin 1,9 kat düşük olduğu ifade edilmiştir.³² Çalışmaya katılan hekimlerin %12'sinin metilfenidat tedavisinin madde bağımlılığı riskini artırdığı inancına sahip olduğu gözlemlenmiştir.

Çalışmaya katılan hekimlerin en sık tedavi önerileri bilişsel davranışçı terapiler, metilfenidat/atomoksetin tedavisi, spor sanat aktiviteleri ve aile eğitimi olmuştur. Salt ve ark.¹⁶ çalışmasında ise aile hekimlerinin etkili olduklarını düşündükleri tedaviler sırasıyla metilfenidat, aile terapileri ve davranışçı terapiler olmuştur.

Adamis ve ark.'ın¹⁴ çalışmasında DEHB tanısı ile ilgili pozitif tutumda olanların daha çok 36-55 yaş aralığında olduğu ifade edilmiştir. Çalışmamızda ise "metilfenidat bağımlılık yapar", "metilfenidat bağımlılık riskini artırır", "metilfenidat keyif verici olarak kullanılabilir", "birçok çocuğa gereksiz DEHB tanısı konmaktadır" diyenlerin oranı 31-50 yaş hekim grubunda genel olarak daha düşük bulunmuştur. Otuz yaşın altındaki hekimlerin deneyim seviyesi düşük olabilirken, 51 yaş üzeri hekimler ülkemizde son 20 yılda artan DEHB tanınırlığına karşın eski alışkanlıklarını sürdürüyor olabilir.

Çalışmada "metilfenidat bağımlılık yapar", "metilfenidat bağımlılık riskini artırır", "metilfenidat keyif verici olarak kullanılabilir" diyen uzman hekimlerin (uzman hekim ve akademisyenler) oranı pratisyen ve asistan hekimlere göre daha düşük seviyede bulunmuştur. Bu hekimlerin eğitim seviyesi arttıkça literatür hakimiyetlerinin artması daha doğru bilgiye ulaşabilmeleri, bunun sonucunda metilfenidat kullanımı ile daha gerçekçi çıkarımlar yapmalarını kolaylaştırmış olabilir. Sabuncuoğlu ve ark.¹³ yürüttüğü çalışmada tıp fakültesinden mezuniyet sonrası geçen süre arttıkça asistanların DEHB hakkındaki bilgi düzeylerinin arttığı saptanmıştır. Asistanlık eğitimi tamamlanmış uzmanların bu konudaki deneyimlerinin artmış olduğu düşünülebilir.

Hekimler dışında öğretmenler, psikoloji öğrencileri ve PDR öğrencileri ile yapılan çalışmalar mevcuttur.³³⁻³⁶ Bu çalışmalarda araştırılan grupta bilgi düzeylerinin artırılması gerekliliği vurgulanmıştır.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Bu çalışma psikiyatri branşı dışındaki tüm branş hekimlerinin DEHB ve metilfenidat ile ilgili bilgi, tutum ve inançlarının değerlendirildiği nadir çalışmalar arasında olmakla birlikte bu çalışmayla ilgili bazı kısıtlılıklar bulunmaktadır. Çalışmanın yüz yüze gerçekleşmemiş olması kısıtlılıklar arasındadır. Çalışmanın sosyal medya aracılığıyla paylaşılması DEHB konusuna ilgili olan doktorların çalışmaya katılmasına sebep olmuş olabilir. Ayrıca çalışmadaki hekimlere DEHB konusunda eğitim alıp almadıkları ve çocuk psikiyatrisi rotasyonu yapıp yapmadıkları sorulmamıştır. Çok farklı sayıda branştan hekimin çalışmaya dahil edilmesi, hekimlerin cinsiyetlerinin sorulmaması,

bazı branşların çocuk hastalarla çalışırken bazı branşların erişkin hastalarla çalışması, sonuçların her branş için ayrı ayrı değerlendirilmemesi de kısıtlılıklar arasındadır.

Sonuç

Psikiyatri ve çocuk psikiyatrisi dışındaki hekimlerin DEHB bulguları ile başvuran hastaları yönlendirme ve tedaviye devamı önermeleri olumludur. Ancak metilfenidat kötüye kullanımı ve bağımlılıkla ilgili yanlış görüşleri olabileceği saptanmıştır. Hekimlerin DEHB ile ilgili bilgilerini güncellemek için eğitim alması bu sorun açısından faydalı olabilecektir. Bu alanda daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Teşekkürler: Çalışmanın dizaynı sırasındaki katkılarından dolayı Öğretim Üyesi Dr. Aslı Sürer Adanır'a teşekkür ederiz.

Etik

Etik Kurul Onayı: Çalışma için Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Bilimsel Etik Komisyonu'ndan 15.10.2019 tarih ve 70904504/471 numarası ile onay alındı.

Hasta Onayı: Çalışmamıza dahil edilen tüm hastalardan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu ve editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Konsept: A.Ö., Ö.G.Ç., Dizayn: A.Ö., Ö.G.Ç., Veri Toplama veya İşleme: A.Ö., Ö.G.Ç., Analiz veya Yorumlama: A.Ö., Ö.G.Ç., Literatür Arama: A.Ö., Ö.G.Ç., Yazan: A.Ö.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

- Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007;164:942-948.
- Ercan ES, Polanczyk G, Akyol Ardıc U, Yuçe D, Karacetin G, Tufan AE, Tural U, Aksu H, Aktepe E, Rodopman Arman A, Başgül S, Bilac O, Coşkun M, Celik GG, Karakoc Demirkaya S, Dursun BO, Durukan İ, Fidan T, Perdahlı Fiş N, Gençoğlu S, Gökçen C, Görker I, Görmez V, Gündoğdu ÖY, Gürkan CK, Hergüner S, Tural Hesapçioğlu S, Kandemir H, Kılıç BG, Kılınçaslan A, Mutluer T, Nasiroğlu S, Özel Özcan Ö, Öztürk M, Öztop D, Yalın Sapmaz S, Süren S, Şahin N, Yolga Tahiroğlu A, Toros F, Ünal F, Vural P, Perçinel Yazıcı İ, Yazıcı KU, Yıldırım V, Yulaf Y, Yüce M, Yüksel T, Akdemir D, Altun H, Ayık B, Bilgic A, Hekim Bozkurt Ö, Demirbaş Çakır E, Çeri V, Çok Demir N, Dinç G, Irmak MY, Karaman D, Kınık MF, Mazlum B, Memik NÇ, Foto Özdemir D, Sınır H, Ince Taşdelen B, Taşkın B, Uğur Ç, Uran P, Uysal T, Üneri Ö, Yılmaz S, Seval Yılmaz S, Açikel B, Aktaş H, Alaca R, Alç BG, Almaidan M, Arı FP, Aslan C, Atabay E, Ay MG, Aydemir H, Ayrancı G, Babadağı Z, Bayar H, Çon Bayhan P, Bayram Ö, Dikmeer Bektaş N, Berberoğlu KK, Bostan R, Arıcı Canlı M, Cansız MA, Ceylan C, Coşkun N, Coşkun S, Çakan Y, Demir İ, Demir N, Yıldırım Demirdöğen E, Doğan B, Dönmez YE, Dönder F, Efe A, Eray Ş, Erbilgin S, Erden S, Ersoy EG, Eseroğlu T, Kına Fırat S, Eynallı Gök E, Güler G, Güles Z, Güneş S, Güneş A, Günay G, Gürbüz Özgür B, Güven G, Çelik Göksoy Ş, Horozcu H, Irmak A, Işık Ü, Kahraman Ö, Kalaycı BM, Karaaslan

- U, Karadağ M, Kılıç HT, Kılıçaslan F, Kinay D, Kocaeli Ö, Bulanık Koç E, Kadir Mutlu R, Lushi-Şan Z, Nalbant K, Okumus N, Özbek F, Akkuş Özdemir F, Özdemir H, Özkan S, Yıldırım Özyurt E, Polat B, Polat H, Sekmen E, Sertçelik M, Sevgen FH, Sevince O, Süleyman F, Shamkhalova Ü, Eren Şimşek N, Tanır Y, Tekden M, Temtek S, Topal M, Topal Z, Türk T, Uçar HN, Uçar F, Uygun D, Uzun N, Vatanser Z, Yazgılı NG, Miniksar Yıldız D, Yıldız N. The prevalence of childhood psychopathology in Turkey: a cross-sectional multicenter nationwide study (EPICPAT-T). *Nord J Psychiatry*. 2019;73:132-140.
- Zorlu A, Unlu G, Cakaloz B, Zencir M, Huber A, Isildar Y. The Prevalence and Comorbidity Rates of ADHD Among School-Age Children in Turkey. *J Atten Disord*. 2020;24:1237-1245.
- Shier AC, Reichenbacher T, Ghuman HS, Ghuman JK. Pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: clinical strategies. *J Cent Nerv Syst Dis*. 2012;5:1-17.
- Lange KW, Reichl S, Lange KM, Tucha L, Tucha O. The history of attention deficit hyperactivity disorder. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2010;2:241-255.
- Shellenberg TP, Stoops WW, Lile JA, Rush CR. An update on the clinical pharmacology of methylphenidate: therapeutic efficacy, abuse potential and future considerations. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2020;13:825-833.
- Malenka RC, Nestler EJ, Hyman SE, Sydor A, Brown RY. Molecular neuropharmacology: a foundation for clinical neuroscience, Chapter 15: Reinforcement and Addictive Disorders. In: Sydor A BR, ed. NY: McGraw-Hill Medical. New York: McGraw-Hill Medical.; 2009:368.
- Tatlow-Golden M, Prihodova L, Gavin B, Cullen W, McNicholas F. What do general practitioners know about ADHD? Attitudes and knowledge among first-contact gatekeepers: systematic narrative review. *BMC Fam Pract*. 2016;17:129.
- Ghanizadeh A, Zarei N. Are GPs adequately equipped with the knowledge for educating and counseling of families with ADHD children? *BMC Fam Pract*. 2010;11:5.
- Shaw K, Wagner I, Eastwood H, Mitchell G. A qualitative study of Australian GPs' attitudes and practices in the diagnosis and management of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Fam Pract*. 2003;20:129-134.
- Kandemir H, Selek S, Kılıcaslan F, Bayazit H, Ekinci S, Kandemir SB, Güler K. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Şanlıurfa'da Görev Yapmakta Olan Pediatristlerin Bilgi ve Tutumları. *Journal of Harran University Medical Faculty*. 2014;11:223-230.
- Soysal AŞ, Can H, Tan S, Keskinoglu P, Elmastaş-Dikeç B. Evaluation of the knowledge level of psychology students on Attention Deficiency and Hyperactivity Disorder. *Journal of Human Sciences*. 2011;8:1601-1611.
- Sabuncuoğlu M, Sevsen C, Mohammad Rahbar H, Manouchehr H. Autism spectrum disorder and attention deficit hyperactivity disorder: Knowledge and attitude of family medicine residents in Turkey. *Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care*. 2015;9:46-53.
- Adamis D, Tatlow-Golden M, Gavin B, McNicholas F. General practitioners' (GP) attitudes and knowledge about attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in Ireland. *Ir J Med Sci*. 2019;188:231-239.
- Sayal K, Goodman R, Ford T. Barriers to the identification of children with attention deficit/hyperactivity disorder. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;47:744-750.
- Salt N, Parkes E, Scammell A. GPs' perceptions of the management of ADHD in primary care: a study of Wandsworth GPs. *Primary Health Care Research & Development*. 2005;6:162-171.
- Schwarz A. The selling of attention deficit disorder. *New York Times*. 2013:1-15.
- Visser SN, Bitsko RH, Danielson ML, Perou R, Blumberg SJ. Increasing prevalence of parent-reported attention-deficit/hyperactivity disorder among children-United States, 2003 and 2007. *Morbidity and mortality weekly report*. 2010;59:1439-1443.

19. Giuliano K, Geyer E. ADHD: Overdiagnosed and overtreated, or misdiagnosed and mistreated. *Cleveland Clinic journal of medicine*. 2017;84:873-880.
20. Storebø OJ, Krogh HB, Ramstad E, Moreira-Maia CR, Holmskov M, Skoog M, Nilausen TD, Magnusson FL, Zwi M, Gillies D. Methylphenidate for attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: Cochrane systematic review with meta-analyses and trial sequential analyses of randomised clinical trials. *BMJ*. 2015;351.
21. Fazel M. Methylphenidate for ADHD. *BMJ*. 2015;351:5875.
22. Hoekstra PJ, Buitelaar JK. Is the evidence base of methylphenidate for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder flawed? *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016;25:339-340.
23. Danielson ML, Bitsko RH, Ghandour RM, Holbrook JR, Kogan MD, Blumberg SJ. Prevalence of Parent-Reported ADHD Diagnosis and Associated Treatment Among U.S. Children and Adolescents, 2016. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2018;47:199-212.
24. Dürsteler KM, Berger EM, Strasser J, Cafilisch C, Mutschler J, Herdener M, Vogel M. Clinical potential of methylphenidate in the treatment of cocaine addiction: a review of the current evidence. *Subst Abuse Rehabil*. 2015;6:61-74.
25. Schubiner H, Saules KK, Arfken CL, Johanson CE, Schuster CR, Lockhart N, Edwards A, Donlin J, Pihlgren E. Double-blind placebo-controlled trial of methylphenidate in the treatment of adult ADHD patients with comorbid cocaine dependence. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2002;10:286-294.
26. Kollins SH. ADHD, substance use disorders, and psychostimulant treatment: current literature and treatment guidelines. *J Atten Disord*. 2008;12:115-125.
27. Parran TV Jr, Jasinski DR. Intravenous methylphenidate abuse. Prototype for prescription drug abuse. *Arch Intern Med*. 1991;151:781-783.
28. Coetzee M, Kaminer Y, Morales A. Megadose intranasal methylphenidate (ritalin) abuse in adult attention deficit hyperactivity disorder. *Subst Abus*. 2002;23:165-169.
29. Levy S, Katusic SK, Colligan RC, Weaver AL, Killian JM, Voigt RG, Barbaresi WJ. Childhood ADHD and risk for substance dependence in adulthood: a longitudinal, population-based study. *PLoS One*. 2014;9:105640.
30. Ohlmeier MD, Peters K, Te Wildt BT, Zedler M, Ziegenbein M, Wiese B, Emrich HM, Schneider U. Comorbidity of alcohol and substance dependence with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Alcohol Alcohol*. 2008;43:300-304.
31. Fatséas M, Hurmic H, Serre F, Debrabant R, Daulouède JP, Denis C, Auriacombe M. Addiction severity pattern associated with adult and childhood Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in patients with addictions. *Psychiatry Res*. 2016;246:656-662.
32. Wilens TE, Faraone SV, Biederman J, Gunawardene S. Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics*. 2003;111:179-185.
33. Karabekiroğlu K, Cakin-Memik N, Ozcan-Ozel O, Toros F, Öztöp D, Özbaran B, Cengel-Kultur E, Akbaş S, Taşdemir GN, Ayaz M, Aydın C, Bildik T, Eremiş S, Yaman AK. DEHB ve Otizm ile İlgili bilgi düzeyleri ve damgalama: sınıf öğretmenleri ve anababalarla çok merkezli bir çalışma. *Klinik Psikiyatri*. 2009;12:79-89.
34. Göl İ, BAYIK TEMEL A. İlköğretim sınıf öğretmenlerinin çocuklarda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunu tanıma yeterlikleri. 2013;6:207-213.
35. Soysal AŞ, Can H, Tan S, Keskinoglu P, Elmastaş-Dikeç B. Psikoloji öğrencilerinin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna ilişkin bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. *International Journal of Human Sciences*. 2011;8:1601-1612.
36. Şimşek Ş, Yıldırım V, Bostan R. Psikolojik danışmanlık ve rehberlik öğretmenlerinin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu hakkındaki bilgi ve inançları. *Van Tıp Dergisi*. 2015;22:34-40.