

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Metilfenidat Tedavisine Uyumda Etkili Olan Sosyodemografik ve Klinik Etmenler

Dr. Birim Günay KILIÇ¹, Dr. Ayhan BİLGİÇ², Dr. Kağan GÜRKAN³, Dr. Ayla AYSEV⁴

Özet / Abstract

Amaç: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tedavisi için ilk kez metilfenidat başlanan olguların ilaç tedavisine uyumlarının belirlenmesi ve tedavi uyumunda etkili olabilecek klinik/sosyodemografik özelliklerin, anababanın ilaç tedavisine ilişkin düşüncelerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: İleriye dönük, gözlemsel nitelikteki çalışmanın örneklemini DSM-IV tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı konan 7-18 yaş aralığında 238 çocuk oluşturmuştur. Örnekleme, tedavinin birinci yılında ilaç uyumu iyi olan ve ilaç uyumu bozuk olan olgular olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Grupların klinik/sosyodemografik özellikleri ile anababaların ilaç tedavisine ilişkin tutumları karşılaştırılmıştır. Anababalarla yapılan ilaç hakkında bilgi vermeye yönelik görüşmeden 4-6 hafta sonra, klinisyen anababaların ilaca yönelik düşüncelerini değerlendirmiştir. İlaç tedavisinin birinci yılında, haftada en az 5 gün kullanım ve ilaç tatilleri dikkate alınarak, önerilen ilaç miktarının % 70 ve fazlasının reçete edildiği olgular ilaç tedavisi yönünden uyumlu olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Birinci yılda ilaç tedavisine uyum oranı % 80.3'tü (n= 191). İlaç uyumu bozuk olan grubun yaş ortalaması daha büyüktü. Olgular arasında anababaların ilaç tedavisine yönelik yaklaşımları açısından anlamlı fark saptandı. Farkın ilaç hakkında kuşku anababalardan kaynaklandığı ve bu anababaların çocuklarının ilaç uyumlarının düşük olduğu belirlendi.

Sonuç: DEHB'de metilfenidat tedavisine uyumu anababaların ilaç tedavisine ilişkin düşünceleri etkileyebilmektedir. Ayrıca ergenlik dönemine ilişkin etmenlerin de önemli olduğu düşünülmüştür.

Anahtar Sözcükler: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, stimulan tedavi, tedavi uyumu

SUMMARY: Sociodemographic and Clinical Factors Associated with Compliance to Methylphenidate Treatment in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Objective: The present study aimed to determine the rate of treatment compliance in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) that were newly prescribed methylphenidate, and to evaluate the associated clinical and sociodemographic factors, as well as parental concerns about drug treatment.

Method: The sample of this prospective and observational study consisted of 238 children aged 7-18 years with ADHD diagnosed according to DSM-IV criteria. At the end of the first year, the study sample was splitted into 2 groups; compliant and non-compliant. Parental attitudes toward drug therapy, and clinical and sociodemographic characteristics of the 2 groups were compared. A clinician rated parental concerns about drug treatment 4-6 weeks after the interview that was conducted in order to inform them about methylphenidate therapy. Regarding a minimum requirement of 5 days weekly dosage and drug holidays, cases that took more than 70% of the recommended methylphenidate dose at the end of the first year were described as compliant.

Results: At the end of the first year of treatment, the drug compliance rate was 80.3% (n= 191). The non-compliant group consisted of older children. A significant difference was observed between the compliant and non-compliant groups in terms of parental approach toward drug treatment. Children in the non-compliant group had parents that had doubts about pharmacotherapy and these children were less compliant with methylphenidate treatment.

Conclusion: Parental concerns about methylphenidate treatment in ADHD may influence treatment compliance. Additionally, it is suggested that developmental psychological characteristics associated with adolescence may also be important.

Key Words: Attention deficit hyperactivity disorder, stimulant medication, treatment adherence

Not: "Bu çalışma Ord. Prof. Dr. Fahrettin Kerim Gökay Vakfı 2006 Çocuk Ruh Sağlığı Poster Üçüncülük Ödülü'ne layık görülmüştür".

¹Uzm., ²Asis., ³Uzm., ⁴Prof., Ankara Ü Tıp Fak., Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD., Ankara.

Dr. Birim Günay Kılıç, e-posta: birimkili@yahoo.com

GİRİŞ

Erken başlangıçlı nörogelişimsel bir bozukluk olan DEHB’de ilaç tedavisi ve davranışçı yaklaşımlar tedavinin temel bileşenleridir (Swanson 2003). Metilfenidat (MF) başta olmak üzere, psikostimulanlar batı ülkelerinde DEHB tedavisinde en çok kullanılan ilaç konumuna gelmiştir (Olfson ve ark. 2003). Ülkemizde 2005 yılına dek DEHB tedavisinde kullanılabilecek tek stimulan seçeneği de kısa etkili MF olmuştur.

Psikostimulanların DEHB’nin temel belirtilerini azaltıcı etkileri çok sayıda kısa süreli, kontrollü çalışma ile gösterilmiştir (Jadad ve ark. 1999, Amerikan Pediatri Akademisi 2001). Süregen seyirli bir bozukluk olan DEHB’de tedavinin kısa süreli etkileri sık olarak araştırılmakla birlikte uzun süreli tedavi etkinliğini araştırarak az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bir yıldan uzun süreli izleme dayalı ve plasebo kontrollü çalışmalarda stimulanların DEHB’nin temel belirtilerini azaltmaya devam ettiği gösterilmiştir. Ancak bu çalışmalarda ilaç tedavisinin uzun dönemde akademik ve psikososyal alanlardaki yararları belirtilmemiştir (Gillberg ve ark. 1997, MTA Cooperative Group 1999). DEHB’li çocukların uzun süreli izlendiği başka çalışmalar, ilaç ve diğer tedavi biçimlerinin kullanıldığı durumlarda bile ergenlik ve genç erişkinlik döneminde akademik, sosyal ve mesleki alanlarda önemli kayıpların sürdüğünü göstermiştir (Barkley ve ark. 1990, Biederman ve ark. 1996). Öte yandan stimulan kullanan DEHB’li çocukların 5 yıl süresince izlendiği yeni bir çalışmada, ilaç kullanımını sürdüren grupta, öğretmen bildirimlerine dayalı belirtilerde daha fazla düzelme olduğu saptanmıştır (Charach ve ark. 2004).

Stimulanlara yanıt veren 7-9 yaş aralığında DEHB’li çocuklarda yürütülen 2 yıllık bir izlem çalışmasında, uzun süreli psikososyal girişimlerin DEHB ve Karşı Gelme Bozukluğu belirtileri (Abikoff ve ark. 2004a) ve sosyal davranışları düzeltmede (Abikoff ve ark. 2004b) ilaç tedavisiyle elde edilen sonuçlara ek bir katkı sağlamadığı ve MF’nin yararlı etkilerinin 2 yıl boyunca devam ettiği gösterilmiştir. DEHB’li Türk çocuklarında da MF ile MF ve anababa eğitim programından oluşan tedavi biçimlerinin etkinliklerinin karşılaştırıldığı 6 aylık bir izlem çalışmasında, tek başına MF’nin bozukluğun belirtilerindeki azalmada ve anne-çocuk ilişkisindeki olumlu değişimlerde payının daha fazla olduğu bildirilmiştir (Ercan ve ark. 2005).

Bu bilgiler DEHB’de uzun dönemde akademik ve psikososyal yönden daha olumlu sonuçlar almak için tedavi sürekliliğinin ve bununla bağlantılı olarak ilaç uyumu-

nun önemli olduğunu göstermektedir. Bu noktada ilaç uyumunu etkileyen değişkenlerin bilinmesi önem kazanmaktadır. Ülkemizde DEHB tedavisinde kullanılan MF ile ilgili ilaç uyumunda etkili olabilecek etmenleri araştıran bir çalışma bulunmamaktadır. Batı ülkelerinde de bu konuda yapılan çalışma sayısı kısıtlıdır. Bu alandaki bilgilerin gözden geçirildiği bir çalışmada DEHB’de ilaç tedavisi uyumunu araştıran 1981-1993 yıllarına ait 7 araştırmaya yer verilmiştir (Hack ve Chow 2001). Yeni yapılan bir çalışmada 1. yılın sonunda stimulan tedaviye uyum oranı %81 olarak bulunmuştur (Thiruchelvam ve ark. 2001). Çocuğun okul ortamında sergilediği belirtiler, yaş, eştanılar ve anababaların ilaç tedavisi ile ilgili yanlış bilgi ve kuşkuyla ilaç uyumunu etkileyen değişkenler olarak belirlenmiştir (Thiruchelvam ve ark. 2001, Dosreis ve ark. 2003).

İleriye dönük, gözlemsel nitelikteki bu çalışmada, DEHB tedavisi için ilk kez kısa etkili MF başlanan olgular tedavinin birinci yılında ilaç uyumu yönünden değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmeye göre araştırma örneklemini ilaç uyumu iyi olan ve ilaç uyumu bozuk olan olgular olmak üzere iki gruba ayırmıştır. İki grubun sosyodemografik ve klinik özellikleri ile anababaların ilaç tedavisine ilişkin tutum ve düşünceleri karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırmalar sonunda incelenen değişkenler yönünden ilaç tedavisine uyumda etkili olabilecek etmenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Örneklem

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, DEHB ve Özgül Öğrenme Güçlüğü Ünitesinde 2004-2005 yılları arasında DEHB nedeniyle ilk kez MF tedavisi başlanan olgular çalışmaya alınmıştır. İleri düzeyde zeka geriliği olan ve ağır nörolojik/metabolik hastalığı olan olgular bu üniteye alınmamıştır. Belirtilen tarihler arasında bu ünitenin izlemine giren 283 olgudan 21’i (%7.4) MF dışında başka ilaçlar başlandığından ve 7 olguya da (%2.5) ilaç başlanmadığından çalışmaya alınmamıştır. DSM-IV tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı konan, 7-18 yaş aralığında 255 çocuk ve ergen çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırmaya alınan çocuklar ve anababaları çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve veri toplama aşamasından önce anababaların yazılı onayları alınmıştır.

Değerlendirme araçları

Başlangıç değerlendirmeleri sırasında DEHB’nin şiddeti ve alt tipleri anababa ve öğretmenlere Turgay-Çocuk

TABLO 1. Sosyodemografik Özellikler.

	ilaç uyumu iyi (Grup I) n=191	ilaç uyumu bozuk (Grup II) n= 47	
Yaş (yıl) X ± ss	11.61± 2.5	12.60± 2.5	t= -2.35, p= 0.02
Cinsiyet n (%)			
Kız	27 (14.1)	12 (25.5)	$\chi^2= 3.57, p= 0.06$
Erkek	164 (85.9)	35 (74.5)	
Anababa eğitimi (yıl) X ± ss			
Anne	10.2 ± 3.8	10.1 ± 3.9	t= 0.06, p= 0.9
Baba	11.9 ± 3.1	10.9 ± 3.6	t= 1.80, p= 0.08
Annenin mesleği (%)			
Ev hanımı	51.9	40.0	$\chi^2= 7.06, p= 0.1$
Memur	37.5	51.1	
İşçi-Esnaf	5.8	4.4	
Emekli	4.8	4.5	
Babanın mesleği (%)			
İşsiz	2.1	8.9	$\chi^2= 4.9, p= 0.2$
Memur	49.7	46.7	
İşçi-esnaf	44.9	39.0	
Emekli	3.3	4.4	
Aile yapısı (n)			
Çekirdek	160	39	$\chi^2= 3.1, p= 0.3$
Geniş	17	3	
Tek ebeveyn	13	6	
Başvuru yönlendiricisi (%)			
Aile	57.5	62.5	$\chi^2= 0.7, p= 0.8$
Öğretmen	37.3	35.0	
Pediatri	5.2	2.5	

ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (T-DSM-IV-Ö) (Turgay 1994, Ercan ve ark. 2001), Conners Anababa ve Öğretmen Derecelendirme Ölçekleri (Goyette ve ark. 1978, Şener ve ark. 1995, Dereboy ve ark. 1998) uygulanarak belirlenmiştir. T-DSM-IV-Ö, DSM-IV ölçütlerine göre DEHB belirtilerini taramaya yönelik anne baba ve öğretmenlerin doldurduğu likert tipi bir ölçek-tir. Bu ölçekte 9 madde aşırı hareketlilik/dürtüsellik, 9 madde dikkatsizlik, 8 madde karşı olma-karşı gelme ve 15 madde de davranım bozukluğu belirtilerini değerlendirmektedir. Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği (CÖDÖ) öğrencilerin sınıf içi davranışlarının öğretmenleri tarafından derecelendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. CÖDÖ'de aşırı hareketlilik/dürtüsellik, dikkat eksikliği/edilginlik ve davranım bozukluğu alt ölçekleri bulunmakta ve 28 maddeden oluşmaktadır. Conners Anababa Derecelendirme Ölçeği (CADÖ) ise 48 maddeden oluşmakta ve dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik,

davranım bozukluğu ve karşı olma-karşı gelme bozukluğunu tarayan alt ölçekleri bulunmaktadır. Her iki ölçek de 4'lü likert skalası üzerinde yanıtlanmaktadır.

Bu uygulamaların yanı sıra klinisyenin gerekli gördüğü durumlarda olguların zeka düzeyi Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği (WÇZÖ) ile değerlendirilmiştir (Wechsler 1974, Savaşır ve Şahin 1995).

Yan etkiler ve anababaların ilaca yönelik yaklaşımları

Uygulanacak tedaviye ilişkin karar uzman hekim tarafından normal klinik uygulama sürecinde verilmiştir. MF 0.3 mg/kg ve günde 2-3 doz olacak biçimde başlanmıştır. DEHB belirtilerini azaltan ve en az yan etki yaratan dozda kullanmak kaydıyla, gerekli durumlarda MF günlük dozu 0.6-0.7 mg/kg'a çıkılmıştır. MF'nin olası yan etkileri anababalarla yapılan aylık görüşmelerde değerlendirilmiştir. Günlük yaşamı etkilemeyen ve hafif şiddetteki yan etkiler

TABLO 2. Anababaların İlaça Yönelik Tutumları ve İlaç Uyumu.

	Anababaların ilaca yönelik tutumları			
	Gerekli-yararlı	Kuşkulu	Yan etkilerinden endişeli	
Grup I n (%)	153 (80.1)	26 (13.6)	12 (6.3)	$\chi^2 = 28.8$ $p = 0.000$
Grup II n (%)	22 (46.8)	23 (48.9)	2 (4.3)	

Grup I= ilaç uyumu iyi, Grup II= ilaç uyumu bozuk.

dikkate alınmamıştır. Çalışma süresinde herhangi bir dönemde bir aydan fazla sürdüğü belirtilen orta ya da ağır şiddetteki yan etkiler 'var' kabul edilmiştir.

Her anababa ile bir görüşme bozukluk ve ilaç tedavisi hakkında bilgilendirmeye ayrılmıştır. Görüşme sonunda MF hakkında bilgileri içeren kliniğimiz tarafından hazırlanmış yazılı bir metin verilmiştir. Bu görüşmeden 4-6 hafta sonra anababalarla ilaç hakkında ikinci bir görüşme yapılmıştır. Bu görüşme sonunda klinisyen anababaların ilaca yönelik yaklaşımlarını değerlendirmiştir. Anababalar ilaca yönelik tutum ve düşüncelerine göre; 1) İlaç tedavisini gerekli ve yararlı bulan anababalar 2) İlaç tedavisi konusunda medya ve diğer bilgi kaynaklarından edindikleri bilgiler nedeniyle kuşkulu anababalar, 3) İlaç tedavisini gerekli bulan fakat yan etkilerinden endişeli olan anababalar olmak üzere üç grup altında toplanmıştır.

İlaç uyumu

İlaç tedavisinin birinci yılında, önerilen günlük tedavi dozu temelinde kullanılmış olması gereken ilaç miktarı, hafta sonlarını da kapsayan biçimde hesaplanmıştır. Bu hesaplama yapılırken 12 hafta yaz tatili ve 2 hafta yarıyıl tatili dahil edilmemiştir. Kontrole bağlı kırmızı reçeteye yazılması gereken ve durumu bildirir rapor eşliğinde edinilen bir ilaç olan MF'nin her çocuk için reçete edilen miktarı belirlenmiştir. Haftada en az 5 gün kullanıldığında gerekli olan ilaç miktarı temel alınarak, önerilen ilaç miktarının % 70'den fazlası reçete edilmiş olgular ilaç tedavisi yönünden uyumlu, bu oranın altında olanlar ise tedavi uyumu bozuk olarak kabul edilmiştir.

İstatistiksel değerlendirme

İstatistiksel analizler bilgisayar paket programı ile gerçekleştirilmiştir (Statistical Program for Social Sciences-SPSS 11.0). İlaç uyumu iyi olan ve ilaç uyumu bozuk olan olguların karşılaştırılmasıyla yapılan istatistiksel değerlendirmelerde, sosyodemografik veriler için tanımlayıcı istatistikler, kategorik değişkenler için ki-kare testi, sürekli değişkenler için ise Student's t testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışma sürecinde 17 olgunun (%6.6) düzenli izlemleri sağlanamadığı için istatistiksel değerlendirme 238 olgunun verileri üzerinden yürütüldü. Çalışma dışı kalan çocuk ve ergenlerin yaş, cinsiyet DEHB'nin şiddeti ve alt tipleri yönünden örnekleme kalan olgulardan anlamlı olarak farklılık göstermediği saptandı. Örnekleme yer alan çocuk ve ergenlerin 39'u kız (%16.4), 199'u erkek (% 83.6) ve yaş ortalaması 11.8 ± 2.6 idi. Kız ve erkek çocukların yaş ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmadı ($t = 0.23$, $p = 0.8$). Sınıf düzeyleri için değerlendirme yapıldığında örneklemedeki çocuk ve ergenlerin çoğunun ilköğretim okullarında öğrenci olduğu ($n = 186$, %78.2) belirlendi. Ortaöğretim düzeyinde öğrenci olanlar ise örneklemin %21.8'ini ($n = 52$) oluşturuyordu.

Birinci yılın sonunda örneklemedeki çocuk ve ergenlerin ilaç tedavisine uyumlu olanlarının oranı %80.3 ($n = 191$) olarak belirlendi. İlaç tedavisine uyumlu (Grup I) ve uyumsuz (Grup II) olmak üzere iki gruba ayrılan olguların sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında, sadece yaş değişkeninin iki grup arasında fark gösterdiği saptandı. İlaç uyumu bozuk olan grup, yaşça daha büyük olan çocuklardan oluşuyordu. İki grubun sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

İlaç uyumu iyi olan grubun %80.1'i ($n = 153$) DEHB bileşik alt tipte, %13.1'i ($n = 25$) dikkat eksikliği (DE) alt tipinde, %6.8'i ($n = 13$) aşırı hareketli-dürtüsel (HA) alt tipte yer alıyordu. İlaç uyumu bozuk olan grupta DEHB alt tiplerine göre dağılım ise, bileşik alt tip %68.1 ($n = 32$), DE alt tipi %21.3 ($n = 10$), HA alt tipi %10.6 ($n = 5$) olarak saptandı. İki grubun DEHB alt tiplerine göre dağılımı benzerdi ($\chi^2 = 3.1$, $p > 0.05$). İlaç uyumu iyi olan olguların %57.6'sına ($n = 110$), ilaç uyumu bozuk olan olguların ise %63.8'ine ($n = 30$) en az bir ek tanı kondu. Karşı Gelme Bozukluğu (KGB), Grup I ($n = 59$, %30.9) ve Grup II'de 17 ($n = 17$, %36.2) en sık konulan ek tanı idi. Gruplar arasında konulan ek tanıların yönünden fark yoktu ($\chi^2 = 0.6$, $p > 0.05$).

Başlangıç değerlendirmelerinde anababa ve öğretmenlere uygulanan T-DSM-IV-Ö ve CADÖ, CÖDÖ'lerinin puanları incelendiğinde ilaç uyumu iyi olan grup ile ilaç uyumu bozuk olan grup arasında puanlar açısından fark olmadığı saptandı ($p>0.05$). WÇZÖ ile zeka düzeyleri belirlenen ve ilaç uyumu iyi olan grupta yer alan olguların ($n=144$), sözel, performans ve toplam zeka bölümü (ZB) puanları sırasıyla 98.2 ± 15.8 , 102.8 ± 17.3 , 100.4 ± 16.4 iken ilaç uyumu bozuk olan grupta ($n=41$) bu puanların 94.8 ± 16.8 , 101.0 ± 17.7 , 97.8 ± 17.1 olduğu saptandı. Bu puanlar yönünden iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p>0.05$). WÇZÖ alt test puanları iki grup arasında karşılaştırıldığında sadece yargılama alt testi puanlarında anlamlı farklılık olduğu belirlendi. İlaç uyumu iyi olan grupta bu alt testin puanı 10.6 ± 3.0 , ilaç uyumu bozuk olan grupta ise bu değer 9.3 ± 3.3 olarak saptandı ($t=2.4$, $p=0.02$).

Gruplar arasında ilaç yan etkisi olup olmaması yönünden fark olmadığı belirlendi ($\chi^2=0.2$, $p>0.05$). Her iki grupta da en sık bildirilen ilaç yan etkisi iştah azalması idi. İlaç uyumu iyi olan ve ilaç uyumu bozuk olan grupta bu yan etki oranları sırasıyla %9.4 ($n=18$) ve %14.9 ($n=7$) olarak saptandı. Gruplar arasında psikostimulan dışı ek ilaç kullanımı yönünden fark saptanmadı ($\chi^2=0.08$, $p>0.05$).

Anababaların ilaç tedavisine yönelik yaklaşımları ile tedaviye uyumun iyi olması ve bozuk olması açısından anlamlı fark olduğu saptandı ($\chi^2=28.8$, $p=0.000$). İki grubun anababa tutumlarına göre dağılımı incelendiğinde, ilaç tedavisini gerekli ve yararlı bulan anababalar ($n=175$, %73.5) ile ilaç tedavisini gerekli bulan fakat yan etkilerinden endişeli anababaların ($n=14$, %5.9) çocuklarının %80'den çoğunun ilaç tedavisine uyumlu grupta (Grup I) yer aldığı saptandı. Grup I'de yer alma oranı ilaç hakkında kuşkulu olan anababaların ($n=49$, %20.6) çocuklarında %50 civarındaydı. Anababaların ilaç tedavisine yönelik yaklaşımlarının ilaç uyumu üzerine olan etkisinin hangi anababa grubundan kaynaklandığını belirlemek amacıyla, ilaç hakkında kuşkulu anababa grubu çıkarılarak kalan iki grup karşılaştırıldığında anlamlı fark olmadığı görüldü ($p>0.05$). Sonuç olarak ilaç uyumu ile anababaların ilaç tedavisine yönelik yaklaşımları arasındaki anlamlı farkın ilaç hakkında kuşkulu anababalardan kaynaklandığı ve bu grupta yer alan anababaların çocuklarının ilaç uyumlarının düşük olduğu belirlendi (Tablo 2).

TARTIŞMA

Bu çalışmada DEHB tedavisinde ilaç kullanım oranı %97.5 olarak saptanmıştır. Ülkemizde yakın zamana

dek var olan tek psikostimulan olan kısa etkili MF'nin %90 civarında kullanıldığı belirlenmiştir. Bu oran batı toplumlarında bildirilen oranla uyumludur. Ülkemizde DEHB tedavisinde ilaç seçimi ve stimulan kullanımının incelendiği araştırmalar, son 10-15 yılda dramatik değişikliklerin olduğunu göstermektedir. Öktem ve Sonuvar (1993) DEHB'li çocukların tedavisinde %70 imipramin, %2-3 MF kullanıldığını bildirmiştir. Çocuk ruh sağlığı alanında çalışan hekimlerin ilaç seçimlerinin incelendiği 1996 yılına ait bir araştırma (Baysal ve Gökler 1996), DEHB'de hekimlerin %80,4'ünün ilaç tedavisini yeğlediği ve %60 oranla antidepresanların (imipramin) en fazla seçilen ilaç grubu olduğunu ortaya koymuştur. Bir yıl sonra bir üniversite kliniğinde yürütülen çalışma ise DEHB'de %94 oranda ilaç tedavisi başlandığını ve ilk seçilen ilacın da %49.6 oranla MF olduğunu göstermiştir (Şenol 1997). DEHB'nin giderek daha fazla tanınması, MF ile ilgili olumlu klinik deneyimlerin kısa sürede edinilmesi, yan etkilerinin ağır olmaması, ilacın ucuz olması ve ilaca ulaşmanın kolaylaşmasının kullanım oranlarındaki artışta etkili olduğu düşünülmüştür.

Bu çalışmada MF başlanan DEHB'li çocuklarda birinci yılın sonunda ilaç uyum oranı %80.3 olarak saptanmıştır. Çocuklarda psikotrop ilaç tedavilerine uyum ile ilgili yapılmış az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu konuda yapılmış 1981-1993 yıllarına ait 7 araştırmanın gözden geçirildiği bir çalışmada, en büyük örneklemin 6-9 yaş aralığında 76 çocukta olduğu ve çoğu araştırmanın bir yılın altında sürelerdeki izlemlere dayandığı saptanmıştır. Bu gözden geçirme yazısında ilaç uyumu için %35 ve %80 gibi değişik oranlar bildirildiği belirlenmiştir (Hack ve Chow 2001). Yakın zamanda DEHB'li çocuklarda stimulan tedaviye uyumu ve uyumda etkili olabilecek etmenleri araştıran 3 yıllık bir izlem çalışmasında ise ilaç uyum oranları 1. 2. ve 3. yıllarda sırasıyla %81, %67, %52 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada okul ortamında KGB belirtilerinin olmaması, öğretmenler tarafından bildirilen DEHB belirtilerinin fazlalığı ve stimulan tedavi başlandığında yaşı küçük olması ilaç uyumunu arttıran değişkenler olarak saptanmıştır (Thiruchelvam ve ark. 2001). Araştırmacılar, stimulan tedavisinde uyumun dinamik bir süreç olduğunu, zaman içinde daha fazla çocuğun ilaç kullanmayı bırakırken, bazılarının da değişik zaman dilimlerinde tekrar ilaç kullanmaya başlayabileceklerini vurgulamaktadırlar. Bu bilgilere dayanarak araştırmamızda 1. yıl sonunda saptanan %80.3'lük uyum oranının daha sonraki yıllarda düşmesi olasıdır. Klinik deneyimlerimiz doz ayarlama aşaması tamamlandıktan ve bozuklukla ilgili temel bilgiler edinildikten sonra ailelerin daha çok kriz durum-

larında başvuru yapma eğiliminde olduğu yolundadır. Bu nedenle uzun süreli tedavide daha olumlu sonuçlar almak için DEHB'li çocukların uzun dönemde düzenli izlemelerinin önemli olduğu düşünülmüştür.

Çalışma bulgularımız yaşça daha küçük olan çocukların ilaç uyumlarının daha iyi olduğunu ortaya koymuştur. Küçük çocukların ilaç alımları, daha fazla olarak erişkinlerin kontrolünde iken ileri yaşlarda ilaç kullanımının kontrolü zayıflıyor olabilir. Ergenliğe doğru aşırı hareketlilik gibi DEHB belirtilerinde ortaya çıkan azalma, çocuk ve ailesi tarafından ilaç kullanımının gerekli olmadığı şeklinde yorumlanabilir. Ergenler ilaç kullanımını sembolik olarak anababa otoritesine boyun eğme, otonomi kaybı olarak değerlendirip, ilaç kullanımına karşı isteksiz olabilirler. Ayrıca ergenlik dönemi özelliği olarak arkadaşlarından farklı olarak, "ilaç kullanan hasta" olmak kabullenilmesi zor bir durum olabilir.

Örneğimizde yer alan çocukların toplam zeka düzeyleri ilaç uyumu yönünden farklılık göstermemekle birlikte, WÇZÖ alt testlerinden yargılama alt test puanları ilaç uyumu bozuk grupta daha düşük olarak bulunmuştur. Bu alt test kişinin bilgileri düzenleme, sosyal yargılama ve sosyal yaşama uyum becerilerini ölçen sorulardan oluşmaktadır. Bu becerilerde gerilik, çocuğun bozukluğa ilişkin farkındalığını, tedavideki bireysel sorumluluğunu ve ilaca bağlı olumlu değişimleri anlamasını etkiliyor olabilir. Yazında çocuğun ve anababanın zeka düzeyinin düşük olmasının ilaç uyumunu azalttığı bildirilmektedir (Swanson 2003).

Bu çalışmada, anababaların ilaç tedavisine yönelik yaklaşımları ile tedaviye uyumun iyi olması ve bozuk olması açısından yapılan değerlendirme, ilaç hakkında medya ve diğer bilgi kaynaklarından edindikleri bilgiler nedeniyle kuşkuları olan anababaların çocuklarında ilaç uyumunun daha düşük olduğunu göstermiştir. Anababaların DEHB'de ilaç tedavisine ilişkin bilgi ve tutumlarının değerlendirildiği başka bir çalışmada, anababaların %55'inin başlangıçta medyadan edindikleri bilgilere bağlı olarak ilaç hakkında kuşkulu oldukları saptanmıştır. Anababaların ilaç tedavisi ile ilgili yanlış bilgileri ve kuşkularının çocuğa ve aileye özgü nedenlere (ırk, etnik köken vb.) bağlı olabileceği belirtilmekte ve bunun tedavi uyumunu etkileyebileceği üzerinde durulmaktadır (Dosreis ve ark. 2003). Öte yandan DEHB tedavisine uyumu artırmada, bozukluk ve tedavisi hakkında temel bilgileri vermenin yeterli olmadığı belirtilmektedir. Klinisyene ulaşma kolaylığı ve sağlanan desteğin derecesi, tedavinin benimsenmesi ve uyumu motive edici biçim-

de yürütülen düzenli ilaç kontrollerinin önemi üzerinde durulmaktadır. Bu bağlamda stimulan tedaviye uyumu günde tek doz kullanılan ilaçların kullanımı yanı sıra çocuk, aile ve öğretmenleri kapsayan psikososyal girişimlerin arttırabileceği bildirilmektedir (Swanson 2003).

Gözlemsel nitelikteki bu çalışmada ilaç etkinliğini belirlemek ve doz ayarlaması yapabilmek için öğretmen ve anababalara davranış değerlendirme ölçekleri uygulanmıştır. Ancak izlem sürecindeki bu uygulamalar tüm olgularda sabit zaman dilimlerinde olamamıştır. Buna bağlı olarak da anababa tutumlarının ilaç yanıtına göre farklı olup olmadığı değerlendirilememiştir. Bu nedenle ilaç tedavisine daha iyi yanıt veren olgularda anababa tutumları da olumlu yönde etkilenmiş olabilir.

SONUÇ

DEHB tanısı ile farklı mizaç özelliklerine sahip çocukların tıbbi olarak etiketlendiğini ileri süren geniş bir yazın bulunmaktadır. Bu bakış açısıyla tedavide kullanılan psikostimulanlar da bu sürecin bir aracı olarak görülmektedir (Malacrida 2004, Aras ve Şemin 2005). Buna karşın kanıtlanmış etkinlikleri ve görece az yan etki profilleri ile psikostimulanlar tedavide temel dayanak noktasını oluşturmaktadır. Günümüzde kabul edilen tedavi yaklaşımı, ilaç tedavisi yanı sıra çocuk, aile ve öğretmenleri kapsayacak biçimde planlanmış psikososyal girişimler ve destekleyici tutumları içermektedir (Schachar ve Tannock 2002).

Bu araştırmanın savı, DEHB'li çocuklarda ilaç uymunda rolü olabilecek tüm değişkenleri değerlendirmek olmamakla beraber, incelenen değişkenler yönünden yaş, çocuğun yargılama becerisi ve anababaların ilaç hakkındaki tutum ve düşünceleri uyumda rolü olabilecek etmenler olarak saptanmıştır. DEHB'de ilaç tedavisinde uyumun arttırılmasında anababaların ilaç tedavisine ilişkin tutum ve düşüncelerini dikkate almak ve etkin bir işbirliği sağlamak önemlidir. Ayrıca ergenlik dönemi de ilaç uyumunun bozulduğu bir dönem olarak dikkati çekmiştir. Bu nedenle özellikle ergenlik döneminde, ergenin tedaviye etkin katılımını sağlayan tedavi ilişkisi, ilaç uyumunu da olumlu yönde etkileyebilir.

Ülkemizde yakın zamanda kullanıma girmiş ve günlük tek doz uygulanabilen MF formunun ilaç uyumu üzerine olumlu etkileri olması beklenebilir. Gelecekte çocuğa ve aileye ilişkin değişkenleri ve farklı ilaç formlarının uyuma etkisini değerlendiren ileriye dönük, kontrollü çalışmalara gereksinim vardır.

KAYNAKLAR

- Abikoff H, Hechtman L, Klein RG ve ark. (2004a) Symptomatic improvement in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43: 802-811.
- Abikoff H, Hechtman L, Klein RG ve ark. (2004b) Social functioning in children with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43: 820-829.
- American Academy of Pediatrics (2001) Clinical practice guideline: treatment of the school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 108: 1033-1044.
- Aras Ş, Şemin S (2005) Çocuklarda psikostimulan tedavinin etik ve toplumsal boyutu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 8: 74-87.
- Barkley RA, Fischer M, Edelbrock CS ve ark. (1990) The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria, I: an 8-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29: 546-557.
- Baysal ZB, Gökler B (1996) Çocuk ve ergen ruh sağlığı hekimlerinin ilaç seçimleri ve karşılaştıkları yan etkiler. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 3: 9-14.
- Biederman J, Faraone S, Milberger S ve ark. (1996) A prospective 4-year follow-up study of attention-deficit hyperactivity and related disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 53: 437-446.
- Charach A, Ickowicz A, Schachar R (2004) Stimulant treatment over five years: adherence, effectiveness, and adverse effects. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43: 559-567.
- Dereboy Ç, Şenol S, Şener Ş, Dereboy İF (1998) Conners Anababa Derecelendirme Ölçeği Uyarlama Çalışması. X. Ulusal Psikoloji Kongresi Özet Kitabı, Ankara, s. 42.
- Dosreis S, Zito JM, Safer DJ ve ark. (2003) Parental perception and satisfaction with stimulant medication for attention-deficit hyperactivity disorder. *J Dev Behav Pediatr*, 24: 155-162.
- Ercan ES, Amado S, Somer O ve ark. (2001) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve yıkıcı davranış bozuklukları için bir test bataryası geliştirme çalışması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 8:132-144.
- Ercan ES, Varan A, Deniz Ü (2005) Effects of combined treatment on Turkish children diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder: a preliminary report. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 15: 203-219.
- Gillberg C, Melander H, von Knorring AL ve ark. (1997) Long-term stimulant treatment of children with attention-deficit hyperactivity disorder symptoms. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*, 54: 857-864.
- Goyette CH, Conners CK, Ulrich RF (1978) Normative data on revised Conners' parent and teacher rating scales. *J Abnorm Child Psychol*, 6: 221-236.
- Hack S, Chow B (2001) Pediatric psychotropic medication compliance: a literature review and research-based suggestions for improving treatment compliance. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 11: 59-67.
- Jadad AR, Booker L, Gaudl M ve ark. (1999) The treatment of attention deficit hyperactivity disorder: an annotated bibliography and critical appraisal of published systematic reviews and metaanalyses. *Can J Psychiatry*, 44: 1025-1035.
- Malacrida C (2004) Medicalization, ambivalence and social control: mothers' descriptions of educators and ADD/ADHD. *Health (London)* 8:61-80.
- MTA Cooperative Group (1999) A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 56: 1073-1086.
- Olsson M, Marcus SC, Gameroff MJ ve ark. (2003) National trends in the treatment of attention deficit/hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*, 160: 1071-1077.
- Öktem F, Sonuvar B (1993) Dikkat eksikliği tanısı alan çocukların özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 4: 267-272.
- Savaşır I, Şahin N (1995) Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği (WISC-R). Ankara, Türk Psikologlar Derneği.
- Schachar R, Tannock R (2002) Syndromes of hyperactivity and attention deficit. *Child and Adolescent Psychiatry*, 4. baskı, M Rutter, E Taylor (Ed), Oxford, Blackwell Publishing Ltd, s. 399-418.
- Swanson J (2003) Compliance with stimulants for attention-deficit/hyperactivity disorder. *CNS Drugs*, 17: 117-131.
- Şener Ş, Dereboy Ç, Dereboy İF ve ark. (1995) Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Türkçe Uyarlaması-I. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 2: 131-141.
- Şenol S (1997) Dikkat Eksikliği Yıkıcı Davranış Bozukluklarının Klinik Özellikleri, Aynı Grup ve Diğer DSM-IV Tanılarıyla Birliktelikleri, Risklerin ve Tedavi Eğiliminin Belirlenmesi. G.Ü. Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara.
- Thiruchelvam D, Charach A, Schachar RJ (2001) Moderators and mediators of long-term adherence to stimulant treatment in children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40: 922-928.
- Turgay A (1994) Disruptive Behavior Disorders Child and Adolescent Screening and Rating Scale for Children, Adolescents, Parents, and Teachers. West Blomfield (Michigan), Integrative Therapy Institute Publication.
- Wechsler D (1974) Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised. New York, Psychological Corporation.

RASİM ADASAL RUH SAĞLIĞI BİLİM ÖDÜLÜ

1. **Rasim Adasal Ruh Sağlığı Bilim Ödülü** kurucusu olduğu *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı* ve *Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği* işbirliğiyle düzenlenmiştir. 1999 yılından beri verilmektedir.
2. Ödül, modern psikiyatriyi Türkiye’de yerleştiren ve kamuoyunda yaptığı çalışmalarla toplumla psikiyatriyi bütünleştiren **Prof. Dr. Rasim ADASAL**’ın adına konulmuştur. Onun hizmetlerinin gelecek kuşaklara aktarılması ve tanıtılması amacını taşımaktadır. Böylelikle ruh hekimi ve topluma mal olmuş bir kişilik olarak onun anısını canlı tutmak amaçlanmıştır.
3. Ödül, verildiği yıl esas olmak üzere, son beş yıl içinde ruh sağlığı ve hastalıkları alanında ülkemizde yapılmış ve yurt dışında yayınlanmış klinik çalışmalara verilmektedir.
4. Ödül jürisi her yıl Ankara Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı tarafından belirlenecek yedi kişiden oluşmaktadır. Ödül jürisi seçim sonucunu o yıl yapılan Ulusal Psikiyatri Kongresi’nde ilan edecektir.
5. Ödül için başvuru her yıl 01 Ocak-31 Temmuz tarihleri arasındadır.
6. Ödüle başvuran çalışmalar için daha önce ödül almamış olma koşulu vardır.
7. Ödül başvurusunda bulunan araştırmacının çalışmadaki ilk iki isimden biri olması ve özgeçmişi ile yayın listesini başvurusuna eklemesi gerekmektedir.
8. Başvuruların değerlendirilmesinden gözönüne alınacak temel ölçütler şunlardır:
 - i. Özgünlük
 - ii. Yöntemsel yetkinlik
 - iii. Ülkemiz bilim aktivitesini temsil niteliği
 - iv. Yayımlandığı dergi
9. Ödül jürisinde görev alanlar her çalışma için gerekçeli kişisel rapor hazırlayacak ve yapacakları sıralama değerlendirmede esas alınacaktır.
10. Ödül tutarı her yıl için ayrıca belirlenecek olup Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği tarafından karşılanacaktır.