



T.C.

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi

Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı

Tıpta Uzmanlık Tezi

**ADENOİDEKTOMİ VE ADENOTONSİLLEKTOMİ
OPERASYONU YAPILAN ÇOCUKLARDA
PREOPERATİF VE POSTOPERATİF PSİKOSOMATİK
ANALİZ**

Dr. Bilal SİZER

Danışman
Doç.Dr.Mehmet AKDAĞ

Diyarbakır

2018

T.C.

Dicle Üniversitesi Tıp Fakóltesi

Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı

Tıpta Uzmanlık Tezi

**ADENOİDEKTOMİ VE ADENOTONSİLLEKTOMİ
OPERASYONU YAPILAN ÇOCUKLARDA
PREOPERATİF VE POSTOPERATİF PSİKOSOMATİK
ANALİZ**

Dr. Bilal SİZER

Danışman
Doç.Dr.Mehmet AKDAĞ

Diyarbakır

2018

TEŞEKKÜR

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı'ndaki uzmanlık eğitimimi gerçekleştirmemde başrol oynayan sayın klinik hocalarım; Prof.Dr. İsmail TOPÇU 'ya, Prof.Dr. Faruk Meriç 'e, Prof.Dr. Müzeyyen YILDIRIM BAYLAN 'a, Doç.Dr.Argün Ediz YORGANCILAR'a, Doç.Dr.Ramazan GÜN'e, Doç.Dr. Vefa KINIŞ 'a, Doç.Dr. Aylin GÜL 'e, Doç. Dr. Beyhan YILMAZ 'a, Dr. Öğr. Üyesi Fazıl Emre ÖZKURT 'a ve tez danışmanım Doç.Dr. Mehmet AKDAĞ' a sonsuz teşekkürler.

Tez hazırlama aşamasında yardımlarını esirgemeyen üniversitemiz Çocuk Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı Dr.Öğr. Üyesi Tuba YÜKSEL ve İstatistik Anabilim Dalı 'nda öğretim üyesi olan Dr.Öğr. Üyesi İsmail YILDIZ' a teşekkürler.

Bilgi ve tecrübelerinden istifade ettiğim ve tezime büyük katkıları olan Kulak Burun Boğaz Hastalıkları uzmanları Dr. Ergin TUNA, Dr. Selin Fulya TUNA, Dr. Aydın DEĞİRMENCİ, Dr.Hayri YILDIRIM ve Dr. Songül KARABA DEMİR' e bu zorlu süreçteki katkıları için teşekkürler.

Hekimlik mesleğinin en çetin dönemi olan asistanlık sürecinde beraber çalışma fırsatı bulduğum başta kulak burun boğaz asistanları olmak üzere Dicle Üniversitesi'nde beraber sağlık hizmeti ürettiğimiz her konuda beraber emek harcadığımız tüm asistan arkadaşlara teşekkürler.

Tanıdığım en hızlı ve en iyi yürekli Arş. Gör. Dr. Ümit YILMAZ ' a ve çömezken şikayet ettiği angaryaları kıdemliyen dayatmayan adil uzman adaylarına teşekkürler.

İhtisasım süresince beraber emek ürettiğimiz kıymetli sağlık çalışanları başta Aziz KOÇAK olmak üzere tüm personel ve hemşire arkadaşlara teşekkürler.

Vazgeçilmezlerim değerli dostlarım ablalarım Kevser YAŞAR, Deniz TAŞ İTMİŞ, Cahide SARILI ve Nur Sultan TUNCER'e teşekkürler.

Teşekkür pastasından bir dilim de geniş aileme ve annem Asiye SİZER'e; hala öğreციymişim gibi davrandığı ve sevgisini hiç esirgemediğı için.

Bu tez aşamasında en az benim kadar emek veren,tıp fakültesi sıralarından beri kahrımı çeken , üniversitemiz Çocuk Psikiyatri Anabilim Dalı araştırma görevlisi ve aynı zamanda hayatıma renk katan, tez sürecimi elinden geldiğince baltalamaya çalışan yaklaşık bir yıldır aramızda olan biricik oğlum Ronî'nin annesi eşim, en kıymetlim Dr. Esra SİZER' e sonsuz teşekkürler.....

Bilal SİZER

Diyarbakır 2018

ÖZET

AMAÇ

Çalışmamızda adenoidektomi veya adenotonsillektomi endikasyonu alan çocuklarda, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası, çocuklarda ruhsal bozuklukları taramaya yardımcı ölçekler kullanılarak ameliyat endikasyonuna neden olan etkenin çocukların ruh sağlığı üzerine etkilerini araştırmayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya sadece adenoidektomi yapılan 6-12 yaş arası 41 çocuk, adenotonsillektomi yapılan 6-12 yaş arası 41 çocuk ve sağlıklı 6-12 yaş arası 40 çocuk alındı. Adenoidektomi yapılan hastalar, adenotonsillektomi yapılan hastalar ve kontrol grubu olarak üç gruba ayrıldı. Ameliyat öncesi ve sonrası uygulanan anketlerle mevcut etkenin çocukların ruh sağlığı üzerindeki etkisi araştırıldı. Taramada Güçler ve Güçlükler Anketi Ebeveyn Formu, Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği Ebeveyn Formu, Çocuklarda Uyku Ölçeği ve Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Ebeveyn Formu kullanıldı.

BULGULAR

Rekürren enfeksiyon ve adeno/adenotonsiller hipertrofi nedeniyle sleep apne yapan adenoidektomi/adenotonsillektomi uygulanan çocuklarda ameliyat sonrasında; Güçler ve Güçlükler Anketi, Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği, Çocuklarda Uyku Ölçeği puanlarında anlamlı düşüme, Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarında ise anlamlı şekilde yükselme olduğu görüldü.

SONUÇ

Sonuç olarak tekrarlayan enfeksiyon atakları ve adeno/adenotonsiller hipertrofi nedeniyle sleep apne oluşan çocuklarda geç kalınmadan adenoidektomi/adenotonsillektomi uygulanması, çocuklarda ileride daha karmaşık hale gelebilecek nörodavranışsal sorunları engelleyebileceği, uyku sorunlarını azaltabileceği, yaşam kalitesini artırabileceği düşünülmüştür.

ANAHTAR KELİMELER

Adenotonsillektomi, adenotonsiller hipertrofi, dikkat eksikliği, anksiyete, yaşam kalitesi, uyku bozukluğu

ABSTRACT

OBJECT

In this study, we aimed to investigate the impact of these factors by administering questionnaires that are used for assessing psychological disorders both pre- and post-operatively in children undergoing adenoidectomy or adenotonsillectomy.

MATERIALS AND METHODS

The study included 41 children aged 6-12 years that underwent adenoidectomy alone, 41 children aged 6-12 years that underwent adenotonsillectomy alone, and a group 40 healthy children aged 6-12 years. The questionnaires including in children including The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) Parent Version, The Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders (SCARED) Parent Version, The Pediatric Sleep Questionnaire (PSQ), and The Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) Parent Version were administered in all three groups both pre- and post-operatively to assess the impact of the factors on the psychological health of the children.

RESULTS

In the children that underwent adenoidectomy/adenotonsillectomy due to sleep apnea caused by recurrent infection and adeno/adenotonsillar hypertrophy, a significant decrease was found in the SDQ, SCARED, and PSQ scores while a significant increase was found in the PedsQL scores postoperatively.

CONCLUSION

In the children presenting with sleep apnea caused by recurrent attacks of infection and adeno/adenotonsillar hypertrophy, prompt administration of adenoidectomy/adenotonsillectomy will not only prevent neurobehavioral disorders that may become further complicated in later stages but also may reduce sleep disorders and improve the quality of life of the children.

KEY WORDS

Adenotonsillectomy, adenotonsillar hypertrophy, attention deficit, anxiety, quality of life, sleep disorder

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Adenotonsiller Hipertrofi Komplikasyonları	8
Tablo 2: Friedman Sınıflamasına Göre Tonsiller Hipertrofi Sınıflaması	9
Tablo 3: Bodsky Sınıflamasına Göre Tonsiller Hipertrofi Sınıflaması.....	10
Tablo 4: Endoskopik Adenoid Vejetasyonu Derecelendirilmesi	11
Tablo 5: Uykuda Solunum Bozuklukları Dağılımı	18
Tablo 6: Çocuklarda ve Erişkinlerde Uykuda Solunum Bozukluğunun Klinik Farkları	19
Tablo 7: DSM-V Anksiyete Bozuklukları Sınıflandırılması.....	29
Tablo 8: Çocuklarda Uyku Formu Alt Ölçekleri ve Ölçek Puanlamasında Kullanılan Maddeler.....	37
Tablo 9: Araştırma Gruplarına Ait Demografik Veriler	41
Tablo 10: Araştırma Gruplarının Cinsiyete Göre Dağılımı	42
Tablo 11 : Pre-op Adenoidektomi ve Kontrol Grubunun GGA Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması	43
Tablo 12: Pre-op Adenoidektomi ve Kontrol Grubunun ÇİYKO Skorlarının Karşılaştırılması	44
Tablo 13: Pre-op Adenoidektomi ve Kontrol Grubunun ÇUÖ Skorlarının Karşılaştırılması	45
Tablo 14: Pre-op Adenoidektomi ve Kontrol Grubunun ÇATÖ Skorlarının Karşılaştırılması	46
Tablo 15:Pre-op Adenotonsillektomi ve Kontrol Grubunun GGA Skorlarının Karşılaştırılması	47
Tablo 16: Pre-op Adenotonsillektomi ve Kontrol Grubunun ÇİYKO Skorlarının Karşılaştırılması	48
Tablo 17: Pre-op Adenotonsillektomi ve Kontrol Grubunun ÇUÖ Skorlarının Karşılaştırılması	49
Tablo 18: Pre-op Adenotonsillektomi ve Kontrol Grubunun ÇATÖ Skorlarının Karşılaştırılması	50

Tablo 19: Pre-op Adenoidektomi ve Pre-op Adenotonsillektomi Grubunun GGA Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	51
Tablo 20: Pre-op Adenoidektomi ve Pre-op Adenotonsillektomi Grubunun ÇİYKO Skorlarının Karşılaştırılması.....	52
Tablo 21: Pre-op Adenoidektomi ve Pre-op Adenotonsillektomi Grubunun ÇUÖ Skorlarının Karşılaştırılması	53
Tablo 22: Pre-op Adenoidektomi ve Pre-op Adenotonsillektomi Grubunun ÇATÖ Skorlarının Karşılaştırılması	54
Tablo 23: Adenoidektomi Yapılanlarda Pre-op ve Post-op GGA Skorlarının Karşılaştırılması	55
Tablo 24: Adenoidektomi Yapılanlarda Pre-op ve Post-op ÇİYKO Skorlarının Karşılaştırılması	56
Tablo 25: Adenoidektomi Yapılanlarda Pre-op ve Post-op ÇUÖ Skorlarının Karşılaştırılması	57
Tablo 26: Adenoidektomi Yapılanlarda Pre-op ve Post-op ÇATÖ Skorlarının Karşılaştırılması	58
Tablo 27: Adenotonsillektomi Yapılanlarda Pre-op ve Post-op GGA Skorlarının Karşılaştırılması	59
Tablo 28: Adenotonsillektomi Yapılanlarda Pre-op ve Post-op ÇİYKO Skorlarının Karşılaştırılması	60
Tablo 29: Adenotonsillektomi Yapılanlarda Pre-op ve Post-op ÇUÖ Skorlarının Karşılaştırılması	61
Tablo 30: Adenotonsillektomi Yapılanlarda Pre-op ve Post-op ÇATÖ Skorlarının Karşılaştırılması	62
Tablo 31: Post-op Adenoidektomi ve Kontrol Grubunun GGA Skorlarının Karşılaştırılması	63
Tablo 32: Post-op Adenoidektomi ve Kontrol Grubunun ÇİYKO Skorlarının Karşılaştırılması	64
Tablo 33: Post-op Adenoidektomi ve Kontrol Grubunun ÇUÖ Skorlarının Karşılaştırılması	65

Tablo 34: Post-op Adenoidektomi ve Kontrol Grubunun ÇATÖ Skorlarının Karşılaştırılması	66
Tablo 35: Post-op Adenotonsillektomi ve Kontrol Grubunun GGA Skorlarının Karşılaştırılması	67
Tablo 36 : Post-op Adenotonsillektomi ve Kontrol Grubunun ÇİYKO Skorlarının Karşılaştırılması	69
Tablo 37: Post-op Adenotonsillektomi ve Kontrol Grubunun ÇUÖ Skorlarının Karşılaştırılması	70
Tablo 38: Post-op Adenotonsillektomi ve Kontrol Grubunun ÇATÖ Skorlarının Karşılaştırılması	71
Tablo 39: Adenoidektomi ve Adenotonsillektomi Grubunun Post-op GGA Skorlarının Karşılaştırılması	72
Tablo 40: Adenoidektomi ve Adenotonsillektomi Grubunun Post-op ÇİYKO Skorlarının Karşılaştırılması	73
Tablo 41 Adenoidektomi ve Adenotonsillektomi Grubunun Post-op ÇUÖ Skorlarının Karşılaştırılması	74
Tablo 42 Adenoidektomi ve Adenotonsillektomi Grubunun Post-op ÇATÖ Skorlarının Karşılaştırılması	75

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Palatin Tonsilin Arteryel Kanlanması.....	4
Şekil 2: Palatin Tonsil Histolojik Kesiti.....	5
Şekil 3: Palatin tonsil Friedman sınıflaması.....	10
Şekil 4: Palatin Tonsil Brodsky Sınıflaması	11
Şekil 5: Adenoid / Nazofarengeal Oran Ölçümü (A/ N)	12

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	I
ÖZET	III
ABSTRACT	IV
TABLolar DİZİNİ	V
ŞEKİLLER DİZİNİ	VIII
İÇİNDEKİLER	IX
KISALTMALAR	XIII
GİRİŞ-AMAÇ	1
1 GENEL BİLGİLER	2
1.1 ADENOİD VE PALATİN TONSİL	2
1.1.1 Adenoid	2
1.1.2 Palatin Tonsil	3
1.1.3 Palatin Tonsil ve Adenoid Hastalıkları	5
1.1.4 Hastaların Değerlendirilmesi	8
1.1.5 Tedavi	13
1.2 UYKUDA SOLUNUM BOZUKLUĞU	17
1.2.1 Klinik Belirtiler	19
1.2.2 Patofizyoloji	20

1.2.3	Psikopatoloji.....	21
1.2.4	Tanı	21
1.2.5	Tedavi.....	22
1.3	DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU	22
1.3.1	Tarihçe	22
1.3.2	Klinik görünüm.....	23
1.3.3	Epidemiyoloji	24
1.3.4	Etiyoloji	24
1.3.5	Komorbidite	27
1.3.6	Gidiş ve Sonlanım.....	27
1.3.7	Tedavi.....	28
1.4	ANKSİYETE BOZUKLUKLARI.....	28
1.4.1	Anksiyete	28
1.4.2	Anksiyete Bozukluklarının Sınıflandırılması	29
1.4.3	Epidemiyoloji	29
1.4.4	Komorbidite	30
1.4.5	Etiyoloji	30
1.4.6	Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarının Tedavisi	31
1.5	YAŞAM KALİTESİ.....	32
2	GEREÇ YÖNTEM	33
2.1	ÇALIŞMA ÖRNEKLEMİ	33
2.2	ÇALIŞMANIN TİPİ.....	33
2.3	ÖRNEKLEM SEÇİMİ	33
2.3.1	Çalışma Grubu.....	33
2.3.2	Kontrol Grubu	34
2.4	UYGULAMA	34
2.5	BİLGİ TOPLAMA ARAÇLARI	35

2.5.1	Sosyodemografik Bilgi Formu	35
2.5.2	Güçler ve Güçlükler Anketi (Strenghts and Difficulties Questionarie)	35
2.5.3	Çocuklarda Uyku Ölçeği(Pediatric Sleep Questionnaire)	36
2.5.4	Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği	37
2.5.5	Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ)-(The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders SCARED) Anne Baba Formu ve Çocuk Formu.....	38
2.6	VERİ ANALİZİ-İSTATİSTİKSEL YÖNTEMLER.....	39
3	BULGULAR.....	40
3.1	DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	40
3.1.1	Çocuklara Ait Demografik Özellikler	40
3.1.2	Ana-Babalara Ait Demografik Özellikler.....	40
3.2	ÇOCUKLARIN ÖLÇEK PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ.....	42
3.2.1	Preoperatif Adenoidektomi Çalışma Grubu ve Kontrol Grubunun Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması	42
3.2.2	Pre-operatif Adenotonsillektomi Çalışma Grubu ve Kontrol Grubunun Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması	46
3.2.3	Adenoidektomi Çalışma Grubu ve Adenotonsillektomi Çalışma Grubunun Pre-operatif Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	50
3.2.4	Adenoidektomi Çalışma Grubu Pre-operatif ve Post-operatif Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması	54
3.2.5	Adenotonsillektomi Çalışma Grubu Pre-operatif ve Post-operatif Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması	58
3.2.6	Post operatif Adenoidektomi Çalışma Grubu ve Kontrol Grubunun Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması	62
3.2.7	Post-operatif Adenotonsillektomi Çalışma Grubu ve Kontrol Grubunun Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması	66
3.2.8	Post-operatif Adenoidektomi Çalışma Grubu ve Post-operatif Adenotonsillektomi Çalışma Grubu Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması	71
4	TARTIŞMA	76

4.1	SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	76
4.2	GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ DEĞERLENDİRİLMESİ	77
4.3	ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ DEĞERLENDİRİLMESİ.....	79
4.4	ÇOCUKLARDA UYKU ÖLÇEĞİ DEĞERLENDİRİLMESİ	81
4.5	ÇOCUKLARDA ANKSİYETE TARAMA ÖLÇEĞİ DEĞERLENDİRİLMESİ	82
5	SONUÇ	84
6	ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI	85
7	KAYNAKLAR	86
8	EKLER	99
8.1	ÇALIŞMADA KULLANILAN ÖLÇEKLER.....	99

KISALTMALAR

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

GGA: Güçler ve Güçlükler Anketi

ÇATÖ: Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği

ÇUÖ: Çocuklarda Uyku Ölçeği

ÇİYKO: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği

ÖÇTP: Ölçek Toplam Puanı

FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı

PSTP: Psikososyal Sağlık Toplam Puanı

SCARED: The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders

AG: Adenoidektomi Yapılan Çalışma Grubu

ATG: Adenotonsillektomi Yapılan Çalışma Grubu

KG: Kontrol Grubu

AGBHS: A Grubu Beta Hemolitik Streptokok

A/N: Adenoid/ Nazofareks oranı

CPAP: Sürekli Pozitif Hava Yolu Basıncı

BPAP: İki Seviyeli Pozitif Basınçlı Hava Yolu Basıncı

GİRİŞ-AMAÇ

Adenoidektomi ve adenotonsillektomi çocukluk çağında çok sık yapılan operasyonlardır. Bu operasyonlara endikasyon oluşturan nedenlerin çocukluk yaş gurubu üzerindeki etkilerinin aydınlatılması önemli bir konudur.

Adenotonsiller hipertrofi çocukluk çağında üst hava yolu obstrüksiyonun en sık sebebi olup [1, 2] basit horlamadan belirgin uyku apnesine varabilen çeşitli derecede uyku bozukluklarına neden olabilmektedir. Solunum problemlerine bağlı uyku bozukluklarında kalp yetmezliği [3-5] , sistemik hipertansiyon [6], gelişme geriliği [7], nörokognitif sekeller [8, 9] ve nörodavranışsal performansta bozulma gibi problemler görülebildiği bilinmektedir [8, 10, 11]. Kesin patofizyolojisi henüz tam olarak açıklanmamış olsa da davranışsal problemlerde ve nörokognitif performansta bozulmanın aralıklı veya kronik hipoksiye bağlı beyin bazı bölgelerinde meydana gelen nörokimyasal değişikliklere bağlı olabileceği düşünülmektedir [9]. Beynin gelişimini en geç tamamlayan bölgesi olan prefrontal korteks üzerinde aralıklı veya kronik hipoksinin dopaminerjik ve glutamat yollarında kimyasal değişikliklere neden olduğu düşünülmektedir [12].

Bu dönemde görülen sık geçirilen enfeksiyonlar ve uykuyu bozan solunum problemleri gibi organik nedenli bazı sorunların tedavi edilmesi ile daha ağır davranışsal, nörobilişsel ve psikiyatrik sorunlar engellenebileceği öngörülmektedir [13].

Çalışmamızda adenoid hipertrofisi veya adenotonsiller hipertrofinin neden olduğu obstrüksiyon bulguları ya da rekürren adenotonsillit ataklarının eşlik ettiği adenotonsiller hipertrofi nedeni ile adenoidektomi veya adenotonsillektomi endikasyonu alan çocukların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası, çocuklarda ruhsal bozuklukları taramaya yardımcı ölçekler kullanılarak ameliyat endikasyonuna neden olan etkenin çocukların ruh sağlığı üzerine etkisini araştırmayı amaçladık.

1 GENEL BİLGİLER

1.1 ADENOİD VE PALATİN TONSİL

1.1.1 Adenoid

1.1.1.1 Anatomisi

Adenoid dokusu nazofarenks arka duvarında süperiorda kafa tabanında yer alır ve intrauterin yedinci ayda gelişimini tamamlar. Bakteri kolonizasyonu doğumdan sonraki ilk haftlarda adenoid dokusunda oluşmaya başlar. Yaşamın ilk yıllarında zamanla hacmi artar ve 6.-7. yaşlarda en büyük hacmine ulaşır. Adenoidin büyümesini antijenler ve iritan maddeler daha da artırır. Bağışıklıkta önemli rolü olan lokal sekretuar İmmunglobulin A üretirler. Puberte ile adenoid dokusu küçülmeye başlar [14].

1.1.1.2 Kanlanması, İnnervasyonu ve Lenfatik Akımı

Adenoid dokusu, asendan farengeal, asendan palatin arterler ve fasiyal arterin tonsiller dalları, internal maksiller ve pterigoid kanal arterlerin farengeal dalları ile kanlanır. Bazen de komşuluk yolu ile sfenoid kemiğin tabanını besleyen inferior hipofizyal arterin dalı olan bazal sfenoid arterden beslenebilir. Venöz drenajı İnternal submukozal ve eksternal farengeal venöz pleksusa dökülen venlerle sağlanır. Farengeal venöz pleksusa oradan da fasiyal veya internal juguler vene drene olur. Pterigoid venöz pleksusla da bağlantı yapar [4, 15, 16]. Sensöriyel innervasyonu, nervus glossofarengus ve nervus vagus ile sağlanır. Adenoidlerin afferent lenfatikleri yoktur. Lenfatik akım yönü genellikle retrofarengeal ve üst derin servikal lenf nodlarına doğru olur [15].

1.1.1.3 Histolojisi

Adenoid dokusu nazofarenksin arka duvarın tavanına yerleşir. Yüzeyi silyalı, pseudostratifiye prizmatik epitelle örtülüdür. Adenoid üst yüzeyi ise bağ doku kaynaklı, palatin tonsil kapsülüne oranla daha ince olan yarı-kapsülle sfenoid ve oksipital kemik periostundan ayrılır. Adenoid, yarı kapsülünden kaynaklı bağ doku septaları ile 4-6 loba

ayrılır. Kapsül altında serö-müköz karışık bezler konumlanmıştır. Adenoid dokusun kriptaları olmayıp pli (pleat) denilen uzunlamasına katlantılarla adenoid parankimi folikül ve ektrafoliküllere ayrılır. Adenoid epiteli yoğun lenfosit infiltrasyonu gösterir ve epitel altında yaklaşık 2 milimetre kalınlıktaki alanda yaygın lenf folükülleri barındıran tabaka bulunur [4, 15, 16] .

1.1.2 Palatin Tonsil

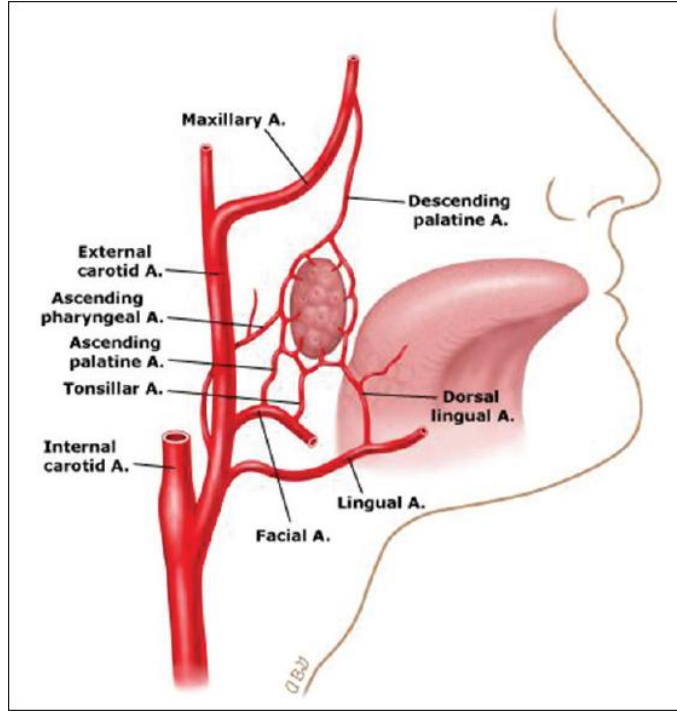
1.1.2.1 Anatomisi

Palatin tonsiller orofarenks yan duvarında tonsil lojuna yerleşmiş iki adet ovoid şekilli lenfoid doku kitleleridir. Tonsilin anterior sınırını arkus palatoglossus, posterior sınırını arkus palatofarengeus oluştururken medial yüz serbetir. Tonsilin dış yüzünde ise süperior konstrüktör kas bulunur. Şekil ve büyüklüğü kişiye ve yaşa göre değişebilmektedir. Erken çocukluk döneminden pubeteye kadar hacmi artar. Pubertede ise en büyük hacmine ulaşır.18-20 yaşları civarında ise gelişimini tamamlamaktadır. Yüzeyi yassı epitelle örtülüdür. Tonsil dokusunda genellikle tübüler yapıda tonsil kapsülüne doğru uzanan, kör uçlu 10-30 kadar kripta bulunmaktadır [17].

1.1.2.2 Kanlanması, İnnervasyonu ve Lenfatik Akım

Palatin tonsiller daha çok eksternal karotisin terminal dalları ile beslense de internal karotit arter minor dallarıyla tonsil kanlanmasına katılır.

Tonsilin alt kutbunun kanlanması fasiyal arterin asendan palatin arter, tonsiller dalı ve lingual arterin dorsalis lingua dalı ile gerçekleşirken üst kutbunun kanlanmasının büyük çoğunluğu desenden palatin arter ile olur.(Şekil 1)



Şekil 1: Palatin Tonsilin Arteriyel Kanlanması[18]

Tonsilin venöz drenajı fasiyal ven aracılığı ile internal juguler vene olur. Venöz drenaj paratonsiller vene olur.

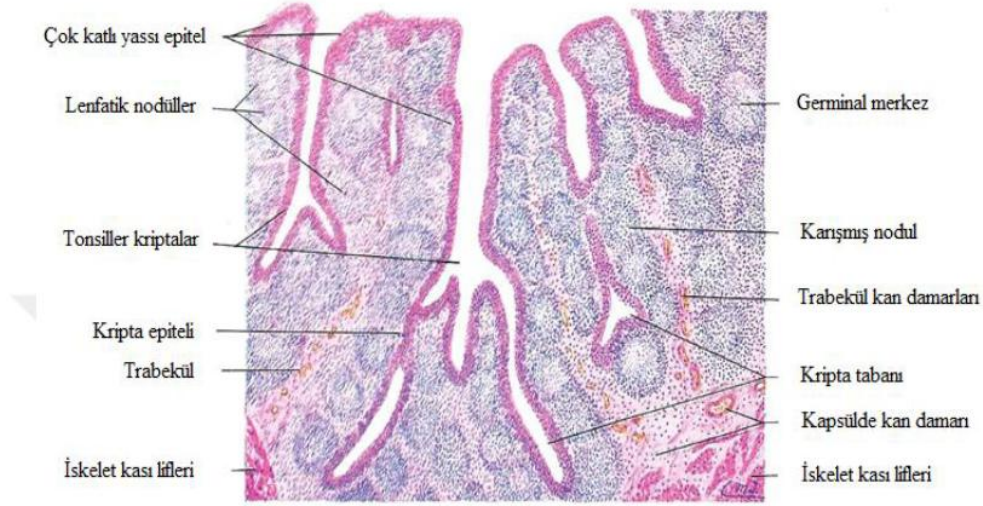
Palatin tonsillerin lenfatik drenajı efferent yolla özellikle jugulodigastrik lenf nodlarına doğrudur. Afferent lenfatik drenajı ise yoktur.

Nervus glossopharyngeus 'un tonsiller dalı palatin tonsilin duysal innervasyonu sağlarken, superior servikal ganglion kaynaklı lifler sempatik innervasyonunu sağlar [14, 19, 20].

1.1.2.3 Histolojisi

Yüzeyi stratifiye skuamöz epitelle örtülü tonsilde yaklaşık 15 adet sekresyonların gerçekleştiği yapılar vardır. Lenfositler aktivite tonsil içerisindeki foliküller içerisinde gerçekleşir. Tonsilin lateral yüzeyi kapsül ile sarılı olup kapsülden çıkan septalar tonsili bölmelere ayırır. Septa kaynaklı konnetif dokular tonsil parankiminde ağısı bir yapı

oluşturur. Lenfosit aktif proliferasyonu bu ağsı yapının içerisindeki lenfoid foliküllerin germinal tabakasında gerçekleşir [20, 21].



Şekil 2: Palatin Tonsil Histolojik Kesiti [22]

1.1.3 Palatin Tonsil ve Adenoid Hastalıkları

1.1.3.1 Akut Tonsillit

Boğazda ağrı, terleme, titreme, yutma güçlüğü, halsizlik eklemlerde ağrı gibi şikâyetler görülmektedir. Hastalığın şiddeti her hastada hastanın direnci ve etken mikroorganizmaya bağlı olarak farklılık göstermektedir. Akut tonsillitte en sık sebep virüslerdir. En sık viral etkenler; Rinovirüs, Coronavirüs, Adenovirüs, HSV olarak sayılabilir. Bakteriyel etkenler, vakaların %30'undan sorumludur. En sık bakteriyel tonsillit etkeni ise A grubu Beta Hemolitik Streptokoklardır (AGBHS) [23].

1.1.3.2 Rekürren Akut Tonsillit

Tekrarlayan akut tonsillit ataklarının görüldüğü bir durumdur. Son bir yıllık süreçte 7, son iki yıllık süre içinde 5 ve son 3 yıllık süre içinde en az 3 defa tonsillit atağının olması ile karakterizedir. Ataklar esnasında, 38,5 dereceye varan ateş, 2 santimetre ve daha büyük servikal lenfadenopati olması, kültürde Grup A Beta

Hemolitik Streptokok (GABHS) görülmesi koşullarından, en az birinin olması gereklidir [20].

1.1.3.3 Kronik Tonsillit

Antibiyoterapiye yeterli cevap alınamayan boğaz ağrısı ve /veya tonsillit öyküsü bu hastalığın temelini oluşturur. Tekrar eden boğaz ağrıları ile birlikte, halsizlik, ateş ve eklem ağrıları görülebilir. Tonsil kriptalarında ağzı kokusuna neden olan magma olabilir. Kronik tonsillit hastalarında tonsiller atrofik olabildiği gibi hipertrofik de olabilirler. Plikalar kronik inflamasyon nedeniyle hiperemik veya skarlasma gösterebilir [19, 21].

1.1.3.4 Adenoidit

Akut adenoiditte hastalar hekime ateş, burun tıkanıklığı, pürülan burun akıntısı ve orta kulak enfeksiyonu şikayetleri ile başvurabilir. Daha önce olmayan şiddette horlamanın görülüp atak sonrasında düzelen veya şiddeti azalan horlamanın olması akut enfeksiyon lehine değerlendirilebilir. Son altı aylık zaman diliminde 4 veya daha fazla akut atak görülmesi rekürren akut adenoidit olarak adlandırılır. Kronik adenoiditte öksürük, geniz akıntısı, burun akıntısı gibi özellikle kronik sinüzitte de görülen nonspesifik semptomlar görülür. Bu nedenle kronik sinüzit ile kronik adenoiditin ayrıcı tanısını yapmak güç olabilmektedir. Enfeksiyon esnasında adenoid dokusunda bulunan germinal merkez hem sayısal hem de hacimsel olarak artar [24]

1.1.3.5 Adenoid Hipertrofisi

Hiponazal (rinoloia clousa) konuşma, horlama ve gece-gündüz ağzı açık nefes alma adenoid hipertrofisine eşlik eden semptomlardır. Bu semptomlar büyümüş adenoid dokusunun oluşturduğu nazofarengeal obstrüksiyon sonucudur. Adenoidit ile birlikte nonspesifik semptomlar olan rinore, postnazal akıntı, kronik öksürük sık görülmektedir. Adenoid hipertrofisi üstaki vasıtasıyla tekrarlayan akut otitis media ve efüzyonlu otitis

mediaya neden olabilmektedir. Maksiller gelişimin olumsuz etkilenmesi nedeniyle çocuklarda zamanla “adenoid yüzü” meydana gelmektedir [25].

1.1.3.6 Kronik Adenotonsiller Hipertrofi

Adenotonsiller hipertrofi çocukluk çağı obstrüktif uyku apnesinin ve üst solunum yolları obstrüksiyonunun en sık nedenidir. Adenotonsil hipertrofisine bağlı hava yolu tıkanıklığına sahip hastalarda, aşırı horlama ve belirgin uyku apnesi vardır [26]. Hava yolu obstrüksiyonuna bağlı olarak horlama, ağzı açık uyuma, gece sık sık uyanma vardır. Bazı çocuklarda apne periyotları ve büyüme, gelişme geriliği mevcuttur. Kronik adenotonsiller hipertrofisi olan çocuklarda kraniyofasiyal gelişim etkilenebilir. Bundan kaynaklı total anterior yüz uzunluğunun arttığı ve retrognat yerleşimli mandibulanın eşlik ettiği ‘ ‘ adenoid yüzü ‘ ‘ olarak adlandırılan durum meydana gelebilir [24].

Adenotonsiller hipertrofisi olan çocukların öyküsünde çoğunlukla aşırı horlama vardır [2, 27]. Aşırı horlama, tıkaçıcı uyku apnesinin önemli bir göstergesi olabilir. Bu duruma yönelik polisomnografik testlerin rolü çeşitli çalışmalarda bildirilmiştir [27, 28]. Ancak fizik muayene ya da radyolojik değerlendirme ile doğrulanan adenotonsil hipertrofisi tanısı alan çocuklarda polisomnografik inceleme gerekmebilir. Polisomnografi uyku apnesi veya önemli uyku bozukluğu görülen ve altta önemli adenoid ve /veya tonsil hipertrofisi olmayan hastalarda etiyolojiyi aydınlatmak için yapılmalıdır [28].

Orofarenks muayenesi ile hipertrofik tonsiller kolayca saptanırken adenoid dokusunun muayenesi nispeten daha zor olmaktadır. Adenoid dokusu endoskopik bakı, nazofarenks tuşesi veya lateral sefalometrik grafiyle değerlendirilebilir. Bu yaş grubundaki çocuklarda endoskopi ve nazofareks tuşesi rahatsız edici olabileceğinden lateral sefalometrik kafa grafisi ile adenoid büyüklüğü ve obstrüksiyon yapıp yapmadığı hakkında bilgi edinilebilir. Kronik adenotonsiller hipertrofi tedavi edilmezse yarattığı hava yolu obstrüksiyonuna bağlı olarak hastada uzun dönemde kronik hipoksi ve

hiperkapni sonrasında kor pulmonale, pulmoner hipertansiyon, kalp yetmezliğine neden olabilir [3-5].

Santral uyku apnesinde neden beyin sapı kaynaklı iken, obstrüktif uyku apnesinde asıl neden özellikle adenotonsiller hipertrofinin neden olduğu hava yolunun tıkanmasıdır. Mikrognati veya retrognati, makroglossi, burun tıkanıklığı, palatin tonsil hipertrofisi ve adenoid hipertrofisi gibi durumlarda da hava yolunda daralma dolayısıyla obstrüktif uyku apnesi meydana gelebilir [28, 29].

1.1.3.7 Adenotonsiller Hipertrofi Komplikasyonları

Tedavi edilmeyen adenotonsiller hipertrofi zamanla obstrüktif uyku apnesi, kardiyak problemler, yüz gelişim bozuklukları ve psikiyatrik bozukluklara zemin hazırlayabilir [30-32].(Tablo 1)

Tablo 1: Adenotonsiller Hipertrofi Komplikasyonları[30]

1. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu
2. Artmış Üst Solunm Yolu Direnci Sendromu
3. Psikososyal ve Nörobilişsel Etkilenme
4. Yüz Gelişimi Bozuklukları
5. Büyüme-Gelişme Geriliği
6. Pulmoner Hipertansiyon ve Kor Pulmonale
7. Sistemik Hipertansiyon
8. Yaşam Kalitesinin Azalması

1.1.4 Hastaların Değerlendirilmesi

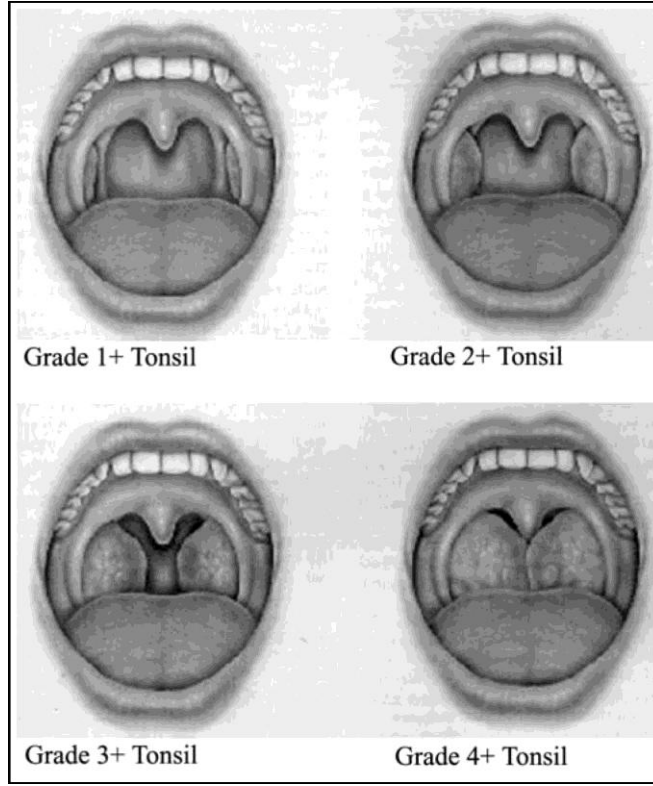
Hastalar değerlendirilirken öncelikle dikkatli bir anamnez alınır. Daha sonra rutin fizik muayene işlemi ve gerekli laboratuvar tetkikleri yapılır. Anamnezde hastalığın başlangıcı, semptomları, sistemik belirtileri, öncesinde geçirilen hastalıklar ve yapılan tedaviler sorgulanmalıdır [29].

Adenotonsiller hipertrofisi olan çocuklarda uyku problemleri, konuşma problemleri, kötü okul preformansı, kötü iştah ve yutmada güçlük oldukça sık görülen şikayetlerdir. Obstrüksiyon ileri derecede ise davranım bozuklukları , öğrenmede güçlük ve sabahları olan baş ağrıları görülebilir [29].

Hastalara rutin olarak Kulak Burun Boğaz ve Boyun muayenesi yapılmalıdır. Waldeyer'i oluşturan lenfatik dokular muayene edilmeli. Dudak, diş, dil, ağız içi mukoza, ağzı tabanı, damak dikkatlice gözlenir. Gözle görülemeyen alanların muayenesi için ayna, rijit veya fleksibl endoskoplardan yararlanılır. Palatin tonsillerin muayenesi dil basacağı yardımıyla yapılır. Tonsiller, ön-arka plikalar, lateral farengeal bantlar, dil kökü ve farenks arka duvarı incelenir [33].Tonsiller hipertrofi çeşitli sınıflamalara göre evrelenebilir.(Tablo 2), (Şekil 2), (Tablo 3),(Şekil 3)

Tablo 2: Friedman Sınıflamasına Göre Tonsiller Hipertrofi Sınıflaması[34]

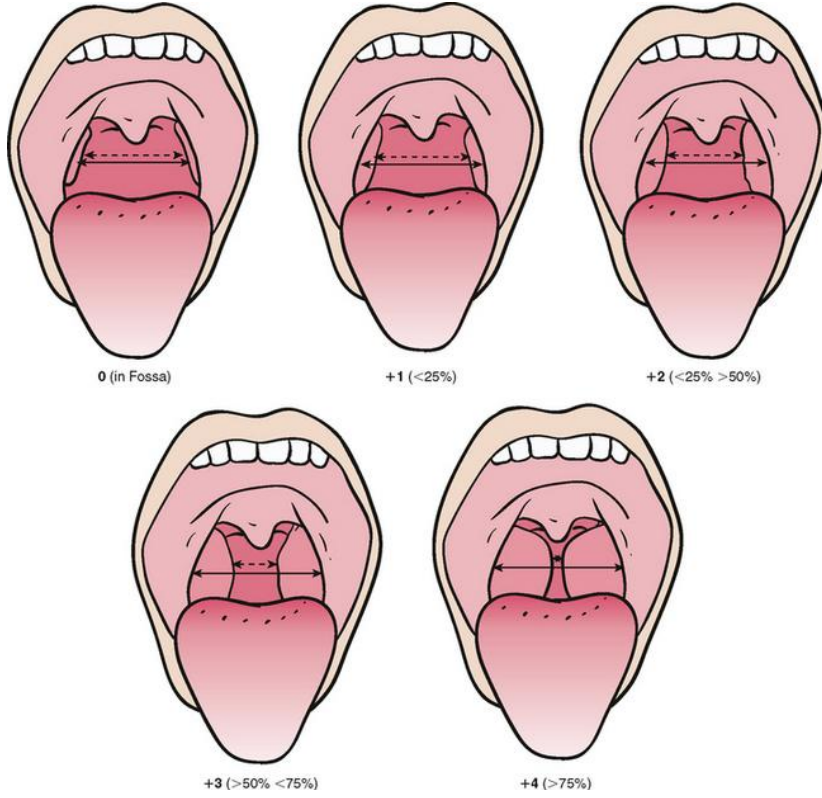
Grade 1	Tonsil ön ve arka plikaların arasında gizli
Grade 2	Tonsil plikaları geçmiş.
Grade 3	Arka plikalar hiç görülüyor. Tonsil orta hatta doğru uzanmış.
Grade 4	Tonsil orta hatta gelmiş.



Şekil 3: Palatin tonsil Friedman sınıflaması [34]

Tablo 3: Bodsky Sınıflamasına Göre Tonsiller Hipertrofi Sınıflaması[35]

Grade 0	Tonsiller, tonsiller fossada bulunur ve hava yolunda bir tıkanıklık oluşturmaz.
Grade 1	Tonsiller tonsiller fossayı biraz geçmiştir. Hava yolunda %25 tıkanıklık oluşturur.
Grade 2	Tonsiller hava yolunda %25-%50 arasında tıkanıklık oluşturur.
Grade 3	Tonsiller hava yolunda 50-%75 arasında tıkanıklık oluşturur.
Grade 4	Tonsiller hava yolunda %75 den fazla tıkanıklık oluşturur.



Şekil 4: Palatin Tonsil Brodsky Sınıflaması [35]

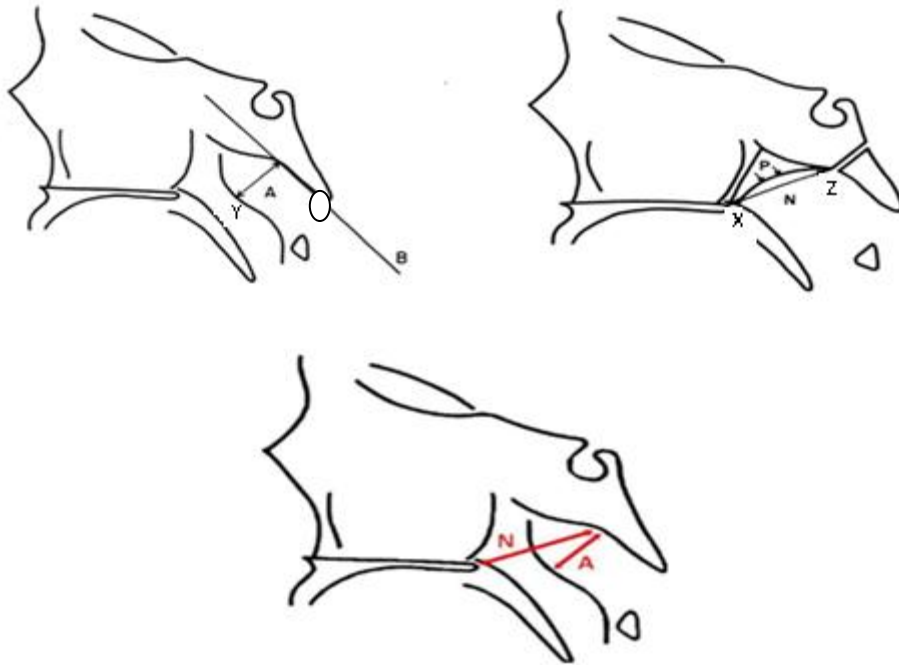
Adenoid hipertrofisinin değerlendirilmesinde fleksible endoskop ve lateral nazofarenks grafisi kullanılabilir. Endoskopik muayenede adenoid dokusunun koanayı ne kadar daralttığına bakılıp adenoid hipertrofisi derecelendirilir [36].(Tablo 4)

Tablo 4: Endoskopik Adenoid Vejetasyonu Derecelendirilmesi [36]

Grade 1	Adenoid dokusu koananın %0-%25'ini kapatıyor.
Grade 2	Adenoid dokusu koananın %25-%50 'sini kapatıyor.
Grade 3	Adenoid dokusu koananın %50-%75 ' ini kapatıyor.
Grade 4	Adenoid dokusu koananın %75-%100 ' ünü kapatıyor.

Nazal endoskopi, adenoid hipertrofi tanısı koymak için günlük uygulamada altın standart olarak yer alan bir uygulamadır. Nazal endoskopi uygulanamayan veya endoskopi bulgularının yetersiz olduğu seçilmiş olgularda, lateral nazofaringografi A/N (A: adenoid/N: nazofareks) oranı güvenilir bir şekilde adenoid dokusunun değerlendirilmesi için uygulanabilir [37].

Çeşitli çalışmalarda nazofarenks lateral nazofaringografide ölçülen A/N oranının adenoid hipertrofisi ile ilişkili klinik semptomatoloji ile uyumlu olduğu bildirilmiştir [16, 38]. Fujioka ve arkadaşlarının tanımladığı A/N oranı şu şekilde hesaplanır: Lateral sefalografilerde arka nazal çıkıntı: X noktası, X'e en yakın adenoid dokunun bulunduğu sfenoid kemiğin anterior yüzü: Z, adenoid ön yüzeyinin en çıkıntılı kısmı: Y olarak belirlenir. Y-Z mesafesi: A(adenoid büyüklüğü) ,X-Z mesafesi: N (nazofarenks mesafesi) hesaplandıktan sonra adenoid boyutu, nazofarengeal havayolu çapına bölünerek A/N oranı hesaplanır [38].



Şekil 5: Adenoid / Nazofarengeal Oran Ölçümü (A/ N)

1.1.5 Tedavi

Adenoid dokusunun akut enfeksiyonlarına ilk olarak medikal tedavi uygulanır. Etkene göre antibiyoterapi, analjezik, antipretik, antinflamatauar ajanlar başlanabilir. Cerrahi tedavi daha çok medikal tedaviye yanıt vermeyen adenoid hipertrofisi gibi durumlarda uygulanır [14].

Akut tonsillit tedavisi enfeksiyon etkeninin ortadan kaldırılması ve destek tedavisidir. Hastanın dinlenmesi ve bol sıvı alması önemlidir. Ateş ve diğer semptomlar için analjezik ve antipiretikler kullanılır. AGBHS tonsillitinde akut semptomların hızla iyileşmesi, süpüratif ve nonsüpüratif komplikasyonların engellenmesi ve bulaştırıcılığın önlenmesi için antibiyoterapi başlanır. AGBHS düşünülen hastalara antibiyoterapi olarak; penisilin, sefalosporin, eritromisin, klaritromisin kullanılabilir. Medikal tedaviye dirençli vakalarda önce kültür alınmalı. Aksi durumda bakteriler tarafından antibiyotik direnç gelişimi ortaya çıkabilmektedir [19].

Kronik tonsillitlerin kesin tedavi endikasyonu varsa tonsillektomidir. Fakat aralarda geçirilen akut ataklara neden olan mikroorganizmanın bakteri olduğu düşünülüyor ise antibiyotik tedavisi başlanmalıdır. Penisilin grubu antibiyotikler tedavide ilk seçilecek olmalıdır ancak etken beta laktamaz üretiyorsa; amoksisilin-klavulonik asit, ikinci kuşak sefalosporinler, klindamisin tercih edilmelidir [14].

1.1.5.1 Adenoidektomi

Küret ile adenoidektomi en eski ve dünya çapında yaygın olarak en sık kullanılan yöntemdir. İlk defa Jacob Gottenstein tarafından dizayn edilen küretin çeşitli boy, en ve açıda olanları mevcuttur. Bu küretler nazofarengeal kafa tabanının doğal açısına uygun hareket etmek üzere geliştirilmiş olup adenoid dokuyu keskin ucuyla tabanından kesip çıkarmak için kullanılır. Genel anestezi sonrası hastaya supin pozisyonu verilir. Ağız açacağı takıldıktan sonra ağız içi ortaya konur. Küret nazofarenkse körlemesine geçirilebileceği gibi, larenks aynası ile de yerleştirilebilir. Bunların dışında her iki ya da tek burun deliğinden geçirilen plastik katater orofarenkste tutularak ağız içinden bir ucu

ıkarılır ve yumuşak damak öne doğru çekilerek tespit edilir. Olabildiğince nazofarenks görülmeye çalışılır. Yumuşak damak palpasyonu ile submukozal yarık damak ya da anormal farengeal pulsatil vaskuler yapı olup olmadığı kontrol edilir. Küret boyutu her iki Rosenmller fossa arasındaki mesafeye göre seçilir. Küret vomer arka kenarı st ucuna orta derece baskıyla dayanarak orta hattan ayrılmadan adenoid doku yatağından aşağıya doğru kürete edilir. Koanada ve torus tubarius etrafında kalan artık adenoid dokuları görece daha küçük kretlerle kürete edilir. İşlem sonrasında palpasyonla, larenks aynası kullanılarak posterior rinoskopiyle ya da endoskop kullanılarak nazofarenks kontrol edilir. Kalan adenoid dokusu küçük boyda kretle, alınabilir.

Hemostaz için genellikle gazlı bez tampon konularak bir müddet beklenir. Gazlı bez kuru olabilir ya da oxymetazolin gibi çeşitli ilaçlar içerebilir. Hemostaz bu şekilde sağlanamazsa monopolar koterizasyon, gümüş nitrat, bizmut subgallat gibi ajanlar ya da baskılı tamponlama kullanılabilir. Hemostaz sağlandıktan sonra nazofarenks, orofarenks irrije edilir ve irrigasyon materyali aspire edilir [39, 40].

1.1.5.2 Adenoidektomi Endikasyonları [14, 21]

1.1.5.2.1 Enfeksiyon

- Tekrarlayan orta kulak enfeksiyonu
- Effzyonlu kronik orta kulak enfeksiyonu
- Tıbbi tedaviye yanıtız akıntılı kronik otitis media
- Tıbbi tedaviye cevap vermeyen pürülan adenoidit
- Ventilasyon tüpünden, tıbbi tedaviye cevap vermeyen otore varlığında

1.1.5.2.2 Obstrüksiyon

- Adenoid kaynaklı gece gündüz ağızdan nefes alma ve horlama
- Uykuda huzursuzluk veya obstrüktif uyku apne sendromu
- Hipertrofiye olmuş adenoid ile ilişkili:
 - i- Konuşma bozuklukları

- ii-Büyüme gelişme geriliği
- iii-Yutma problemleri
- iv- Kor pulmonale
- Maksillofasyal gelişim bozuklukları yaratması

1.1.5.2.3 Diğer Nedenler

- Neoplazi şüphesi
- Kronik sinüzit ile ilişkili adenoid hipertrofisi

1.1.5.3 Adenoidektomi Kontrendikasyonları [21, 41]

- Yarı damak
- Akut enfeksiyon dönemi
- Anestezi açısından risk taşıyan kalp ve akciğer hastalıkları
- Kanama pıhtılaşma bozuklukları

1.1.5.4 Tonsillektomi

Soğuk bıçak ile komplet tonsillektomi tekniği lokal olarak uygulanabildiği gibi genel anestezi altında da uygulanabilir. Genel anestezi ile uygulandığında hasta omuzlarının altına bir yastık konularak başı hiperekstansiyona getirilmiş supin pozisyonda (Rose pozisyonu) olmalıdır [42]. Ağız açacağı takılır ve askılar yardımı ile baş, boyun sabitlenir. Tonsil üst kutbu tonsil tutucu forseps ile tutularak mediale doğru çekilir ve tonsil ön pilikasına insizyon yapılır. Daha sonra künt ve keskin diseksiyonlarla tonsil alt kutbuna doğru diseke edilir. Alt kutba ulaşıldığında tonsil dokusu snare tel içine alınıp kısıtılarak tonsil eksizyonu tamamlanır [42, 43].

1.1.5.5 Tonsillektomi Endikasyonları

1.1.5.5.1 Tonsillektomi Kesin Endikasyonları [17]

- Obstrüktif uyku apnesi sendromu
- Kronik tıkaçıcı tonsil hipertrofisi
- Üst solunum yolu direnç artışı sendromu
- Peritonsiller abse
- Persistan ve rekürren hemorajik tonsillit
- Malignite şüphesi

1.1.5.5.2 Rölatif Tonsillektomi Endikasyonları [17]

- Rekürren akut tonsillit
- Kronik tonsillit
- Magma, Halitosiz,
- Persiste servikal lenfadenomegali,
- Magma
- Tonsil taşları, kistleri
- Obstrüksiyon yapmadan aşağıdaki sorunlara yol açan hipetrofi,
 - Yutma sorunu
 - Konuşma bozukluğu
 - Horlama
 - Gelişme geriliği ve kor pulmonale (diğer nedenlerle açıklanmayan)
- Tonsillit atağı esnasında febril konvülziyon geçirme öyküsü
- Difteri/ AGBHS taşıyıcılığı,
- Eagle sendromu,
- Tüberküloz lenfadenit

1.1.5.6 Tonsillektomi Kontraendikasyonları [21, 44-47]

- Kanama bozuklukları, lösemi, purpura, aplastik anemi, hemofili

- Kontrol altında olmayan diabetes mellitus, kalp hastalıkları, epilepsi vb. sistemik hastalıklar
- Yarı damak
- İmmün yetmezlik şüphesi
- İmmüsupresif ilaç kullanımı
- Akut enfeksiyon dönemleri
- Polio epidemisi veya polioya karşı aşılanmamış olmak

1.2 UYKUDA SOLUNUM BOZUKLUĞU

Uyku farklı şiddette ve farklı duysal uyarılarla geri döndürülebilir, belli aralıklarla ve belli sürelerde kişinin çevreyle ilişkisinin geçici kaybolma durumu olarak tanımlanabilir [48]. Yeni doğan bir bebek ortalama 16-18 saat uyurken; 1-3 yaş arasında bu süre 12-13 saate, 3-5 yaş arasında 11-12 saate düşer ve 8 yaşındaki bir çocuk için ise ortalama 10 saat uyur [49].

Solunum paterninin uyku esnasında patolojik boyuttaki değişiklikler göstermesi ile ortaya çıkan klinik tablo uykuda solunum bozuklukları olarak adlandırılır. Horlamadan obezite-hipoventilasyon sendromuna uzanan farklı klinik tabloların oluşmasına neden olan uykuda solunum bozuklukları ortaya çıkarken birçok patofizyolojik süreçlerden geçebilmektedir. Obstrüktif uyku apne sendromu ve üst solunum yolu direnç artışı sendromunun ise uykuda solunum bozuklukları yelpazesinde birer hastalık alt kategorisi olduğu bilinmektedir (Tablo 5). Basit horlama korkulmayacak bir hastalık olarak görülsede, Obstrüktif Uyku Apne Sendromu morbidite ve mortaliteyi artırdığı için tedavi edilmelidir [50].

Tablo 5: Uykuda Solunum Bozuklukları Dağılımı [51]

1. Basit horlama
2. Üst solunum yolu direnç artışı sendromu
3. Obstrüktif uyku apne sendromu
4. Santral uyku apne sendromu
5. Overlap sendromu
6. Obezite hip ventilasyon sendromu

1975 'te ani bebek ölümü sendromunun tanımlanmasıyla çocuklarda uykuda solunum bozukluklarının anlam ve öneminde eskiye oranla artış görülmüştür. Çocuklarda uykuda solunum bozukluğunun prevalansını tespit etmek biraz zordur [52].Ancak çocuklarda yaygın görülmektedir. Risk faktörü olarak en sık rastlanan neden adenotonsiller hipertrofidir. Tedavi edilmediği zaman ilerleyen süreçte özel öğrenme güçlüğü, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozuklukları, hafıza sorunları, kalp-damar rahatsızlıkları ve duygudurum bozuklukları görülebilir [53].

Adenotonsiller hipertrofi, obezite, serebral palsy, müsküler distrofi ve noromüsküler hastalıklar, laringomalazi, kraniofasiyal anatomik bozukluklar, tekrarlayan üst solunum yolu enfeksiyonları, gastroözofageal reflü, astım, prematürite, genetik varyasyon ve yarı damak cerrahisi gibi bazı nedenler çocuklarda uykuda solunum bozukluğu için zemin oluşturalar [52, 54].

Çocuklarda da basit horlamadan obstrüktif uyku apne sendromuna kadar değişebilen uykuda solunum bozuklukları ilerleyen süreçte büyüme gelişme geriliği, nörobilişsel bozuklular ve daha nadir görülen kardiyovasküler rahatsızlıklar gibi komplikasyonlara neden olabilir. Uykuda solunum bozukluklarının klinik bulguları ve komplikasyonları çocuklarda ve erişkinlerde farklılıklar göstermektedir (Tablo 6). Erişkinlerde gün içerisinde aşırı uykululuk en önemli belirtiyken çocuklar hiperaktif olma eğilimi gösterirler [52, 55, 56].

Tablo 6: Çocuklarda ve Erişkinlerde Uykuda Solunum Bozukluğunun Klinik Farkları

	ÇOCUK	ERİŞKİN
Cinsiyet (E/K)	1/1	8/1
Ağırlık	Değişken	Çoğunlukla obez
Horlama	Devamlı	Aralıklı duraklama
Ağızdan soluma	Sık	Daha az
En sık şikayet	Horlama, zorlu solunum	Gündüz uyku olma
Büyümüş tonsil/adenoid	Sık	Nadir
Obstrüktif durum	Çoğunlukla apne	Çoğunlukla hipopne
Obstrüksiyon tespiti	REM	REM /NREM
Komplikasyonlar	Davranış değişiklikleri, Nörokognitif bozukluklar	Gündüz uyku olma, Kardiyovasküler hastalıklar

Uykuda solunum bozuklukları patofizyolosinde rol oynayan faktörler anatomik yapı, nöromotor tonus ve inflamasyondur. Uykuda hava yolu rezistansında artma ve solunum yollarında kollaps olması hipopne veya apne ile neticelenir. Adenotonsiller dokunun büyük olması ve hipertrofisi, yaşamın ilk yıllarında direnç artışında önemli role sahiptir [57, 58]. Büyük adenoid nazal solunum güçlüğünün en sık nedenidir. Kranofasyal değişimlere neden olan kronik ağız solunumuna neden olur. Kronik ağızdan soluma; yüksek damak, daralmış nazal hava yolu, mandibulanın geriye gitmesi, uzamış ve kalınlaşmış yumuşak damak ve kötü maksiller büyüme ile sonuçlanır [59, 60]. Adenotonsiller düzeyde direncin artmasına lokal inflamasyon katkıda bulunabilirken, sistemik inflamasyon, endotelyal disfonksiyon epizodik hipoksiye ve uyanmaya neden olabilir [61, 62].

1.2.1 Klinik Belirtiler

3-12 aylık bebeklerde uykuda solunum bozuklukları daha az görülür. Horlamadan daha çok gürültülü solunum ön plandadır. Gürültülü solunum, laringomalazi veya vokal kord paralizisine de bağlı olabilir [54, 63].

1- 5 yaş arası çocuklarda ki tonsiller ve lenfoid dokular basit horlamanın sık görülen nedenlerinden biridir. Erken yaşlarda sıklıkla huzursuz uyku, konfüzyonel

uyanma ve gece terörü görülebilirken ilerleyen yaşlarda enürezis, hiperaktivite, sabahları uyanmada güçlük ve sabahları olan baş ağrısı baş gösterebilir. Uyku sırasındaki diz göğüs pozisyonu, hava yolunun kollabe olmaya yatkınlığının göstergesidir [52, 64, 65].

5-18 yaş arasında horlama, gece uyanmaları, enürezis nokturna ve parasomnia görülebilir. Okul çağı çocuklarında dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtilerinde artış görülmüştür. Hastalar diş hekimlerine ortodontik problemler ve malokluzyon ile başvurabilirler. Tedavi edilmediği zaman ise ilerleyen süreçte odaklanmada güçlük, kısa süreli hafıza sorunları, özel öğrenme zorluğu belirginleşir ve akademik başarısızlıklara neden olabilir [66, 67].

1.2.2 Patofizyoloji

1.2.2.1 Hipoksi İle Seyreden Bozukluklarla İlgili Bilgiler

Uykuda solunum bozukluğunun altında yatan patofizyolojik mekanizmalar arasında obstrüktif apne/hipopnelerin neden olduğu hipoksi ve uyku esnasında sık sık uyanmadan kaynaklanan bozulmuş uyku yapısı yer almaktadır [68-72]. Aralıklı hipoksinin prefrontal kortekste meydana getirdiği hasarın bilişsel işlev yetersizliğine neden olabileceği öne sürülmektedir [9].

Hipokampus limbik sisteme aittir. Davranış, dikkat, mekansal bellek, uzun süreli bellek ve mekansal navigasyonlarda beynin diğer parçalarıyla karmaşık bağlantılar üzerinden önemli bir role sahiptir [73-75]. Farklı hipokampal bölgelerin farklı gelişim dönemlerinde aralıklı hipoksiye farklı patolojik tepkileri vardır. Hipokampüsteki nöral devrelerin öğrenmede ve hafızada önemli olmasından dolayı, hipokampal hücrel hasarın obstrüktif uyku apne sendromu hastalarındaki nöropsikolojik yetmezliğe katkıda bulunduğu düşünülmektedir [76].

Yapılan çalışmalarda oksijen satürasyonunda düşmeye bağlı gelişimde gecikme, zekada düşme, davranış sorunları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtilerinin daha fazla olduğu bildirilmiştir [8, 12, 77, 78].

1.2.2.2 Hipoksi Olmayan Bozukluklarla İlgili Bilgiler

Nöropsikolojik ve psikososyal bozuklukların, hipoksi ile birlikte olmayan uyku bozukluklarından da kaynaklanabilmesi, sadece uyku yapısının bozulmasının da gündüz yaşanan eksikliklerde belirgin bir katkısı olduğunu gösterir. Yapılan çalışmalarda horlayan ama hipoksisi veya belirgin bir havayolu tıkanması olmayan çocukların bilişsel testlerde [79] eksiklikler gösterdiği ve horlama tedavi edildikten sonra bilişsel testlerindeki skorların iyiye gittiği gösterilmiştir [10].

1.2.2.3 Uyku Bölünmesi İle İlgili Bilgiler

Bazı uyku problemleri toplam uyku miktarını değiştirmez iken, uykunun kesintiye uğramasıyla uyku parçalanmasına neden olup gün içi işlevselliği ve davranış durumunu etkileyebilir [68, 80, 81].

1.2.3 Psikopatoloji

Uykuda solunum bozukluklarında görülen uyku bölünmesi ve aralıklı hipoksi prefrontal kortekste nörokimyasal değişimlere yol açarak bilişsel işlev bozukluklarına, bellek ve görsel uzaysal yetilerin kötüleşmesine neden olduğunu ileri süren çalışmalar vardır [8, 9, 68].

1.2.4 Tanı

Polisomnografi uykuda solunum bozuklukları tanısı koymak için altın standarttır [82]. Ancak fizik muayene ya da radyolojik değerlendirme ile doğrulanan adenotonsil hipertrofisi olan çocuklarda polisomnografi olmadan operasyon yapılabilir. Muayenede önemli adenoid ve/veya tonsil hipertrofisi olmayan ama uyku bozukluğu görülen hastalarda ise uyku bozukluğunun etyolojisini saptamak için polisomnografik çalışma yapılmalıdır [28].

1.2.5 Tedavi

Uykuda solunum bozukluğu tanısı alıp adenotonsiller hipertrofisi olan çocuklarda adenotonsillektomi uygulanan tedavi yöntemidir [83]. Diğer cerrahi tedaviler (uvulopalatofaringoplasti, maksillomandibüler ilerletme vb.), çocuklarda çok sık kullanılmamakla birlikte seçilmiş vakalarda uygulanabilir. İki seviyeli pozitif basınçlı hava yolu basıncı (BPAP) ve sürekli pozitif hava yolu basıncı (CPAP) cerrahi tedavi uygulanamayan hastalara uyku parametrelerinin iyileşmesi için önerilen yöntemlerdir. Mevcut yöntemlerden fayda görmeyen hastalarda son seçenek trakeostomidir [84].

1.3 DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

1.3.1 Tarihçe

1902’de George Frederick Still’in yazdığı ‘Çocuklarda Anormal Ruhsal Durumlar’ adlı makalesinde bazı çocukların aşırı hareketli ve dürtüsel davrandığı, duygusal kararsızlık yaşadığı, odaklanma problemi olmasının yanında öğrenme güçlüklerinin olduğunu bildirmiştir [85]. Constantin Von Economo 1915 ve 1926 yılları arasında Avrupa ve Kuzey Amerika’da Von Economo hastalığı diye bilinen bu hastalığa yakalanan çocuklarda dürtüsel davranışlar, davranım bozuklukları, hiperaktivite ve dikkat eksikliği gibi semptomlar veren ensefalit salgınını tanımladı [86]. Amerikan Psikiyatri Birliğinin yapmış olduğu çalışmalar sonucunda 1968 yılında Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders II (DSM-II) de "Çocukluk Çağı Hiperkinetik Reaksiyonu” diye adlandırılmıştır [87]. 1980 yılında yayınlanan DSM-III’te tanı hiperaktiviteli veya hiperaktivitesiz iki alt gruba ayrılan Dikkat Eksikliği Bozukluğu diye değiştirilmiştir [88]. DSM-III-R’de dikkatsizlik, impulsivite ve aşırı hareketlilik belirtilerini sorgulayan 14 tanı kriteri belirlenmiş olup “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu” diye değiştirilmiştir [89]. DSM-IV-TR’de yine Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu adı altında hiperaktivite, impulsivitenin ön planda olduğu, dikkat eksikliğinin ön planda olduğu ve her ikisinin birden görüldüğü kombine tip olarak üç gruba ayrılmıştır [90]. 2013 yılında yayınlanan DSM-V’te ise Nörogelişimsel

Bozukluklar Kategorisi altında. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) başlığı ile yerini almıştır [91].

1.3.2 Klinik görünüm

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun yaşa özgü semptomları değişiklik gösterebilir dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve impulsivite ana belirtilerinin ev, iş, okul gibi farklı ortamlarda ortaya çıkması ile seyreden sık rastlanılan nöropsikiyatrik bozukluklarından birisidir [92]. Ailelerin çocuklarda dikkat eksikliğine yönelik şikayetleri genellikle; ödev yapmak istememeleri, ödevlerinin zamanında bitmemesi, basit hatalar yapması, verilen görevleri tamamlayamaması, plana uymaması, plan yapamaması, konuşulurken konuşanı dinlemiyor görünmesi, dağınıklık ve sahiplenmesi gereken eşyaları kaybetmesidir. Çocukların ilgi çeken ve motive edici bilgisayar oyunu oynama, televizyon izleme gibi alanlarda uzun süre harcamaları ailelerde isterse yapabilir algısı oluşturur [93].

Aşırı hareketlilik ve dürtüsellikte, uzun süre sessiz kalması gereken yerlerde yerinde duramayan ve çok konuşan kişi olarak görülürler, başkalarının konuşmalarının arasına girerler, sıralarını bekleyemezler, elleri ayakları kıpır kıpırdır [91]. DEHB ile birlikte görülme oranı çok yüksek olan davranım bozukluğu ve inatlaşma-zıtlaşma bozukluğu olan olgularda; çocuklarla iletişim kurmak, psikososyal anlamda işlevselliğini artırmaya çalışmak çok daha zor bir hal almaktadır [94]. DEHB'li hastaların ergenlik döneminde akademik anlamda yaşatlarının gerisinde kalma, dikkat dağınıklığı, riskli cinsel davranışlar, yıkıcı davranışlar, alkol-madde bağımlılığı, tehlikeli aktiviteler, sosyal ilişkilerde bozulmalar, depresif belirtiler görülebilir [95].

Erişkinde ise odaklanmada zorluk, planlamada ve başladığı işi bitirmede zorlanmayla beraber gelişen iş gücü kaybı, sık aktivite değiştirme, toplumsal ve sosyal hayatta zorlanmalar, depresyon ve anksiyete bozuklukları, madde kullanımı bozukluğu, antisosyal davranışlar görülebilir [96].

Diğer ruhsal hastalıklarda olduğu gibi DEHB tanısı koymak için herhangi bir tetkik olamamakla birlikte ebeveyn ve hasta ile yapılan ruhsal durum muayanesi, öğretmenden alınan geri bildirimler, DEHB tanısı için hazırlanmış ölçekler ve bilişsel testler ile klinik tanı konur [97].

1.3.3 Epidemiyoloji

Yaygın bir bozukluk olan ve yaşam boyu süren DEHB okul, ev gibi çoklu ortamlarda işlevsel bozulmaya yol açan gelişime uygunsuz seviyelerde dikkatsizlik ve hiperaktivite ile karakterizedir. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin verileri okul çağı çocuklarının % 5'inin DEHB olduğunu göstermektedir [91]. Willcutt'un son yıllarda yaptığı kapsamlı metaanaliz çalışmasında dünya çapında DEHB prevalansının ortalama %5,9-7,1 olduğunu göstermiştir [98]. Epidemiyolojik çalışmalarda erkeklerde kızlardan üç kat daha sık DEHB görüldüğü bildirilmektedir [92]. DEHB çoğunlukla ilk çocukluk çağında tanı alır ancak yetişkinliğe kadar devam edebilir. DEHB dikkat eksikliği ön planda olan alt tipi daha sık görülürken sırası ile birleşik görünüm ve hiperaktivite-impulsivite baskın tipin izlediği yapılan araştırmalarda gösterilmiştir. Kızlarda dikkat eksikliği ön planda olan alt tipi daha sık görülürken erkeklerde her üç alt tip daha sık görülmektedir [99]. Erişkinlerde DEHB sıklığı üzerine yapılan çalışmalar az olsa da Massachusetts'te yapılan çalışmada DSM-IV tanı kriterlerine göre DEHB sıklığı bakılmış ve DEHB sıklığı %4,7 olarak saptanmıştır [100].

1.3.4 Etiyoloji

DEHB semptomatolojisi çeşitli faktörlerden ve mekanizmalardan kaynaklanabilir [101]. DEHB'nin etyolojisini incelerken nedenselliği sağlamak zordur; bu nedenle araştırma çalışmalarında tartışılan faktörlerin çoğu nörobiyolojik faktörler, kalıtsal etkiler ve çevresel etkenler ile korelasyon göstermektedir[102] .

1.3.4.1 Genetik Geçiş ve Aile Çalışmaları

Sağlıklı kontrollerle karşılaştırılan ebeveyn-ikiz çalışmaları ve biyolojik ebeveyn ile karşılaştırılan evlat edinme çalışmaları DEHB etiyolojisini aydınlatmaya yarayan çok önemli genetik çalışmalardır [103]. DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerinde 2-8 kat daha fazla DEHB görüldüğü çeşitli çalışmalarda bildirilmiştir [104]. DEHB genetik çalışmalardan olan ikiz çalışmalarında DEHB eş hastalanma oranı monozigot ikizlerde %59-92, dizigot ikizlerde %29-42 arasında değişmektedir [105]. Evlat edinen ana-babalar ile biyolojik ana-babalar arasında DEHB insidansına bakıldığı zaman biyolojik ana-babalarda anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür. [106]. Yapılan çalışmalarda 4q13.1, 4q13.2,6q12, 7p13,16p13, 17p11, 15q15, 5q33.3, 11q22 gibi birçok farklı gen bölgesi DEHB ile ilişkilendirilmiştir [107]. Gen ve nörobiyolojik faktör araştırmaları sonucu dopaminerjik, serotonerjik ve noradrenerjik nörotransmitter sistemlerinin DEHB etiyolojisinde rol oynadığını düşündürmektedir [108]. Özellikle dopaminerjik sistem genlerinin en çok araştırılan genlerdir ve DRD4 (D4 dopamin reseptör geni) ve DAT1 (SLC6A3) , DRD1, DRD2, DRD3, DRD5, Katekol-O-Metil Transferaz Geni” (COMT), monoamin oksidaz-A (MAO-A), monoamin oksidaz-B (MAO-B) ve tirozin hidroksilaz genleri ile de anlamlı ilişki saptayan birçok çalışma mevcuttur [107].

1.3.4.2 Nörobiyolojik Faktörler

DEHB nörobiyolojisi tamamen anlaşılamamakla birlikte etiyolojide ilişkilendirilen nörotransmitterler dopamin ve noradrenalinidir. Dopamin konsantrasyonunun yüksek olduğu kortikotalamostriatal bölgeler DEHB ile ilişkilendirilmiştir [109]. Prefrontal kortekste yürütücü işlevler için dopamin düzeyinin belirli bir seviyede olması gerekmektedir [106]. Dikkat, odaklanma, uyanıklık gibi yürütücü işlevlerde yeri olan bir diğer nörotransmitter olan noradrenalin postsinaptik α 2A reseptörlerine etki ederek prefrontal korteksin yürütücü işlevlerini artırır. Medikal tedavide kullanılan α 2A agonistleri etkilerini prefrontal korteks kontrolünü etkileyerek göstermektedirler [110].

1.3.4.3 Nörogörüntüleme Çalışmaları

Nörogörüntüleme çalışmalarında, DEHB için dikkat çeken dürtü kontrol ve yürütücü işlevler ile ilgili alan olan prefrontal korteks olmuştur [111]. Literatüre bakıldığında dorsal anterior singulat korteks, dorsolateral prefrontal korteks, parietal korteks, striatum ve serebellumdaki nöral ağların öncelikle DEHB etiyolojisinde yer aldığını göstermiştir [112]. Buna ek olarak, ABD Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından yürütülen bir dönüm noktası çalışmasında, DEHB olan çocuklarda beyin maturasyonunda belirgin bir gecikme olduğu ve DEHB'li çocuklarda yaklaşık üç yıl sonra, sağlıklı kontrollere göre tepe kortikal kalınlığına ulaştığı bildirilmiştir [113]. Ernest ve arkadaşlarının (1994) DEHB tanılı hastalarda Positron Emission Tomografi tekniği kullanılarak yaptığı çalışmada beyin toplamında glikoz metabolizmasının azaldığını göstermişlerdir [114].

1.3.4.4 Nörofizyolojik Çalışmalar

1970'lerde Satterfield'in DEHB tanısı alan çocuklarla yaptığı bir dizi EEG çalışması sonucu, aşırı yavaş dalga aktivitesi ve artmış epileptiform spike gibi EEG anormallikleri göstermiştir [115]. Çocuk DEHB'li hastalarda yapılan nörofizyolojik çalışmalarda %5-7 oranında görülen EEG anormallikleri çocuklarda nörobilişsel gelişimi ve fonksiyonlarını bozarak yürütücü işlev ve davranım bozukluklarına yol açtığı düşünülmektedir [116].

1.3.4.5 Nöropsikolojik Çalışmalar

Bilişsel fonksiyonlar tepki kitleme, organizasyon, soyutlama, çalışma belleği, dikkati bir yönden başka bir yöne çevirebilme, duyguların düzenlenmesi, daha önceden kazanılmış bilgi ve becerilerin uygun ortamda amaca yönelik kullanılabilmesi yetilerini kapsamaktadır ve DEHB tanılı bireylerde bu yetilerde azalma olduğu gösterilmiştir [117, 118].

1.3.4.6 Diğer Faktörler

Etyolojideki diğer faktörler özellikle frontal bölgeyi içine alan kafa travması dikkat eksikliği hiperaktivite ve impulsiviteye benzer semptomlar verebilir. İntrauterin sigara ve alkol maruziyeti, prematürite, düşük doğum ağırlığı, perinatal stres, post matürite, eklampsi, doğum komplikasyonları ve ek olarak kurşun toksikasyonu gibi dış etkenlerin çocukluk çağı DEHB gelişimine neden olduğu varsayılmaktadır. [119, 120].

1.3.5 Komorbidite

DEHB tanısı alan çocukların yarısında başka bir ek tanı olmakla beraber; davranım bozukluğu, inatlaşma-zıtlaşma bozukluğu, duygudurum bozuklukları, öğrenme güçlüğü, kaygı bozuklukları, enürezis, takıntı-zorlanti bozukluğu ve konuşma bozuklukları sık eşlik eden tanılardır [119, 121].

Tourette sendromu görülme oranı DEHB tanılı hastalarda %25 iken Tourette sendromu olanlarda DEHB görülme yüzdesi %60-70'tir [122].Yapılan çalışmalarda duygudurum bozukluğu tanısı alan hastalarda DEHB görülme oranı dört kat artarken, kaygı bozuklukları ve psikoaktif madde kötüye kullanımı olan olgularda da DEHB sıklığının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu gösterilmiştir [123].

1.3.6 Gidiş ve Sonlanım

DEHB çocukluk çağında başlasa da yaşam boyu sürebilen bir hastalık olması nedeniyle yapılan çalışmalarda hastaların %30 'u etkilenmeden hayatına devam ettiği ,%60'ı akademik, iş ve sosyal hayatında başarısız oldukları ve duygusal alanlarda sorun yaşadıkları ve kalan %10'luk kısmın ise ciddi önemli psikiyatrik sorunlar yaşadıkları düşünülmektedir [124]. Tedavi edilmeyen olgularda morbidite ve mortaliteyi artırabilmekte intihar girişimleri, kaza ve yaralanmalar, alkol ve madde bağımlılığı, suça sürüklenme, evlilik ve sosyal alanda sorunlar sıklıkla görülmektedir [125].

1.3.7 Tedavi

Yapılan çalışmalarda DEHB tedavisinde tek başına etkin olduğu gösterilen ilaç tedavilerinin yanında psikososyal müdahalelerde tek başına ya da ilaç tedavisi ile birlikte kullanılabilir [126]. Psikososyal müdahaleler hastalığın semptomlarını azaltarak, ailenin sorunlarla baş etmesine yol göstererek, akademik ve sosyal anlamda yardımcı olmaktadır [127].

DEHB'nin tedavisinde ilk tercih edilen santral sinir sistemi uyarıcıları olan amfetaminler ve metilfenidat grubu ilaçlar dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik, dürtüsellik, karşıt olma ve davranış bozuklukları ve sosyal etkileşim gibi sorunlu alanlarda görülen semptomları düzelttiği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir [128].

Metilfenidat'ın prefrontal korteks ve striatum bölgelerinde katekolamin salınımını artırarak ve presinaptik aralıktan geri alımını bloke ederek presinaptik aralıkta dopamin ve noradrenalin miktarını artırır [129]. Uyarıcılar dışında klinik çalışmalarda bupropion, atomoksetin, moklobemid gibi ilaçların etkinliği gösterilmiştir. Alfa adrenerjik agonist olan klonidin ve guanfasin ve trisiklik antidepresanlardan olan imipramin ve desipraminde DEHB tedavisinde kullanılmaktadır [130]. DEHB tedavisi için uyarıcı olmayan Food and Drug Administration onayı alan noradrenalin geri alım inhibitörü olan atomoksetin madde kullanım bozukluğu, anksiyete bozukluğu ya da tik bozukluğu varlığında ilk tedavi seçeneği olarak düşünülebilir [119].

1.4 ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

1.4.1 Anksiyete

Anksiyete korkuya benzeyen bir duygu olmakla beraber çok hafif tedirginlikten otonom sinir sistemi bulguları eşlik eden panik derecesine varabilen bir klinik belirtiler kümesidir [131, 132]. Çocuğun gelişim dönemi ile ortaya çıkabilen bazen şiddetli olsa da sonrasında kaybolan çocukluk çağı korkuları çocuğun okul başarısını ve sosyal işlevselliğini yerine getirmesini engellerse ve uzun süre devam ederse patolojik olarak değerlendirilmelidir [133, 134]. Günümüzde anksiyete bozuklukları çocuk ve ergenlerde

en sık tanı konulan ruhsal bozukluklar grubudur [135]. Anksiyete bozuklukları birtakım başka ruhsal hastalıklara eşlik etmekle birlikte madde kullanımı, intihar girişimleri ve hastaneye yatış gibi sonuçlar da doğurabilir [136].

1.4.2 Anksiyete Bozukluklarının Sınıflandırılması

DSM-IV-TR içerisinde Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, Selektif Mutizm, Bebeklik Çocukluk ya da Ergenlik Döneminin Diğer Bozuklukları başlığı altında sınıflandırılırken, DSM-V’te Anksiyete Bozuklukları başlığı altında sınıflandırılmıştır. DSM-V’te panik bozukluk ve agorafobi Anksiyete bozuklukları içerisinde iki bağımsız tanı kategorisi oluşturulmuştur [90, 91]. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) ve ilişkili bozukluklar ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve ilişkili bozukluklar DSM-V’te Anksiyete Bozuklukları sınıflandırması içinden çıkarılıp ayrı bölümler olarak ele alınmıştır [91].

Tablo 7: DSM-V Anksiyete Bozuklukları Sınıflandırılması [137]

1. Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu
2. Selektif Mutizm
3. Özgül Fobi
4. Sosyal Anksiyete Bozukluğu
5. Panik Bozukluğu
6. Agorafobi
7. Yaygın Anksiyete Bozukluğu
8. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Anksiyete Bozukluğu
9. Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu
10. Tanımlanmış Diğer Bir Kaygı Bozukluğu

1.4.3 Epidemiyoloji

Kaygı bozuklukları çocuk ve ergenlerde en yaygın ruh sağlığı problemlerinden biridir [138]. Yapılan çalışmalarda çocuklarda yaşam boyu anksiyete bozuklukları görüleme oranı %15-31 olarak gösterilmiştir [139, 140]. Binbay ve arkadaşlarının 2013’

te yayınladıkları derlemede çocuk ve ergen verileri değerlendirilmiş olup anksiyete bozukluğu sıklığı %13 -%45 oranında bildirilmiştir [141].

Yapılan farklı iki çalışmada anksiyete bozuklukları prevelansının ergenlik döneminde çocukluk çağına göre biraz arttığı gösterilmiştir [142]. Anksiyete bozuklukları kızlarda erkeklerden iki kat fazla gözlenmektedir [143].

Çocuk ve gençlerde en sık görülen bozukluklar ayrılık anksiyetesi bozukluğu, Sosyal fobi ve özgül fobidir [139]. 12 yaşından önce daha çok ayrılık anksiyetesi bozukluğu ve özgül fobiler görülürken, 12 yaşından sonra daha çok yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi, panik bozukluk görülebilmektedir [144-146].

1.4.4 Komorbidite

Kaygı bozuklukları nadiren tek başına görülmekte olup, kaygılı çocukların %40-60'ı birden fazla kaygı bozukluğu için tanı kriterlerini karşılarlar [147]. Diğer psikiyatrik hastalıklar ile de birlikteliği sıktır. Anksiyete bozuklukları tanısı alan hastalarda depresyon %10-15 oranında görülürken, depresyon tanısı alan hastalarda %50 oranlarında anksiyete bozuklukları görülmektedir [148-150]. Klinik gözlemleri bir çalışmada anksiyete bozukluğu tanısı olan hastada ek başka bir anksiyete bozukluğu tanısı alma sıklığı %2,8 iken ek başka bir ruhsal hastalık tanısı alma sıklığı %42,9 olarak bulunmuştur [151].

1.4.5 Etiyoloji

Anksiyete bozukluğu için yapılan gen çalışmalarında anksiyete ve duygudurum bozuklukları tanısı alan bireylerin çocuklarında da bu tanıların görülme sıklığı açısından belirgin risk artışı vardır [132]. İkiz çalışmaları %30-40 oranında bize kaygı bozukluklarının genetik etmenlerden kaynaklandığını göstermektedir [152].

Limbik sistem içinde anksiyete ile ilgili en önemli yapı amigdaladır [153]. MRI kullanılarak yaygın anksiyete bozukluğu olan çocuk ve ergenlerle yapılan

nörogörüntüleme çalışmalarında kontrol grubuna göre amigdala hacimlerinin daha büyük olduğu gösterilmiştir [154].

Lokus seruleusda kaygı etiyojisiinde sorumlu olan bölgelerden biri olup bu bölgede noradrenalin miktarının artışı terleme, çarpıntı, titreme, ağız kuruluğu, kan basıncında artış gibi parasempatik sistem bulgularının oluşmasına neden olur [155, 156].

Çocukların anksiyete bozuklukları etiyojisiinde mizaç özelliklerinin etkileri araştırıldığında davranışsal tutukluluk, sosyal içe dönüklük ve çekingenlik özellikleri olan kişilerde anksiyete bozuklukları arasında anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir [157, 158]. Bu karakteristik özellikleri taşıyan okul öncesi çocukların, okul çağı döneminde anksiyete bozuklukları tanısı alma riski 2-4 kat artmaktadır [158].

Korumacı ve kontrolcü ebeveynlerin çocuklarında anksiyete bozukluğu sıklığı artmaktadır [157]. Anksiyeteli ana-babaya sahip olan çocuklar da benzer durumlar ile karşılaşınca kaygılanmaları gerektiklerini düşünerek model alma yolu ile kaygı bozuklukları gelişebilir [159].

1.4.6 Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarının Tedavisi

Anksiyete bozukluğuna sahip çocukların bir kısmı yeterli tedavi ve destek alamamaktadır fakat gerek bilişsel davranışçı terapiler gibi psikoterapi yöntemleri gerekse antidepresanlar gibi farmokolojik ajanlar ile tedavi edilebilmektedir [160, 161]. Son zamanlarda yapılan çalışmalarda selektif serotonin geri alım inhibitörlerinin çocukluk çağı anksiyete bozuklukları tedavisinde etkin olduğu gösterilmiştir [162].

Hafif anksiyete bozuklukları ve işlevsellikte sınırlı bozulması olan hastalar için psikoeğitim yeterli olabilmektedir. Orta düzeyde anksiyete bozukluğu ve belirgin işlevsellik kaybı olan hastaların tedavisine psikoterapi ile başlanmaktadır. Pediatrik anksiyete bozuklukları için kognitif davranış terapisinin akut ve uzun dönem etkinliği ortaya konmuştur [163, 164].

1.5 YAŞAM KALİTESİ

Dünya Sağlık Örgütü sağlık kavramını fizksel ve psikososyal açıdan bütün olarak iyi olması yönünde tanımlamıştır [165]. Tanımlamanın ardından tam iyilik halinin nasıl değerlendirileceği tartışılmış ve yaşam kalitesi kavramı ortaya çıkmıştır. Ancak tam iyilik hali ve sosyal iyilik hali kavramlarının ölçülebilir nitelikte olmayışı nedeniyle ölçülebilir hale getirilebilmesi için hayatın niteliği anlamına gelen yaşam kalitesi ölçekleri oluşturmuştur Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramı da tam iyilik halinin sağlık boyutunu içermektedir [166].

Bazı araştırmacılar yaşam kalitesini bireyin beklentilerini, durumunu, endişelerini, amaçlarını, yaşadığı kültür ve değerler çerçevesinde değerlendirip kişisel iyilik hali durumdan ne kadar doyum aldığıdır şeklinde belirtir [167]. Yaş grubuna göre beceriler farklı olduğu için de çocuklarda yaşam kalitesinin fiziksel işlevselliği tek başına tualete gidebilme, giyinebilme, yemek yiyebilme, banyo yapabilme, oyun oynama gibi becerileri değerlendirilir [168].

Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi ölçümlerinde elde edilen veriler ise hastaya uygulanacak tedaviye, hasta ve hasta yakınlarının verimliliğine, tedavi maliyeti ve sağlık politikalarının düzenlenmesine yön verir [169-171].

2 GEREÇ YÖNTEM

2.1 ÇALIŞMA ÖRNEKLEMİ

Çalışmamız Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz (KBB) ile Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dallarınca yürütülmüştür. Çalışma grubuna 2016-2018 yılları arasında KBB kliniğinde adenoid hipertrofisi veya adenotonsiller hipertrofinin neden olduğu obstrüksiyon bulguları ya da rekürren adenotonsillit ataklarının eşlik ettiği adenotonsiller hipertrofi nedeni ile adenoidektomi veya adenotonsillektomi endikasyonu alan 6-12 yaşları arasında adenoidektomi uygulanmış 21'i kız, 20' si erkek 41 hasta; adenotonsillketomi uygulanmış 19'u kız, 22'si erkek 41 hasta, kontrol grubu olarak da çalışma grubu ile eşleştirilmiş yaş ve cinsiyette, bilinen bir ruhsal hastalığı olmayan 20 ' si erkek ve 20 'si kız çocuğu toplam 122 çocuk çalışmaya dahil edilmiştir. Kontrol grubu ağız solunumu, horlama, apne, tekrarlayan üst solunum yolu enfeksiyonu, tekrarlayan otitis media, ilaç kullanımı ve psikiyatrik hastalıklar yönünden problemlerinin olmadığı belirlenerek oluşturulmuştur.

2.2 ÇALIŞMANIN TİPİ

Çalışmanın tipi vaka-kontrol çalışması olarak belirlenmiştir.

2.3 ÖRNEKLEM SEÇİMİ

2.3.1 Çalışma Grubu

- Hastalar Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kulak Burun Boğaz Polikliniğine başvuran 6-12 yaş arasındaki kız ve erkek çocuklardan adenoid hipertrofisi veya adenotonsiller hipertrofinin neden olduğu obstrüksiyon bulguları ya da rekürren adenotonsillit ataklarının eşlik ettiği adenotonsiller hipertrofi nedeni ile adenoidektomi veya adenotonsillketomi endikasyonu konan ve opere edilen hastalar arasından seçildi.

- Brondsky tonsiller hipertrofi sınıflandırmasına göre grade 3-4 olanlar ve Grade 3-4 adenoid hipertrofisi tespit edilen hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.
- Çalışma dışı bırakılma kriterleri; down sendromu, kraniyofasiyal sendrom, nöromusküler hastalıklar, septal deviyasyon, nazal polip, oral tümör, morbid obezite, gelişme geriliği, psikiyatrik bozukluklar için düzenli ilaç kullanımı ve daha önce geçirilmiş adenoidektomi-adenotonsillektomi olarak belirlendi.
- Ana-babadan çalışmaya katılım onayı yazılı ve sözlü alındı.

2.3.2 Kontrol Grubu

- Anne-babadan çalışmaya katılım onayı alınmış ciddi bir bedensel ve ruhsal hastalığı olmayan, adenotonsiller hipertrofi tanısı almayan adenoidektomi, tonsillektomi öyküsü ve uykuda solunum bozukluğu olmayan 6-12 yaş arasındaki erkek ve kız çocukları kontrol grubuna alındı.

2.4 UYGULAMA

Dicle Üniversitesi KBB polikliniğine sık adenoidit veya adenotonsillit ve uyku problemleri ile başvuran hastalardan ayrıntılı anamnez alınmış ve detaylı fizik muayene yapılmıştır.

Orofarinks muayenesi ile tonsillerin boyutları değerlendirilmiş, tonsiller Brondsky tonsiller hipertrofi sınıflandırmasına göre grade 3-4 olanlar çalışmaya dahil edilmiştir [35].

Adenoid vejetasyonu şüphesi olanlar fiberoptik endoskopik muayene, nazal endoskopi uygulanamayan veya endoskopi bulgularının yetersiz olduğu hastalar, lateral sefalografi ile değerlendirilmiştir. Grade 3-4 adenoid hipertrofisi tespit edilen hastalar çalışmaya dahil edilmiştir [36].

Hastalar uyku açısından aileden alınan öykü ve fizik muayeneyle değerlendirilmiş, polisomnografi yapılmamıştır. Adenotonsiller hipertrofi olan bir çocukta polisomnografi yapılmadan adenotonsillektomi yapılabileceği belirtilmiştir [24, 28].

Hastalar genel anestezi altında opere edilmişlerdir. Adenoidektomi yapılacak hastalara adenotom küretleri ile küretaj, tonsillektomi yapılacak hastalara ise soğuk diseksiyon tekniği uygulanmıştır

Kontrol grubunu oluşturmak için ciddi bir bedensel ve ruhsal hastalığı olmayan, adenotonsiller hipertrofi tanısı almayan, adenoidektomi, tonsillektomi öyküsü ve uykuda solunum bozukluğu olmayan 6-12 yaş grubu kız ve erkek çocuklar ailelerinin onamları alınarak çalışmaya alınmışlardır.

Çalışmada ana-babalara Sosyodemografik Veri Formu, Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) ana-baba formu, Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ) ana-baba formu, Çocuklar İçin Uyku Ölçeği (ÇUÖ), Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKO) ana-baba formu uygulanmıştır.

2.5 BİLGİ TOPLAMA ARAÇLARI

2.5.1 Sosyodemografik Bilgi Formu

Çocukların ve ebeveynlerin Çocukların ve ebeveynlerin demografik özelliklerini saptamak amacıyla oluşturulan bu formda çalışma gruplarının yaşı, cinsiyeti, ana-babalara yönelik yaş, eğitim durumu, ailede ruhsal hastalık varlığını ve anne-babanın akrabalık derecesini sorgulayan sorular mevcuttur. Klinisyen tarafından doldurulmuştur.

2.5.2 Güçler ve Güçlükler Anketi (Strenghts and Difficulties Questionarie)

Güçler ve Güçlükler Anketi (Strenghts and Difficulties Questionarie) bazıları olumlu bazıları olumsuz sorulardan oluşan 25 soruluk bir anket olup çocukların ve

gençlerin davranışlarını, duygularını ve ilişkilerini taramak için kullanılan Robert Goodman tarafından 1997 yılında geliştirilen bir ölçektir [172, 173]. GGA 40'dan fazla dile çevrilmiş olup anketin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirliği Güvenir ve arkadaşları (2008) tarafından yapılmıştır [174]. 4-16 yaş grubu çocuk ve ergenleri kapsayan anketin soruları aynı olmakla birlikte ebeveyn ve öğretmen formu yanında, 11-16 yaş grubu gençlerin kendilerinin doldurduğu ergen formu bulunmaktadır [175]. GGA Dikkatsizlik ve hiperaktivite, duygulanım belirtileri, davranım sorunları, sosyal ilişkiler ve akran ilişkileri gibi alt grupları inceler. 0 puan 'doğru değil', 1 puan 'kısmen doğru' ve 2 puan 'kesinlikle doğru' olarak değerlendirildiği üçlü likert tipi derecelendirme kullanılır. Ölçek skoru hesaplanırken her alt grup kendi arasında hesaplanır, sosyal davranışlar alt grubu psikolojik zorluklar kavramından farklı olduğu için toplam skoru hesaplanırken değerlendirilmeye alınmaz. Diğer dört alt grubun toplam puanı toplam güçlükler skorunu verir [172].

GGA'nın genişletilmiş versiyonunda varolan sorunun çocuğu akademik ve sosyal anlamda ne derecede etkilediğini, sorunun kadar süredir varolduğu, ilişkide olduğu kişileri ne kadar etkilediğini içeren stres düzeyini araştıran etkilenme puanları mevcuttur [173].

2.5.3 Çocuklarda Uyku Ölçeği(Pediatric Sleep Questionnaire)

Uykuda solunum sıkıntılarını saptamak için Chervin ve arkadaşlarının oluşturduğu Çocuklarda Uyku Ölçeği'nin 22 sorudan oluşan kısa ve 72 sorudan oluşan uzun şekli bulunmaktadır [176]. 2009 yılında Pınar Öner ve arkadaşları 72 sorudan oluşan ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik testlerini yapmışlardır. Çocuklarda Uyku Ölçeği üç kısımdan oluşur 43 maddelik A kısmında gece ve uyku sırasında olan davranışları, 23 maddelik B kısmında gündüz görülen davranışları ve olası problemler ve 6 maddelik C kısmında Dikkatsizlik ve hareketlilik soruları bulunmaktadır. A ve B kısmında soruların yanıtları "Evet", "Hayır" ve "Bilmiyorum" seçenekleriyle cevaplanmaktadır. C kısmında ki sorular ise dörtlü likert tipi derecelendirme yapılıır. C bölümü hesaplanırken 2 veya 3' seçmeleri bir puan, 0 veya 1'i seçmeleri sıfır puan

olarak ele alınır. Uyku problemlerinin niteliksel yönleri ise açık uçlu sorular kullanılarak değerlendirilir. Ölçeğin alt gruplarının puanlanması 22 madde kullanılmaktadır [177].

Tablo 8: Çocuklarda Uyku Formu Alt Ölçekleri ve Ölçek Puanlamasında Kullanılan Maddeler [177]

Toplam Puan	
Davranış Sorunları 1-Doğrudan onunla konuştuğunuzda dinlemiyormuş gibi görünür 2-Eli-ayağı sürekli oynar veya oturduğu yerde sürekli kıpırdanır 3-Motor takılmış gibi davranır ya da hareket halindedir	4-Dışardan gelen uyarılarla dikkati kolayca dağılır 5-Başkalarının yaptığı şeylerin arasına girer 6-Üstüne aldığı işleri ve aktiviteleri düzenlemekte zorlanır
Nefes Alma Sorunları 7-Gündüz esnasında da ağzından mı soluk alıp verir? 8-Belirgin ya da yüksek sesle mi soluk alıp verir? 9-Nefes alıp-vermekte sorun yaşadığı ya da zorlukla nefes aldığı? 10-Sabahları kalktığında ağzı kurumuş mu olur?	11-Gün içerisinde uyku olma gibi bir sorunu var 12-Gün içerisinde uykusu geldiğinden şikayet eder 13-Çocuğunuzun gece nefes alıp vermediğini gördüğünüz olur mu? 14-Ara sıra yatağını ıslatır
Horlama 15-Daima mı horlar? 16-Zamanın yarısından fazlasında mı horlar?	17-Yüksek sesle mi horlar? 18-Çocuğunuz kilolu mudur?
Diğer sorunlar 19-Sabahları dinlenmemiş bir şekilde uyanır 20-Gelişiminde duraklama oldu mu?	21-Sabahları çocuğunuzu uyandırmak çok zor olur mu? 22-Çocuğunuz sabahları baş ağrısı ile uyanır mı?

2.5.4 Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği

Çocuklarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla 1999 yılında Varni ve arkadaşları tarafından 2-18 yaş arasına uygulanan Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği geliştirilmiştir. [178]. Ölçeğin Türkçe uyarlamasının güvenilirlik ve geçerlilik çalışması 2008 yılında Memik ve arkadaşları tarafından yapıldıktan sonra kullanılmaya başlanmıştır [179]. Ölçeğin 2-4 sadece ebeveyn, 5-7, 8-12 ve 13- 18 yaş grupları için ise hem ebeveyn hem çocuk formu bulunmaktadır. 23 maddeden oluşan ölçeğin puanlaması ölçek toplam, fiziksel ve psikososyal sağlık adı altında üç ana guruba ayrılır. Psikososyal sağlık puanı duygusal, sosyal ve okul işlevselliğini

değerlendiren soruların toplam puanı ile oluşur [178]. Ölçekte beşli Likert tipi sorular kullanılırken 0=hiçbir zaman(100 puan), 1=nadiren (75puan), 2=bazen (50puan), 3=sıklıkla (25 puan), 4=her zaman (0 puan) olarak hesaplanır. fiziksel sağlık toplam puanı (FSTP) fiziksel işlevsellik kısmındaki maddelerin puanları toplanıp madde sayısına bölünerek bulunur. Duygusal, sosyal ve okul işlevselliği ile ilgili sorunlar bölümündeki maddelerin puanlarının toplanarak 15'e bölünmesi ile Psikososyal sağlık toplam puanı (PSTP) hesaplanır. Ölçekte ki tüm madde puanlarının toplanıp, toplam madde sayısı olan 23'e bölünmesi ile de Ölçek toplam puanı (ÖTP) hesaplanır. Ölçekte yarından fazla soru cevaplanmamışsa ölçek değerlendirmeye alınmaz. Yaşam kalitesi ölçeği toplam puanının yüksek olması sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin iyi olduğu anlamına gelir [180].

2.5.5 Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ)-(The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders SCARED) Anne Baba Formu ve Çocuk Formu

Toplumda çocukluk çağı anksiyete bozukluklarını taramak için 1997 yılında Birmaher ve arkadaşlarının geliştirdiği ölçeğin Türkçe uyarlamasının güvenilirlik ve geçerlik çalışması Çakmakçı tarafından 2003 yılında yapılmıştır [181, 182].

ÇATÖ-ebeveyn ve ÇATÖ-çocuk formu olmak üzere iki şekli vardır.41 sorudan oluşan ölçekte 'doğru değil' 0 puan, 'biraz doğru' 1 puan ve 'doğru ya da çoğu zaman doğru' 2 puan olarak değerlendirildiği üçlü likert tipi derecelendirme kullanılır. Anksiyete bozukluklarının beş alt grubunu değerlendirmek için Panik Bozukluk ve somatik belirti 7 puan ve üzeri, Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu 5 ve üzeri, Yaygın Anksiyete Bozukluğu 9 ve üzeri, Sosyal Anksiyete Bozukluğu 8 ve üzeri, Okul Fobisi 3 puan ve üzeri kesim noktası olarak değerlendirmeye alınır. Tüm alt grupların toplam puanı toplam anksiyete skorunu verir ve 25 puan kesim noktasıdır [181].

2.6 VERİ ANALİZİ-İSTATİSTİKSEL YÖNTEMLER

İstatiksel analiz SPSS 21.0 for Windows (SPSS, Inc.; Chicago, USA) paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı değerler sayı (n), yüzde (%), ortalama (ort.), standart sapma (SS), medyan (ortanca), minimum ve maksimum olarak belirtilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare, Yates düzeltilmeli ki-kare ve Fisher testleri kullanılmıştır. Sürekli değişkenler, Kolmogorov-Smirnov ve Shaphiro-Wilk testleri ile yapılan normallik değerlendirmesine göre normal dağılıma uymadığı için nonparametrik testler (Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testi) ile karşılaştırılmıştır. Pre-op ve post-op tekrar ölçülen ölçek skorlarında anlamlı değişim olup olmadığı Wilcoxon testi kullanılarak incelenmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3 BULGULAR

3.1 DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

3.1.1 Çocuklara Ait Demografik Özellikler

Adenoidektomi yapılan çalışma grubu (AG), adenotonsillektomi yapılan çalışma grubu (ATG) ve kontrol grubu (KG) yaş ve cinsiyet özellikleri bakımından, AG' de 21'i (51,2) kız, 20' si (%48,8) erkek; ATG 'de 19'u (%46,3) kız, 22'si (%53,7) erkek; KG'de 20'si (%50) erkek, 20'si (%50) kız toplam 122 çocuktan oluşmuştur. Her üç gruptaki çocuklar cinsiyet açısından kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). AG'de çocukların yaş ortalaması $7,7\pm1,8$ yıl; ATG 'de yaş ortalaması $7,5\pm1,7$ yıl; KG'de yaş ortalaması $8,1\pm1,8$ yıl olarak bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

3.1.2 Ana-Babalara Ait Demografik Özellikler

AG'de annelerin yaş ortalaması $35,6\pm5,4$ yıl; ATG'de annelerin yaş ortalaması $34,0\pm5,5$ yıl; KG'de ki annelerin yaş ortalaması $34,9\pm6,7$ yıl olarak bulunmuştur. AG'de babaların yaş ortalaması $38,3\pm6,9$ yıl; ATG 'de babaların yaş ortalaması $38,3\pm6,0$ yıl; KG'de ki babaların yaş ortalaması $38,6\pm6,5$ yıl olarak bulunmuştur. Her üç grubun ana-baba yaş ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

AG'de annelerinin 21'i (%52,5) ilk-ortaöğretim ve altı, 17'si (%42,5) lise, 2'si (%5) lise üzeri eğitim düzeyindeydi. ATG'de annelerinin 23'ü (%56,1) ilk-ortaöğretim ve altı, 10'u (%24,4) lise, 8'i (%19,5) lise üzeri eğitim düzeyindeydi. KG'de annelerinin 21'i (% 52,5) ilk-ortaöğretim ve altı, 15'si (%37,5) lise, 4'ü (%10) lise üzeri eğitim düzeyindeydi. Her üç grubun anne eğitim düzeyi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

AG'de babaların 7'si (%17,5) ilk-ortaöğretim ve altı, 25'i (%62,5) lise, 8'i (%20) lise üzeri eğitim düzeyindeydi. ATG'de babaların 16'sı (%39,0) ilk-ortaöğretim ve altı, 18'i (%43,9) lise, 7'si (%17,1) lise üzeri eğitim düzeyindeydi. KG'de babaların 8'i (%20,0) ilk-ortaöğretim ve altı, 22'si (%55,0) lise, 10'u (%25,0) lise üzeri eğitim

düzeyindeydi. Her üç grubun baba eğitim düzeyi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

AG’de ebeveynler arasında akrabalık olan 12 (%29,3), ATG ‘de ebeveynler arasında akrabalık olan 12 (%29,3) çocuk, KG ‘de ebeveynler arasında akrabalık olan 15 (%37,5) çocuk saptanmıştır. Her iki grup arasında akrabalık açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

AG’de ailesinde ruhsal hastalık olan 6 (%15,0) çocuk, ATG ‘de ailesinde ruhsal hastalık olan 3 (%7,7) çocuk, KG’de ailesinde ruhsal hastalık olan 8 (%20,0) çocuk saptanmıştır. Her iki grup arasında ailesinde ruhsal hastalık bulunması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 9: Araştırma Gruplarına Ait Demografik Veriler

Grup		Yaş	Anne yaşı	Baba yaşı
Adenoidektomi	n	41	40	40
	Ortalama	7,76	35,62	38,30
	Standart sapma	1,83	5,45	6,96
	Ortanca	8	36,00	37,00
	Minimum	6	27,00	30,00
	Maksimum	12	51,00	65,00
Adenotonsillektomi	n	41	41	41
	Ortalama	7,51	34,07	38,34
	Standart sapma	1,78	5,58	6,09
	Ortanca	7	33,00	37,00
	Minimum	6	25,00	24,00
	Maksimum	12	47,00	54,00
Normal	n	40	40	40
	Ortalama	8,12	34,98	38,62
	Standart sapma	1,88	6,75	6,54
	Ortanca	8	34,00	37,00
	Minimum	6	24,00	27,00
	Maksimum	12	50,00	55,00
Toplam	n	122	121	121
	Ortalama	7,80	34,88	38,42
	Standart sapma	1,83	5,94	6,48
	Ortanca	7,5	35,00	37,00
	Minimum	6	24,00	24,00
	Maksimum	12	51,00	65,00
p*		0,246	0,444	0,890

n: vaka sayısı, SS: standart sapma, *Kruskal Wallis Testi

Tablo 10: Araştırma Gruplarının Cinsiyete Göre Dağılımı

			Cinsiyet	
			Kız	Erkek
Grup	Adenoidektomi	Sıklık	21	20
		%	51,2	48,8
	Adenotonsillektomi	Sıklık	19	22
		%	46,3	53,7
	Normal	Sıklık	20	20
		%	50,0	50,0
Toplam		Sıklık	60	62
		%	49,2	50,8

%; satır yüzdesi, Pearson ki-kare $p=0,900$

3.2 ÇOCUKLARIN ÖLÇEK PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

3.2.1 Preoperatif Adenoidektomi Çalışma Grubu ve Kontrol Grubunun Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

3.2.1.1 Güç ve Güçlükler Anketi Değerlendirilmesi

Adenoidektomi yapılan grubun ebeveynlerinin preoperatif dönemde doldurduğu Güçler ve Güçlükler anketi ebeveyn formları ile kontrol grubunun ebeveynlerinin doldurduğu Güçler ve Güçlükler Anketi Ebeveyn Formları arasında; toplam güçlük puanı ortalaması açısından farkın istatistiki açıdan anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0,021$).

Preoperatif-AG ve KG'nin GGA Davranım Sorunları alt grup puan ortalaması değerlendirildiğinde iki grup arasında ki farkın istatistiki açıdan anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0,001$).

Preoperatif-AG ve KG'nin GGA Dikkatsizlik ve Hiperaktivite alt grup puan ortalaması karşılaştırıldığında iki grup arasındaki farkın istatistiki açıdan anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0,001$).

Preoperatif-AG ve KG'nin GGA Duygulanım Belirtileri alt grup puan ortalaması karşılaştırıldığında iki grup arasında ki farkın istatistiki açıdan anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0,001$).

Preoperatif-AG ve KG'nin GGA Akran İlişkileri alt grup puan ortalaması karşılaştırıldığında iki grup arasında ki farkın istatistiki açıdan anlamlı olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Preoperatif-AG ve KG'nin GGA Sosyal Davranışlar alt grup puan ortalaması karşılaştırıldığında iki grup arasındaki farkın istatistiki açıdan anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0,006$).

Tablo 11 : Pre-op Adenoidektomi ve Kontrol Grubunun GGA Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

Grup		GGA Toplam	GGA Davranım	GGA Dikkat	GGA Duygulanım	GGA Akran	GGA Sosyal
AG	n	41	41	41	41	41	41
	Ortalama	14,24	2,37	4,56	3,20	4,12	6,98
	SS	5,05	1,84	2,10	2,27	1,25	2,13
	Ortanca	13,00	2,00	4,00	3,00	4,00	7,00
	Minimum	5,00	,00	,00	,00	2,00	3,00
	Maksimum	25,00	8,00	10,00	9,00	8,00	10,00
KG	n	40	40	40	40	40	40
	Ortalama	7,58	,78	2,10	,58	4,12	8,22
	SS	3,36	1,33	1,84	1,03	1,24	1,87
	Ortanca	7,00	,00	2,00	,00	4,00	9,00
	Minimum	4,00	,00	,00	,00	2,00	4,00
	Maksimum	19,00	5,00	6,00	4,00	7,00	10,00
Toplam	n	81	81	81	81	81	81
	Ortalama	10,95	1,58	3,35	1,90	4,12	7,59
	SS	5,43	1,79	2,32	2,20	1,24	2,09
	Ortanca	10,00	1,00	3,00	1,00	4,00	8,00
	Minimum	4,00	,00	,00	,00	2,00	3,00
	Maksimum	25,00	8,00	10,00	9,00	8,00	10,00
p*		<0,021	<0,001	<0,001	<0,001	0,964	0,006

n: vaka sayısı, SS: standart sapma, *Mann Whitney U Testi

GGA: Güç ve Güçlükler anketi, **GGA Davranım:** GGA Davranım Sorunları alt grup, **GGA Dikkat:** GGA Dikkatsizlik ve Hiperaktivite alt grup, **GGA Duygulanım:** GGA Duygulanım Belirtileri alt grup, **GGA Akran:** GGA Akran ilişkileri alt grup, **GGA Sosyal:** GGA Sosyal Davranışlar alt grup

3.2.1.2 Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ana-Baba Ölçeği Değerlendirilmesi

Preoperatif dönem adenoidektomi çalışma grubunun Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ana-baba Formu) verileri değerlendirildiğinde; Ölçek Toplam puanı ortalaması 70,1±15,51, Psikososyal Sağlık toplam puanı ortalaması 71,8±15,08, Fiziksel İşlevsellik toplam puanı ortalaması 67,5±22,3, Duygusal İşlevsellik toplam puanı ortalaması 66,8±17,9, Sosyal İşlevsellik toplam puanı ortalaması 78,7±24,2 ve Okul İşlevselliği toplam puanı ortalaması 70,0±19,9 olarak gelmiştir ve kontrol grubunda Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ana-Baba Formu) verileri değerlendirildiğinde Ölçek Toplam puanı ortalaması 93,01±7,52, Psikososyal Sağlık toplam puanı ortalaması 92,7±7,69, Fiziksel İşlevsellik toplam puanı ortalaması 93,5±10,4, Duygusal İşlevsellik toplam puanı ortalaması 96,0±6,9, Sosyal İşlevsellik toplam puanı ortalaması 95,2±10,4 ve Okul İşlevselliği toplam puanı ortalaması 87,0±12,2 olarak saptanmıştır. Preoperatif AG'de çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği skorlarının KG'ye göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede düşük olduğu görülmektedir ($p<0,005$).

Tablo 12: Pre-op Adenoidektomi ve Kontrol Grubunun ÇİYKO Skorlarının Karşılaştırılması

Grup		ÇİYKO Toplam	ÇİYKO PSTP	ÇİYKO FSTP	ÇİYKO DİP	ÇİYKO SİP	ÇİYKO OİP
AG	n	41	41	41	41	41	41
	Ortalama	70,20	71,87	67,06	66,83	78,78	70,00
	SS	15,52	15,08	22,33	17,98	24,23	19,94
	Ortanca	72,17	75,00	75,00	70,00	90,00	70,00
	Minimum	33,70	31,67	9,38	15,00	5,00	20,00
	Maksimum	93,48	95,00	100,00	100,00	100,00	100,00
KG	n	40	40	40	40	40	40
	Ortalama	93,02	92,75	93,52	96,00	95,25	87,00
	SS	7,53	7,69	10,43	7,00	10,50	12,24
	Ortanca	96,74	96,67	100,00	100,00	100,00	90,00
	Minimum	67,39	65,00	65,63	70,00	50,00	45,00
	Maksimum	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Toplam	n	81	81	81	81	81	81
	Ortalama	81,47	82,18	80,12	81,23	86,91	78,40
	SS	16,73	15,90	21,90	20,02	20,40	18,57
	Ortanca	85,87	86,67	84,38	85,00	95,00	80,00
	Minimum	33,70	31,67	9,38	15,00	5,00	20,00
	Maksimum	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
P		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

n: vaka sayısı, SS: standart sapma, *Mann Whitney U Testi

ÇİYKO: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ana-Baba Ölçeği, **PSTP:** Psikososyal Sağlık toplam puanı, **FSTP:** Fiziksel Sağlık toplam puanı, **DİP:** Duygusal İşlevsellik puanı, **SİP:** Sosyal İşlevsellik puanı, **OİP:** Okul İşlevselliği puanı

3.2.1.3 Çocuklarda Uyku Formu Değerlendirilmesi

Preoperatif dönem Adenoidektomi çalışma grubunun çocuklarda uyku formu değerlendirilmesinde toplam uyku puanı ($p<0.001$), uyku sorunları puanı ($p<0.001$), nefes alma sorunları puanı ($p<0.001$), diğer uyku sorunları puanı($p<0.001$), davranış sorunları puanı($p<0.001$) ve horlama sorunları puanı ($p<0.001$) KG'ye göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 13: Pre-op Adenoidektomi ve Kontrol Grubunun ÇUÖ Skorlarının Karşılaştırılması

Grup		Uyku Toplam	Uyku Davranış sorunları	Uyku Nefes Alma sorunları	Uyku Horlama sorunları	Uyku Diğer Uyku sorunları	Uyku Sorun
AG	n	41	41	41	41	41	41
	Ortalama	24,39	2,41	3,17	1,66	1,68	21,98
	SS	9,16	1,91	1,97	1,24	1,15	8,42
	Ortanca	25,00	2,00	3,00	2,00	2,00	23,00
	Minimum	3,00	,00	,00	,00	,00	3,00
	Maksimum	42,00	6,00	7,00	3,00	4,00	38,00
KG	n	40	40	40	40	40	40
	Ortalama	5,18	,75	,55	,03	,78	4,42
	SS	3,26	,78	,88	,16	,77	2,86
	Ortanca	4,00	1,00	,00	,00	1,00	3,00
	Minimum	1,00	,00	,00	,00	,00	1,00
	Maksimum	14,00	2,00	3,00	1,00	2,00	12,00
Toplam	n	81	81	81	81	81	81
	Ortalama	14,90	1,59	1,88	,85	1,23	13,31
	SS	11,86	1,68	2,01	1,20	1,08	10,84
	Ortanca	11,00	1,00	1,00	,00	1,00	10,00
	Minimum	1,00	,00	,00	,00	,00	1,00
	Maksimum	42,00	6,00	7,00	3,00	4,00	38,00
P		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

n: vaka sayısı, SS: standart sapma, *Mann Whitney U Testi

3.2.1.4 Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği Ana-Baba formu

Operasyon öncesi Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği Ana-Baba Formu skorları açısından Adenoidektomi grubu ve KG ile karşılaştırıldığında ÇATÖ toplam puan ($p=0,028$) ve sosyal anksiyete alt grup puanı ($p=0,002$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark varken panik bozukluk ve somatik belirti alt grup puanı, yaygın anksiyete bozukluğu alt grup puanı, ayrılık anksiyetesi bozukluğu alt grup puanı ve okul kaygısı

bozukluğu alt grup puanında A ve KG arasında ki farkın istatistiksel açıdan farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 14: Pre-op Adenoidektomi ve Kontrol Grubunun ÇATÖ Skorlarının Karşılaştırılması

Grup		ÇATÖ Toplam	ÇATÖ Panik	ÇATÖ YAB	ÇATÖ Ayrılık	ÇATÖ Sosyal	ÇATÖ Okul
AG	n	41	41	41	41	41	41
	Ortalama	23,90	5,10	3,83	6,80	6,39	1,78
	SS	13,13	4,24	3,89	3,72	3,16	1,78
	Ortanca	22,00	5,00	3,00	6,00	7,00	1,00
	Minimum	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	Maksimum	62,00	20,00	18,00	14,00	12,00	8,00
KG	n	40	40	40	40	40	40
	Ortalama	18,02	4,30	2,80	5,52	4,20	1,20
	SS	11,83	4,56	3,03	3,06	2,85	1,30
	Ortanca	18,50	2,50	2,00	5,50	4,00	1,00
	Minimum	1,00	,00	,00	1,00	,00	,00
	Maksimum	50,00	18,00	12,00	12,00	12,00	5,00
Toplam	n	81	81	81	81	81	81
	Ortalama	21,00	4,70	3,32	6,17	5,31	1,49
	SS	12,77	4,39	3,51	3,45	3,19	1,58
	Ortanca	20,00	4,00	2,00	6,00	5,00	1,00
	Minimum	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	Maksimum	62,00	20,00	18,00	14,00	12,00	8,00
P		0,028	0,179	0,198	0,108	,002	0,137

n: vaka sayısı, SS: standart sapma, *Mann Whitney U Testi

ÇATÖ: Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği, **ÇATÖ Panik:** Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği panik bozukluk ve somatik belirti alt testi **ÇATÖ YAB:** Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği yaygın anksiyete bozukluğu alt testi , **ÇATÖ Ayrılık:** Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği ayrılık anksiyetesi bozukluğu alt testi, **ÇATÖ Sosyal:** Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği sosyal anksiyete alt testi , **ÇATÖ Okul:** Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği okul kaygısı bozukluğu alt testi

3.2.2 Pre-operatif Adenotonsillektomi Çalışma Grubu ve Kontrol Grubunun Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

3.2.2.1 Güçler ve Güçlükler Anketi Değerlendirilmesi

Adenotonsillektomi yapılan grubun ebeveynlerinin preoperatif dönemde doldurduğu Güçler ve güçlükler anketi ebeveyn formları ile kontrol grubunun ebeveynlerinin doldurduğu GGA ebeveyn formları arasında ki toplam güçlük puanı skorları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p=0,001$).Preoperatif-

ATG ve KG'nin GGA Davranım Sorunları alt grup skorları değerlendirildiğinde iki grup arasında ki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,002$). Preoperatif ATG ve KG'nin GGA Dikkatsizlik ve Hiperaktivite alt grup skorları karşılaştırıldığında iki grup arasında ki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,001$). Preoperatif-ATG ve KG'nin GGA Duygulanım Belirtileri alt grup skorları karşılaştırıldığında iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,001$). Preoperatif-ATG ve KG'nin GGA Akran İlişkileri alt grup skorları karşılaştırıldığında iki grup arasında ki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Preoperatif-ATG ve KG'nin GGA Sosyal Davranışlar alt grup skorları karşılaştırıldığında iki grup arasında ki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,006$).

Tablo 15:Pre-op Adenotonsillektomi ve Kontrol Grubunun GGA Skorlarının Karşılaştırılması

Grup		GGA Toplam	GGA Davranım	GGA Dikkat	GGA Duygulanım	GGA Akran	GGA Sosyal
ATG	n	41	41	41	41	41	41
	Ortalama	12,46	1,78	4,29	2,22	4,17	6,80
	SS	4,87	1,64	2,11	2,17	1,24	2,37
	Ortanca	12,00	1,00	4,00	2,00	4,00	7,00
	Minimum	4,00	,00	1,00	,00	2,00	1,00
	Maksimum	23,00	5,00	10,00	8,00	7,00	10,00
KG	n	40	40	40	40	40	40
	Ortalama	7,58	,78	2,10	,58	4,12	8,22
	SS	3,36	1,33	1,84	1,03	1,24	1,87
	Ortanca	7,00	,00	2,00	,00	4,00	9,00
	Minimum	4,00	,00	,00	,00	2,00	4,00
	Maksimum	19,00	5,00	6,00	4,00	7,00	10,00
Toplam	n	81	81	81	81	81	81
	Ortalama	10,05	1,28	3,21	1,41	4,15	7,50
	SS	4,84	1,57	2,26	1,89	1,24	2,24
	Ortanca	9,00	1,00	3,00	1,00	4,00	8,00
	Minimum	4,00	,00	,00	,00	2,00	1,00
	Maksimum	23,00	5,00	10,00	8,00	7,00	10,00
p*		0,001	0,002	<0,001	<0,001	0,799	0,006

n: vaka sayısı, SS: standart sapma, *Mann Whitney U Testi

GGA: Güçler ve Güçlükler anketi ,**GGA Davranım:** GGA Davranım Sorunları alt grup,**GGA Dikkat:** GGA Dikkatsizlik ve Hiperaktivite alt grup,**GGA Duygulanım:** GGA Duygulanım Belirtileri alt grup,**GGA Akran:** GGA Akran İlişkileri alt grup,**GGA Sosyal:** GGA Sosyal Davranışlar alt grup

3.2.2.2 Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Ana-Baba Formu Değerlendirilmesi

Preoperatif dönem Adenotonsillektomi çalışma grubunun Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ana-Baba Formu) verileri değerlendirildiğinde; Ölçek Toplam Puan 76,4±11,06,Psikososyal Sağlık Puanı 78,1±11,4,Fiziksel İşlevsellik Puanı 73,3±16,4,Duygusal İşlevsellik Puanı 70,0±17,3,Sosyal İşlevsellik Puanı 86,2±14,9 ve Okul İşlevselliği Puanı 78,2,±18,2 olarak gelmiştir ve kontrol grubunda Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ana-Baba Formu) verileri değerlendirildiğinde Ölçek Toplam Puanı 93,01±7,52,Psikososyal Sağlık Puanı 92,7±7,69,Fiziksel İşlevsellik Puanı 93,5±10,4,Duygusal İşlevsellik 96,0±6,9,Sosyal İşlevsellik 95,2±10,4 ve Okul İşlevselliği 87,0,±12,2 olarak saptanmıştır ve Preoperatif Adenotonsillektomi grubunda çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği skorları kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür (p<0,005).

Tablo 16: Pre-op Adenotonsillektomi ve Kontrol Grubunun ÇİYKO Skorlarının Karşılaştırılması

Grup		ÇİYKO Toplam	ÇİYKO PSTP	ÇİYKO FSTP	ÇİYKO DİP	ÇİYKO SİP	ÇİYKO OİP
ATG	n	41	41	41	41	41	41
	Ortalama	76,48	78,17	73,32	70,00	86,22	78,29
	SS	11,07	11,44	16,43	17,36	14,91	18,29
	Ortanca	77,17	78,33	78,12	70,00	90,00	80,00
	Minimum	53,26	53,33	31,25	20,00	50,00	45,00
	Maksimum	95,65	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
KG	n	40	40	40	40	40	40
	Ortalama	93,01	92,75	93,52	96,00	95,25	87,00
	SS	7,53	7,69	10,43	7,00	10,50	12,24
	Ortanca	96,74	96,67	100,00	100,00	100,00	90,00
	Minimum	67,39	65,00	65,63	70,00	50,00	45,00
	Maksimum	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Toplam	n	81	81	81	81	81	81
	Ortalama	84,6484	85,37	83,29	82,84	90,68	82,59
	SS	12,57	12,17	17,07	18,59	13,62	16,11
	Ortanca	86,96	88,33	87,50	90,00	100,00	85,00
	Minimum	53,26	53,33	31,25	20,00	50,00	45,00
	Maksimum	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
P		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	0,047

n: vaka sayısı, SS: standart sapma, *Mann Whitney U Testi

ÇİYKO: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ana-Baba Ölçeği, **PSTP:** Psikososyal Sağlık toplam puanı, **FSTP:** Fiziksel Sağlık toplam puanı, **DİP:** Duygusal İşlevsellik puanı, **SİP:** Sosyal İşlevsellik puanı, **OİP:** Okul İşlevselliği puanı

3.2.2.3 Çocuklarda Uyku Formu Değerlendirilmesi

Preoperatif dönem Adenotonsillektomi çalışma grubunun toplam uyku puanı ($p<0.001$), nefes alma sorunları puanı ($p<0.001$), uyku sorunları puanı ($p<0.001$), diğer uyku sorunları puanı($p=0.002$), davranış sorunları puanı($p<0.001$) ve horlama sorunları puanı ($p<0.001$) kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 17: Pre-op Adenotonsillektomi ve Kontrol Grubunun ÇUÖ Skorlarının Karşılaştırılması

Grup		Uyku Toplam	Uyku Davranış sorunları	Uyku Nefes Alma sorunları	Uyku Horlama sorunları	Uyku Diğer Uyku sorunları	Uyku Sorun
ATG	n	41	41	41	41	41	41
	Ortalama	25,15	2,54	3,32	2,12	1,41	22,61
	SS	7,88	1,99	1,66	1,08	,92	7,31
	Ortanca	27,00	2,00	3,00	3,00	1,00	23,00
	Minimum	10,00	,00	,00	,00	,00	7,00
	Maksimum	38,00	6,00	6,00	3,00	4,00	35,00
KG	n	40	40	40	40	40	40
	Ortalama	5,18	,75	,55	,02	,78	4,42
	SS	3,26	,78	,88	,16	,77	2,86
	Ortanca	4,00	1,00	,00	,00	1,00	3,00
	Minimum	1,00	,00	,00	,00	,00	1,00
	Maksimum	14,00	2,00	3,00	1,00	2,00	12,00
Toplam	n	81	81	81	81	81	81
	Ortalama	15,28	1,65	1,95	1,09	1,10	13,63
	SS	11,71	1,75	1,92	1,31	,90	10,70
	Ortanca	13,00	1,00	1,00	,00	1,00	12,00
	Minimum	1,00	,00	,00	,00	,00	1,00
	Maksimum	38,00	6,00	6,00	3,00	4,00	35,00
p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,002	<0,001

n: vaka sayısı, SS: standart sapma, *Mann Whitney U Testi

3.2.2.4 Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği Ana-Baba Formu

Operasyon öncesi Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği Ana-Baba Formu skorları açısından adenotonsillektomi grubu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında sosyal anksiyete alt grup puanı ($p=0,030$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark varken; ÇATÖ toplam puan, panik bozukluk ve somatik belirti alt grup puanı, yaygın anksiyete bozukluğu alt grup puanı, ayrılık anksiyetesi bozukluğu alt grup puanı ve okul kaygısı

bozukluğu alt grup puanında ATG ve KG arasında ki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 18: Pre-op Adenotonsillektomi ve Kontrol Grubunun ÇATÖ Skorlarının Karşılaştırılması

Grup		ÇATÖ Toplam	ÇATÖ Panik	ÇATÖ YAB	ÇATÖ Ayrılık	ÇATÖ Sosyal	ÇATÖ Okul
ATG	n	41	41	41	41	41	41
	Ortalama	21,22	4,39	3,24	6,51	5,93	1,15
	SS	11,64	4,27	2,95	3,02	3,57	1,59
	Ortanca	20,00	3,00	2,00	6,00	6,00	,00
	Minimum	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	Maksimum	56,00	18,00	10,00	13,00	13,00	7,00
KG	n	40	40	40	40	40	40
	Ortalama	18,02	4,30	2,80	5,52	4,20	1,20
	SS	11,83	4,56	3,03	3,06	2,85	1,30
	Ortanca	18,50	2,50	2,00	5,50	4,00	1,00
	Minimum	1,00	,00	,00	1,00	,00	,00
	Maksimum	50,00	18,00	12,00	12,00	12,00	5,00
Toplam	n	81	81	81	81	81	81
	Ortalama	19,64	4,34	3,02	6,02	5,07	1,17
	SS	11,77	4,39	2,98	3,06	3,33	1,45
	Ortanca	19,00	3,00	2,00	6,00	5,00	1,00
	Minimum	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	Maksimum	56,00	18,00	12,00	13,00	13,00	7,00
P		0,175	0,739	0,331	0,152	0,030	0,509

n: vaka sayısı, SS: standart sapma, *Mann Whitney U Testi

ÇATÖ: Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği, **ÇATÖ Panik:** Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği panik bozukluk ve somatik belirti alt grup **ÇATÖ YAB:** Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği yaygın anksiyete bozukluğu alt grup, **ÇATÖ Ayrılık:** Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği ayrılık anksiyetesi bozukluğu alt grup, **ÇATÖ Sosyal:** Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği sosyal anksiyete alt grup, **ÇATÖ Okul:** Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği okul kaygısı bozukluğu alt grup

3.2.3 Adenoidektomi Çalışma Grubu ve Adenotonsillektomi Çalışma Grubunun Pre-operatif Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

3.2.3.1 Güçler ve Güçlükler Anketi Değerlendirilmesi

Adenoidektomi ve adenotonsillektomi ameliyatları öncesi her iki grubun ebeveynlerinin doldurduğu Güçler ve Güçlükler anketi ebeveyn formları karşılaştırıldığında; duygulanım belirtileri alt grup skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmasına rağmen ($p=0,038$), GGA toplam puanı, davranış sorunları, dikkatsizlik ve hiperaktivite, akran ilişkileri ve sosyal davranışlar alt grup skorları

değerlendirildiğinde iki grup arasında ki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 19: Pre-op Adenoidektomi ve Pre-op Adenotonsillektomi Grubunun GGA Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

Grup		GGA Toplam	GGA Davranım	GGA Dikkat	GGA Duygulanım	GGA Akran	GGA Sosyal
AG	n	41	41	41	41	41	41
	Ortalama	14,24	2,36	4,56	3,20	4,12	6,98
	SS	5,05	1,84	2,10	2,27	1,25	2,13
	Ortanca	13,00	2,00	4,00	3,00	4,00	7,00
	Minimum	5,00	,00	,00	,00	2,00	3,00
	Maksimum	25,00	8,00	10,00	9,00	8,00	10,00
ATG	n	41	41	41	41	41	41
	Ortalama	12,46	1,78	4,29	2,22	4,17	6,80
	SS	4,87	1,64	2,11	2,17	1,24	2,37
	Ortanca	12,00	1,00	4,00	2,00	4,00	7,00
	Minimum	4,00	,00	1,00	,00	2,00	1,00
	Maksimum	23,00	5,00	10,00	8,00	7,00	10,00
Toplam	n	82	82	82	82	82	82
	Ortalama	13,35	2,07	4,43	2,71	4,15	6,89
	SS	5,01	1,76	2,10	2,26	1,24	2,24
	Ortanca	13,00	2,00	4,00	2,50	4,00	7,00
	Minimum	4,00	,00	,00	,00	2,00	1,00
	Maksimum	25,00	8,00	10,00	9,00	8,00	10,00
p*		0,154	0,184	0,496	0,038	0,728	0,859

n: vaka sayısı, SS: standart sapma, *Mann Whitney U Testi

GGA: Güçler ve Güçlükler anketi, **GGA Davranım:** GGA Davranım Sorunları alt grup, **GGA Dikkat:** GGA Dikkatsizlik ve Hiperaktivite alt grup, **GGA Duygulanım:** GGA Duygulanım Belirtileri alt grup, **GGA Akran:** GGA İlişkileri alt grup, **GGA Sosyal:** GGA Sosyal Davranışlar alt grup

3.2.3.2 Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Ana-Baba Formu Değerlendirilmesi

Adenoidektomi ve adenotonsillektomi ameliyatları öncesi her iki grubun Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ana-baba Formu) verileri değerlendirildiğinde; Ölçek Toplam Puanı, Psikososyal, Fiziksel, Duygusal, Sosyal ve Okul İşlevselliği toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

**Tablo 20: Pre-op Adenoidektomi ve Pre-op Adenotonsillektomi Grubunun ÇİYKO
Skorlarının Karşılaştırılması**

Grup		ÇİYKO Toplam	ÇİYKO PSTP	ÇİYKO FSTP	ÇİYKO DİP	ÇİYKO SİP	ÇİYKO OİP
AG	n	41	41	41	41	41	41
	Ortalama	70,20	71,87	67,06	66,83	78,78	70,00
	SS	15,52	15,08	22,33	17,98	24,23	19,94
	Ortanca	72,17	75,00	75,00	70,00	90,00	70,00
	Minimum	33,70	31,67	9,38	15,00	5,00	20,00
	Maksimum	93,48	95,00	100,00	100,00	100,00	100,00
ATG	n	41	41	41	41	41	41
	Ortalama	76,48	78,17	73,32	70,00	86,22	78,29
	SS	11,07	11,44	16,43	17,36	14,91	18,29
	Ortanca	77,17	78,33	78,12	70,00	90,00	80,00
	Minimum	53,26	53,33	31,25	20,00	50,00	45,00
	Maksimum	95,65	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Toplam	n	82	82	82	82	82	82
	Ortalama	73,34	75,02	70,19	68,41	82,50	74,15
	SS	13,76	13,68	19,73	17,64	20,34	19,46
	Ortanca	75,00	78,33	75,00	70,00	90,00	75,00
	Minimum	33,70	31,67	9,38	15,00	5,00	20,00
	Maksimum	95,65	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
P		0,099	0,083	0,222	0,472	0,218	0,076

n: vaka sayısı, SS: standart sapma, *Mann Whitney U Testi

ÇİYKO: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ana-Baba Ölçeği, **PSTP:** Psikososyal sağlık toplam puanı, **FSTP:** Fiziksel sağlık toplam puanı, **DİP:** Duygusal İşlevsellik puanı, **SİP:** Sosyal İşlevsellik puanı, **OİP:** Okul İşlevsellik puanı

3.2.3.3 Çocuklarda Uyku Formu Değerlendirilmesi

Preoperatif dönem Adenoidektomi ve adenotonsillektomi çalışma gruplarının çocuklarda uyku ölçeği toplam uyku puanı, uyku sorunları puanı ,diğer uyku sorunları puanı, nefes alma sorunları puanı, davranış sorunları puanı ve horlama sorunları puanı değerlendirildiğinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 21: Pre-op Adenoidektomi ve Pre-op Adenotonsillektomi Grubunun ÇUÖ Skorlarının Karşılaştırılması

Grup		Uyku Toplam	Uyku Davranış sorunları	Uyku Nefes Alma sorunları	Uyku Horlama Sorunları	Uyku Diğer Uyku sorunları	Uyku Sorun
AG	n	41	41	41	41	41	41
	Ortalama	24,39	2,41	3,17	1,66	1,68	21,98
	SS	9,16	1,91	1,97	1,24	1,15	8,42
	Ortanca	25,00	2,00	3,00	2,00	2,00	23,00
	Minimum	3,00	,00	,00	,00	,00	3,00
	Maksimum	42,00	6,00	7,00	3,00	4,00	38,00
ATG	n	41	41	41	41	41	41
	Ortalama	25,15	2,54	3,32	2,12	1,41	22,61
	SS	7,88	1,99	1,66	1,08	,92	7,31
	Ortanca	27,00	2,00	3,00	3,00	1,00	23,00
	Minimum	10,00	,00	,00	,00	,00	7,00
	Maksimum	38,00	6,00	6,00	3,00	4,00	35,00
Toplam	n	82	82	82	82	82	82
	Ortalama	24,77	2,48	3,24	1,89	1,55	22,29
	SS	8,50	1,94	1,82	1,18	1,04	7,84
	Ortanca	25,50	2,00	3,00	2,00	1,00	23,00
	Minimum	3,00	,00	,00	,00	,00	3,00
	Maksimum	42,00	6,00	7,00	3,00	4,00	38,00
p		0,619	0,796	0,750	0,075	0,233	0,773

n: vaka sayısı, SS: standart sapma, *Mann Whitney U Testi

3.2.3.4 Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği Ana-Baba Formu

Operasyon öncesi adenoidektomi grubu ile, operasyon öncesi adenotonsillektomi grubunun Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği Ana-Baba Formu skorları karşılaştırıldığında okul kaygısı bozukluğu alt grup puanı ($p=0,043$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark varken ($p=0,043$) ; ÇATÖ toplam puan, panik bozukluk ve somatik belirti alt grup puanı, yaygın anksiyete bozukluğu alt grup puanı, ayrılık anksiyetesi bozukluğu alt grup puanı ve sosyal anksiyete bozukluğu alt grup puanında iki grup arasında istatistiksel anlamda fark bulunmamıştır. ($p>0,05$)

Tablo 22: Pre-op Adenoidektomi ve Pre-op Adenotonsillektomi Grubunun ÇATÖ Skorlarının Karşılaştırılması

Grup		ÇATÖ Toplam	ÇATÖ Panik	ÇATÖ YAB	ÇATÖ Ayrılık	ÇATÖ Sosyal	ÇATÖ Okul
AG	n	41	41	41	41	41	41
	Ortalama	23,90	5,10	3,83	6,80	6,39	1,78
	SS	13,13	4,24	3,88	3,72	3,16	1,78
	Ortanca	22,00	5,00	3,00	6,00	7,00	1,00
	Minimum	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	Maksimum	62,00	20,00	18,00	14,00	12,00	8,00
ATG	n	41	41	41	41	41	41
	Ortalama	21,22	4,39	3,24	6,51	5,93	1,15
	SS	11,64	4,27	2,95	3,02	3,57	1,59
	Ortanca	20,00	3,00	2,00	6,00	6,00	,00
	Minimum	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	Maksimum	56,00	18,00	10,00	13,00	13,00	7,00
Toplam	n	82	82	82	82	82	82
	Ortalama	22,56	4,74	3,54	6,66	6,16	1,46
	SS	12,41	4,24	3,44	3,37	3,36	1,71
	Ortanca	22,00	4,00	2,00	6,00	6,00	1,00
	Minimum	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	Maksimum	62,00	20,00	18,00	14,00	13,00	8,00
P		0,327	0,271	0,705	0,755	0,429	0,043

n: vaka sayısı, SS: standart sapma, *Mann Whitney U Testi

ÇATÖ: Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği, **ÇATÖ Panik:** Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği panik bozukluk ve somatik belirti alt grup **ÇATÖ YAB:** Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği yaygın anksiyete bozukluğu alt grup, **ÇATÖ Ayrılık:** Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği ayrılık anksiyetesi bozukluğu alt grup, **ÇATÖ Sosyal:** Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği sosyal anksiyete alt grup, **ÇATO Okul:** Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği okul kaygısı bozukluğu alt grup

3.2.4 Adenoidektomi Çalışma Grubu Pre-operatif ve Post-operatif Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

3.2.4.1 Güçler ve Güçlükler Anketi Değerlendirilmesi

Adenoidektomi yapılan hastaların ameliyat öncesi ve 6.ay kontrollerinde ebeveynlerinin doldurduğu Güçler ve Güçlükler Anketi ebeveyn formları karşılaştırıldığında; GGA toplam puanı ($p<0,001$), davranım sorunları ($p=0,005$), Dikkatsizlik ve Hiperaktivite ($p<0,001$), duygulanım belirtileri ($p<0,001$) skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmasına rağmen; sosyal davranışlar ve akran ilişkileri alt grup skorları değerlendirildiğinde iki grup arasında ki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 23:Adenoidektomi Yapılanlarda Pre-op ve Post-op GGA Skorlarının Karşılaştırılması

	n	Ortalama	SS	Ortanca	Minimum	Maksimum	p*
GGA_toplam_preop	41	14,24	5,05	13,00	5,00	25,00	<0,001
GGA_toplam_postop	41	9,00	3,70	9,00	3,00	20,00	
GGA_davranım_preop	41	2,36	1,84	2,00	0,00	8,00	0,005
GGA_davranım_postop	41	1,68	1,59	1,00	0,00	7,00	
GGA_dikkat_preop	41	4,56	2,10	4,00	0,00	10,00	<0,001
GGA_dikkat_postop	41	2,68	2,04	2,00	0,00	8,00	
GGA_uygulanım_preop	41	3,20	2,27	3,00	0,00	9,00	<0,001
GGA_uygulanım_postop	41	1,78	2,09	1,00	0,00	7,00	
GGA_akran_preop	41	4,12	1,25	4,00	2,00	8,00	0,202
GGA_akran_postop	41	3,85	1,30	4,00	2,00	6,00	
GGA_sosyal_preop	41	6,98	2,13	7,00	3,00	10,00	0,192
GGA_sosyal_postop	41	7,39	2,07	8,00	3,00	10,00	

n: Vaka sayısı, SS: standart sapma, *Wilcoxon testi

GGA: Güçler ve Güçlükler anketi ,**GGA Davranım:** Güçler ve Güçlükler Anketi Davranım Sorunları alt grup,**GGA Dikkat:** Güçler ve Güçlükler Anketi Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik alt grup,**GGA Duygulanım:** Güçler ve Güçlükler Anketi Duygulanım Belirtileri alt grup,**GGA Akran:** Güçler ve Güçlükler Anketi Akran İlişkileri alt grup,**GGA Sosyal:** Güçler ve Güçlükler Anketi Sosyal Davranışlar alt grup

3.2.4.2 Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Ana-Baba Formu Değerlendirilmesi

Adenoidektomi çalışma grubunun preoperatif ve postoperatif 6.ayda Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Ana-Baba Formu verileri değerlendirildiğinde; Ölçek Toplam Puanı, Psikososyal, Fiziksel, Duygusal, Okul ve Sosyal İşlevsellik toplam puanı postoperatif dönemde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$)

Tablo 24: Adenoidektomi Yapılanlarda Pre-op ve Post-op ÇİYKO Skorlarının Karşılaştırılması

	n	Ortalama	SS	Ortanca	Minimum	Maksimum	p*
ÇİYKO_toplam_preop	41	70,20	15,52	72,17	33,70	93,48	<0,001
ÇİYKO_toplam_postop	41	86,94	14,59	91,30	41,30	100,00	
ÇİYKO_PSTP_preop	41	71,87	15,08	75,00	31,67	95,00	<0,001
ÇİYKO_PSTP_postop	41	87,13	13,20	91,67	50,00	100,00	
ÇİYKO_FSTP_preop	41	67,06	22,33	75,00	9,38	100,00	<0,001
ÇİYKO_FSTP_postop	41	86,97	18,98	96,88	25,00	100,00	
ÇİYKO_DİP_preop	41	66,83	17,98	70,00	15,00	100,00	<0,001
ÇİYKO_DİP_postop	41	86,71	15,48	90,00	45,00	100,00	
ÇİYKO_SİP_preop	41	78,78	24,23	90,00	5,00	100,00	0,006
ÇİYKO_SİP_postop	41	90,61	14,84	100,00	30,00	100,00	
ÇİYKO_OİP_preop	41	70,00	19,94	70,00	20,00	100,00	<0,001
ÇİYKO_OİP_postop	41	83,54	16,82	85,00	30,00	100,00	

n: Vaka sayısı, SS: standart sapma, *Tekrarlı ölçümler varyans analizi

ÇİYKO: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ana-Baba Ölçeği , **PSTP:** Psikososyal sağlık toplam puanı , **FSTP:** Fiziksel sağlık toplam puanı, **DİP:** Duygusal işlevsellik puanı, **SİP :**Sosyal işlevsellik toplam puanı, **OİP :**Okul işlevselliği puanı

3.2.4.3 Çocuklarda Uyku Formu Değerlendirilmesi

Adenoidektomi çalışma grubunun kendi içinde operasyon öncesi ve operasyon sonrası 6.ayda çocuklarda uyku formu ölçeği toplam uyku puanı, uyku sorunları puanı,diğer uyku sorunları puanı, nefes alma sorunları puanı, davranış sorunları puanı ve horlama sorunları puanı değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı derecede düştüğü görülmektedir (p<0,05).

Tablo 25: Adenoidektomi Yapılanlarda Pre-op ve Post-op ÇUÖ Skorlarının Karşılaştırılması

	n	Ortalama	SS	Ortanca	Minimum	Maksimum	p*
uyku_toplam_preop	41	24,39	9,16	25,00	3,00	42,00	<0,001
uyku_toplam_postop	41	4,98	4,50	3,00	0,00	16,00	
uyku_davranış sorunları_preop	41	2,41	1,91	2,00	0,00	6,00	<0,001
uyku_davranış sorunları_postop	41	,78	1,24	0,00	0,00	6,00	
uyku_nefes alma sorunları_preop	41	3,17	1,97	3,00	0,00	7,00	<0,001
uyku_nefes alma sorunları_postop	41	,71	,96	0,00	0,00	3,00	
uyku_horlama sorunları_preop	41	1,66	1,24	2,00	0,00	3,00	<0,001
uyku_horlama sorunları_postop	41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
uyku_diğer uyku sorunları_preop	41	1,68	1,15	2,00	0,00	4,00	<0,001
uyku_diğer uyku sorunları_postop	41	,39	,80	0,00	0,00	3,00	
uyku_sorun_preop	41	21,98	8,42	23,00	3,00	38,00	<0,001
uyku_sorun_postop	41	4,20	4,13	3,00	0,00	16,00	

n: Vaka sayısı, SS: standart sapma, *Tekrarlı ölçümler varyans analizi

3.2.4.4 Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği Ana-Baba Formu

Operasyon öncesi ve operasyon sonrası 6.ayda adenoidektomi çalışma grubunun Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği Ana-Baba Formu skorları karşılaştırıldığında ÇATÖ toplam puanı (p=0,001) , yaygın anksiyete bozukluğu alt grup puanı (p=0,038) , sosyal anksiyete bozukluğu alt grup puanı (p= 0,001) ve okul kaygısı bozukluğu alt grup puanı (p=0,001),panik bozukluk ve somatik belirti alt grup puanı (p=0,007) ,ayrılık anksiyetesi bozukluğu alt grup puanı (p=0,006) arasında istatistiksel anlamda fark bulunmuştur.

Tablo 26: Adenoidektomi Yapılanlarda Pre-op ve Post-op ÇATÖ Skorlarının Karşılaştırılması

	n	Ortalama	SS	Ortanca	Minimum	Maksimum	p*
ÇATÖ toplam_preop	41	23,90	13,13	22,00	0,00	62,00	0,001
ÇATÖ toplam_postop	41	15,90	9,69	15,00	0,00	39,00	
ÇATÖ Panik_preop	41	5,10	4,24	5,00	0,00	20,00	0,007
ÇATÖ Panik_postop	41	3,07	2,92	2,00	0,00	11,00	
ÇATÖ YAB_preop	41	3,83	3,88	3,00	0,00	18,00	0,038
ÇATÖ YAB_postop	41	2,46	2,74	2,00	0,00	10,00	
ÇATÖ Ayrılık_preop	41	6,80	3,72	6,00	0,00	14,00	0,006
ÇATÖ Ayrılık_postop	41	5,15	3,00	5,00	0,00	13,00	
ÇATÖ Sosyal_preop	41	6,39	3,16	7,00	0,00	12,00	0,001
ÇATÖ Sosyal_postop	41	4,44	2,66	4,00	0,00	11,00	
ÇATÖ Okul_preop	41	1,78	1,78	1,00	0,00	8,00	<0,001
ÇATÖ Okul_postop	41	,78	1,01	0,00	0,00	4,00	

n: Vaka sayısı, SS: standart sapma, *Tekrarlı ölçümler varyans analizi

ÇATÖ: Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği, **ÇATÖ Panik:** Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği panik bozukluk ve somatik belirti alt testi **ÇATÖ YAB:** Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği yaygın anksiyete bozukluğu alt testi , **ÇATÖ Ayrılık:** Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği ayrılık anksiyetesi bozukluğu alt testi, **ÇATÖ Sosyal:** Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği sosyal anksiyete alt testi , **ÇATÖ Okul:** Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği okul kaygısı bozukluğu alt testi

3.2.5 Adenotonsillektomi Çalışma Grubu Pre-operatif ve Post-operatif Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

3.2.5.1 Güçler ve Güçlükler Anketi Değerlendirilmesi

Adenotonsillektomi yapılan hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 6.ayda ebeveynlerinin doldurduğu Güçler ve Güçlükler anketi ebeveyn formları karşılaştırıldığında; GGA toplam puanı ($p<0,001$), Dikkatsizlik ve Hiperaktivite ($p<0,001$) ve sosyal davranışlar alt grup puanında ($p=0,038$) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmasına rağmen; davranım sorunları, duygulanım sorunları ve akran ilişkileri

alt grup puanı değerlendirildiğinde ameliyat öncesi ve sonrası grup arasında ki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 27: Adenotonsillektomi Yapılanlarda Pre-op ve Post-op GGA Skorlarının Karşılaştırılması

	n	Ortalama	SS	Ortanca	Minimu m	Maksimu m	p*
GGA_toplam_preop	41	12,46	4,87	12,00	4,00	23,00	<0,001
GGA_toplam_postop	41	9,05	4,22	9,00	2,00	17,00	
GGA_davranım_preop	41	1,78	1,64	1,00	0,00	5,00	0,188
GGA_davranım_postop	41	1,49	1,50	1,00	0,00	6,00	
GGA_dikkat_preop	41	4,29	2,11	4,00	1,00	10,00	<0,001
GGA_dikkat_postop	41	2,73	2,367	2,00	0,00	8,00	
GGA_uygulanım_preop	41	2,22	2,17	2,00	0,00	8,00	0,375
GGA_uygulanım_postop	41	1,83	2,08	1,00	0,00	8,00	
GGA_akran_preop	41	4,17	1,24	4,00	2,00	7,00	0,789
GGA_akran_postop	41	4,12	1,19	4,00	2,00	7,00	
GGA_sosyal_preop	41	6,80	2,37	7,00	1,00	10,00	0,038
GGA_sosyal_postop	41	7,49	2,19	8,00	2,00	10,00	

n: Vaka sayısı, SS: standart sapma, * Wilcoxon testi

GGA: Güç ve Güçlükler anketi ,**GGA Davranım:** GGA Davranım Sorunları alt grup,**GGA Dikkat:** GGA Dikkatsizlik ve Hiperaktivite alt grup,**GGA Duygulanım:** GGA Duygulanım Belirtileri alt grup,**GGA Akran:** GGA Akran İlişkileri alt grup,**GGA Sosyal:** GGA Sosyal Davranışlar alt grup

3.2.5.2 Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Ana-Baba Formu Değerlendirilmesi

Adenotonsillektomi çalışma grubunun preoperatif ve postoperatif 6.ayda Çocuklar İçin Yasam Kalitesi Ölçeği Ana-Baba Formu verileri değerlendirildiğinde; ölçek toplam puanı, Psikososyal, Fiziksel, Duygusal ve Okul İşlevselliği toplam puanları postoperatif 6.ayda istatistiksel olarak anlamlı olarak yükselmişken, Sosyal İşlevsellik Puanı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 28: Adenotonsillektomi Yapılanlarda Pre-op ve Post-op ÇİYKO Skorlarının Karşılaştırılması

	n	Ortalama	SS	Ortanca	Minimum	Maksimum	p*
ÇİYKO_toplam_preop	41	76,48	11,07	77,17	53,26	95,65	<0,001
ÇİYKO_toplam_postop	41	88,97	10,13	92,39	66,30	100,00	
ÇİYKO_PSTP_preop	41	78,17	11,44	78,33	53,33	100,00	<0,001
ÇİYKO_PSTP_postop	41	88,45	11,69	91,67	53,33	100,00	
ÇİYKO_FSTP_preop	41	73,32	16,43	78,12	31,25	100,00	<0,001
ÇİYKO_FSTP_postop	41	89,94	11,12	90,62	53,13	100,00	
ÇİYKO_DİP_preop	41	70,00	17,36	70,00	20,00	100,00	<0,001
ÇİYKO_DİP_postop	41	87,61	16,57	95,00	35,00	100,00	
ÇİYKO_SİP_preop	41	86,22	14,91	90,00	50,00	100,00	0,176
ÇİYKO_SİP_postop	41	89,76	13,74	95,00	50,00	100,00	
ÇİYKO_OİP_preop	41	78,29	18,29	80,00	45,00	100,00	0,001
ÇİYKO_OİP_postop	41	87,98	15,02	95,00	50,00	100,00	

n: Vaka sayısı, SS: standart sapma, *Tekrarlı ölçümler varyans analizi

ÇİYKO: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ana-Baba Ölçeği, **PSTP:** Psikososyal sağlık toplam puanı, **FSTP:** Fiziksel sağlık toplam puanı, **DİP:** Duygusal İşlevsellik puanı, **SİP:** Sosyal İşlevsellik puanı, **OİP:** Okul İşlevselliği puanı

3.2.5.3 Çocuklarda Uyku Formu Değerlendirilmesi

Adenotonsillektomi çalışma grubunun kendi içinde operasyon öncesi ve operasyon sonrası 6.ayda çocuklarda uyku formu ölçeği toplam uyku puanı, uyku sorunları puanı, diğer uyku sorunları puanı, nefes alma sorunları puanı, davranış sorunları puanı ve horlama sorunları puanı değerlendirildiğinde operasyon sonrası 6.ayda istatistiksel olarak anlamlı olarak düştüğü görülmektedir ($p<0,001$).

Tablo 29: Adenotonsillektomi Yapılanlarda Pre-op ve Post-op ÇUÖ Skorlarının Karşılaştırılması

	n	Ortalama	SS	Ortanca	Minimum	Maksimum	p*
uyku_toplam_preop	41	25,15	7,88	27,00	10,00	38,00	<0,001
uyku_toplam_postop	41	3,76	3,62	3,00	0,00	17,00	
uyku_davranış sorunları_preop	41	2,54	1,99	2,00	0,00	6,00	<0,001
uyku_davranış sorunları_postop	41	1,00	1,26	0,00	0,00	4,00	
uyku nefes alma sorunları_preop	41	3,32	1,66	3,00	0,00	6,00	<0,001
uyku nefes alma sorunları_postop	41	,49	,84	0,00	0,00	4,00	
uyku_horlama sorunları_preop	41	2,12	1,08	3,00	0,00	3,00	<0,001
uyku_horlama sorunları_postop	41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
uyku_diğer uyku sorunları_preop	41	1,41	,92	1,00	0,00	4,00	<0,001
uyku_diğer uyku sorunları_postop	41	,20	,40	0,00	0,00	1,00	
uyku_sorun_preop	41	22,61	7,31	23,00	7,00	35,00	<0,001
uyku_sorun_postop	41	2,85	3,11	2,00	0,00	15,00	

n: Vaka sayısı, SS: standart sapma, *Tekrarlı ölçümler varyans analizi

3.2.5.4 Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği Ana-Baba Formu

Operasyon öncesi ve operasyon sonrası 6.ayda adenotonsillektomi çalışma grubunun Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği Ana-Baba Formu skorları karşılaştırıldığında ÇATÖ toplam puanı ($p=0,009$) , panik bozukluk ve somatik belirti ($p=0,043$), sosyal anksiyete bozukluğu alt grup puanları ($p<0,001$) arasında ki fark istatistiksel olarak anlamlı iken; yaygın anksiyete bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu alt grup ve okul kaygısı bozukluğu alt grup puanı arasında istatistiksel anlamda fark bulunmamıştır ($p>0,05$) .

Tablo 30: Adenotonsillektomi Yapılanlarda Pre-op ve Post-op ÇATÖ Skorlarının Karşılaştırılması

	n	Ortalama	SS	Ortanca	Minimum	Maksimum	p*
ÇATÖ toplam_preop	41	21,22	11,64	20,00	0,00	56,00	0,009
ÇATÖ toplam_postop	41	16,00	9,56	14,00	1,00	39,00	
ÇATÖ Panik_preop	41	4,39	4,27	3,00	0,00	18,00	0,043
ÇATÖ Panik_postop	41	2,93	3,04	2,00	0,00	15,00	
ÇATÖ YAB_preop	41	3,24	2,95	2,00	0,00	10,00	0,217
ÇATÖ YAB_postop	41	2,54	2,79	1,00	0,00	11,00	
ÇATÖ Ayrılık_preop	41	6,51	3,02	6,00	0,00	13,00	0,145
ÇATÖ Ayrılık_postop	41	5,68	2,86	6,00	0,00	11,00	
ÇATÖ Sosyal_preop	41	5,93	3,57	6,00	0,00	13,00	<0,001
ÇATÖ Sosyal_postop	41	4,07	2,80	4,00	0,00	9,00	
ÇATÖ Okul_preop	41	1,15	1,59	0,00	0,00	7,00	0,200
ÇATÖ Okul_postop	41	,78	1,35	0,00	0,00	5,00	

n: Vaka sayısı, SS: standart sapma, *Tekrarlı ölçümler varyans analizi

ÇATÖ: Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği, ÇATÖ Panik: Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği panik bozukluk ve somatik belirti alt grup ÇATÖ YAB: Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği yaygın anksiyete bozukluğu alt grup, ÇATÖ Ayrılık: Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği ayrılık anksiyetesi bozukluğu alt grup, ÇATÖ Sosyal: Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği sosyal anksiyete alt grup ,ÇATÖ Okul: Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği okul kaygısı bozukluğu alt grup

3.2.6 Post operatif Adenoidektomi Çalışma Grubu ve Kontrol Grubunun Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

3.2.6.1 Güçler ve Güçlükler Anketi Değerlendirilmesi

Adenoidektomi yapılan grubun ebeveynlerinin postoperatif 6.ayda doldurduğu Güçler ve Güçlükler anketi ebeveyn formları ile kontrol grubunun ebeveynlerinin doldurduğu GGA ebeveyn formları arasında; toplam güçlük puanı skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (($p>0,05$).

Postoperatif-AG ve KG'nin GGA Davranım Sorunları alt grup skorları değerlendirildiğinde iki grup arasında ki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,001$). Postoperatif -AG ve KG'nin GGA Dikkatsizlik ve Hiperaktivite alt grup skorları karşılaştırıldığında gruplar arasında ki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Postoperatif AG ve KG'nin GGA Duygulanım Belirtileri alt grup skorları karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$). Postoperatif AG ve KG'nin GGA Akran İlişkileri alt grup skorları karşılaştırıldığında gruplar arasında ki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Postoperatif AG ve KG'nin GGA Sosyal Davranışlar alt grup skorları karşılaştırıldığında gruplar arasında ki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$)

Tablo 31: Post-op Adenoidektomi ve Kontrol Grubunun GGA Skorlarının Karşılaştırılması

Grup		GGA Toplam	GGA Davranım	GGA Dikkat	GGA Duygulanım	GGA Akran	GGA Sosyal
AG	n	41	41	41	41	41	41
	Ortalama	9,00	1,68	2,68	1,78	3,85	7,39
	SS	3,70	1,59	2,04	2,09	1,30	2,07
	Ortanca	9,00	1,00	2,00	1,00	4,00	8,00
	Minimum	3,00	,00	,00	,00	2,00	3,00
	Maksimum	20,00	7,00	8,00	7,00	6,00	10,00
KG	n	40	40	40	40	40	40
	Ortalama	7,58	,78	2,10	,58	4,12	8,23
	SS	3,36	1,33	1,84	1,03	1,24	1,87
	Ortanca	5,00	,00	2,00	,00	4,00	9,00
	Minimum	4,00	,00	,00	,00	2,00	4,00
	Maksimum	19,00	5,00	6,00	4,00	7,00	10,00
Toplam	n	81	81	81	81	81	81
	Ortalama	8,30	1,23	2,40	1,19	3,99	7,80
	SS	3,59	1,53	1,95	1,75	1,27	2,01
	Ortanca	8,00	1,00	2,00	,00	4,00	8,00
	Minimum	3,00	,00	,00	,00	2,00	3,00
	Maksimum	20,00	7,00	8,00	7,00	7,00	10,00
p*		<0,091	0,001	0,239	0,002	0,305	0,063

n: vaka sayısı, SS: standart sapma, *Mann Whitney U Testi

GGA: Güç ve Güçlükler anketi, **GGA Davranım:** GGA Davranım Sorunları alt grup, **GGA Dikkat:** GGA Dikkatsizlik ve Hiperaktivite alt grup, **GGA Duygulanım:** GGA Duygulanım Belirtileri alt grup, **GGA Akran:** GGA Akran İlişkileri alt grup, **GGA Sosyal:** GGA Sosyal Davranışlar alt grup

3.2.6.2 Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Ana-Baba Formu Değerlendirilmesi

Postoperatif dönem 6.ayda Adenoidektomi çalışma grubunun Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Ana-Baba Formu verileri değerlendirildiğinde; Ölçek Toplam Puanı 86,9±14,5,Psikososyal Sağlık toplam puanı 87,1±13,1,Fiziksel İşlevsellik toplam puanı 86,9±18,9,Duygusal İşlevsellik toplam puanı 86,7±15,4,Sosyal İşlevsellik toplam puanı 90,6±14,8 ve Okul İşlevselliği toplam puanı 83,5,±16,8 olarak gelmiştir ve KG'de ÇİYKO Ana-Baba Formu verileri değerlendirildiğinde Ölçek Toplam Puanı 93,01±7,52,Psikososyal Sağlık toplam puanı 92,7±7,69,Fiziksel İşlevsellik toplam puanı 93,5±10,4, Duygusal İşlevsellik toplam puanı 96,0±6,9,Sosyal İşlevsellik toplam puanı 95,2±10,4 ve Okul İşlevselliği toplam puanı 87,0,±12,2 olarak saptanmıştır. Postoperatif AG ve KG arasında Duygusal İşlevsellik Puanı (p=0,002) dışında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı görülmüştür (p>0,05).

Tablo 32: Post-op Adenoidektomi ve Kontrol Grubunun ÇİYKO Skorlarının Karşılaştırılması

Grup		ÇİYKO Toplam	ÇİYKO PSTP	ÇİYKO FSTP	ÇİYKO DİP	ÇİYKO SİP	ÇİYKO OİP
AG	n	41	41	41	41	41	41
	Ortalama	86,94	87,13	86,97	86,71	90,61	83,54
	SS	14,59	13,20	18,98	15,48	14,84	16,82
	Ortanca	91,30	91,67	96,88	90,00	100,00	85,00
	Minimum	41,30	50,00	25,00	45,00	30,00	30,00
	Maksimum	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
KG	n	40	40	40	40	40	40
	Ortalama	93,02	92,75	93,51	96,00	95,25	87,00
	SS	7,53	7,69	10,43	7,00	10,50	12,24
	Ortanca	96,74	96,67	100,00	100,00	100,00	90,00
	Minimum	67,39	65,00	65,63	70,00	50,00	45,00
	Maksimum	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Toplam	n	81	81	81	81	81	81
	Ortalama	89,94	89,91	90,20	91,30	92,90	85,25
	SS	11,97	11,13	15,62	12,86	13,01	14,74
	Ortanca	93,48	93,33	100,00	100,00	100,00	90,00
	Minimum	41,30	50,00	25,00	45,00	30,00	30,00
	Maksimum	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
P		0,160	0,108	0,093	0,002	0,092	0,558

n: vaka sayısı, SS: standart sapma, *Mann Whitney U Testi

ÇİYKO: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ana-Baba Ölçeği, **PSTP:** Psikososyal sağlık toplam puanı, **FSTP:** Fiziksel sağlık toplam puanı, **DİP:** Duygusal işlevsellik puanı, **SİP:** Sosyal işlevsellik puanı, **OİP:** Okul işlevselliği puanı

3.2.6.3 Çocuklarda Uyku Formu Değerlendirilmesi

Postoperatif dönem 6.ayda Adenoidektomi çalışma grubunun çocuklarda uyku formu değerlendirildiğinde toplam uyku puanı, uyku sorunları puanı, nefes alma sorunları puanı, davranış sorunları puanı ve horlama sorunları puanının KG'ye göre farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0,05$) fakat diğer uyku sorunları puanı arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p= 0,006$)

Tablo 33: Post-op Adenoidektomi ve Kontrol Grubunun ÇUÖ Skorlarının Karşılaştırılması

Grup		Uyku Toplam	Uyku Davranış sorunları	Uyku Nefes Alma sorunları	Uyku Horlama sorunları	Uyku Diğer Uyku sorunları	Uyku Sorun
AG	n	41	41	41	41	41	41
	Ortalama	4,98	,78	,71	,00	,39	4,20
	SS	4,50	1,24	,96	,00	,80	4,13
	Ortanca	3,00	,00	,00	,00	,00	3,00
	Minimum	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	Maksimum	16,00	6,00	3,00	,00	3,00	16,00
KG	n	40	40	40	40	40	40
	Ortalama	5,18	,75	,55	,02	,78	4,42
	SS	3,26	,78	,88	,16	,76	2,86
	Ortanca	4,00	1,00	,00	,00	1,00	3,00
	Minimum	1,00	,00	,00	,00	,00	1,00
	Maksimum	14,00	2,00	3,00	1,00	2,00	12,00
Toplam	n	81	81	81	81	81	81
	Ortalama	5,07	,76	,63	,01	,58	4,31
	SS	3,91	1,03	,91	,11	,80	3,54
	Ortanca	4,00	,00	,00	,00	,00	3,00
	Minimum	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	Maksimum	16,00	6,00	3,00	1,00	3,00	16,00
p		0,268	0,482	0,460	0,311	0,006	0,223

n: vaka sayısı, SS: standart sapma, *Mann Whitney U Testi

3.2.6.4 Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği Ana-Baba Formu

Operasyon sonrası 6.ayda Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği Ana-Baba Formu skorları açısından AG ve KG karşılaştırıldığında ÇATÖ toplam puan, sosyal anksiyete alt grup puanı, panik bozukluk ve somatik belirtialt grup puanı, yaygın

anksiyete bozukluğu alt grup puanı, ayrılık anksiyetesi bozukluğu alt grup puanı ve okul kaygısı bozukluğu alt grup puanında olgu ve kontrol grubunda istatistiksel anlamda fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 34: Post-op Adenoidektomi ve Kontrol Grubunun ÇATÖ Skorlarının Karşılaştırılması

Grup		ÇATÖ Toplam	ÇATÖ Panik	ÇATÖ YAB	ÇATÖ Ayrılık	ÇATÖ Sosyal	ÇATÖ Okul
AG	n	41	41	41	41	41	41
	Ortalama	15,90	3,07	2,46	5,15	4,44	,78
	SS	9,69	2,92	2,74	3,00	2,66	1,01
	Ortanca	15,00	2,00	2,00	5,00	4,00	,00
	Minimum	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	Maksimum	39,00	11,00	10,00	13,00	11,00	4,00
KG	n	40	40	40	40	40	40
	Ortalama	18,02	4,30	2,80	5,52	4,20	1,20
	SS	11,83	4,56	3,03	3,06	2,85	1,30
	Ortanca	18,50	2,50	2,00	5,50	4,00	1,00
	Minimum	1,00	,00	,00	1,00	,00	,00
	Maksimum	50,00	18,00	12,00	12,00	12,00	5,00
Toplam	n	81	81	81	81	81	81
	Ortalama	16,95	3,68	2,63	5,33	4,32	,99
	SS	10,78	3,84	2,87	3,02	2,74	1,18
	Ortanca	16,00	2,00	2,00	5,00	4,00	1,00
	Minimum	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	Maksimum	50,00	18,00	12,00	13,00	12,00	5,00
P		0,505	0,401	0,700	0,584	0,707	0,150

n: vaka sayısı, SS: standart sapma, *Mann Whitney U Testi

ÇATÖ: Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği, **ÇATÖ Panik:** Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği panik bozukluk ve somatik belirti alt grup **ÇATÖ YAB:** Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği yaygın anksiyete bozukluğu alt grup, **ÇATÖ Ayrılık:** Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği ayrılık anksiyetesi bozukluğu alt grup, **ÇATÖ Sosyal:** Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği sosyal anksiyete alt grup, **ÇATÖ Okul:** Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği okul kaygısı bozukluğu alt grup

3.2.7 Post-operatif Adenotonsillektomi Çalışma Grubu ve Kontrol Grubunun Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

3.2.7.1 Güçler ve Güçlükler Anketi Değerlendirilmesi

Adenotonsillektomi yapılan grubun ebeveynlerinin post operatif 6.ayda doldurduğu Güçler ve Güçlükler anketi ebeveyn formları ile kontrol grubunun ebeveynlerinin doldurduğu GGA ebeveyn formları arasında; toplam güçlük puanı skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Postoperatif-ATG ve KG'nin GGA Davranım Sorunları alt grup skorları değerlendirildiğinde gruplar arasında ki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur($p=0,010$). Postoperatif -ATG ve KG'nin GGA Dikkatsizlik ve Hiperaktivite alt grup skorları karşılaştırıldığında gruplar arasında ki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Postoperatif -AG ve KG'nin GGA Duygulanım Belirtileri alt grup skorları karşılaştırıldığında gruplar arasında ki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,002$). Postoperatif -AG ve KG'nin GGA Akran İlişkileri alt grup skorları karşılaştırıldığında gruplar arasında ki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Postoperatif -AG ve KG'nin GGA Sosyal Davranışlar alt grup skorları karşılaştırıldığında gruplar arasında ki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 35: Post-op Adenotonsillektomi ve Kontrol Grubunun GGA Skorlarının Karşılaştırılması

Grup		GGA Toplam	GGA Davranım	GGA Dikkat	GGA Duygulanım	GGA Akran	GGA Sosyal
ATG	n	41	41	41	41	41	41
	Ortalama	9,05	1,49	2,73	1,83	4,12	7,49
	SS	4,22	1,50	2,37	2,08	1,19	2,19
	Ortanca	9,00	1,00	2,00	1,00	4,00	8,00
	Minimum	2,00	,00	,00	,00	2,00	2,00
	Maksimum	17,00	6,00	8,00	8,00	7,00	10,00
KG	n	40	40	40	40	40	40
	Ortalama	7,58	,78	2,10	,58	4,12	8,22
	SS	3,36	1,33	1,84	1,03	1,24	1,87
	Ortanca	7,00	,00	2,00	,00	4,00	9,00
	Minimum	4,00	,00	,00	,00	2,00	4,00
	Maksimum	19,00	5,00	6,00	4,00	7,00	10,00
Toplam	n	81	81	81	81	81	81
	Ortalama	8,32	1,14	2,42	1,21	4,12	7,85
	SS	3,87	1,46	2,13	1,76	1,21	2,06
	Ortanca	7,00	,00	2,00	,00	4,00	8,00
	Minimum	2,00	,00	,00	,00	2,00	2,00
	Maksimum	19,00	6,00	8,00	8,00	7,00	10,00
p*		<0,108	0,010	0,279	0,002	0,977	0,100

n: vaka sayısı, SS: standart sapma, *Mann Whitney U Testi

GGA: Güç ve Güçlükler anketi ,**GGA Davranım:** GGA Davranım Sorunları alt grup,**GGA Dikkat:** GGA Dikkatsizlik ve Hiperaktivite alt grup,**GGA Duygulanım:** GGA Duygulanım Belirtileri alt grup,**GGA Akran:**GGA Akran İlişkileri alt grup,**GGA Sosyal:** GGA Sosyal Davranışlar alt grup

3.2.7.2 Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Ana-baba Formu Değerlendirilmesi

Postoperatif dönem 6.ayda Adenotonsillektomi çalışma grubunun Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Ana-baba Formu verileri değerlendirildiğinde; Ölçek Toplam puanı $88,9 \pm 10,1$, Psikososyal Sağlık toplam puanı $88,4 \pm 11,6$, Fiziksel İşlevsellik toplam puanı $89,9 \pm 11,1$, Duygusal İşlevsellik toplam puanı $87,6 \pm 16,5$, Sosyal İşlevsellik toplam puanı $89,7 \pm 13,7$ ve Okul İşlevselliği toplam puanı $87,9 \pm 15,0$ olarak gelmiştir ve KG'nin ÇİYKO Ana-Baba Formu verileri değerlendirildiğinde Ölçek Toplam puanı $93,01 \pm 7,52$, Psikososyal Sağlık toplam puanı $92,7 \pm 7,69$, Fiziksel Sağlık toplam puanı $93,5 \pm 10,4$, Duygusal İşlevsellik toplam puanı $96,0 \pm 6,9$, Sosyal İşlevsellik toplam puanı $95,2 \pm 10,4$ ve Okul İşlevselliği toplam puanı $87,0 \pm 12,2$ olarak saptanmıştır. Postoperatif AG ve KG'nin Duygusal İşlevsellik toplam puanı ($p=0,010$), Fiziksel İşlevsellik toplam puanı ($p=0,024$) ve Sosyal İşlevsellik toplam puanı ($p=0,027$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark varken, ÇİYKO Ölçek Toplam puanı, Psikososyal Sağlık toplam puanı ve Okul İşlevselliği toplam puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 36 : Post-op Adenotonsillektomi ve Kontrol Grubunun ÇİYKO Skorlarının Karşılaştırılması

Grup		ÇİYKO Toplam	ÇİYKO PSTP	ÇİYKO FSTP	ÇİYKO DİP	ÇİYKO SİP	ÇİYKO OİP
ATG	n	41	41	41	41	41	41
	Ortalama	88,97	88,45	89,94	87,61	89,76	87,98
	SS	10,13	11,69	11,12	16,57	13,74	15,02
	Ortanca	92,39	91,67	90,62	95,00	95,00	95,00
	Minimum	66,30	53,33	53,13	35,00	50,00	50,00
	Maksimum	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
KG	n	40	40	40	40	40	40
	Ortalama	93,02	92,75	93,52	96,00	95,25	87,00
	SS	7,53	7,69	10,43	7,00	10,50	12,24
	Ortanca	96,74	96,67	100,00	100,00	100,00	90,00
	Minimum	67,39	65,00	65,63	70,00	50,00	45,00
	Maksimum	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Toplam	n	81	81	81	81	81	81
	Ortalama	90,97	90,57	91,70	91,75	92,47	87,49
	SS	9,11	10,09	10,87	13,38	12,48	13,64
	Ortanca	93,48	93,33	96,88	100,00	100,00	90,00
	Minimum	66,30	53,33	53,13	35,00	50,00	45,00
	Maksimum	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
p		0,065	0,153	0,024	0,010	0,027	0,309

n: vaka sayısı, SS: standart sapma, *Mann Whitney U Testi

ÇİYKO: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ana-Baba Ölçeği, **PSTP:** Psikososyal sağlık toplam puanı, **FSTP:** Fiziksel sağlık toplam puanı, **DİP:** Duygusal işlevsellik puanı, **SİP:** Sosyal işlevsellik puanı, **OİP:** Okul işlevselliği puanı

3.2.7.3 Çocuklarda Uyku Formu Değerlendirilmesi

Postoperatif dönem 6.ayda Adenotonsillektomi çalışma grubunun çocuklarda uyku formu değerlendirildiğinde kontrol grubuna göre toplam uyku puanı ($p=0,019$) ,uyku sorunları puanı ($p=0,001$) , diğer uyku sorunları puanı ($p<0,001$) arasında anlamlı olarak düşük bulunmuşken; nefes alma sorunları puanı,davranış sorunları puanı ve horlama sorunları puanının istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 37: Post-op Adenotonsillektomi ve Kontrol Grubunun ÇUÖ Skorlarının Karşılaştırılması

Grup		Uyku Toplam	Uyku Davranış sorunları	Uyku Nefes Alma sorunları	Uyku Horlama sorunları	Uyku Diğer Uyku sorunları	Uyku Sorun
ATG	n	41	41	41	41	41	41
	Ortalama	3,76	1,00	,49	,00	,20	2,85
	SS	3,62	1,26	,84	,00	,40	3,11
	Ortanca	3,00	,00	,00	,00	,00	2,00
	Minimum	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	Maksimum	17,00	4,00	4,00	,00	1,00	15,00
KG	n	40	40	40	40	40	40
	Ortalama	5,18	,75	,55	,02	,78	4,42
	SS	3,26	,78	,88	,16	,77	2,86
	Ortanca	4,00	1,00	,00	,00	1,00	3,00
	Minimum	1,00	,00	,00	,00	,00	1,00
	Maksimum	14,00	2,00	3,00	1,00	2,00	12,00
Toplam	n	81	81	81	81	81	81
	Ortalama	4,46	,88	,52	,01	,48	3,63
	SS	3,50	1,05	,85	,11	,67	3,08
	Ortanca	4,00	1,00	,00	,00	,00	3,00
	Minimum	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	Maksimum	17,00	4,00	4,00	1,00	2,00	15,00
P		0,019	0,775	0,814	0,311	<0,001	0,001

n: vaka sayısı, SS: standart sapma, *Mann Whitney U Testi

3.2.7.4 Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği Ana-Baba Formu

Operasyon sonrası 6.ayda Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği Ana-Baba Formu skorları açısından Adenotonsillektomi grubu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında ÇATÖ toplam puan, panik bozukluk ve somatik belirti alt grup puanı, yaygın anksiyete bozukluğu alt grup puanı, ayrılık anksiyetesi bozukluğu alt grup puanı ve okul kaygısı bozukluğu alt grup puanında olgu ve kontrol grubunda istatistiksel anlamda fark bulunmamışken ($p>0,05$) ,sosyal anksiyete alt grup puanı arasında anlamlı fark görülmüştür ($p=0,040$)

Tablo 38: Post-op Adenotonsillektomi ve Kontrol Grubunun ÇATÖ Skorlarının Karşılaştırılması

Grup		ÇATÖ Toplam	ÇATÖ Panik	ÇATÖ YAB	ÇATÖ Ayrılık	ÇATÖ Sosyal	ÇATÖ Okul
ATG	n	41	41	41	41	41	41
	Ortalama	16,00	2,93	2,54	5,68	4,07	,78
	SS	9,56	3,04	2,79	2,86	2,80	1,35
	Ortanca	14,00	2,00	1,00	6,00	4,00	,00
	Minimum	1,00	,00	,00	,00	,00	,00
	Maksimum	39,00	15,00	11,00	11,00	9,00	5,00
KG	n	40	40	40	40	40	40
	Ortalama	18,02	4,30	2,80	5,52	4,20	1,20
	SS	11,83	4,56	3,03	3,06	2,85	1,30
	Ortanca	18,50	2,50	2,00	5,50	4,00	1,00
	Minimum	1,00	,00	,00	1,00	,00	,00
	Maksimum	50,00	18,00	12,00	12,00	12,00	5,00
Toplam	n	81	81	81	81	81	81
	Ortalama	17,00	3,60	2,67	5,60	4,14	,99
	SS	10,72	3,90	2,90	2,94	2,81	1,33
	Ortanca	15,00	2,00	2,00	6,00	4,00	,00
	Minimum	1,00	,00	,00	,00	,00	,00
	Maksimum	50,00	18,00	12,00	12,00	12,00	5,00
p		0,613	0,290	0,824	0,747	0,958	0,040

n: vaka sayısı, SS: standart sapma, *Mann Whitney U Testi

ÇATÖ: Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği, **ÇATÖ Panik:** Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği panik bozukluk ve somatik belirti alt grup **ÇATÖ YAB:** Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği yaygın anksiyete bozukluğu alt grup , **ÇATÖ Ayrılık:** Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği ayrılık anksiyetesi bozukluğu alt grup, **ÇATÖ Sosyal:** Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği sosyal anksiyete alt grup, **ÇATÖ Okul:** Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği okul kaygısı bozukluğu alt grup

3.2.8 Post-operatif Adenoidektomi Çalışma Grubu ve Post-operatif

Adenotonsillektomi Çalışma Grubu Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

3.2.8.1 Güçler ve Güçlükler Anketi Değerlendirilmesi

Adenoidektomi ve adenotonsillektomi ameliyatları sonrası her iki grubun ebeveynlerinin doldurduğu Güçler ve Güçlükler anketi ebeveyn formları karşılaştırıldığında; GGA toplam puanı, Duygulanım Belirtileri, Davranım Sorunları, Dikkatsizlik ve Hiperaktivite, Akran İlişkileri ve Sosyal Davranışlar alt grup skorları değerlendirildiğinde gruplar arasında ki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 39: Adenoidektomi ve Adenotonsillektomi Grubunun Post-op GGA Skorlarının Karşılaştırılması

Grup		GGA Toplam	GGA Davranım	GGA Dikkat	GGA Duygulanım	GGA Akran	GGA Sosyal
AG	n	41	41	41	41	41	41
	Ortalama	9,00	1,68	2,68	1,78	3,85	7,39
	SS	3,70	1,59	2,04	2,09	1,30	2,07
	Ortanca	9,00	1,00	2,00	1,00	4,00	8,00
	Minimum	3,00	,00	,00	,00	2,00	3,00
	Maksimum	20,00	7,00	8,00	7,00	6,00	10,00
ATG	n	41	41	41	41	41	41
	Ortalama	9,05	1,49	2,73	1,83	4,12	7,49
	SS	4,22	1,50	2,37	2,08	1,19	2,19
	Ortanca	9,00	1,00	2,00	1,00	4,00	8,00
	Minimum	2,00	,00	,00	,00	2,00	2,00
	Maksimum	17,00	6,00	8,00	8,00	7,00	10,00
Toplam	n	82	82	82	82	82	82
	Ortalama	9,02	1,58	2,71	1,80	3,99	7,44
	SS	3,95	1,54	2,20	2,08	1,24	2,12
	Ortanca	9,00	1,00	2,00	1,00	4,00	8,00
	Minimum	2,00	,00	,00	,00	2,00	2,00
	Maksimum	20,00	7,00	8,00	8,00	7,00	10,00
p*		0,911	0,596	0,822	0,954	0,308	0,742

n: vaka sayısı, SS: standart sapma, *Mann Whitney U Testi

GGA: Güç ve Güçlükler anketi, **GGA Davranım:** GGA Davranım Sorunları alt grup, **GGA Dikkat:** GGA Dikkatsizlik ve Hiperaktivite alt grup, **GGA Duygulanım:** GGA Duygulanım Belirtileri alt grup, **GGA Akran:** GGA Akran İlişkileri alt grup, **GGA Sosyal:** GGA Sosyal Davranışlar alt grup

3.2.8.2 Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Ana-Baba Formu Değerlendirilmesi

Adenoidektomi ve adenotonsillektomi ameliyatları sonrası 6.ayda her iki grubun Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Ana-Baba Formu verileri değerlendirildiğinde; ölçek toplam puanı, Psikososyal, Fiziksel, Duygusal, Sosyal ve Okul işlevselliği toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 40: Adenoidektomi ve Adenotonsillektomi Grubunun Post-op ÇİYKO Skorlarının Karşılaştırılması

Grup		ÇİYKO Toplam	ÇİYKO PSTP	ÇİYKO FSTP	ÇİYKO DİP	ÇİYKO SİP	ÇİYKO OİP
AG	n	41	41	41	41	41	41
	Ortalama	86,94	87,13	86,97	86,71	90,61	83,54
	SS	14,59	13,20	18,98	15,48	14,84	16,82
	Ortanca	91,30	91,67	96,88	90,00	100,00	85,00
	Minimum	41,30	50,00	25,00	45,00	30,00	30,00
	Maksimum	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
ATG	n	41	41	41	41	41	41
	Ortalama	88,97	88,45	89,94	87,61	89,76	87,98
	SS	10,13	11,69	11,12	16,57	13,74	15,02
	Ortanca	92,39	91,67	90,62	95,00	95,00	95,00
	Minimum	66,30	53,33	53,13	35,00	50,00	50,00
	Maksimum	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Toplam	n	82	82	82	82	82	82
	Ortalama	87,95	87,79	88,45	87,16	90,18	85,76
	SS	12,52	12,40	15,53	15,94	14,22	16,00
	Ortanca	91,85	91,67	93,75	90,00	100,00	90,00
	Minimum	41,30	50,00	25,00	35,00	30,00	30,00
	Maksimum	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
p		0,981	0,769	0,803	0,627	0,579	0,200

n: vaka sayısı, SS: standart sapma, *Mann Whitney U Testi

ÇİYKO: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ana-Baba Ölçeği, **PSTP:** Psikososyal sağlık toplam puanı, **FSTP:** Fiziksel sağlık toplam puanı, **DİP:** Duygusal işlevsellik puanı, **SİP:** Sosyal işlevsellik puanı, **OİP:** Okul işlevselliği puanı

3.2.8.3 Çocuklarda Uyku Formu Değerlendirilmesi

Postoperatif dönem 6.ayda Adenoidektomi ve adenotonsillektomi çalışma gruplarının çocuklarda uyku ölçeği toplam uyku puanı, uyku sorunları puanı, diğer uyku sorunları puanı, nefes alma sorunları puanı, davranış sorunları puanı ve horlama sorunları puanı değerlendirildiğinde gruplar arasında ki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 41 Adenoidektomi ve Adenotonsillektomi Grubunun Post-op ÇUÖ Skorlarının Karşılaştırılması

Grup		Uyku Toplam	Uyku Davranış sorunları	Uyku Nefes Alma sorunları	Uyku Horlama sorunları	Uyku Diğer Uyku sorunları	Uyku Sorun
AG	n	41	41	41	41	41	41
	Ortalama	4,98	,78	,71	,00	,39	4,20
	SS	4,50	1,23	,96	,00	,80	4,13
	Ortanca	3,00	,00	,00	,00	,00	3,00
	Minimum	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	Maksimum	16,00	6,00	3,00	,00	3,00	16,00
ATG	n	41	41	41	41	41	41
	Ortalama	3,76	1,00	,49	,00	,20	2,85
	SS	3,62	1,26	,84	,00	,40	3,11
	Ortanca	3,00	,00	,00	,00	,00	2,00
	Minimum	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	Maksimum	17,00	4,00	4,00	,00	1,00	15,00
Toplam	n	82	82	82	82	82	82
	Ortalama	4,36	,89	,60	,00	,29	3,52
	SS	4,10	1,25	,90	,00	,64	3,70
	Ortanca	3,00	,00	,00	,00	,00	2,00
	Minimum	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	Maksimum	17,00	6,00	4,00	,00	3,00	16,00
P		0,259	0,414	0,306	1,000	0,463	0,140

n: vaka sayısı, SS: standart sapma, *Mann Whitney U Testi

3.2.8.4 Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği Ana-Baba formu

Operasyon sonrası AG ile, operasyon sonrası ATG'nin Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği Ana-Baba Formu skorları karşılaştırıldığında ÇATÖ toplam puanı, panik bozukluk ve somatik belirti alt grup puanı, yaygın anksiyete bozukluğu alt grup puanı, ayrılık anksiyetesi bozukluğu alt grup puanı ve sosyal anksiyete bozukluğu alt grup puanı arasında istatistiksel anlamda fark bulunmamıştır. (p>0,05)

Tablo 42 Adenoidektomi ve Adenotonsillektomi Grubunun Post-op ÇATÖ Skorlarının Karşılaştırılması

Grup		ÇATÖ Toplam	ÇATÖ Panik	ÇATÖ YAB	ÇATÖ Ayrılık	ÇATÖ Sosyal	ÇATÖ Okul
AG	n	41	41	41	41	41	41
	Ortalama	15,90	3,07	2,46	5,15	4,44	,78
	SS	9,69	2,92	2,74	3,00	2,66	1,01
	Ortanca	15,00	2,00	2,00	5,00	4,00	,00
	Minimum	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	Maksimum	39,00	11,00	10,00	13,00	11,00	4,00
ATG	n	41	41	41	41	41	41
	Ortalama	16,00	2,93	2,54	5,68	4,07	,78
	SS	9,56	3,04	2,79	2,86	2,80	1,35
	Ortanca	14,00	2,00	1,00	6,00	4,00	,00
	Minimum	1,00	,00	,00	,00	,00	,00
	Maksimum	39,00	15,00	11,00	11,00	9,00	5,00
Toplam	n	82	82	82	82	82	82
	Ortalama	15,95	3,00	2,50	5,41	4,26	,78
	SS	9,56	2,96	2,75	2,92	2,73	1,19
	Ortanca	14,00	2,00	1,50	6,00	4,00	,00
	Minimum	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	Maksimum	39,00	15,00	11,00	13,00	11,00	5,00
p		0,933	0,800	0,996	0,427	0,637	0,355

n: vaka sayısı, SS: standart sapma, *Mann Whitney U Testi

ÇATÖ: Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği, **ÇATÖ Panik:** Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği panik bozukluk ve somatik belirti alt grup **ÇATÖ YAB:** Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği yaygın anksiyete bozukluğu alt grup, **ÇATÖ Ayrılık:** Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği ayrılık anksiyetesi bozukluğu alt grup, **ÇATÖ Sosyal:** Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği sosyal anksiyete alt grup, **ÇATÖ Okul:** Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği okul kaygısı bozukluğu alt grup

4 TARTIşMA

Adenoidektomi ve adenotonsillektomi çocukluk çağında çok sık yapılan operasyonlardır. Bu operasyonlara endikasyon oluşturan nedenlerin çocukluk yaş gurubu üzerindeki etkilerinin aydınlatılması önemli bir konudur.

Adenotonsiller hipertrofi çocukluk çağında üst hava yolu obstrüksiyonun en sık sebebi olup [1, 2] basit horlamadan belirgin uyku apnesine çeşitli derecede uyku bozukluklarına neden olabilmektedir. Solunum problemlerine bağlı uyku bozukluklarında kalp yetmezliği [3-5] , sistemik hipertansiyon [6], gelişme geriliği [7], nörokognitif sekeller [8, 9] ve nörodavranışsal performansta bozulma gibi problemler görülebildiği bilinmektedir [8, 10, 11]. Kesin patofizyolojisi henüz tam olarak açıklanmamış olsa da davranışsal problemlerde ve nörokognitif performansta bozulmanın aralıklı veya kronik hipoksiye bağlı beyin bazı bölgelerinde meydana gelen nörokimyasal değişikliklere bağlı olabileceği düşünülmektedir [9].Beynin gelişimini en geç tamamlayan bölgesi olan prefrontal korteks üzerinde aralıklı veya kronik hipoksinin dopaminerjik ve glutamat yollarında kimyasal değişikliklere neden olduğu düşünülmektedir [12].

Bu dönemde görülen sık geçirilen enfeksiyonlar ve uykuyu bozan solunum problemleri gibi organik nedenli bazı sorunların tedavi edilmesi ile daha ağır davranışsal, nörobilişsel ve psikiyatrik sorunlar engellenebileceği öngörülmektedir [13]

4.1 SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yaptığımız çalışmada adenoidektomi çalışma gurubu, adenotonsillektomi çalışma grubu ve kontrol grubu arasında cinsiyet ve yaş yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark çıkmamıştır. Ailelerin demografik özellikleri incelendiğinde gruplar arası annelerin ve babaların yaşları; annelerin ve babaların eğitim düzeyi, ebeveynler arası akrabalık ve aielelerin soy geçmişinde ruhsal hastalık bulunma sıklığı arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

4.2 GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ DEĞERLENDİRİLMESİ

Uykuda solunum bozukluğu tedavi edilmediği zaman nörobilişsel işlev bozukluğuna (hafıza problemleri, konsantrasyon bozukluğu, öğrenme yetersizliği, dil disfonksiyonu, düşük sensorimotor entegrasyon ve düşük zeka puanı), dikkat eksikliği / hiperaktivite bozukluğu, zayıf akademik başarı, duygusal dengesizlik, davranış bozukluğu, depresyon ve kaygı bozukluklarına yol açabilir [183]. Uykuda solunum bozukluğu olan çocukların % 95'inde DEHB tanısı da varken DEHB tanılı çocukların % 20 ila % 30'unda uykuda solunum bozukluğu olduğu bildirilmiştir [184]. DEHB çocukluk çağının en yaygın psikiyatrik bozukluklarından biri olup klinikte dikkat eksikliği, hiperaktivite, dürtüsellik, davranım bozukluğu, duygulanım dengesizliği, akran ilişkilerinde ve sosyal ilişkilerde bozulma, akademik başarısızlık gibi şikayetler ile kendini göstermektedir [97] .

2007 yılında Huang ve arkadaşları, hafif uyku apnesi ve DEHB'si olan 66 okul çağındaki çocuk üzerinde çalışmışlardır. 27'si metilfenidat ile tedavi edilirken, 25'inde adenotonsillektomi yapılmış ve 14'üne ise bekle gör protokolü uygulanmıştır. Adenotonsillektomi yapılan grupta toplam DEHB skorlarında mediakal tedavi alan ve sadece izlemeye alınan gruba göre anlamlı derecede iyileşme olduğu belirtmişlerdir [67].

Yine Chervin ve arkadaşlarının uykuda solunum bozukluğu olan 105 çocukla yaptığı çalışmada adenotonsillektomi yapılan hastaların 1.yıl kontrollerinde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu semptomlarında belirgin düzelme olduğunu saptamışlardır [185].

Mitchell ve Kelly'nin yaptığı bir çalışmada uykuda solunum bozukluğu olan hastalara yapılan adenotonsillektomi sonrası depresyon, hiperaktivite ve somatizasyon semptomlarında düzelme gözlenmiştir [186]. Goldstein ve arkadaşları da uykuda solunum bozukluğu olan çocuklarda kötü akademik performansın ve bozulmuş nörokognitif fonksiyonlarının adenotonsillektomi sonrası düzeldiğini göstermiştir [187].

Bizim çalışmamızda AG ve ATG'ye preoperatif dönemde uygulanan GGA ölçeği ebeveyn formu kontrol grubu ile kıyaslandığı zaman AG ve ATG'de akran ilişkileri alt grubu hariç, GGA ölçek toplam puanı, Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik, Duygulanım Belirtileri, Sosyal Davranışlar ve Davranım Sorunları alt grupları ölçek skorları KG'ye göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Preoperatif dönem AG ve ATG'nin GGA ölçeği Akran Sorunları alt grubu ölçek puanı ile KG ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemesi çocuk ve ergenlerin kendi yaş grubu ile yaşadıkları ilişkileri ve sorunları yeterince dile getiremiyor olmalarından kaynaklanıyor olabilir. Güvenir ve arkadaşlarının yaptığı GGA ölçeği geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında da akran ilişkileri alt ölçeğinin diğer alt ölçeklere göre iç tutarlılığını düşük bulmuşlardır ve bu farkın akran ilişkilerinde yaşanan problemlerin paylaşma ve çözüm arama kısmındaki yetersizlikten kaynaklandığını vurgulamışlardır [174]

AG'nin 6.ay kontrollerinde preoperatif döneme göre ölçek toplam puanı, Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik, Duygulanım Belirtileri, Davranım sorunları alt grup puanlarında anlamlı olarak gerileme görülmektedir. ATG'nin postoperatif 6.ay kontrollerinde GGA ölçek toplam puanı, Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik ve Sosyal İlişkiler alt grup puanlarında preoperatif döneme göre anlamlı olarak gerileme görülmektedir. ATG ve AG'nin postoperatif 6. ayda doldurulan GGA ölçeğinin Duygulanım Belirtileri ve Davranım Sorunları alt grubu puanları hariç diğer alt grup puanları KG'nin ölçek puanlarına benzer seviyelerde olduğu gözlenmektedir. AG ve ATG'nin GGA ölçekleri karşılaştırılmasında ise preoperatif ve postoperatif dönemlerinde iki grup arasında ölçek toplam puanı ve ölçek alt grup puanları arasında fark saptanmamıştır.

Hem AG hem ATG'de postoperatif 6.ayda yapılan kontrollerinde GGA ölçeği kullanılarak yapılan ölçümlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ana semptomlarında belirgin düzelme olduğu gözlenmiştir. Ancak davranım problemleri, akran ve sosyal ilişkiler gibi diğer semptomlarda tam düzelmenin olmaması nörodavranışsal sorunların düzelmesinin daha uzun bir süreye ihtiyaç duyabileceğinden

kaynaklanıyor olabilir. Yine bu konuda yapılan çalışmalar adenotonsillektomiden altı ay sonra nörobilişsel performansta bir iyileşme sağlanamaması, üst hava yolu obstrüksiyonu ile nörobilişsel defisitler arasındaki ilişki hakkındaki mevcut anlayışımıza ters düştüğünü ve tam iyileşmenin daha uzun bir postoperatif iyileşme süresinde gerçekleşebileceğini söylemektedir [10].

4.3 ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ DEĞERLENDİRİLMESİ

Zeitlhofer, yaşam kalitesi kavramını bireylerin görüşlerini belirli araçlarla sormak suretiyle ölçülebilen sağlık durumunun ve / veya hayatın tıbbi olmayan yönlerinin benzersiz ve kişisel bir algısı olduğunu belirtmektedir [188]. Tıbbi müdahalelerin etkileri yalnızca somatik parametrelerde meydana gelen değişikliklere değil, aynı zamanda hastaların yaşamlarının duygusal ve sosyal yönlerine de yansımaktadır. İyi oluş ve işlevselliği yansıtan yaşam kalitesi, çocuklarda önleme tedbirlerinin, tedavilerinin ve rehabilitasyonunun etkinliğini değerlendirmek için kullanılan bir noktadır [189]. Juniper ve arkadaşları pediatrik kronik hastalıkların tedavi sonuçlarının sadece çocukları etkilemekle kalmadığı aynı zamanda ebeveynlerin ve aile üyelerinin de yaşam kalitesini etkilediğini belirtmişlerdir [190].

Jiang ve arkadaşları adenoid hipertrofisi olan çocuklarda yaptıkları bir çalışmada adenoid hipertrofisi olan çocuklarda ve ailelerinde yaşam kalitesini fiziksel, duygusal, sosyal, bilişsel işlev, iletişim, günlük aktiviteler ve sosyal ilişkiler yönünden incelemişlerdir ve kontrol grubuna göre daha düşük seviyelerde olduğunu bulmuşlardır [191].

Othman ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada pediatrik uykuda solunum bozukluğu olan 32 çocuk hastanın adenotonsillektomi öncesi ve sonrası yaşam kalitesi ölçek skorlarında anlamlı derecede düzelme olduğu gösterilmiştir [192]. Yine Cameron ve arkadaşlarının yayınladığı çalışma adenotonsillektominin kısa ve uzun dönemde yaşam kalitesi üzerine olumlu etkilerini göstermiştir [193].

Garetz, ve arkadaşları. uykuda solunum bozukluğu olan 453 çocuk hastadan 227'sine adenotonsillketomi, 226'sına izle-gör protokolü uygulamışlardır. Yaşam kalitesini değerlendirmek için ÇİYKO ölçeği kullanılmış ve ameliyat olan grupta izlenmeye alınan gruba göre yaşam kalitesi ölçek toplam puanı, emosyonel, fiziksel, duygusal, okul işlevselliği alanında anlamlı düzelme olduğunu gözlemlemişlerdir [194].

Bizim çalışmamızda AG ve ATG'ye preoperatif dönemde uygulanan ÇİYKO ölçek toplam puanı ve alt ölçek puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür. Postoperatif 6.ayda tekrarlanan ölçümler ile preopreatif dönem kıyaslandığı zaman her iki grupta da yaşam kalitesi ölçek toplam puanında anlamlı yükselme görülmüştür. Ölçek alt grupları ayrı ayrı incelendiğinde ise ATG'de Sosyal İşlevsellik alt grubu dışında kalan diğer alt grup ölçek puanlarında anlamlı derecede yükselme olduğu, AG'de tüm alt grup ölçek puanlarında anlamlı derecede yükselme olduğu gözlenmiştir. Görüldüğü üzere bizim çalışmamızda da literatüre benzer sonuçlar bulunmuş olup hem AG hem ATG'ye postoperatif 6.ayda ÇİYKO ölçeği kullanılarak yapılan yaşam kalitesi ölçümlerinde preoperatif döneme göre yaşam kalitesinin psikososyal, emosyonel, fiziksel, duygusal, okul işlevselliği alanlarında anlamlı düzeyde iyileşme olduğu gözlenmiştir.

AG ve ATG grubunun ÇİYKO ebeveyn formu karşılaştırılmasında ise preoperatif ve postoperatif dönemlerinde iki grup arasında ölçek toplam puanı ve ölçek alt grup puanları arasında fark saptanmamıştır.

AG postoperatif dönem ve kontrol grubu arasındaki yaşam kalitesi ölçümleri Duygusal işlevsellik alt grubu dışında benzer seviyelerde olduğu görülmüştür. ATG postoperatif dönem ve kontrol grubu arasındaki yaşam kalitesi ölçümleri Fiziksel, Duygusal ve Sosyal işlevsellik alt grubu dışında benzer seviyelerde olduğu görülmüştür. ATG ve AG'nin postoperatif yaşam kalitesi ölçeği bazı alt grup ölçek puanlarının ameliyat öncesine göre yükselmesine rağmen kontrol grubu puanlarından düşük olması bu alt grupların düzelmesi için daha uzun süre gerekebileceğine bağlanabilir.

4.4 ÇOCUKLARDA UYKU ÖLÇEĞİ DEĞERLENDİRİLMESİ

Pediyatrik populyasyonda uykuda solunum bozukluğu çocukların yaklaşık % 12'sinde görölmektedir [9, 195, 196]. Adenotonsiller hipertrofi; çocukluk çağında üst hava yolu obstrüksiyonun en sık nedenidir [2]. Çocuklarda adenoid ve tonsiller faringeal alanın çoğunu işgal ettiğinden üst solunum yolu daralması yaygın görölmektedir. Bu nedenle bu yaşı gruplarında horlama, ağız solunumu, huzursuz uyku, burun tıkanıklığı, tanıklı apne ve sabah uyandırılma zorluğu gibi uykuda solunum bozukluğu semptomları görölebilir [197]. Eğer tanı konulmamış ya da tedavi edilmemişse uykuda solunum bozuklukları büyüme ve gelişme geriliği, nörodavranışsal sorunlar ve kardiyovasküler komplikasyon riskini artırabilir [198, 199]. Bu semptomları tedavi etmek ve morbiditeleri önlemek için erken tanı ve uygun tedavi gereklidir. Uykuda solunum bozukluğu olan çocukların çoğunluğunda adenotonsillektomi birincil tedavi yöntemidir [200]. Birçok çalışma, pediyatrik uykuda solunum bozukluğu tedavisinde adenotonsillektominin etkinliğini değerlendirmiş ve daha önceki araştırmalar, cerrahi başarı oranının % 52,9'dan % 90,5'e değiştiiğini bildirmiştir [201, 202].

Borovich ve arkadaşlarının primer horlama şikayeti olan 248 çocukla yaptığı çalışmada 64 çocuğa adenoidektomi/adenotonsillektomi yapılmış olup 184 çocuğa cerrahi bir işlem yapılmadan izleme alınmıştır. 5 yıllık gözlem sonucu ameliyat olmayan grubun çocuklarda uyku ölçeği puanlarının ameliyat olan gruba göre anlamlı derecede yüksek olduğu gözlenmiştir [203].

Uykuda solunum bozukluğu olan 170 hastanın dahil edildiği başka bir çalışmada hasta grubuna adenotonsillektomi uygulanmış olup postoperatif 1 yıl kontrollerinde çocuklarda uykuyu değerlendirme ebeveyn formu puanlarında anlamlı iyileşmeler gözlenmiştir [204].

Zojaji ve ark. 2014 yılında yaptıkları çalışmada adenotonsillektomi endikasyonu konan 44 çocuk hastanın preoperatif uyku alışkanlıkları ölçeği ve Rutter'in davranış değerlendirme ölçeği skorları postoperatif 3 ay sonraki ölçek skorları ile karşılaştırılmış

ve postoperatif dönemde uyku skorlarının ve davranış skorlarının anlamlı olarak azaldığı gözlenmiştir [205].

Wei ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada adenotonsillektomi yapılan 117 uykuda solunum bozukluğu tanısı alan çocuk çalışmaya alındı. Çocuklarda Uyku Ölçeği ve Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği-Revize Kısa Formu ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 6.ayda uygulanmış. Postoperatif altıncı ay kontrollerinde uyku ve davranış skorlarında iyileşme gözlenmiştir [206].

Bizim çalışmamızda da literatüre benzer sonuçlar alınmış olup AG ve ATG'ye preoperatif dönemde uygulanan Çocuklarda Uyku Ölçeğinin toplam uyku, uyku sorunları, diğer uyku sorunları, nefes alma sorunları, davranış sorunları ve horlama sorunları puanı kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek gelmiştir. Ameliyat sonrası 6.ayda tekrarlanan ölçüm ile preopreatif dönem kıyaslandığı zaman uyku ölçeği toplam puanı ve alt ölçek puanlarında anlamlı derecede düzelme izlenmiştir.

AG ve ATG grubunun Çocuklar Uyku Ölçeği formu karşılaştırılmasında ise preoperatif ve postoperatif dönemlerinde iki grup arasında ölçek toplam puanı ve ölçek alt grup puanları arasında fark saptanmamıştır.

AG'de postoperatif dönem ve kontrol grubu çocuklarda uyku ölçeği karşılaştırılmasında ise diğer uyku sorunları alt ölçeği; ATG' de postoperatif dönem ve kontrol grubu çocuklarda uyku ölçeği karşılaştırılmasında ise toplam uyku puanı, uyku sorunları puanı ve diğer uyku sorunları puanı skorlarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak az olmasının nedeni sağlıklı kabul edilen çocuklarda uyku sorunları ile ilgili olası var olan subklinik semptomların aileler için farkındalık yaratmadığına bağlanabilir.

4.5 ÇOCUKLARDA ANKSİYETE TARAMA ÖLÇEĞİ DEĞERLENDİRLMESİ

Uykuda solunum bozukluğuna bağlı gelişen hipoksemi, hiperkapni ve uyku döngüsünün bozulması sinir sisteminin normal gelişimini etkiler. Prefrontal korteksteki

hücrelerin hasarına bağlı gelişen kortikal disfonksiyon çocuklarda nörodavranışsal ve bilişsel rahatsızlıklara neden olduğu düşünülmektedir [207].

Soylu ve arkadaşlarının adenotonsillketomi yapılan 40 çocuk hasta ve 35 sağlıklı kontrol ile yaptıkları çalışmada pre operatif ve post operatif 6.ayda ebeveynlerin doldurdıkları Erken Çocukluk Envanteri-4 formu sonucuna göre pre operatif dönemde yüksek bulunan anksiyete bozuklukları puanının post operatif dönemde anlamlı derecede azaldığını bulmuşlardır [208]. Kim ve arkadaşlarının.170 hastanın dahil edildiği çalışmada hasta grubuna adenotonsillektomi uygulanmış olup post operatif 1 yıl kontrollerinde Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği skorlarında pre operatif döneme göre anlamlı iyileşmeler gözlenmiştir [204].

Bizim çalışmamızda da ATG ve AG'ye preoperatif dönemde uygulanan ÇATÖ ebeveyn formu ölçek toplam puanı ve Sosyal Anksiyete bozukluğu alt ölçek puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Postoperatif 6.ayda tekrarlanan ölçüm ile preopreatif dönem kıyaslandığı zaman ölçek toplam puan ve ölçeğin alt grup puanlarında anlamlı düşüş olduğu gözlenmiştir. Postoperatif dönem Sosyal Anksiyete Bozukluğu alt grup ve ölçek toplam puanının kontrol grubu ile benzer seviyelere ulaştığı görülmüştür.

5 SONUÇ

Rekürren enfeksiyon ve diğer nedenlere bağlı adenoid/adenotonsiller hipertrofi nedeniyle adeno/adenotonsillektomi uygulanan çocuklarda ameliyat öncesinde sağlıklı çocuklara göre dikkat eksikliği hiperaktivite semptomları, davranım sorunları, sosyal ilişkilerde bozukluk, okul başarısı düşüklüğü, uykuda sonlum bozukluğu belirtileri, anksiyete bozukluğu semptomları ve yaşam kalitesinde düşüklük daha fazla görüldü.

Sonuç olarak adenoid hipertrofisi veya adenotonsiller hipertrofinin neden olduğu obstrüksiyon bulguları ya da rekürren adenotonsillit ataklarının eşlik ettiği adenotonsiller hipertrofi tespit edilen çocuklarda geç kalınmadan adenoidektomi/adenotonsillektomi uygulanması, çocuklarda ileride daha karmaşık hale gelebilecek nörodavranışsal sorunları engelleyebileceği, uyku sorunlarını azaltabileceği, yaşam kalitesini artırabileceği ve bunun gösterilebilmesi için takip çalışmalarına ihtiyaç olduğu düşünülmüştür.

Klinik pratikte ruhsal bozuklukları taramada kullanılan belirli tarama ölçeklerinin, rekürren enfeksiyon ve ya diğer nedenlere bağlı adenoid/adenotonsiller hipertrofiden kaynaklanabilecek ruhsal problemleri belirlemede ve gerektiğinde Çocuk Psikiyatri Uzmanına yönlendirmede önemli rol oynayabileceği düşünüldü.

6 ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Adenoidektomi ve adenotonsillektomi yapılan grupta uyku bozuklarının değerlendirilmesi için ameliyat öncesi ve sonrası Çocuklarda Uyku Ölçeği ile birlikte polisomnografi yapmak daha objektif sonuçlar verebilirdi, ancak bu yaş grubunda izole adeno/adenotonsiller hipertrofi tespit edildikten sonra uykuda sonlun bozukluğu belirtileri için polisomnografi olmadan ameliyatın yapılabileceği ayrıca çocuklarda polisomnografi yaptırmanın gerek ekonomik ek ödeme zorluğu ve gerekse test bataryasına uyum konusunda çocukların uygulama zorluğu olması dolayısıyla polisomnografi yapılmadı [28].

Hasta ebeveynlerinin gerek hastalık ve gerekse ameliyat öncesi anksiyetelerinin artması yapılan ölçeklere etkisini etkileyebilir. Çalışma grubundaki çocukların hastalık dönemlerinde ruhsal belirtilerin artmasından dolayı ebeveynlerin duyarlılıkları artmış olabilir. Nitekim Akdağ ve ark.'ları yaptıkları adenotonsillektomi yapılan çocukların ebeveynlerinde anksiyetenin arttığını ifade etmişlerdir [209]. Dolayısıyla bu anksiyete çocuklara da yansımış olabilir.

7 KAYNAKLAR

1. Potsic, W.P., *Assessment and treatment of adenotonsillar hypertrophy in children*. American journal of otolaryngology, 1992. **13**(5): p. 259-264.
2. Zucconi, M., et al., *Habitual snoring and obstructive sleep apnea syndrome in children: effects of early tonsil surgery*. International journal of pediatric otorhinolaryngology, 1993. **26**(3): p. 235-243.
3. Ross, R.D., et al., *Sleep apnea-associated hypertension and reversible left ventricular hypertrophy*. The Journal of pediatrics, 1987. **111**(2): p. 253-255.
4. Cloward, T.V., et al., *Left ventricular hypertrophy is a common echocardiographic abnormality in severe obstructive sleep apnea and reverses with nasal continuous positive airway pressure*. Chest, 2003. **124**(2): p. 594-601.
5. KAYA, S., *Tonsil*. 2005, Bilimsel Tıp Yayinevi: Ankara. p. 186-190.
6. Guilleminault, C., et al., *Abnormal blood pressure in prepubertal children with sleep-disordered breathing*. Pediatric research, 2004. **55**(1): p. 76.
7. Hodges, S. and M. Wailoo, *Tonsillar enlargement and failure to thrive*. British medical journal (Clinical research ed.), 1987. **295**(6597): p. 541.
8. Blunden, S., et al., *Behavior and neurocognitive performance in children aged 5-10 years who snore compared to controls*. Journal of Clinical and Experimental neuropsychology, 2000. **22**(5): p. 554-568.
9. O'Brien, L.M., et al., *Neurobehavioral implications of habitual snoring in children*. Pediatrics, 2004. **114**(1): p. 44-49.
10. Ali, N., D. Pitson, and J. Stradling, *Sleep disordered breathing: effects of adenotonsillectomy on behaviour and psychological functioning*. European journal of pediatrics, 1996. **155**(1): p. 56-62.
11. Gottlieb, D.J., et al., *Symptoms of sleep-disordered breathing in 5-year-old children are associated with sleepiness and problem behaviors*. Pediatrics, 2003. **112**(4): p. 870-877.
12. O'Brien, L.M., et al., *Sleep and neurobehavioral characteristics of 5-to 7-year-old children with parentally reported symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder*. Pediatrics, 2003. **111**(3): p. 554-563.
13. Kroes, M., et al., *A longitudinal community study: do psychosocial risk factors and child behavior checklist scores at 5 years of age predict psychiatric diagnoses at a later age?* Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2002. **41**(8): p. 955-963.
14. KAYA, S., *Tonsil*. 2005, Bilimsel Tıp Yayinevi: Ankara. p. 13-132.
15. Ballenger, J., *Oral Kavite Farinks Anatomi ve Fizyolojisi*, in *Ballenger Otorinolarinoloji Baş ve Boyun Cerrahisi*. 1996, Nobel Tıp Kitapevleri: İstanbul. p. 224-228.
16. Cohen, L., P. Koltai, and J. Scott, *Lateral cervical radiographs and adenoid size: do they correlate?* Ear, nose, & throat journal, 1992. **71**(12): p. 638-642.
17. KAYA, S., *Tonsil*. 2005, Bilimsel Tıp Yayinevi: Ankara. p. 186-190.

18. Carstens, M.H., *Pathologic anatomy of the soft palate, part 2: The soft tissue lever arm, pathology, and surgical correction*. Journal of Cleft Lip Palate and Craniofacial Anomalies, 2017. **4**(2): p. 83.
19. Kornblut , A., *Non-neoplastic diseases of the tonsils and adenoids*, in *Otolaryngology*, Paparella MM and Shumich DA Editors. 1991, WB Saunders,: Philadelphia. p. 2129-2147.
20. Goeringer, G. and B. Vidić, *The embryogenesis and anatomy of Waldeyer's ring*. Otolaryngologic clinics of North America, 1987. **20**(2): p. 207-217.
21. Brodsky, L., *Tonsillitis, tonsillectomy, and adenoidectomy*, in *Head and neck surgery-Otolaryngology*, Calhoun KH, Editor. 1998, Lippincott-Raven Press: New York. p. 1221-1235.
22. Eroschenko, P.V., *bölüm 8*, in *di fiore Histoloji atlası fonksiyonel ilişkileriyle* R. Demir, Editor. 2001. p. 129-130.
23. Richardson, M.A., *Sore throat, tonsillitis, and adenoiditis*. Medical Clinics, 1999. **83**(1): p. 75-83.
24. Oulis, C., et al., *The effect of hypertrophic adenoids and tonsils on the development of posterior crossbite and oral habits*. The Journal of clinical pediatric dentistry, 1994. **18**(3): p. 197-201.
25. Hibbert , J., *Tonsils and Adenoids*, in *Scott-Brown's Otolaryngology, Pediatric Otolaryngology*. p. 368-383.
26. Frank, Y., et al., *Obstructive sleep apnea and its therapy: clinical and polysomnographic manifestations*. Pediatrics, 1983. **71**(5): p. 737-742.
27. Leach, J., et al., *Polysomnographic and clinical findings in children with obstructive sleep apnea*. Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surgery, 1992. **118**(7): p. 741-744.
28. Richardson, M.A., et al., *Evaluation of tonsils and adenoids in sleep apnea syndrome*. The Laryngoscope, 1980. **90**(7): p. 1106-1110.
29. Kara , C.O., *Tonsil-Adenoid ve Farenks Enfeksiyonları*, in *Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş-Boyun Cerrahisi*, Koç C, Editor. 2004, Güneş Kitabevi: Ankara. p. 825-832.
30. Miman, M.C., *Adebotonsiller Hipertrofinin Lokal ve Sistemik Etkileri ve Oluşan Sorunlar*, in *TKBBV Akademi Toplantıları Mezuniyet Sonrası Eğitim Kitapçıkları Serisi 2*. p. 81-85.
31. Paradise, J.L., et al., *Adenoidectomy and adenotonsillectomy for recurrent acute otitis media: parallel randomized clinical trials in children not previously treated with tympanostomy tubes*. Jama, 1999. **282**(10): p. 945-953.
32. Coyte, P.C., et al., *The role of adjuvant adenoidectomy and tonsillectomy in the outcome of the insertion of tympanostomy tubes*. New England Journal of Medicine, 2001. **344**(16): p. 1188-1195.
33. Boies LR, Hilger JA, and Priest RE, in *Fundamentals of Otolaryngology*. 1993, WB saunders Comp: Philadelphia. p. 833-847.
34. Friedman, M., H. Ibrahim, and L. Bass, *Clinical staging for sleep-disordered breathing*. Otolaryngology—Head and Neck Surgery, 2002. **127**(1): p. 13-21.
35. Brodsky, L., L. Moore, and J.F. Stanievich, *A comparison of tonsillar size and oropharyngeal dimensions in children with obstructive adenotonsillar*

- hypertrophy*. International journal of pediatric otorhinolaryngology, 1987. **13**(2): p. 149-156.
36. Parikh, S.R., et al., *Validation of a new grading system for endoscopic examination of adenoid hypertrophy*. Otolaryngology—Head and Neck Surgery, 2006. **135**(5): p. 684-687.
37. Karataylı-Özgürsoy, S., S. Mülazımoğlu, and M.N. Akıner, *Adenoid Hipertrofili Çocukların Değerlendirilmesi: Sefalografi ve Endoskopi'nin Karşılaştırılması*.
38. Fujioka, M., L.W. Young, and B. Girdany, *Radiographic evaluation of adenoidal size in children: adenoidal-nasopharyngeal ratio*. American Journal of Roentgenology, 1979. **133**(3): p. 401-404.
39. Koltai PJ and Discolo CM, *Current techniques of adenoidectomy*, in *In Friedman M. Sleep Apnea and Snoring*. 2009, Saunders Elsevier: Wisconsin. p. 425-428.
40. KAYA, S., *Tonsil*. 2005, Bilimsel Tıp Yayınevi: Ankara. p. 241-245.
41. Deutsch, E.S., *Tonsillectomy and adenoidectomy: changing indications*. Pediatric Clinics, 1996. **43**(6): p. 1319-1338.
42. Ada M and Yılmaz S, *Tonsillektomi ve adenoidektomi yöntemleri*, in *Tonsil*, KAYA S, Editor. 2005, Bilimsel Tıp Yayınevi Ankara: Ankara. p. 230-245.
43. Bailey BJ and Friedman NR, *Pediatric and general otorhinolaryngology*, in *Atlas of Head & Neck Surgery- Otolaryngology*, Bailey BJ and Calhoun KH, Editors. 2006, Lippincott Williams & Wilkins: Texas. p. 858-859.
44. Wiatrak, B.J. and A.L. Woolley, *Pharyngitis and adenotonsillar disease*, in *Otolaryngology Head and Neck Surgery*, Cummings CW, Fredrickson JM, and Schuller DE, Editors. 1998, 1998: Mosby. p. 188-215.
45. Ying, M.-D., *Immunological basis of indications for tonsillectomy and adenoidectomy*. Acta Oto-Laryngologica, 1988. **105**(sup454): p. 279-285.
46. Bergler, W., et al., *Tonsillectomy with argon plasma coagulation (APC): evaluation of pain and hemorrhage*. The laryngoscope, 2001. **111**(8): p. 1423-1429.
47. Kornblut, A.D., *A traditional approach to surgery of the tonsils and adenoids*. Otolaryngologic Clinics of North America, 1987. **20**(2): p. 349.
48. Bülbül, S., et al., *Adolesanlarda uyku sorunları ve etkileyen faktörler*. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2010. **53**: p. 204-210.
49. Sleep, H.E.M.-D., *Psychiatric Disorders in Children and Adolescents*. Ed: Anna Ivanenko, 2008: p. 11-22.
50. Ali, N., D. Pitson, and J. Stradling, *Snoring, sleep disturbance, and behaviour in 4-5 year olds*. Archives of disease in childhood, 1993. **68**(3): p. 360-366.
51. Köktürk, O., *Uykuda solunum bozuklukları, Tarihçe, tanımlar, hastalık spektrumu ve boyutu*. Tuberk Toraks, 1998. **46**: p. 187-92.
52. Sinha, D. and C. Guilleminault, *Sleep disordered breathing in children*. 2010.
53. KÖKEN, R., *Çocuklukta Uykuda Solunum Bozuklukları*. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi, 2014. **2**(2): p. 250-256.
54. Rosen, G., *Mechanisms and predisposing factors for sleep related breathing disorders in children*. Last updated Jan 10, 2017. UpToDate, Waltham, MA.(Accessed April 4, 2017.).

55. Gozal, D., M. Wang, and D.W. Pope, *Objective sleepiness measures in pediatric obstructive sleep apnea*. Pediatrics, 2001. **108**(3): p. 693-697.
56. Guilleminault, C., J.H. Lee, and A. Chan, *Pediatric obstructive sleep apnea syndrome*. Archives of pediatrics & adolescent medicine, 2005. **159**(8): p. 775-785.
57. Gozal, D. and M.M. Burnside, *Increased upper airway collapsibility in children with obstructive sleep apnea during wakefulness*. American journal of respiratory and critical care medicine, 2004. **169**(2): p. 163-167.
58. Arens, R., et al., *Magnetic resonance imaging of the upper airway structure of children with obstructive sleep apnea syndrome*. American journal of respiratory and critical care medicine, 2001. **164**(4): p. 698-703.
59. Zonato, A.I., et al., *Head and neck physical examination: comparison between nonapneic and obstructive sleep apnea patients*. The Laryngoscope, 2005. **115**(6): p. 1030-1034.
60. Johal, A., S.I. Patel, and J.M. Battagel, *The relationship between craniofacial anatomy and obstructive sleep apnoea: a case-controlled study*. Journal of sleep research, 2007. **16**(3): p. 319-326.
61. Kato, M., et al., *Impairment of endothelium-dependent vasodilation of resistance vessels in patients with obstructive sleep apnea*. Circulation, 2000. **102**(21): p. 2607-2610.
62. Apostolidou, M.T., et al., *Obesity and persisting sleep apnea after adenotonsillectomy in Greek children*. Chest, 2008. **134**(6): p. 1149-1155.
63. Halbower, A.C., S.L. Ishman, and B.M. McGinley, *Childhood obstructive sleep-disordered breathing: a clinical update and discussion of technological innovations and challenges*. Chest, 2007. **132**(6): p. 2030-2041.
64. Li, H.-Y. and L.-A. Lee, *Sleep-disordered breathing in children*. Chang Gung Med J, 2009. **32**(3): p. 247-57.
65. Stone, J., et al., *Symptoms of sleep-disordered breathing in children with nocturnal enuresis*. Journal of pediatric urology, 2008. **4**(3): p. 197-202.
66. Giordani, B., et al., *Neuropsychological and behavioral functioning in children with and without obstructive sleep apnea referred for tonsillectomy*. Journal of the International Neuropsychological Society, 2008. **14**(4): p. 571-581.
67. Huang, Y.-S., et al., *Attention-deficit/hyperactivity disorder with obstructive sleep apnea: a treatment outcome study*. Sleep medicine, 2007. **8**(1): p. 18-30.
68. Kennedy, J., et al., *Reduced neurocognition in children who snore*. Pediatric pulmonology, 2004. **37**(4): p. 330-337.
69. Kim, H.C., et al., *Sleep-disordered breathing and neuropsychological deficits: a population-based study*. American journal of respiratory and critical care medicine, 1997. **156**(6): p. 1813-1819.
70. Naegele, B., et al., *Cognitive executive dysfunction in patients with obstructive sleep apnea syndrome (OSAS) after CPAP treatment*. Sleep, 1998. **21**(4): p. 392-396.
71. Beebe, D.W. and D. Gozal, *Obstructive sleep apnea and the prefrontal cortex: towards a comprehensive model linking nocturnal upper airway obstruction to*

- daytime cognitive and behavioral deficits. *Journal of sleep research*, 2002. **11**(1): p. 1-16.
72. Rhodes, S.K., et al., *Neurocognitive deficits in morbidly obese children with obstructive sleep apnea*. *The Journal of pediatrics*, 1995. **127**(5): p. 741-744.
 73. Best, P.J. and A.M. White, *Placing hippocampal single-unit studies in a historical context*. *Hippocampus*, 1999. **9**(4): p. 346-351.
 74. Squire, L.R., *Memory and the hippocampus: a synthesis from findings with rats, monkeys, and humans*. *Psychological review*, 1992. **99**(2): p. 195.
 75. Moser, E.I., E. Kropff, and M.-B. Moser, *Place cells, grid cells, and the brain's spatial representation system*. *Annual review of neuroscience*, 2008. **31**.
 76. Fung, S.J., et al., *Apnea promotes glutamate-induced excitotoxicity in hippocampal neurons*. *Brain research*, 2007. **1179**: p. 42-50.
 77. Chervin, R.D., et al., *Symptoms of sleep disorders, inattention, and hyperactivity in children*. *Sleep*, 1997. **20**(12): p. 1185-1192.
 78. Stradling, J., et al., *Effect of adenotonsillectomy on nocturnal hypoxaemia, sleep disturbance, and symptoms in snoring children*. *The Lancet*, 1990. **335**(8684): p. 249-253.
 79. Guilleminault, C., et al., *Children and nocturnal snoring: evaluation of the effects of sleep related respiratory resistive load and daytime functioning*. *European journal of pediatrics*, 1982. **139**(3): p. 165-171.
 80. Gozal, D., L. O'Brien, and B.W. Row, *Consequences of snoring and sleep disordered breathing in children*. *Pediatric Pulmonology*, 2004. **37**(S26): p. 166-168.
 81. Crabtree, V.M., et al., *Periodic limb movement disorder of sleep in children*. *Journal of Sleep Research*, 2003. **12**(1): p. 73-81.
 82. Loughlin, G., et al., *Standards and indications for cardiopulmonary sleep studies in children*. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 1996. **153**(2): p. 866-878.
 83. Rosen, C.L. and G.G. Haddad, *Obstructive sleep apnea and hypoventilation in children*. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 16th ed. Philadelphia, PA: WB Saunders, 2000.
 84. Corbo, G.M., et al., *Snoring in children: association with respiratory symptoms and passive smoking*. *Bmj*, 1989. **299**(6714): p. 1491-1494.
 85. Still, G.F., *The Goulstonian Lectures*. Some abnormal psychical conditions in children, 1902: p. 1008-1012.
 86. Arnold L.E and Jensen P.S, *Attention Deficit Disorders*, in Kaplan and B.J. Sadock, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 1995, Williams & Wilkins: Baltimore.
 87. American-Psychiatric-Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-II*. 2 ed. Washington, DC: American Psychiatric Association. 1968.
 88. American-Psychiatric-Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-III*. 3 ed. Washington, DC: American Psychiatric Association. 1980.
 89. American-Psychiatric-Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-III-R*. 3. ed rev. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association. 1987.

90. American-Psychiatric-Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-IV-TR*. 4. ed rev. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association. 2000.
91. American-Psychiatric-Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-V*. 5. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association. 2013.
92. Polanczyk, G. and L.A. Rohde, *Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan*. Current opinion in psychiatry, 2007. **20**(4): p. 386-392.
93. YAZGAN, M.Y., *Hiperaktif çocuk büyüdüğünde (yetişkinlikte) dikkat eksikliği-hiperaktivite sendromu*. Türkiye Klinikleri Journal of Pediatric Sciences, 2007. **3**(3): p. 45-55.
94. Wender PH., *Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children, Adolescents and Adults*. 1 ed. 2000, Newyork: Oxford University Pres.
95. Işık, E. and T. YI, *Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu*. Ankara: Türkiye Klinikleri, 2009. **1**: p. 28-34.
96. Tuğlu, C. and Ö.Ö. Şahin, *Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Nörobiyoloji, tanı sorunları ve klinik özellikler*. Psikiyatride güncel yaklaşımlar, 2010. **2**(1).
97. Şenol , S., *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu*, in *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*, Çuhadaroglu Çetin F. and ark., Editors. 2008, Hekimler Yayın Birliği: Ankara. p. 293-311.
98. Willcutt, E.G., *The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review*. Neurotherapeutics, 2012. **9**(3): p. 490-499.
99. Skounti, M., A. Philalithis, and E. Galanakis, *Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide*. European journal of pediatrics, 2007. **166**(2): p. 117-123.
100. Weiss M, Hetchman LT, and Weis G, *ADHD in Adults. A Guide to Current Theory, Diagnosis and Treatment*. 1999, Maryland: John Hopkins University Pres. 1-345.
101. Barkley, R.A., *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. 2014: Guilford Publications.
102. DuPaul, G.L. and G. Stoner, *ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies*. 2 ed. 2003, New York: Guilford Press.
103. Coghill, D. and T. Banaschewski, *The genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder*. Expert Rev Neurother, 2009. **9**(10): p. 1547-65.
104. Faraone, S.V. and J. Biederman, *Nature, nurture, and attention deficit hyperactivity disorder*. 2000, Elsevier.
105. Akgün, G.M., et al., *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun genetik boyutu*. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2011. **3**(1).
106. Martin, A., L. Scahill, and C. Kratochvil, *Pediatric psychopharmacology*. 2010: OUP USA.
107. Li, Z., et al., *Molecular genetic studies of ADHD and its candidate genes: a review*. Psychiatry research, 2014. **219**(1): p. 10-24.
108. Sharp, S.I., A. McQuillin, and H.M. Gurling, *Genetics of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD)*. Neuropharmacology, 2009. **57**(7-8): p. 590-600.

109. Pliszka, S.R., *The neuropsychopharmacology of attention-deficit/hyperactivity disorder*. Biological psychiatry, 2005. **57**(11): p. 1385-1390.
110. Stahl, S.M., *Neurotransmission of cognition, part 3. Mechanism of action of selective NRIs: both dopamine and norepinephrine increase in prefrontal cortex*. Journal of Clinical Psychiatry, 2003. **64**(3): p. 230-231.
111. Castellanos, F.X. and R. Tannock, *Neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder: the search for endophenotypes*. Nature Reviews Neuroscience, 2002. **3**(8): p. 617.
112. Castellanos, F.X., et al., *Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder*. Jama, 2002. **288**(14): p. 1740-1748.
113. Gornick, M., et al., *Association of the dopamine receptor D4 (DRD4) gene 7-repeat allele with children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): An update*. American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics, 2007. **144**(3): p. 379-382.
114. Ernst, M., et al., *Effects of intravenous dextroamphetamine on brain metabolism in adults with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): preliminary findings*. Psychopharmacology bulletin, 1994.
115. Satterfield, J.H., D.P. Cantwell, and B.T. Satterfield, *Pathophysiology of the hyperactive child syndrome*. Archives of General Psychiatry, 1974. **31**(6): p. 839-844.
116. Dunn, D., *Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Attention Problems and Epilepsy' Psychiatric Issues in Epilepsy: A Practical Guide to Diagnosis and Treatment* Ettinger AE and Kanner AM, Editors. 2006, Lippincott Williams & Wilkins,.
117. Lezak, M.D., et al., *Neuropsychological assessment*. 2004: Oxford University Press, USA.
118. Willcutt, E.G., et al., *Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review*. Biological psychiatry, 2005. **57**(11): p. 1336-1346.
119. Pliszka, S., *Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2007. **46**(7): p. 894-921.
120. Cantwell, D.P., *Attention deficit disorder: a review of the past 10 years*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 1996. **35**(8): p. 978-987.
121. Geller, D.A., et al., *Comorbidity of juvenile obsessive-compulsive disorder with disruptive behavior disorders*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 1996. **35**(12): p. 1637-1646.
122. Swain, J.E., et al., *Tourette syndrome and tic disorders: a decade of progress*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2007. **46**(8): p. 947-968.
123. Fayyad, J., et al., *Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder*. The British Journal of Psychiatry, 2007. **190**(5): p. 402-409.

124. Weiss, G. and L.T. Hechtman, *Hyperactive children grown up: ADHD in children, adolescents, and adults*. 1993: Guilford Press.
125. Barkley, R.A. and T.E. Brown, *Unrecognized attention-deficit/hyperactivity disorder in adults presenting with other psychiatric disorders*. *CNS Spectr*, 2008. **13**(11): p. 977-84.
126. Swanson, J., et al., *Evidence, interpretation, and qualification from multiple reports of long-term outcomes in the Multimodal Treatment Study of Children with ADHD (MTA) Part II: Supporting details*. *Journal of Attention Disorders*, 2008. **12**(1): p. 15-43.
127. Ivanov, I. and J. Newcorn, *Attention Deficit/Hyperactivity Disorders*. SB Sexson, editor. *Child and Adolescent Psychiatry*. Massachusetts: Blackwell Publishing, 2005: p. 91-104.
128. Kutcher, S., et al., *International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): clinical implications and treatment practice suggestions*. *European Neuropsychopharmacology*, 2004. **14**(1): p. 11-28.
129. Findling, R.L., et al., *Methylphenidate in the treatment of children and adolescents with bipolar disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2007. **46**(11): p. 1445-1453.
130. Pliszka, S.R., *Non-stimulant treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder*. *Cns Spectrums*, 2003. **8**(4): p. 253-258.
131. Öztürk, O. and A. Uluşahin, *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*,. 11 ed. 2011, Ankara.
132. GÜVELİ, G.M. and E. İŞERİ, *Anksiyete Bozukluklarının Etiyolojisi*. *Türkiye Klinikleri Journal of Child Psychiatry-Special Topics*, 2016. **2**(3): p. 7-13.
133. Muris, P. and A.P. Field, *Distorted cognition and pathological anxiety in children and adolescents*. *Cognition and emotion*, 2008. **22**(3): p. 395-421.
134. Lu, W., E. Daleiden, and S.-E. Lu, *Threat perception bias and anxiety among Chinese school children and adolescents*. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 2007. **36**(4): p. 568-580.
135. Costello, E.J., et al., *The Great Smoky Mountains Study of Youth: goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders*. *Archives of general psychiatry*, 1996. **53**(12): p. 1129-1136.
136. Ferdinand, R.F. and F.C. Verhulst, *Psychopathology from adolescence into young adulthood: an 8-year follow-up study*. *The American journal of psychiatry*, 1995. **152**(11): p. 1586.
137. Köroğlu, E., *DSM-5 Tanı ölçütleri başvuru el kitabı*. Çeviri. Hekimler yayın birliği. İstanbul, 2013.
138. Emiroğlu, F. and B. Baykara, *Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Panik Bozukluğu, Özgül Fobi, Sosyal fobi*, in *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*, F.Ç. Çetin and v. ark., Editors. 2008, Hekimler Yayın Birliği: Ankara. p. 320-329.
139. Merikangas, K.R., et al., *Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A)*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2010. **49**(10): p. 980-989.

140. Katzman, M., et al., *Canadian Anxiety Guidelines Initiative Group on behalf of the Anxiety Disorders Association of Canada/Association Canadienne des troubles anxieux and McGill University. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders*. BMC Psychiatry, 2014. **14**(Suppl 1): p. S1.
141. Binbay, T., et al., *Psychiatric epidemiology in Turkey: Main advances in recent studies and future directions*. Turk Psikiyatri Dergisi, 2014. **25**(4): p. 264.
142. Canino, G., et al., *The dsm-iv rates of child and adolescent disorders in puerto rico: prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment*. Archives of general psychiatry, 2004. **61**(1): p. 85-93.
143. Pine, D.S., et al., *The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders*. Archives of general psychiatry, 1998. **55**(1): p. 56-64.
144. Kessler, R.C., et al., *Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. Archives of general psychiatry, 2005. **62**(6): p. 593-602.
145. Beesdo, K., et al., *Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life*. Archives of general psychiatry, 2007. **64**(8): p. 903-912.
146. De Graaf, R., et al., *Temporal sequencing of lifetime mood disorders in relation to comorbid anxiety and substance use disorders*. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 2003. **38**(1): p. 1-11.
147. Benjamin, R.S., E.J. Costello, and M. Warren, *Anxiety disorders in a pediatric sample*. Journal of Anxiety Disorders, 1990. **4**(4): p. 293-316.
148. Angold, A., E.J. Costello, and A. Erkanli, *Comorbidity*. Journal of child psychology and psychiatry, 1999. **40**(1): p. 57-87.
149. Birmaher, B., et al., *Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 1996. **35**(11): p. 1427-1439.
150. Costello, E.J., et al., *Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence*. Archives of general psychiatry, 2003. **60**(8): p. 837-844.
151. Esbjørn, B.H., et al., *Prevalence and co-morbidity among anxiety disorders in a national cohort of psychiatrically referred children and adolescents*. Journal of anxiety disorders, 2010. **24**(8): p. 866-872.
152. Gregory, A.M. and T.C. Eley, *Genetic influences on anxiety in children: What we've learned and where we're heading*. Clinical Child and Family Psychology Review, 2007. **10**(3): p. 199-212.
153. De Bellis, M.D., et al., *Superior temporal gyrus volumes in pediatric generalized anxiety disorder*. Biological psychiatry, 2002. **51**(7): p. 553-562.
154. De Bellis, M.D., et al., *A pilot study of amygdala volumes in pediatric generalized anxiety disorder*. Biological psychiatry, 2000. **48**(1): p. 51-57.
155. Redmond Jr, D. and Y. Huang, *II. New evidence for a locus coeruleus-norepinephrine connection with anxiety*. Life Sciences, 1979. **25**(26): p. 2149-2162.

156. Stahl, S., *Essential Psychopharmacology*. 1996, Cambridge: Cambridge University Press.
157. Rapee, R.M., C.A. Schniering, and J.L. Hudson, *Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment*. Annual review of clinical psychology, 2009. **5**: p. 311-341.
158. Fox, N.A., et al., *Behavioral inhibition: linking biology and behavior within a developmental framework*. Annu. Rev. Psychol., 2005. **56**: p. 235-262.
159. Whaley, S.E., A. Pinto, and M. Sigman, *Characterizing interactions between anxious mothers and their children*. Journal of consulting and clinical psychology, 1999. **67**(6): p. 826.
160. Ollendick, T.H. and N.J. King, *Empirically supported treatments for children with phobic and anxiety disorders: Current status*. Journal of Clinical Child Psychology, 1998. **27**(2): p. 156-167.
161. Walkup, J.T., et al., *Fluvoxamine for the treatment of anxiety disorders in children and adolescents*. New England Journal of Medicine, 2001. **344**(17): p. 1279-1285.
162. Black, B. and T.W. Uhde, *Treatment of elective mutism with fluoxetine: a double-blind, placebo-controlled study*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 1994. **33**(7): p. 1000-1006.
163. Compton, S.N., et al., *Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: an evidence-based medicine review*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2004. **43**(8): p. 930-959.
164. Compton, S.N., et al., *Child/adolescent anxiety multimodal study (CAMS): rationale, design, and methods*. Child and adolescent psychiatry and mental health, 2010. **4**(1): p. 1.
165. Saxena, S., J. Orley, and W. Group, *Quality of life assessment: the World Health Organization perspective*. European psychiatry, 1997. **12**: p. 263s-266s.
166. Fidaner, C., *Sağlıkta yaşam kalitesi (SYK) kavramı: Bir girişdenemesi [The concept of health-related quality of life: An introductory trial]*, in *I. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Kitabı*, İzmir. 2004. p. 1-3.
167. Spilker, B., *Taxonomy of quality of life*. Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials, 1996: p. 25-31.
168. Wallander, J.L., M. Schmitt, and H.M. Koot, *Quality of life measurement in children and adolescents: issues, instruments, and applications*. Journal of clinical psychology, 2001. **57**(4): p. 571-585.
169. Varni, J.W., M. Seid, and P.S. Kurtin, *Pediatric health-related quality of life measurement technology: a guide for health care decision makers*. JCOM-WAYNE PA-, 1999. **6**: p. 33-44.
170. Guyatt, G.H., et al., *Children and adult perceptions of childhood asthma*. Pediatrics, 1997. **99**(2): p. 165-168.
171. Kozinetz, C.A., et al., *Health status of children with special health care needs: measurement issues and instruments*. Clinical pediatrics, 1999. **38**(9): p. 525-533.

172. Goodman, R., *The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note*. Journal of child psychology and psychiatry, 1997. **38**(5): p. 581-586.
173. Goodman, R., *The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden*. The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 1999. **40**(5): p. 791-799.
174. Güvenir, T., et al., *GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ'NİN (GGA) TÜRKÇE UYARLAMASININ PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİ*. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi (Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health), 2008. **15**: p. 65-74.
175. Goodman, R., H. Meltzer, and V. Bailey, *The Strengths and Difficulties Questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version*. International review of psychiatry, 2003. **15**(1-2): p. 173-177.
176. Chervin, R.D., et al., *Pediatric sleep questionnaire (PSQ): validity and reliability of scales for sleep-disordered breathing, snoring, sleepiness, and behavioral problems*. Sleep medicine, 2000. **1**(1): p. 21-32.
177. Öner, P., et al., *Reliability and validity of Turkish translation of the pediatric sleep questionnaire*. Klinik psikofarmakoloji bulteni= Bulletin of clinical psychopharmacology, 2009. **19**(4): p. 382-395.
178. Varni, J.W., M. Seid, and C.A. Rode, *The PedsQL™: measurement model for the pediatric quality of life inventory*. Medical care, 1999. **37**(2): p. 126-139.
179. Memik, N.C., et al., *Çocuklar İçin yaşam kalitesi ölçeğinin 8-12 yaş çocuk formunun geçerlik ve güvenirliği*. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi, 2008. **15**: p. 87-98.
180. Varni, J.W., M. Seid, and P.S. Kurtin, *PedsQL™ 4.0: Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Version 4.0 Generic Core Scales in healthy and patient populations*. Medical care, 2001. **39**(8): p. 800-812.
181. Birmaher, B., et al., *The screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 1997. **36**(4): p. 545-553.
182. Karaceylan Çakmakçı, F., *Çocuklarda anksiyete bozukluklarını tarama ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışması*. Yayınlanmamış tıpta uzmanlık tezi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Kocaeli, 2004.
183. Chang, S.J. and K.Y. Chae, *Obstructive sleep apnea syndrome in children: Epidemiology, pathophysiology, diagnosis and sequelae*. Korean journal of pediatrics, 2010. **53**(10): p. 863-871.
184. Youssef, N.A., et al., *Is obstructive sleep apnea associated with ADHD?* Ann Clin Psychiatry, 2011. **23**(3): p. 213-24.
185. Chervin, R.D., et al., *Sleep-disordered breathing, behavior, and cognition in children before and after adenotonsillectomy*. Pediatrics, 2006. **117**(4): p. e769-e778.
186. Mitchell, R.B. and J. Kelly, *Behavioral Changes in Children With Mild Sleep-Disordered Breathing or Obstructive Sleep Apnea After Adenotonsillectomy*. The Laryngoscope, 2007. **117**(9): p. 1685-1688.

187. Goldstein, N.A., et al., *Impact of tonsillectomy and adenoidectomy on child behavior*. Archives of Otolaryngology–Head & Neck Surgery, 2000. **126**(4): p. 494-498.
188. Zeitlhofer, J., et al., *Sleep and quality of life in the Austrian population*. Acta Neurologica Scandinavica, 2000. **102**(4): p. 249-257.
189. Bullinger, M., *Health related quality of life assessment in children: a review of the literature*. European Review of Applied Psychologh, 1995. **45**: p. 245-254.
190. Juniper, E.F., et al., *Measuring quality of life in children with asthma*. Quality of life research, 1996. **5**(1): p. 35-46.
191. Jiang, X., et al., *Health-related quality of life among children with adenoid hypertrophy in Xi'an, China*. International journal of pediatric otorhinolaryngology, 2015. **79**(12): p. 2321-2326.
192. Othman, M.N., G.B. See, and H.A. Latif, *Impact of adenotonsillectomy on the quality of life in children with sleep disordered breathing*. International journal of pediatric otorhinolaryngology, 2016. **91**: p. 105-107.
193. Todd, C.A., et al., *Adenotonsillectomy for Obstructive Sleep Apnea and Quality of Life: Systematic Review and Meta-analysis*. Otolaryngology–Head and Neck Surgery, 2017. **157**(5): p. 767-773.
194. Garetz, S.L., et al., *Quality of life and obstructive sleep apnea symptoms after pediatric adenotonsillectomy*. Pediatrics, 2015: p. peds. 2014-0620.
195. Owen, G., R. Canter, and A. Robinson, *Snoring, apnoea and ENT symptoms in the paediatric community*. Clinical Otolaryngology, 1996. **21**(2): p. 130-134.
196. Ferreira, A.M., et al., *Snoring in Portuguese primary school children*. Pediatrics, 2000. **106**(5): p. e64-e64.
197. Choi, J.H., et al., *Obstructive sleep apnea syndrome: a child is not just a small adult*. Annals of Otology, Rhinology & Laryngology, 2010. **119**(10): p. 656-661.
198. Nieminen, P., et al., *Growth and biochemical markers of growth in children with snoring and obstructive sleep apnea*. Pediatrics, 2002. **109**(4): p. e55-e55.
199. Li, A.M., et al., *Ambulatory blood pressure in children with obstructive sleep apnoea-a community based study*. Thorax, 2008.
200. Marcus, C.L., et al., *Diagnosis and management of childhood obstructive sleep apnea syndrome*. Pediatrics, 2012: p. peds. 2012-1672.
201. Guilleminault, C., et al., *Sleep disordered breathing: surgical outcomes in prepubertal children*. The Laryngoscope, 2004. **114**(1): p. 132-137.
202. Nieminen, P., U. Tolonen, and H. Löppönen, *Snoring and obstructive sleep apnea in children: a 6-month follow-up study*. Archives of Otolaryngology–Head & Neck Surgery, 2000. **126**(4): p. 481-486.
203. Borovich, A., et al., *The history of primary snoring in children: the effect of adenotonsillectomy*. Sleep medicine, 2016. **17**: p. 13-17.
204. Kim, J.Y., C.H. Lee, and H.-M. Kim, *Behavioral consequences of children with sleep-disordered breathing after adenotonsillectomy*. World Journal of Pediatrics, 2018. **14**(1): p. 57-65.
205. Zojaji, R., et al., *The Effect of Adenotonsillectomy on Children's Quality of life*. Iranian journal of otorhinolaryngology, 2014. **26**(77): p. 199.

206. Wei, J.L., et al., *Improved behavior and sleep after adenotonsillectomy in children with sleep-disordered breathing*. Archives of Otolaryngology–Head & Neck Surgery, 2007. **133**(10): p. 974-979.
207. Rosen, C.L., et al., *Increased behavioral morbidity in school-aged children with sleep-disordered breathing*. Pediatrics, 2004. **114**(6): p. 1640-1648.
208. Soyulu, E., et al., *Psychiatric disorders and symptoms severity in patients with adenotonsillar hypertrophy before and after adenotonsillectomy*. International journal of pediatric otorhinolaryngology, 2013. **77**(10): p. 1775-1781.
209. Akdağ, M., et al., *A multi-centric prospective study: Anxiety and associated factors among parents of children undergoing mild surgery in ENT*. Journal of Clinical and Experimental Investigations, 2014. **5**(2).

8 EKLER

8.1 ÇALIŞMADA KULLANILAN ÖLÇEKLER

SOSYODEMOGRAFIK VERİ FORMU

İsim:

Yaş: Cinsiyet: kız / erkek

Adres: Merkez İlçe / Çevre İlçe / Çevre İl

Tel: 1

Tel : 2

Öğrenim durumu:

Anne: yaş: eğitim yılı: çalışıyor/çalışmıyor/vefat

Akrabalık : yok / var.....

Baba: yaş: eğitim yılı: çalışıyor/çalışmıyor/vefat

Anne baba: beraber / ayrı

Kardeş sayısı: Kaçınıcı kardeş:

Şikayet:

Tedavi öyküsü:

Yok

Var : (tanı, süre, etken madde ve doz):

.....
.....

Tedavi uyumu: uyumlu / uyumsuz

Hastanın;

Tıbbi hastalık öyküsü: yok / var.....

Aile ve 1^o yakın akrabalarda psikiyatrik hastalık öyküsü: yok / var

Asistanlar:.....

Eksik verileri gözden geçiriniz!

ÇOCUKLARDA UYKU FORMU

Çocuğun adı soyadı:.....

Formu dolduran kişinin adı soyadı:.....

Çocukla akrabalığı:.....

Doğru doldurmanız için gereken bilgi:

Lütfen takip eden sayfalardaki soruları, çocuğunuzun uyku ve uyanıklık sırasındaki davranışlarına göre yanıtlayınız. Eğer son birkaç günlük hali, her zamanki halinden farklı ise sorular çocuğunuzun genelde nasıl olduğuna göre yanıtlanmalıdır. Eğer herhangi bir soruyu nasıl cevaplayabileceğinizi bilemiyorsanız lütfen eşiniz, çocuğunuz ya da hekiminize sormakta tereddüt etmeyiniz. Cevabınızı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz ve yazmak istediklerinizi boş bırakılmış yerlere ekleyiniz.

“E” evet, “H” hayır, “Blm” bilmiyorum anlamına gelmektedir.

“Genellikle” kelimesini gördüyseniz burada “zamanın yarısından fazlası” ya da “gecelerin yarısından fazlası” kastedilmektedir.

Gece ve uyku zamanı olan davranışlar	E= Evet	H= Hayır	Blm= Bilmiyorum
ÇOCUĞUNUZ UYURKEN...			
A1 ...hiç horlar mı?	E	H	Blm
A2 ...zamanın yarısından fazlasında mı horlar?	E	H	Blm
A3 ...daima mı horlar?	E	H	Blm
A4 ...yüksek sesle mi horlar?	E	H	Blm
A5 ...belirgin ya da yüksek sesle mi soluk alıp verir?	E	H	Blm
A6 ...nefes alıp-vermekte sorun yaşadığı ya da zorlukla nefes aldığı olur mu?	E	H	Blm
Hiç...			
A7... çocuğunuzun gece nefes alıp vermediğini gördüğünüz oldu mu? Eğer olduysa, lütfen nasıl olduğunu yazın:	E	H	Blm
A8... çocuğunuzun uykudaki soluk alıp verişiyile ilgili kaygılandınız mı?	E	H	Blm
A9... çocuğunuzun uyansın ve nefes alsın diye sarstığınız oldu mu?	E	H	Blm
A11... çocuğunuzun horlama sesiyle birlikte uyandığını gördünüz mü?	E	H	Blm
ÇOCUĞUNUZUN...			
A12 ...huzursuz bir uykusu var mı?	E	H	Blm
A13 ...yataкта bacaklarının huzursuz olduğunu fark ettiniz mi?	E	H	Blm
13a. ...”büyüme ağrıları” var mı (açıklanamayan bacak ağrıları)?	E	H	Blm
13b. ...yattığında kötüleşen “büyüme ağrıları” var mı?	E	H	Blm
ÇOCUĞUNUZ UYURKEN SİZ HİÇ...			
A14 ...bir ya da iki bacağında kısa tekmeleme hareketleri gördünüz mü?	E	H	Blm
14a. ...düzenli aralıklarla (yani yaklaşık her 20-40 saniyede bir) tekrarlayan tekmelemeler ya da sıçramalar gördünüz mü?	E	H	Blm
GECELERİ ÇOCUĞUNUZ GENELLİKLE...			
A15 ...terler mi ya da pijamaları terden ıslanır mı?	E	H	Blm
A16 ...yataktan çıkar mı (herhangi bir nedenle)?	E	H	Blm

A17 ...çiş yapmak için yataktan çıkar mı?	E	H	Blm
17a. Eğer öyleyse, ortalama olarak gecede kaç kez olur?			
A21 Çocuğunuz genelde ağzı açık mı uyur?	E	H	Blm
A22 Geceleri çocuğunuzun burnu genelde dolu ya da tıkalı mı olur?	E	H	Blm
A23 Çocuğunuzun burnundan soluk almasını engelleyen herhangi bir alerjisi var mı?	E	H	Blm

ÇOCUĞUNUZ...

A24 ...gündüz esnasında da ağzından mı soluk alıp verir?	E	H	Blm
A25 ...sabahları kalktığında ağzı kurumuş mu olur?	E	H	Blm
A27 ...geceleri midesinin altüst olduğundan şikayet eder mi?	E	H	Blm
A29 ...geceleri boğazında yanma hissi olduğundan şikayet eder mi?	E	H	Blm
A30 ...geceleri dişlerini gıcırdatır mı?	E	H	Blm
A32 ...ara sıra yatağını ıslatır mı?	E	H	Blm
A33 ...çocuğunuz hiç gece uykusunda yürüdü mü? (“uyurgezerlik”)?	E	H	Blm
A34 ...çocuğunuzun uykusunda konuştuğunu hiç duydunuz mu?	E	H	Blm
A35 Ortalama olarak çocuğunuz haftada bir ya da daha fazla kabus görür mü?	E	H	Blm
A36 Çocuğunuz hiç gece çılgık atarak uyandı mı?	E	H	Blm
A37 Çocuğunuzun gece “sanki ne uyuyor ne de uyanıkmiş gibi” bir davranış ya da harekette bulunduğu oldu mu? Eğer olduysa, nasıl olduğunu yazın:	E	H	Blm
A40 Çocuğunuz geceleri uykuya dalmakta güçlük çeker mi?	E	H	Blm
A41 Çocuğunuzun yattıktan sonra uykuya dalması ne kadar zaman almaktadır (tahmini bir süre yeterli olacaktır)?	E	H	Blm
A42 Yatma zamanında çocuğunuzun zor “rutinleri” ya da “törenleri” var mı, çok tartışmanız gerekir mi ya da çocuğunuz olumsuz başka davranışlar gösterir mi?	E	H	Blm

ÇOCUĞUNUZ HIÇ...

A43 ...uykuya dalarken başını yada vücudunu sallar mı, etrafa çarpar mı?	E	H	Blm
A44 ...ortalama olarak gecede ikiden fazla uyanır mı?	E	H	Blm
A45 ...gece uyanırsa yeniden uykuya dalmakta sorun yaşar mı?	E	H	Blm
A46 ...sabah erkenden uyanır ve yeniden uykuya dalmakta zorluk yaşar mı?	E	H	Blm
A47 Çocuğunuzun yatma zamanı günden güne çok fazla değişiklik gösterir mi?	E	H	Blm
A48 Çocuğunuzun kalkma zamanı günden güne çok fazla değişiklik gösterir mi?	E	H	Blm

ÇOCUĞUNUZ GENELLİKLE SAAT KAÇTA...

A49 ...hafta içinde yatağa gider?	
A50 ...hafta sonu ve tatillerde yatağa gider?	
A51 ...hafta içi sabahları yataktan kalkar?	
A52 ...hafta sonu ve tatillerde yataktan kalkar?	

B. Gün içerisindeki davranışları ve olası sorunlar:

ÇOCUĞUNUZ....

B1 ...sabahları dinlenmemiş bir şekilde uyanır mı?	E	H	Blm
B2 ...gün içerisinde uykulu olma gibi bir sorunu var mıdır?	E	H	Blm
B3 ...gün içerisinde uykusu geldiğinden şikayet eder mi?	E	H	Blm
B4 Öğretmenlerinden biri ya da ilgili diğer kişiler çocuğunuzun gün içerisinde uykulu görüldüğüne dair bir yorum yaptı mı?	E	H	Blm
B5 Çocuğunuz gündüz şekerleme uykusuna yatar mı?	E	H	Blm

B6 Sabahları çocuğunuz uyandırmak çok zor olur mu?	E	H	Blm
B7 Çocuğunuz sabahları baş ağrısı ile uyanır mı?	E	H	Blm
B8 Ortalama olarak ayda en az bir kez baş ağrısı olur mu?	E	H	Blm
B9 Çocuğunuz doğduğundan itibaren gelişiminde duraklamanın olduğu bir dönem hiç oldu mu? Eğer öyleyse, ne şekilde olduğunu tanımlayınız:	E	H	Blm
B10 Çocuğunuzun tonsilleri (bademcikleri) duruyor mu? (alındıysa neden ve ne zaman alındı?)	E	H	Blm

ÇOCUĞUNUZ HIÇ...

B11 ...nefes almakta zorlandığı bir durum yaşadı mı? Eğer yaşadıysa, lütfen tanımlayınız:	E	H	Blm
B12 ...ameliyat geçirdi mi? Eğer geçirdiyse ameliyat öncesinde, esnasında ya da sonrasında hiç solunum güçlüğü oldu mu?	E	H	Blm
B13 ...güldükten ya da bir şeye şaşırdıktan sonra aniden bacaklarında veya başka bir yerinde güçsüzlük ortaya çıktı mı?	E	H	Blm
B15 ...yataкта uyamak ve etrafa bakıyorken kısa bir dönem kımıldayamadığı oldu mu?	E	H	Blm
B16 Çocuğunuzun karşı konulamaz bir şekilde şekerleme yapmak istediği ve uyumasın diye onu durdurmak için çabaladığınız olur mu?	E	H	Blm
B17 Çocuğunuz uyanırken hiç rüyadaymış gibi hissettiği (görüntüler gördüğü ya da sesler duyduğu) oldu mu?	E	H	Blm
B18 Çocuğunuz tipik bir gününde kafein içeren içecekler (kola, kahve, çay) içer mi?	E	H	Blm
18a. Eğer öyleyse günde kaç bardak ya da kaç şişe içer?	Sayı:.....		
B19 Çocuğunuz hiç keyif verici ilaçlardan kullanır mı? Eğer öyleyse adları nedir ve ne sıklıkta kullanır?	E	H	Blm
B20 Çocuğunuz sigara, tütün ya da tütün içeren herhangi başka bir ürün kullanır mı?	E	H	Blm
Eğer öyleyse hangilerini, ne sıklıkta kullanır?			
B22 Çocuğunuz kilolu mudur?	E	H	Blm
22a. Eğer öyleyse, bu durum ilk olarak hangi yaşta gelişti?	Yaş:.....		
B23 Size bir doktor çocuğunuzda hiç yüksek damak bulunduğunu söyledi mi?	E	H	Blm
B24 Çocuğunuz davranış problemleri yüzünden hiç Ritalin (metilfenidat) kullandı mı?	E	H	Blm
B25 Çocuğunuzda herhangi bir hekim tarafından Dikkat Eksikliği Bozukluğu (DEB) ya da Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) bulunduğu söylendi mi?	E	H	Blm

Çocuğunuz sıklıkla...

	Yok	çok az	Oldukça	Kesinlikle
	(0)	(1)	(2)	(3)
C1 ...Doğrudan onunla konuştuğunuzda dinlemiyormuş gibi görünür.	(0)	(1)	(2)	(3)
C2 ...Üstüne aldığı işleri ve aktiviteleri düzenlemekte zorlanır.	(0)	(1)	(2)	(3)

C3 ...Dışardan gelen uyaranlarla dikkati kolayca dağılır.

(0) (1) (2) (3)

C4 ...Eli-ayağı sürekli oynar veya oturduğu yerde sürekli kıpırdanır.

(0) (1) (2) (3)

C5 ...Motor takılmış gibi davranır ya da hareket halindedir.

(0) (1) (2) (3)

C6 ...Başkalarının yaptığı şeylerin arasına girer (konuşmaları kesme, arkadaşlarının oyunlarını bölme gibi).

(0) (1) (2) (3)

TEŞEKKÜR EDERİZ

ÇOCUKLARDA ANKSİYETE BOZUKLUKLARINI TARAMA ÖLÇEĞİ - ANNE BABA FORMU

Çocuğun adı ve soyadı:

Tarih:

Yaş:

Yakınlık derecesi:

Aşağıda, insanların kendilerini nasıl hissettiklerini tanımlayan maddelerden oluşan bir liste bulunmaktadır. Her madde için; eğer madde çocuğunuz için doğru ya da çoğu zaman doğru ise 2'yi, biraz ya da bazen doğru ise 1'i, doğru değil ya da nadiren doğru ise 0'ı işaretleyin. Bazı maddelerin size uymadığını düşünüseniz de lütfen boş bırakmayın.

0: Doğru değil ya da nadiren doğru

1: Biraz ya da bazen doğru

2: Doğru ya da çoğu zaman doğru

1- Çocuğum korktuğu zaman nefes alması zorlaşır.	0	1	2
2- Okuldayken çocuğumun başı ağır.	0	1	2
3- Çocuğum iyi tanımadığı insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmaz.	0	1	2
4- Çocuğum evden uzak bir yerde uyursa korkar.	0	1	2
5- Çocuğum başka insanların kendisini sevip sevmediğinden endişelenir.	0	1	2
6- Çocuğum korktuğu zaman bayılacak gibi hisseder.	0	1	2
7- Çocuğum huzursuzdur.	0	1	2
8- Çocuğum nereye gidersem gideyim peşinden gelir.	0	1	2
9- Birçok insan çocuğumun huzursuz göründüğünü söyler.	0	1	2
10- Çocuğum iyi tanımadığı insanların yanında kendisini huzursuz hisseder.	0	1	2
11- Okuldayken çocuğumun karnı ağır.	0	1	2
12- Çocuğum korktuğu zaman aklını kaçırarak gibi hisseder.	0	1	2
13- Çocuğum yalnız yatmaktan endişe duyar.	0	1	2
14- Çocuğum diğer çocuklar kadar iyi olmadığından endişelenir.	0	1	2
15- Çocuğum korktuğu zaman olayları gerçek değilmiş gibi hisseder.	0	1	2
16- Çocuğum, anne ve babasının başına kötü şeylerin geldiği kabuslar görür.	0	1	2
17- Çocuğum okula gitmekten endişe duyar.	0	1	2
18- Çocuğum korktuğu zaman kalbi hızlı çarpar.	0	1	2

19- Çocuğum titrer.	0	1	2
20- Çocuğum başına kötü şeylerin geldiği kabuslar (korkunç rüyalar) görür.	0	1	2
21- Çocuğum işleri yolunda gitmeyecek diye endişelenir.	0	1	2
22- Çocuğum korktuğu zaman çok terler.	0	1	2
23- Çocuğum her şeyi kendine dert eder.	0	1	2
24- Çocuğumun hiçbir neden olmadığı halde çok korktuğu olur.	0	1	2
25- Çocuğum evde yalnız kalmaktan korkar.	0	1	2
26- İyi tanımadığım insanlarla konuşmak çocuğuma zor gelir.	0	1	2
27- Çocuğum korktuğu zaman boğuluyormuş gibi hisseder.	0	1	2
28- Birçok insan çocuğuma çok endişelendiğini söyler.	0	1	2
29- Çocuğum aileden uzakta olmaktan hoşlanmaz.	0	1	2
30- Çocuğum heyecan nöbetleri geçirmekten korkar.	0	1	2
31- Çocuğum anne ve babasının başına kötü şeyler gelecek diye endişelenir.	0	1	2
32- Çocuğum iyi tanımadığı insanların yanında utanır.	0	1	2
33- Çocuğum gelecekte olacaklar konusunda endişelenir.	0	1	2
34- Çocuğum korktuğu zaman kusacakmış gibi olur.	0	1	2
35- Çocuğum işlerini ne kadar iyi yaptığından endişelenir.	0	1	2
36- Çocuğum okula gitmekten korkar.	0	1	2
37- Çocuğum olup bitmiş şeyler hakkında endişe duyar.	0	1	2
38- Korktuğu zaman çocuğumun başı döner.	0	1	2
39- Çocuğum başka çocuk ve yetişkinlerle birlikteyken ve onlar çocuğumun yaptığı şeyi seyrederken kendini huzursuz hisseder. (ör.Yüksek sesle okurken,konuşurken,oyun oynarken, spor yaparken)	0	1	2
40- Çocuğum iyi tanımadığı insanların bulunacağı partiye,dansa ya da herhangi bir yere giderken kendini huzursuz hisseder.	0	1	2
41- Utangaçtır.	0	1	2

GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (SDQ-Tur)

AB⁴⁻¹⁶

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamasanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı çocuğunuzun son altı ay içindeki davranışlarını göz önüne alarak veriniz.

Çocuğunuzun Adı :

Kız / Erkek

Doğum Tarihi : / /

	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
Diğer insanların duygularını önemser	☐	☐	☐
Huzursuz, aşırı hareketli, uzun süre kıpırdamadan duramaz	☐	☐	☐
Sıkça baş ağrısı, karın ağrısı ve bulantıdan yakınır	☐	☐	☐
Diğer çocuklarla kolayca paylaşır. (yiyecek, oyuncak, kalem v.s.)	☐	☐	☐
Sıkça öfke nöbetleri olur yada aşırı sinirlidir.	☐	☐	☐
Daha çok tek başınadır, yalnız oynama eğilimindedir.	☐	☐	☐
Genellikle söz dinler, erişkinlerin isteklerini yapar.	☐	☐	☐
Birçok kaygısı vardır. Sıkça endişeli görünür.	☐	☐	☐
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş yada kendini kötü hissediyor ise ona yardımcı olur.	☐	☐	☐
Sürekli elleri ayakları kıpır kıpırdır yada oturduğu yerde kıpırdanıp durur.	☐	☐	☐
En az bir yakın arkadaşı vardır.	☐	☐	☐
Sıkça diğer çocuklarla kavga eder, yada onlarla alay eder.	☐	☐	☐
Sıkça mutsuz, kaderli yada ağlamaklıdır.	☐	☐	☐
Genellikle diğer çocuklar tarafından sevilir.	☐	☐	☐
Dikkati kolayca dağılır. Yoğunlaşmakta güçlük çeker.	☐	☐	☐
Yeni ortamlarda gergin yada huysuzdur. Kendine güvenini kolayca kaybeder.	☐	☐	☐
Kendinden küçüklere iyi davranır.	☐	☐	☐
Sıkça yalan söyler yada hile yapar.	☐	☐	☐
Diğer çocuklar ona takarlar yada onunla alay ederler.	☐	☐	☐
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, diğer çocuklar) yardım etmeye istekli olur.	☐	☐	☐
Bir şeyi yapmadan önce düşünür.	☐	☐	☐
Ev, okul yada başka yerlerden çalar.	☐	☐	☐
Erişkinlerle çocuklardan daha iyi geçinir.	☐	☐	☐
Pek çok korkusu var. Kolayca ürker.	☐	☐	☐
Başladığı işi bitirir, dikkat süresi iyidir.	☐	☐	☐

Belirtmek istediğiniz başka düşünce ya da duygunuz var mı?

Lütfen sayfayı çeviriniz - arka sayfada birkaç soru daha var

Genel olarak, bu çocuğunuzun aşağıdaki alanların birinde ya da daha fazlasında güçlükleri olduğunu düşünüyor musunuz : Duygular, dikkati toplama, davranış yada başkaları ile geçinebilme?

Hayır	Evet - Biraz	Evet - Oldukça Ciddi	Evet - Çok Ciddi
☐	☐	☐	☐

Eğer yanıtınız evet ise, lütfen aşağıdaki bu güçlüklerle ilişkin soruları yanıtlayınız.

○ Bu güçlükler ne zamandır var?

1 aydan az	1 - 5 ay	6 - 12 ay	Bir yıldan fazla
☐	☐	☐	☐

○ Bu güçlükler çocuğunuzu sıkıntıya sokuyor yada moralini bozuyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
☐	☐	☐	☐

○ Bu güçlükler aşağıdaki alanlarda, çocuğunuzun günlük yaşamını etkiliyor mu?

	Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
Ev yaşamı	☐	☐	☐	☐
Arkadaş ilişkileri	☐	☐	☐	☐
Sınıf içi öğrenme	☐	☐	☐	☐
Boş zaman etkinlikleri	☐	☐	☐	☐

○ Bu güçlükler size ya da ailenize zorluk yaşıyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
☐	☐	☐	☐

İmza :

Tarih : / /

Anne / Baba / Diğer (lütfen belirtiniz)

Yardıminiz için teşekkür ederiz.

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Küçük Çocuk Değerlendirme Formu (Anne - Baba) (5-7 Yaş)

Çocuğunuzun adı soyadı :

Tarih : / ..

Bir sonraki sayfada çocuğunuz için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.
Lütfen **son bir aylık süre** içinde her birinin çocuğunuz için ne kadar sorun oluşturduğunu
daire içine alarak belirtiniz.

- | | |
|---|----------|
| - Eğer çocuğunuz için hiçbir zaman sorun değilse | 0 |
| - Eğer çocuğunuz için nadiren sorun oluyorsa | 1 |
| - Eğer çocuğunuz için bazen sorun oluyorsa | 2 |
| - Eğer çocuğunuz için sıklıkla sorun oluyorsa | 3 |
| - Eğer çocuğunuz için hemen her zaman sorun oluyorsa | 4 |

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

Son bir ay içinde aşağıdakiler çocuğunuz için ne kadar sorun yarattı ?

Fiziksel işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Bir bloktan fazla yürümek	0	1	2	3	4
2. Koşmak	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak	0	1	2	3	4
5. Kendi başına duş ya da banyo yapmak	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak	0	1	2	3	4
7. Acısının ya da ağrısının olması	0	1	2	3	4
8. Düşük enerji düzeyi	0	1	2	3	4

Duygusal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissetmek	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissetmek	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissetmek	0	1	2	3	4
4. Uyumakta zorluk çekmek	0	1	2	3	4
5. Kendisine ne olacağı konusunda endişe duymak	0	1	2	3	4

Sosyal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Yaşıtları ile geçinememesi	0	1	2	3	4
2. Yaşıtlarının onunla arkadaş olmak istememesi	0	1	2	3	4
3. Yaşıtları tarafından alay edilmesi	0	1	2	3	4
4. Yaşıtlarının yapabildiği şeyleri yapamaması	0	1	2	3	4
5. Yaşıtlarıyla oyun oynarken geri kalması	0	1	2	3	4

Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Sınıfta dikkatini toparlayamaması	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unutması	0	1	2	3	4
3. Derslerinden geri kalması	0	1	2	3	4
4. Kendini iyi hissetmediği için okula gidememesi	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiği için okula gidememesi	0	1	2	3	4

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Çocuk Değerlendirme Formu (Anne - Baba) (8 -12 Yaş)

Çocuğunuzun adı soyadı :

Tarih : / /

Bir sonraki sayfada çocuğunuz için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.
Lütfen **son bir aylık süre** içinde herbirinin çocuğunuz için ne kadar sorun oluşturduğunu
daire içine alarak belirtiniz.

- | | |
|---|----------|
| - Eğer çocuğunuz için hiçbir zaman sorun değilse | 0 |
| - Eğer çocuğunuz için nadiren sorun oluyorsa | 1 |
| - Eğer çocuğunuz için bazen sorun oluyorsa | 2 |
| - Eğer çocuğunuz için sıklıkla sorun oluyorsa | 3 |
| - Eğer çocuğunuz için hemen her zaman sorun oluyorsa | 4 |

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

Son bir ay içinde aşağıdakiler çocuğunuz için ne kadar sorun yarattı ?

Fiziksel işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Bir bloktan fazla yürümek	0	1	2	3	4
2. Koşmak	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak	0	1	2	3	4
5. Kendi başına duş ya da banyo yapmak	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak	0	1	2	3	4
7. Acısının ya da ağrısının olması	0	1	2	3	4
8. Düşük enerji düzeyi	0	1	2	3	4

Duygusal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissetmek	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissetmek	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissetmek	0	1	2	3	4
4. Uyku ile ilgili zorluklar	0	1	2	3	4
5. Kendisine ne olacağı konusunda endişe duymak	0	1	2	3	4

Sosyal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Yaşıtları ile geçimi	0	1	2	3	4
2. Yaşıtlarının onunla oynamak istememesi	0	1	2	3	4
3. Yaşıtları tarafından alay edilmesi	0	1	2	3	4
4. Yaşıtlarının yapabildiği şeyleri yapamaması	0	1	2	3	4
5. Yaşıtlarıyla oyun oynarken geri kalması	0	1	2	3	4

Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Sınıfta dikkatini toplayamaması	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unutması	0	1	2	3	4
3. Derslerinden geri kalması	0	1	2	3	4
4. Kendini iyi hissetmediği için okula gidememesi	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiği için okula gidememesi	0	1	2	3	4