

## DERLEME/ REVIEW

**DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUK VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI***CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT AND HYPERACTIVITY DISORDER AND NURSING APPROACHES*Aslınur TAŞKIN GÜZELYAZICI <sup>1,\*</sup>, Evrim KIZILER <sup>2</sup>

Geliş tarihi/Received: 30.10.2024 • Kabul tarihi/Accepted: 06.08.2025

**ÖZET**

Dikkat bozukluğu, dikkat eksikliğini de kapsayan, gelişim açısından uygun olmayan davranışlarla birlikte seyreden ve santral sinir sistemindeki işlevsel değişimlerle ilişkili bir durumdur. Bu bozukluğa hiperaktivitenin de eşlik etmesi halinde, *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)* olarak tanımlanmaktadır. DEHB, okul çağındaki çocuklarda %4–12 oranında görülmekte olup, erkek çocuklarda kızlara oranla yaklaşık dört kat daha fazla rastlanmaktadır. DEHB'nin etiyojisi net olarak bilinmemekle birlikte; doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası dönemde gelişebildiği düşünülmektedir. Bilinen risk faktörleri arasında; gebelikte alkol ve sigara kullanımı, çocukluk çağında kurşun ve civa maruziyeti, preterm doğum, plasenta işlevinde yetersizlik, yetersiz oksijenlenme, geçirilmiş konvülsiyonlar ve kafa travmaları yer almaktadır. DEHB tanısı almış çocuklarda hemşirelik bakımının amacı; riskli çocukların erken dönemde saptanması, tanının zamanında konulması, uygun tedavinin uygulanması, çocuğun büyüme ve gelişiminin izlenmesi, davranış özelliklerinin değerlendirilmesi ve tedavi sürecinde aile, öğretmen ve sağlık ekibiyle etkili iş birliğinin sağlanmasıdır. Bu bağlamda, güncel ve kapsamlı literatür bilgileri ışığında, DEHB tanısı almış çocuklara yönelik hemşirelik yaklaşımlarının ele alınması amaçlanmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Dikkat eksikliği, Hiperaktivite, Çocuk, Hemşirelik

\*İletişim/Correspondence: Aslınur TAŞKIN GÜZELYAZICI, Öğr. Gör., Ankara Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye, e-posta: [aslinur.taskin@ankaramedipol.edu.tr](mailto:aslinur.taskin@ankaramedipol.edu.tr) • ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3123-0098>

1. Aslınur TAŞKIN GÜZELYAZICI, Öğr. Gör., Ankara Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye • ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3123-0098>

2. Evrim KIZILER, Dr. Öğr. Üye., Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye • ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3188-6396>

## ABSTRACT

Attention disorder is a condition that includes attention deficit, accompanied by developmentally inappropriate behaviors and associated with functional changes in the central nervous system. When hyperactivity is also present with this disorder, it is defined as *Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD)*. ADHD is observed in 4–12% of school-aged children and is approximately four times more common in boys than in girls. Although the etiology of ADHD is not clearly understood, it is thought to develop during the prenatal, perinatal, or postnatal periods. Known risk factors include maternal alcohol and tobacco use during pregnancy, exposure to lead and mercury during childhood, preterm birth, placental insufficiency, inadequate oxygenation, previous convulsions, and head trauma. The aim of nursing care in children diagnosed with ADHD is to identify at-risk children early, ensure timely diagnosis and appropriate treatment, monitor the child's growth and development, assess behavioral characteristics, and establish effective collaboration with the family, teachers, and other healthcare professionals throughout the treatment process. In this context, this study aims to present nursing approaches for children diagnosed with ADHD based on up-to-date and comprehensive literature.

**Keywords:** Attention deficit, Hyperactivity, Child, nursing



## GİRİŞ

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), çocukluk çağında en sık görülen ruhsal bozukluklardan biridir. Tıbbi müdahale ile önemli iyileşmeler sağlanmakta ancak tedavi edilmediği takdirde yetişkinlikte birçok komplikasyon ortaya çıkmaktadır (1). DEHB duygusal, sosyal ve psikolojik alanlarda sorunlara neden olabilir. Toplum için yarattığı sorunların yanı sıra akademik başarıyı, bireyin aile ve ilişkilerine olan güvenini de olumsuz etkileyebilmektedir (2). Bu bağlamda, güncel ve kapsamlı literatür bilgileri ışığında, DEHB tanısı almış çocuklara yönelik hemşirelik yaklaşımlarının ele alınması amaçlanmaktadır.

### Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

Kronik bir hastalık olması nedeniyle gelişim aşamalarına bağlı olarak spesifik belirtiler görülebilmektedir. Tedavi edilmediği takdirde kişinin yaşam kalitesi, kişilerarası ilişkileri ve iş yaşamı üzerindeki olumsuz etkileri ömür boyu sürebilir (2). Öğrenme ve dikkat güçlüğü, organize olamama, unutkanlık, dikkati sürdürmede zorluk, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileriyle kendini gösterir (3).

Geçmişe bakıldığında DEHB ilk kez 1902 yılında George Steele'in İngiltere'de verdiği derste tanımlanmıştır. Bu tanım; Çocuklarda "kötü ahlaki kontrol sorunları" olarak adlandırılan motor problemler, öğrenme güçlükleri, çekme güçlüğü ve davranış sorunlarını içermektedir. 1937'de Charles Bradley organik dürtüsellik tanımlayarak ilk psikostimülan deneylerini gerçekleştirmiştir. DEHB 30'lu yıllara kadar tam olarak anlaşılabilmiştir. I. Dünya Savaşı'nda ensefalitis latergica salgınının ortaya çıkmasından sonra, 1947 yılında bazı çocuk ve ergenlerde görülen hareketsizlik, dikkatsizlik, öğrenme sorunları, geri çekilme sorunları ve öfke sorunlarıyla karakterize "uzun süreli davranış hastalığı" olarak adlandırılmıştır. Daha sonra ortaya çıkmayan beyin hasarı nedeniyle 1960'lı yıllarda "küçük beyin felci" tanımı kullanılmıştır (4). Amerikan Psikiyatri Birliği'ne göre ise DEHB, yaşa bağlı hiperaktivite



gelişimi, dikkat sorunları ve dürtüleri yavaşlatamama ile karakterize bir zihinsel bozukluk olarak tanımlanmaktadır (6).

### **Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuk Prevalansı**

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) 10-14 yaş arasında %3,1 ve 15-19 yaş arasında %2,4 olarak görülmektedir. Davranım bozukluğu (yıkıcı veya zorlayıcı davranış belirtilerini içeren), 10-14 yaşındakilerin %3,6'sında ve 15-19 yaşındakilerin %2,4'ünde görülür. Dünya çapında DEHB, 2017 yılına kadar toplam insanların yaklaşık %2,2'sini etkilemiş olup bu oran %0,1-8,1 arasında değişmektedir. [Asya](#), [Avrupa](#), Kuzey ve [Güney Amerika](#) ve Orta Doğu'da, aralık %0,6-7,3 arasındadır (6).

Dünya Sağlık Örgütü ([WHO](#)), 20 alt-orta ve üst gelirli ülkeyi araştırarak ABD'nin çocuklarda ve ergenlerde %8,1 ile en yüksek DEHB oranına sahip olduğunu ortaya koymuştur. En düşük üç ülke %0,1 ile [Irak](#) , % 0,3 ile [Polonya](#) ve % 0,4 ile [Romanya olmuştur \(7\).](#)

Avrupa ADORE adı verilen 24 ayda gerçekleşen bir çalışmada ise 6-18 yaş arası 10 Avrupa Birliği ülkesinde incelenen 1478 çocuktan toplam 1222'si DEHB'li erkek çocuklar bu grubun %84,3'ünü ve kızlar 231'i yani %15,7'sini oluşturmaktadır (8).

### **Etiyolojisi ve Patofizyolojisi**

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun (DEHB) nedenleri tam olarak anlaşılamamıştır. Diğer zihinsel bozukluklarda olduğu gibi biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel faktörlerin DEHB'ye neden olduğuna inanılmaktadır. Literatürde; genetik, nörolojik, gelişimsel ve çevresel etkilerden bahsedilmektedir. Farklı hipotezler ortaya konulsa da, her birinin ayrı ayrı test edilmesi sınırlı kalmış; buna rağmen, ortak bazı bulguların varlığı dikkat çekmektedir. Yaygın inanış, doğumda beyinde oluşan bir hastalık olduğu, genetik faktörler, ihmal, istismar,



hamilelikte sigara içme ve yaşamdaki olumsuz koşulların neden olduğu hasarlardan kaynaklandığı yönündedir (9).

**Genetik faktörler:** Aileler, ikizler ve evlat edinmeler üzerinde yapılan analitik çalışmalar, genetik geçişler hakkında net bilgi sağlamaktadır. Mendelci katılım modellerinden farklı olan genlerin, çevreyle olan etkileşimler ve etkileşimler yoluyla ortaya çıktığı düşünülmektedir. Moleküler genetik çalışmalar, dopamin reseptörleri (D1, D2, D3, D4, D5) ve taşıyıcılar (DAT) gibi dopaminle ilişkili genleri araştırmıştır. Dopaminin yanı sıra norepinefrini düzenleyen genetik etkilerden de bahsedilmektedir. Bu sistemlerin etkilenmesi dikkatin düzenlenmesini etkileyebilmektedir (10). DEHB tanısı alan birinin yakın akrabasında DEHB gelişme riski -15 arasındadır. Kardeşlerde hastalığa yakalanma riski yaklaşık 2 iken, ebeveynlerinde hastalık bulunan çocuklarda risk faktörü %57'dir. İkiz çalışmalarında ise tek yumurta ikizlerinde %50 ile 84, çift yumurta ikizlerinde ise %30 ile 40 arasındadır (1).

**Nörogelişimsel faktörler:** Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ilk tanımlandığından bu yana beyindeki hasardan kaynaklandığı düşünüldüğünden dolayı ilk adı minimal beyin hasarıdır. DEHB çocuklarının beyin hacminin kardeşlerine göre daha küçük olmasının hem genetik yatkınlıkla hem de azalmış beyincik hacmiyle ilişkili olabileceği gösterilmiştir. Özellikle serebellar hacmin azalması DEHB ile beyincik arasında önemli bir ilişki olduğunu düşündürmektedir (11).

**Çevresel faktörler:** Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun (DEHB) gelişiminde çeşitli çevresel faktörlerin de rol oynadığı düşünülmektedir. "İlgili veriler karbonhidrat bağımlılığı ve besin/vitamin eksiklikleri bağlamında ele alınmış olsa da, yeterli bilimsel açıklamaların sunulmaması nedeniyle geçerlilikleri doğrulanamamıştır. (4). Karbonhidrat hakkında çeşitli iddialar ortaya atılmasına karşın yapılan araştırmalardan birinde şekerin



diyetten çıkarılması olumlu sonuç vermemiştir. Araştırma sonuçları çelişkili olsa da omega-3'ün aslında faydalı olabileceği ileri sürülmektedir (12).

Bazı toksinlerin DEHB belirtilerinden de sorumlu olduğu düşünülmektedir. Kurşun zehirlenmesinin belirtileri arasında azalmış uyanıklık, huzursuzluk ve huzursuzluk yer almaktadır. Diğer bir sebep de gebelik öncesi veya gebelik sırasında annenin sigara içme, alkol ve madde alımı, doğum komplikasyonları da çocuklarda DEHB için risk faktörleri olarak kabul edilmektedir (13).

Ülkemizde yapılan çalışmalar anne sütünün DEHB için önemli bir koruyucu faktör olduğunu göstermektedir (14). Psikososyal çevre de çocuklarda DEHB için bir risk faktörü olarak gösterilmektedir. Erken kayıp, ayrılık, ebeveyn-çocuk ilişkisi sorunları ve aile tutumları da DEHB'nin etiyolojisinde rol oynamaktadır (15).

### **Komorbidite**

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun (DEHB) ayırt edilmesi gereken psikopatolojiler; zihinsel engellilik, davranış bozukluğu, karşıt olma karşı gelme bozukluğu, öğrenme güçlüğü, uyum bozukluğu, duygudurum bozukluğu, madde kullanım bozukluğudur. Bu koşulların hepsinin aynı zamanda eşlik eden hastalıkları da olabilmektedir. Okul öncesi çağda ayırıcı tanıda en zor sorun çocukların bu dönemde sıklıkla çok aktif olmalarıdır. Bu durumlarda aileden ve okuldan detaylı bilgi almak önemlidir. DEHB ile sıklıkla karşıt olma karşı gelme bozukluğu olmak üzere majör depresif bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu görülmektedir. Ayrıca DEHB tanısı almış çocuklarda mental retardasyon, öğrenme bozuklukları da çok sık görülen sorunlar arasındadır (10). Major Depresif Bozukluk da DEHB tanısı almış olan çocuklarda diğer çocuklara oranla 5.5 kat daha fazla görüldüğü belirlenmiştir. DEHB tanısı almış çocukların %26'sından birinde kaygı bozukluğu, %39'unda ise iki ya da daha fazla kaygı bozukluğu olduğu tespit edilmiştir (16). DEHB'nin patofizyolojisi



bilinmemekle birlikte, bozukluğu olan çocukların beyinlerinde otokontrolden sorumlu bölgelerde gelişim bozukluğu olduğu bilinmektedir. Ayrıca saldırgan davranış ve hareket bozuklukları da eşlik edebilmektedir (17).

### **Klinik Belirti ve Bulgular**

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), belirtilerin yoğunluk ve dağılımına bağlı olarak üç klinik alt grupta sınıflandırılmaktadır: hem dikkat eksikliği hem de hiperaktivite/dürtüsellik birlikte görüldüğü Karışık Tip; dikkat eksikliğinin baskın olduğu Dikkatsiz Tip ve hiperaktivite/dürtüsellik ön planda olduğu Hiperaktif/Dürtüsel Tip. DEHB genellikle okul çağındaki çocuklarda teşhis edilmektedir ancak iyi bir gözlemlerle 3 yaş gibi erken bir yaşta tanı konulabilir (17).

DEHB'nin en belirgin belirtisi dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüselliktir. DEHB'nun belirtileri üç yaş civarında ortaya çıkmaya başlamaktadır. Tanı ilköğretim çağından itibaren konulabilmektedir. DEHB nöropsikiyatrik bir bozukluktur ve çocuk psikiyatrisinde en sık görülen bozukluklardan biridir. DEHB olan çocuklar sosyalleşmede zorluk, akran ilişkilerinde sorunlar yaşar ve saldırganlıklarını kontrol edemezler (5). Ayrıca DEHB'li çocuklarda gelişimsel öğrenme güçlükleri, görevleri tamamlamada zorluk, gürültülü ve rahatsız edici davranışlar, uyku sorunları ve kaygı gibi belirtiler de görülür. Bu çocuklar sağı solu, dünü bugünü vb. bilimler ancak sıralı kavramları kullanmada zorluk yaşar ve alfabede yer alan "b" ve "d" harfleri karıştırmaktadır. Agresif davranış ve dürtüsellik, DEHB'li kızlar çocuklarında erkek çocuklarına göre daha az görülmektedir ancak kaygı, sosyal izolasyon, bilişsel ve dil sorunları gibi duygusal değişiklikler daha yaygındır (17).



## Tıbbi Tanı

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısının konulabilmesi için belirli tanı ölçütlerinin sistematik biçimde uygulanması gerekir. Bu süreçte, çocuğun yalnızca klinik ortamda değil; evde, okulda ve bakım ortamlarında sergilediği davranış örüntüleri de dikkate alınmalıdır (18). Tanılama süreci, kapsamlı bir klinik değerlendirme ile başlar. Bu değerlendirme sırasında çocuğun ailevi ve doğum öyküsü, gelişimsel süreçleri, uyku ve beslenme alışkanlıkları, ilaç kullanımı, sosyal ilişkileri ve okul yaşamına dair bilgiler ayrıntılı biçimde ele alınır (19).

Ayrıca DEHB'ye eşlik edebilecek diğer sağlık sorunlarının dışlanması için depresyon, kaygı bozuklukları, öğrenme güçlükleri ve iletişim bozuklukları gibi durumlar da göz önünde bulundurulmalıdır. Bu kapsamlı yaklaşım, hem doğru tanının konulmasını hem de uygun destek ve müdahale planlarının oluşturulmasını kolaylaştırır (18).

**DSM-IV-TR tanı kriterleri:** Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısında temel alınan klinik belirti ve bulgular, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition) kriterlerine dayanmaktadır. DEHB üç temel belirti kümesinde sınıflandırılır:

### 1. Dikkat eksikliği ile ilgili belirti ve bulgular

- Detaylara dikkat etmede zorluk, dikkatsizce hatalar yapma
- Görevler veya oyunlar sırasında dikkatin kolayca dağılması
- Kendisine konuşulurken dinlemiyormuş gibi görünme
- Verilen yönergeleri takip edememe, görevleri tamamlayamama
- Görev ve etkinlikleri düzenlemede zorluk



- Uzun süreli zihinsel çaba gerektiren görevlerden kaçınma
- Eşyaları kaybetme (kalem, kitap, oyuncak vs.)
- Dış uyaranlarla dikkatin kolay dağılması
- Günlük etkinliklerde unutkanlık

## 2. Hiperaktivite ile ilgili belirti ve bulgular

- Ellerin ayakların kıpır kıpır olması, oturduğu yerde duramama
- Sınıfta ya da oturulması gereken yerlerde ayağa kalkma
- Uygunsuz zamanlarda koşuşturma veya tırmanma
- Sessizce oyun oynayamama
- Sürekli hareket halinde olma (motor takılmış gibi)
- Çok konuşma

## 3. Dürtüsellik ile ilgili belirti ve bulgular

- Sorular tamamlanmadan yanıt verme
- Sırasını beklemekte zorlanma
- Başkalarının sözünü kesme veya araya girme
- Başkalarının oyunlarına ya da etkinliklerine müdahale etme

## Ek klinik bulgular (destekleyici)

- Akademik başarıda düşüklük
- Zayıf zaman yönetimi
- İlişkilerde bozulma (arkadaş, öğretmen, aile ilişkileri)



- Duygusal düzensizlik (kolay öfkelenme, sabırsızlık)
- Düşük benlik saygısı (19).

### **Eğitimsel Değerlendirme ve Teşhis**

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısında yalnızca klinik semptomların varlığı yeterli değildir; çocuğun eğitim ortamındaki davranışları ve öğrenme süreci de ayrıntılı şekilde incelenmelidir. Bu bağlamda eğitimsel değerlendirme, bireyin okul yaşantısındaki işlevselliğini anlamaya yönelik kapsamlı bir yaklaşımı gerektirir (20). Değerlendirme sürecinde öğretmen gözlemleri, sınıf içi performans, akademik başarı testleri, dikkat düzeyi ve bilişsel beceriler gibi çok boyutlu veriler kullanılır (18). Bu bilgiler, bireyin öğrenme sürecinde karşılaştığı güçlükleri saptamaya ve müdahale planı geliştirmeye yardımcı olur (19). DEHB tanısı olan çocuklar sıklıkla okulda dikkat dağınıklığı, kurallara uymakta zorlanma, derslere odaklanamama ve akran ilişkilerinde sorun yaşama gibi durumlarla karşı karşıya kalabilir. Bu nedenle yalnızca tıbbi değerlendirme değil; öğretmen, aile ve okul rehberlik birimi ile iş birliği içinde yürütülen eğitimsel değerlendirme süreci büyük önem taşır (21). Ayrıca DEHB'nin; öğrenme güçlüğü, kaygı bozuklukları ya da zihinsel gelişim geriliği gibi diğer gelişimsel durumlarla karıştırılabileceği için, tanı süreci çok disiplinli bir yaklaşımla ele alınmalıdır. Böylece hem doğru tanı koyma hem de bireye özel eğitimsel destek sağlama mümkün olur (22).

DEHB tanısı alan çocukların eğitimsel ihtiyaçlarının belirlenmesi ve uygun eğitim hakkına erişimleri, Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı Rehberlik Araştırma Merkezleri (RAM) tarafından yürütülmektedir (21). Psikiyatristler tarafından tanı konulan çocukların, eğitim süreçlerinde gerekli destekleri alabilmeleri için RAM'lerde kapsamlı eğitimsel değerlendirmeler yapılmaktadır (20). Bu süreçte öncelikle sağlık raporu alınmakta, ardından çocuğun eğitim gördüğü okuldan bilimsel değerlendirme ve gözlem raporları temin edilmektedir. Aileler,



tercihe bağlı olarak okul aracılığıyla ya da doğrudan RAM'lerden online rezervasyon yaptırarak merkezlere başvurabilmektedir (18).

RAM'lerde uzmanlar tarafından yapılan bireysel değerlendirmelerde çocuğun bilişsel alanları test edilmekte ve eğitimsel gereksinimleri belirlenmektedir. Bu değerlendirmeler ışığında, aile ve okula eğitimsel tanı iletilmekte ve zeka seviyesi ek destek gerektirmeyen DEHB'li çocuklar kaynaştırma eğitim programlarına dahil edilmektedir (19). Bireyselleştirilmiş Eğitim Programı (BEP), okulun BEP komitesi tarafından aile ve öğretmenlerin katılımıyla hazırlanmakta ve her çocuğa özgü ihtiyaçlar doğrultusunda uygulanmaktadır (21).

Örgün eğitim alan DEHB'li çocuklar, akranlarıyla aynı müfredatı takip etmekle birlikte, başarıları mevcut sorunları göz önünde bulundurularak değerlendirilir. Bu nedenle rehberlik servisi, okul yönetimi, öğretmenler ve aileler iş birliği içinde çocuğun gereksinimlerini saptar ve destek eğitim odaları gibi kaynaklardan yararlanmalarını sağlar (20). Ayrıca, merkezi sınavlar öncesinde RAM'den alınan sınav tedbirleri ile çocuklar ek zaman ve uygun mekânda sınava girme hakkına sahiptirler (18).

DEHB'li çocukların aileleri, özel eğitim ve destek süreçlerinde kaygı yaşayabilmekte ve raporların sicile işlenmesi nedeniyle olumsuz etkilerden endişe etmektedirler. Ancak, çocukların eğitim haklarının korunamaması durumunda akademik başarıları, özgüvenleri ve sosyal ilişkileri olumsuz etkilenebilmektedir. Çocukların uygun destek alamaması, akranlarıyla karşılaştırıldığında potansiyellerine ulaşamamalarına yol açabilir (21).

DEHB'li bireylerde eğitim alanında beklenen başarıyı gösterememe, okuldan uzaklaştırılma riskinin artması gibi problemler görülebilir (20). Sosyal ilişkilerde yaşanan zorluklar, aile-çocuk çatışmaları, duygusal dalgalanmalar ve özgüven eksikliği de sıkça raporlanmaktadır (22). Davranışsal sorunlar olarak riskli davranışlara yönelme, madde kullanımı ve yasal problemler



ortaya çıkabilir (18). Ayrıca sağlık açısından beslenme bozuklukları, uyku problemleri ve madde bağımlılığı gibi sorunlar da DEHB’li çocuklarda artış göstermektedir (19).

## **Tedavi**

DEHB tedavisinde temel amaç, istenen davranışların kazandırılmasıdır. Bu doğrultuda çevresel düzenlemeler, davranış terapileri ve farmakolojik tedaviler uygulanmaktadır. Uzun dönemli takip ve tedavi çoğu zaman gereklidir; ayrıca, farklı tedavi yöntemlerinin kombine edilmesi etkinliği artırmaktadır (18).

Çevresel düzenlemeler kapsamında, uyarıların azaltılması ve çocuğun dikkatini sürdürmesine destek olunması önemlidir. Örneğin, ocuk daha az ğrenci bulunan sınıflarda eğitim olarak öğretmenin daha yakından takibini sağlamak, çocuğa sorumluluklar vermek ve grup ile oyun terapileri düzenlemek agresif davranışların azaltılmasında etkili olabilmektedir (20).

Davranış terapileri, çocukların beklenen davranışları sergilediğinde ödüllendirilmesini içerir. Örneğin, sınıfta sessizce dinlemek veya ders boyunca uygun Şekilde oturmak gibi davranışlar ödüllendirilmeli; ev ve okulda kurallar netleştirilmelidir. Hiperaktivite arttığında bu durum nazikçe hatırlatılır ve aile, öğretmenler ile bakım verenler bu konuda bilgilendirilir (19).

İlaç tedavisi ise orta ve ileri derecede DEHB’de sıklıkla tercih edilmektedir. En yaygın kullanılan ilaç psikostimülan olan Ritalin’dir (metilfenidat). Etkinlik oranı yaklaşık %75 olarak bildirilmiştir. İlacın kesilmesi durumunda belirtilerde tekrar artış görülebilir. Dozaj, yavaş yavaş artırılıp azaltılarak kullanılır. Ritalin’in en sık görülen yan etkileri arasında uyku bozuklukları, iştah kaybı, kilo azalması, baş ağrısı ve kalp atış hızında artış bulunmaktadır. İlaç etkili olmadığında veya azaldığında, trisiklik antidepresanlardan Tofranil tercih edilebilmektedir (18-20).



## **Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuğa Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları**

DEHB'ye sahip çocukların bakımında hemşirelerin rolleri yalnızca tıbbi müdahale ile sınırlı olmayıp; eğitici, destekleyici, yönlendirici ve savunucu işlevleri de kapsamaktadır (18). DEHB'li çocuklarla çalışan hemşireler, çocuğun davranışsal ve bilişsel özelliklerini gözlemleyerek önemli tanılayıcı veriler toplar. Bu süreçte dikkat süresi, dürtü kontrolü, sosyal ilişkiler ve öğrenme kapasitesi gibi başlıklarda yapılandırılmış gözlemler gerçekleştirilir (20). Aynı zamanda ailenin tutumları, sosyoekonomik koşulları ve çocuğun gelişim öyküsü de hemşirelik değerlendirmesinde dikkate alınır (23).

DEHB'li çocuklar için hemşirelik girişimlerinde bireyselleştirilmiş bir yaklaşım esastır. Hemşire, çocuğun günlük yaşam rutinlerini düzenlemeye yardımcı olarak çevresel uyaranları azaltır ve olumlu davranışları pekiştirir. Yapılandırılmış programlar aracılığıyla dikkat süresi artırılabilir, davranış kontrolü geliştirilebilir (24). Aile eğitimi bu süreçte kritik öneme sahiptir. Hemşire, aileye DEHB'nin doğası hakkında bilgi verir, uygun tutum geliştirmeleri konusunda rehberlik eder ve evde uygulanabilecek stratejileri öğretir. Ayrıca, aileye stresle baş etme stratejileri kazandırarak tükenmişlik riskini azaltır (25,26).

DEHB'nin yönetimi disiplinler arası bir yaklaşımı da gerektirmektedir. Hemşire, çocuk, aile, öğretmen ve ruh sağlığı profesyonelleri arasında köprü kurarak etkili bir bakım koordinasyonu sağlar. Okullarda öğretmenle iş birliği yaparak sınıf içi davranış düzenlemeleri konusunda rehberlik edebilir, çocuğun sosyal beceriler kazanmasına katkı sağlayacak grup etkinliklerine katılımını destekler (27,28). DEHB tedavisinde kullanılan ilaçların takibi de hemşirenin sorumluluğundadır. Psikostimülan ilaçların etkileri, yan etkileri ve düzenli kullanımı hakkında aile ve çocuk bilgilendirilir; iştah kaybı, uyku bozuklukları ve kardiyak etkiler gibi yan etkiler izlenerek gerekli durumlarda müdahale edilir (29).



Hemşire, çocuğun sağlık ve eğitim hakkının korunmasında önemli bir rol oynar. Aileye, kaynaştırma eğitimi ve bireyselleştirilmiş eğitim planlarına (BEP) erişim konusunda rehberlik eder. Etiketlenme, dışlanma ve başarısızlık gibi olumsuz deneyimler yaşayan çocuklara destek sağlayarak özgüven gelişimini teşvik eder (30).

Çocuğun sosyal çevresi ile ilişkileri, dil ve anlama süreçleri, problem çözme ve duygularını ifade etme becerileri, hemşirelik değerlendirmesinde dikkate alınmalıdır. Bu bağlamda hemşire, yalnızca çocukla değil, aynı zamanda kardeşler ve diğer aile bireyleriyle de iletişim kurar. Aileyle yapılan görüşmelerde bilgi eksikliği giderilir, aile bireylerinin duygularını ifade etmesine fırsat tanınır ve farkındalık kazandırılır (31).

DEHB tanılı çocuklarla etkili iletişim kurabilmek için hemşire terapötik iletişim becerilerini, çocuğun gelişim düzeyine uygun şekilde uyarlamalıdır. Kısa ve anlaşılır cümleler kullanılması, çocuğun anlaşılıp anlaşılmadığını belirtmesinin sağlanması, göz teması kurulması ve çocuğun dikkatini toplayabileceği sakin ortamların tercih edilmesi bu süreci destekler (32). Doğrudan yanıt veremeyen çocuklar için oyun, resim ve kukla gibi alternatif iletişim teknikleri kullanılabilir. Hemşire, çocuğun gelişim özelliklerini göz önünde bulundurarak bu süreçleri planlamalıdır (35).

Hemşirelik süreci boyunca yalnızca tedavi ve bakım değil, aynı zamanda koruyucu girişimlerin uygulanması da sağlığın sürdürülebilirliği açısından önemlidir. DEHB'li çocuklar; dürtüsellik ve hiperaktivite gibi özellikleri nedeniyle travma riski taşıyabilir. Bu kapsamda, hemşire aileyi bilgilendirerek ev ortamını düzenlemede destek olur ve uygun davranışsal yaklaşımlar geliştirir (36).

Klinik ekip içinde bağımsız hemşirelik değerlendirmesi yapılmalı, ilaç takibi sağlanmalı, çocuk ve aile için psikoeğitim programları oluşturulmalı ve davranışsal tedavi yaklaşımları planlanmalıdır (37,38).



Okul ortamında, hemşire öğretmenlerle iş birliği yaparak çocuğun sınıf içi düzenlemelere uyumunu artırabilir. Öneriler arasında; çocuğun ön sıralarda oturtulması, yapılacak görevlerin liste şeklinde verilmesi, ilgisini çeken alanlara yönlendirilmesi, dikkatini dağıtan uyaranların azaltılması ve başarılı davranışların ödüllendirilmesi yer almaktadır. Ayrıca, çocuğun aktifliğini olumlu öğrenme ortamlarına kanalize edecek stratejiler geliştirilmelidir (17).

İşitsel dikkati artırmak amacıyla çocuğa kısa ve net cümlelerle konuşulmalı, önemli noktalar gerektiğinde tekrar edilmeli, konuşurken dikkat çekecek şekilde fiziksel temas kurulmalı ve yüksek ses kullanılmamalıdır. Görsel dikkati desteklemek için sade ve düzenli bir çalışma ortamı sağlanmalı, masa üzerinde yalnızca gerekli materyaller bulundurulmalı ve televizyon gibi dikkat dağıtıcı unsurlar ortamdaki uzak tutulmalıdır (39).

## **SONUÇ VE ÖNERİLER**

DEHB tanısı almış çocuklarda hemşirelik bakımının amacı; riskli çocukların erken dönemde saptanması, tanının zamanında konulması, uygun tedavinin uygulanması, çocuğun büyüme ve gelişiminin izlenmesi, davranış özelliklerinin değerlendirilmesi ve tedavi sürecinde aile, öğretmen ve sağlık ekibiyle etkili iş birliğinin sağlanmasıdır. Sonuç olarak, DEHB'li çocukların bakımında hemşireler; tıbbi izlem, davranışsal destek, aile eğitimi ve disiplinler arası iş birliğini bütünleştirerek çocuğun akademik, sosyal ve duygusal gelişimini destekleyen, yaşam kalitesini artıran ve sağlığın sürdürülebilirliğini sağlayan kritik bir role sahiptir.

**Çıkar çatışması / Conflict of interest:** Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan ederler. /

The authors declare that they have no conflict of interest.

**Maddi Destek / Funding sources:** Yazarlar maddi destek almadıklarını beyan ederler. / The

authors declare that they have not received financial support.



**Yazarlık katkısı /Author contributions:** **ATG:** Çalışmanın tasarımı, ilgili literatürün taranması, makale taslağının oluşturulması, içerik için eleştirel gözden geçirme. **EK:** Çalışmanın tasarımı, içerik için eleştirel gözden geçirme, yayınlanacak versiyonun son onayı. / **ATG:** Study design, literature review, draft preparation, critical review for content. **EK:** Study design, critical review for content, final approval of the version to be published.

## KAYNAKÇA

1. Ekşi A. Ben hasta değilim. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2011.
2. Öztürk O. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2008.
3. Özbay HC. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda yavaş bilişsel tempo, bağlanma ve mizaç ilişkisinin değerlendirilmesi [tez]. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı; 2022.
4. Görmez V, Örengül AC. DEHB'li çocuk ve ergenlerin elektronik medya kullanımı açısından değerlendirilmesi. *Anatolian J Psychiatry*. 2017;18(5).
5. Sürücü Ö. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. İstanbul: Bilgi Yayınevi; 2019.
6. World Health Organization (WHO). World mental health report: transforming mental health for all [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2024 Oct 15]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
7. World Health Organization (WHO). Adolescent mental health [Internet]. 2022 [cited 2024 Oct 15]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
8. World Population Review. ADHD rates by country [Internet]. 2025 [cited 2025 August 19]. Available from: <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/adhd-rates-by-country>.



9. Çöpür M, Çöpür S. Attention deficit hyperactivity disorder and omega-3 fatty acid supplementation: a systematic review. *Yeni Sempozyum Derg.* 2018;56(3):20-3.
10. Kayaalp L. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi.* 2008;62:147-52.
11. Krain AL, Castellanos FX. Brain development and ADHD. *Clin Psychol Rev.* 2006;26(4):433-44.
12. Dombaycı Ö. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda leptin ve ghrelin serum düzeylerinin uyku alışkanlıkları ile ilişkisinin incelenmesi [tez]. Muğla: Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı; 2022.
13. Öner Ö. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve çevresel risk etmenleri. *Turk Klin J Child Psychiatry-Special Topics.* 2015;4(1):1-10.
14. Taşpınar AA. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı olan çocuklarda yavaş bilişsel tempo belirtilerinin motor beceriler açısından incelenmesi [tez]. Antalya: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniği; 2023.
15. Öncü B, Şenol S. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun etiyolojisi: bütüncül yaklaşım. *Klinik Psikiyatri Derg.* 2002;5(2):111-9.
16. Sciberras E, Mulraney M, Silva D, Coghill D. Risk factors and the etiology of ADHD: review of existing evidence. *Curr Psychiatry Rep.* 2017;19(8):49.
17. Toruner E, Buyukgonenc L. *Cocuk sagligi temel hemsirelik yaklasimlari.* 3rd ed. Ankara: Gungorler Matbaacilik San. Tic. Ltd. Sti.; 2023.



18. Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. 4th ed. New York: Guilford Press; 2014.
19. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington: APA; 2013. doi:10.1176/appi.books.9780890425596
20. DuPaul GJ, Stoner G, O'Reilly MJ. ADHD in the schools: assessment and intervention strategies. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2015.
21. Ozyurek M. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan çocukların eğitimsel değerlendirilmesi. Turk Psikolojik Danisma Rehberlik Derg. 2018;8(50):42-55.
22. Nigg JT, Nikolas M, Burt SA. Measured gene-by-environment interaction in relation to attention-deficit/hyperactivity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2010;49(9):863-73. doi:10.1016/j.jaac.2010.06.008.
23. Yildirim S, Bayat M. DEHB tanısı almış çocukların hemşirelik izlemi: literatür incelemesi. Cocuk Sagligi Hastaliklari Hemsireligi Derg. 2021;27(1):58-64.
24. Brown RT, Amler RW, Freeman WS, Perrin JM, Stein MT, Feldman HM, et al. Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: overview of the evidence. Pediatrics. 2005;115(6):e749-57.
25. Kutsal D, Yildiz N. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların ailelerinin eğitimi. Psikiyatride Guncel Yaklasimlar. 2016;8(4):349-59. doi:10.18863/pgy.80893.
26. Karabekiroglu K, Rodopman Arman A. DEHB'nin tanı ve tedavisinde aile eğitimi. Cocuk Genclik Ruh Sagligi Derg. 2011;18(1):45-51.
27. DuPaul GJ, Weyandt LL, Janusis GM. ADHD in the classroom: effective intervention strategies. Theory Pract. 2011;50(1):35-42.



28. Canbulat S, Ayhan F. DEHB tanısı almış çocuklarda hemşirelik yaklaşımları. *Cocuk Derg.* 2019;19(3):165-72.
29. Connor DF. Stimulants. In: Connor DF, editor. *Aggression and antisocial behavior in children and adolescents.* New York: Guilford Press; 2006. p. 215-46.
30. Karakas S, Kumandas H. Özel gereksinimli cocuklara yonelik hemsirelikte savunuculuk rolu. *Hemsirelikte Egitim Arastirma Derg.* 2018;15(3):215-20.
31. Cunkus N, Tasdemir Yigitoglu G. Peplau'nun kişiler arası ilişkiler kuramına göre dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan hastaya hemşirelik bakımı. *Turkiye Klin J Nurs Sci.* 2018;10(4):370-80.
32. Kurt A. Cocuk sagligi hemsireliginde terapotik iletisim. *Hemsirelikte Egitim Arastirma Derg.* 2017;14(1):23-30.
33. Ozdemir F, Yilmaz D. Cocuklarla etkili iletisim teknikleri. *Cocuk Sagligi Hastaliklari Hemsireligi Derg.* 2020;26(2):112-8.
34. Tas F, Korkmaz M. Pediatrik hastalarda iletisim becerilerinin gelistirilmesi. *Saglik Bilimleri Derg.* 2019;28(4):215-22.
35. Arslan SB, Buldukoglu K. Cocukla terapotik gorusmenin hemsirelik surecine gore incelenmesi. *Hacettepe Univ Saglik Bilimleri Fak Derg.* 2015;1:657-62.
36. Cam MO, Topcu ME. Cocukluk donemi dikkat eksikligi hiperaktivite bozuklugu ve ruh sagligi ve hastaliklari hemsireligi. *Ege Hemsirelik Fak Derg.* 2019;35(3):147-54.
37. Geltman PL, Fried LE, Arsenault LN, Knowles AM, Link DA, Goldstein JN, et al. A planned care approach and patient registry to improve adherence to clinical guidelines for the diagnosis and management of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Acad Pediatr.* 2015;15:289-96. doi:10.1016/j.acap.2014.12.002.



38. Paidipati CP, Deatrick JA, Eiraldi RB, Ulrich CM, Brawner BM. Family management in childhood attention deficit hyperactivity disorder: a qualitative inquiry. *J Pediatr Nurs.* 2020;52:82-90. doi:10.1016/j.pedn.2019.09.027.
39. Ozturk M, Basgul SS. Cocuklarda dürtüsellik: dikkat eksikligi ve hiperaktivite bozuklugu tani ve tedavisi. İstanbul: Ucurtma Yayınları; 2020.

