

**T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK-ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU'NDA
YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Uzmanlık Tezi

Dr. Büşra DURAN

TRABZON - 2017

**T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK-ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU'NDA
YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Uzmanlık Tezi

Dr. Büşra DURAN

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Sema TANRIÖVER KANDİL**

TRABZON - 2017

ÖNSÖZ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) çocuk ve ergenlerde sık görülen, yaşamın hemen her alanında yetersizliklere yol açan kronik bir bozukluktur. Bu bozukluğa sahip çocuk ve ergenin kişiler arası ilişkileri, aile içi ilişkileri bozulmakta, ruhsal iyilik hali olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Tüm bunlar sonucunda çocuk ya da ergenin yaşam kalitesinde düşme de görülebilmektedir. Bozukluğun bu psikososyal boyutu, bu boyuttaki yeterlilik ve yetersizliklerin saptanması, bozukluğun seyrinin izlenmesinde giderek klinik belirtiler kadar önem kazanmaktadır.

Bu çalışmada DEHB'li çocuk ve ergenlerin yaşam kaliteleri ve sosyal becerileri ve bunların arasındaki ilişki değerlendirilerek ailelere, eğitimcilere ve bu çocuklarla ilgilenen diğer bireylere yardımcı olabilecek verilere ulaşmak amaçlanmıştır.

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren, bu çalışmanın planlanması, yapılması ve değerlendirilmesinde çok değerli katkı, yönlendirme ve yardımlarını gördüğüm, içtenliğini ve ilgisini yakından hissettiğim, anabilim dalı başkanımız ve tez danışmanım saygıdeğer hocam Prof. Dr. Sema KANDİL'e teşekkür ederim.

Çocuk ve ergen psikiyatrisi alanında çalışmaya başladığım ilk günden itibaren bilgisini ve deneyimlerini paylaşmaktaki çömertliği ile eşine rastlamadığım, yardıma ihtiyaç duyduğum her an desteğini hissettiğim, mesleki gelişimimde büyük katkısı olan saygıdeğer hocam Yard. Doç. Dr. Mutlu KARAKUŞ'a teşekkür ederim.

Rotasyonlarım sırasında bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan Prof. Dr. Ali CANSU, Doç. Dr. Evrim ÖZKORUMAK KARAGÜZEL, Yard. Doç. Dr. Filiz CİVİL ARSLAN ve Yard. Doç. Dr. Tülay KAMAŞAK'a teşekkürlerimi sunarım.

Uzmanlık eğitimim süresince birlikte çalıştığım Dr. Çilem BİLGİNER, Dr. Serkan KARADENİZ, Dr. Gülşah BAKİ, Dr. Emirhan ASLAN, Dr. Damla BULUT, Dr. Yasemin ÇELİK'e bölümümüz sekreterleri Ülker YAZICI ve Sefa AKSU'ya teşekkür ederim.

Son olarak ilk öğretmenlerim, bugünümün mimarı olan, başta sevgi olmak üzere birçok şeyi öğrendiğim, hayatım boyunca desteklerini ve sevgilerini yanımda

hissettiğim biricik annem Hatice İLYAS ve canım babam Adem İLYAS'a, şefkati ve hayır duası ile desteğini her zaman hissettiğim biricik annem Fatma DURAN'a, fedakarlığıyla kendime örnek aldığım sevgili babam Battal DURAN'a, kıymetli kardeşim Dr Yasir İLYAS'a, tam olmak için elini tuttuğum, yoldaşım, sevgili eşim Uzm. Dr. Hikmet DURAN'a, varlıklarıyla canıma canlar katan, olmazlarımı olduran, ufkumu genişleten sevgili oğullarım Kerem Yahya DURAN ve Yiğit DURAN'a sonsuz teşekkürler...

Dr. Büşra DURAN

Trabzon- 2017



ÖZET

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNDA YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Amaç: Bu çalışma ile DEHB’li çocuk ve ergenlerin yaşam kalitelerinin sağlıklı çocuk ve ergenlerden farklı olup olmadığını belirlemek, varsa bu farklılığı etkileyen etmenleri saptamak, DEHB’li çocuk ve ergenlerin sosyal beceri düzeylerinin sağlıklı çocuk ve ergenlerden farklı olup olmadığını belirlemek, sosyal beceri düzeyinin yaşam kalitesine katkısını incelemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmanın araştırma grubunu 01.10.2015- 18.12.2015 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine ilk kez başvuran, klinik görüşme ve psikometrik incelemeler sonucunda DSM-V tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı konulan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 6-18 yaş arasındaki 64 çocuk ve ergen, anne-babaları ve öğretmenleri oluşturmuştur. Kontrol grubuna ise araştırma grubu ile yaş ve cinsiyete göre eşleştirilmiş 59 çocuk ve ergen alınmıştır. Tüm ebeveynlerden Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin DSM IV'e Dayalı Tarama Ve Değerlendirme Ölçeği (Turgay) - ebeveyn formu, Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği - ebeveyn formu ve Sosyal Cevaplılık Ölçeğini doldurmaları istenmiştir. Çocuk ve ergenler ise Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği - çocuk formu, Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği, Çocuklar İçin Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeğini doldurmuştur. Öğretmenler Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin DSM IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (Turgay) - öğretmen formunu doldurmuşlar ve araştırmacı tarafından yarı yapılandırılmış görüşme formu sosyodemografik verileri elde etmek için doldurulmuştur. Elde edilen veriler SPSS 13.0 paket programı ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya dahil edilen 64 DEHB’li çocuk ve ergenin %84.4’ü erkek, %15.6’sı kız, yaş ortalamaları 105 ± 28.6 ay idi. DEHB’li çocuk ve ergenlerin %60.9’u bileşik alt tip, %31.3.0’ü dikkatsizliğin baskın olduğu alt tip, %7.8’i ise hiperaktivite/impulsivitenin baskın olduğu alt tiplerinin tanı ölçütlerini karşılıyor olarak bulundu. Anne-babalarının doldurdıkları çocuklar için yaşam kalitesi ölçek puanlarına göre DEHB’li çocukların yaşamlarının tüm alanlarında düşük yaşam kalitesine sahip oldukları, çocuk ve ergenlerin doldurdıkları yaşam kalitesi ölçek puanlarına göre DEHB’li çocukların yaşamlarının fiziksel sağlık kesiti dışında düşük yaşam kalitesine sahip oldukları bulundu. DEHB’li gruptaki çocuk ve ergenlerin %50’sinde sosyal becerilerinde bozulma görülürken bu oran kontrol grubunda %10.2 idi ($p < 0.001$). Hasta grubunda; sosyal beceri düzeyleri ile DEHB alt tipleri arasındaki dağılım karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Sosyal beceri düzeyi bozulmuş olan DEHB’li olguların %68.8’inde komorbid psikiyatrik bozukluğun olduğu saptandı. Sosyal beceri düzeyi bozulmuş DEHB’li çocukların yaşam kalitesi tüm alt ölçek skorlarının, sosyal beceri düzeyi bozulmamış DEHB’li çocuklardan daha düşük olduğu tespit edildi. Kontrol grubunda ise sosyal beceri düzeyi bozukluğunun sadece yaşam kalitesi okul işlevselliği alt ölçek puanında düşüklüğe sebep olduğu bulundu. Sosyal cevaplılık ölçeği puanları ile anne babanın doldurduğu yaşam kalitesi tüm alt ölçek puanları arasında negatif korelasyon olduğu

tespit edildi. DEHB’li çocuk ve ergenlerde sosyal beceri prediktörü olarak okul öncesi eğitim alma süresinin yüksekliği bulunmuştur.

Sonuç: Sonuç olarak DEHB, çocuk ve ergenin gelişiminin tüm basamaklarında ciddi sosyal, akademik ve psikolojik yetersizliklere yol açmaktadır. Hastalığın çok boyutlu izlenmesinde klinik parametrelerin yanı sıra psikososyal boyutun giderek önem kazandığı, bu boyuttaki yeterlilik ve yetersizliklerin en iyi yaşam kalitesi ile açıklanabileceği bildirilmektedir. Bu bilgiler ışığında DEHB’de okul öncesi dönemde tanı, erken ebeveyn eğitimi, erken okul müdahalesi ve erken sosyal beceri eğitiminin ilerleyen yaşlarda DEHB’li bireylerde yaşam kalitesini artırıcı etkisi olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Anahtar Kelimeler: DEHB, Yaşam Kalitesi, Sosyal Beceri.



SUMMARY

EVALUATION OF QUALITY OF LIFE IN ATTENTION DEFICIT AND HYPERACTIVITY DISORDER

Objective: The purpose of this study was to determine whether the quality of life of children and adolescents with ADHD(Attention Deficit Hyperactivity Disorder) differed from those of healthy children and adolescents, to determine the factors affecting this difference, to determine whether the social skills levels of ADHD children and adolescents differed from healthy children and adolescents, to investigate its contribution.

Method: The study group consisted of 6-18 years old 64 children and adolescent who were attended to the Child and Adolescent Psychiatry Outpatient Clinic of Karadeniz Technical University, Faculty of Medicine, between 01.10.2015-18.12.2015 and diagnosed ADHD according to DSM-V diagnostic criteria a result of clinical interviews and psychometric examinations and who agreed to participate in the study and their parents and teachers. On the other hand control group consisted of 59 healthy children and adolescents that were paired by age and sex with study group. All parents were asked to complete pediatric Quality Of Life Inventory-Parent Form (PedsQOL), Turgay DSM-IV based Child and Adolescent Behavior Disorders Screening and Rating Scale - parent form, Social Responsiveness Scale. Children and adolescent filled out PedsQoL-child form, Children's Depression Inventory, Screen for Child Anxiety and Related Disorders. The teachers completed Turgay DSM-IV based Child and Adolescent Behavior Disorders Screening and Rating Scale- teacher form and the semi-structured interview form was filled by the researcher to obtain sociodemographic data. The obtained data were evaluated with SPSS Windows 13.0 package program.

Results: Of the 64 children and adolescents with ADHD who were included in the study, 84.4% were male, 15.6% were female, and the mean age was 105 ± 28.6 months. 60.9% of the children and adolescents with ADHD met the combined presentations, 31.3% had the predominantly inattentive presentations and 7.8% met the diagnostic criteria with hyperactivity / impulsiveness predominant. presentations. It has been found that children with ADHD have low quality of life in all areas of their lives, according to their PedsQOL- parent form scores. According to the PedsQOL-Chil and adolescent form, the children of ADHD have a low quality of life in all areas except physical health. While 50% of children and adolescents with ADHD had impaired social skills, this rate was 10.2% in the control group ($p<0.001$). No significant difference was found when comparing the distribution of social skills and ADHD subtypes in the patient group. Comorbid psychiatric disorder was found in 68.8% of cases with ADHD with impaired social skills. It was found that all subscale scores of PedsQOL-Chil and adolescent form children with ADHD with impaired social skills were lower than those of children with ADHD with unimpairment social skills. In the control group, it was found that the level of social skills disability was only low in the quality of life school function subscale score. It was determined that there was a negative correlation between the social response scale scores and all the subscale scores of the quality of life that the parents

completed. Prevalence of pre-school education was found to be a predictor of social skills in children and adolescents with ADHD.

Discussion: In conclusion, ADHD has led to serious social, academic and psychological deficits in all stages of child and adolescent development. In the multidimensional monitoring of the disease, it is reported that the psychosocial dimension as well as the clinical parameters are increasingly important, and the qualifications and deficiencies at this dimension can be explained with the best quality of life. In the light of this information, it can be concluded that pre-school diagnosis, parental psychoeducation, early school intervention, and early social skills training in ADHD are the enhancing effects of quality of life in ADHD children in later ages.

Key Words: ADHD, Quality of Life, Social Skills.



İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖNSÖZ	ii
ÖZET.....	iv
SUMMARY	vi
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	x
TABLolar DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	3
2.1.1. Tanımı.....	3
2.1.2. Tarihçesi ve Tanı Kriterleri.....	3
2.1.3. Epidemiyolojisi	7
2.1.4. Etyolojisi	8
2.1.5. Klinik Özellikler	13
2.1.6. Değerlendirme ve Tanı	14
2.1.7. Ayırıcı Tanı.....	15
2.1.8. Eş Hastalanım	16
2.1.9. Tedavi Yaklaşımları.....	17
2.1.10. Gidiş ve Sonlanım.....	19
2.2. Yaşam Kalitesi Kavramı	20
2.2.1. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Kavramı	20
2.2.2. Çocuklarda Yaşam Kalitesi	22
2.2.3. Çocuklarda Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Özellikleri	22
2.2.4. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ).....	24
2.3. DEHB ve Yaşam Kalitesi	25
2.3.1. DEHB'nin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi.....	25
2.3.2. DEHB Semptomları ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki.....	31
3. MATERYAL VE METOD	37
3.1. Araştırmanın Tipi.....	37
3.2. Araştırmanın Evreni.....	37
3.3. Örneklem Büyüklüğü ve Yöntemi	37

3.3.1. Araştırma Grubuna Dahil Edilme Ölçütleri.....	38
3.3.2. Kontrol Grubuna Dahil Edilme Ölçütleri	38
3.3.3. Çalışmaya Dahil Edilmeme Ölçütleri	38
3.4. Veri Toplama Araçları	38
3.4.1. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	39
3.4.2. Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin DSM IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (Turgay-95)	39
3.4.3. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ)	40
3.4.4. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)	40
3.4.5. Çocuklar İçin Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇABTÖ)	41
3.4.6. Sosyal Cevaplılık Ölçeği (SCÖ)	41
3.5. Çalışmanın İstatistiksel Analizi	41
3.6. Etik Onay ve Sınırlılıklar	42
4. BULGULAR.....	43
4.1. Tanımlayıcı Bulgular	43
4.1.1. Örneklemin Kendisine Ait Tanımlayıcı Bulgular.....	43
4.1.2. Örneklemin Anne-Babalarına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	45
4.1.3. Örneklemin Kardeşlerine ve Diğer Aile Değişkenlerine Ait Tanımlayıcı Bulgular	49
4.1.4. Örneklemin Gelişimsel Özelliklerine Ait Tanımlayıcı Bulgular.....	50
4.1.5. DEHB Tanısı Konan Gruba Yönelik Tanımlayıcı Bulgular.....	52
4.2. Uygulanan Test ve Ölçeklere İlişkin Bulgular.....	54
4.2.1. WISC-R testi Sonuçlarına İlişkin Bulgular	54
4.2.2. Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin DSM IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, Çocuklar için Depresyon Ölçeği ve Çocuklar İçin Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeğine ilişkin Bulgular	55
4.2.3. Sosyal Cevaplılık Ölçeğine İlişkin Bulgular	56
4.2.4.Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Bulgular	58
5. TARTIŞMA	65
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	75
7. KAYNAKLAR	78
8. EKLER.....	93

KISALTMALAR DİZİNİ

DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DEHB-D	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Dikkat Eksikliğinin Önde Geldiği Tip
DEHB-H	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Hiperaktivitenin Önde Geldiği Tip
DEHB-B	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Birleşik Tip
DSM	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
ICD	: Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması
KOKGB	: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
DB	: Davranım Bozukluğu
OSB	: Otizm Spektrum Bozukluğu
DA	: Dopamin
NA	: Noradrenalin
CBCL	: Child Behavior Check List
MPH	: Metilfenidat
MTA	: Multimodal Treatment Study Of Children With ADHD
ADHD	: Attention Deficit Hyperactivity Disorder
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
ŞİYK	: Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi
KINDL	: German Quality of Life Questionnaire
CHQ	: Child Health Questionnaire
CHQ-PF-50	: Child Health Questionnaire-Parent Form-50
PAQLQ	: Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire
DE/HB-YKÖ	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Yaşam Kalitesi Ölçeği
ÇİYKÖ	: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği
HRQL	: Health-Related Quality Of Life
RMET	: Gözlerden Akıl Okuma Testi
SRS	: Sosyal Cevaplılık Skalası
ÖTP	: Ölçek Toplam Puanı
FSTP	: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı

DİP	: Duygusal İşlevsellik Puanı
OİP	: Okul İşlevselliği Puanı
SİP	: Sosyal İşlevsellik Puanı
PSTP	: Psikososyal Sağlık Toplam Puanı
ÇDÖ	: Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği
ÇABTÖ	: Çocuklar İçin Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği
SCÖ	: Sosyal Cevaplılık Ölçeği



TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo A. DSM V'e Göre DEHB Tanı Kriterleri	6
Tablo B. DEHB İle Karışabilecek Klinik Ve Psikiyatrik Durumlar	15
Tablo C. DEHB'ye Eşlik Eden Psikopatolojiler	16
Tablo D. Ebeveyn Eğitimi	19
Tablo E. Okula Yönelik Müdahaleler	19
Tablo 1. Grupların Yaş Ortalamaları ve Cinsiyet Dağılımları	43
Tablo 2. Grupların Eğitim Düzeylerinin Yıl Olarak Dağılımları	44
Tablo 3. Grupların Okul Öncesi Eğitim Alma Sürelerinin Ortalamaları	44
Tablo 4. Grupların Aldıkları Okul Öncesi Eğitim Dağılımı.....	44
Tablo 5. Gruplara Göre Anne ve Babaların Yaş ve Eğitim Yılı Ortalaması	45
Tablo 6. Grupların Annelerinin Eğitim Düzeylerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması	46
Tablo 7. Grupların Babalarının Eğitim Düzeylerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması	46
Tablo 8. Hasta ve Kontrol Grubundaki Annelerin Meslek Durumlarına Göre Dağılımları	47
Tablo 9. Hasta ve Kontrol Grubundaki Babaların Meslek Durumlarına Göre Dağılımları	48
Tablo 10. Anne-Babaların Sigara Kullanım Öykülerinin Gruplara Göre Dağılımı.....	48
Tablo 11. Grupların Annelerinde Ruhsal Hastalık Varlığının Karşılaştırılması	48
Tablo 12. Grupların Babalarında Ruhsal Hastalık Varlığının Karşılaştırılması	49
Tablo 13. Kardeş Sayısı Ortalaması ve Doğum sırası Ortalamalarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması.....	49
Tablo 14. Grupların Aylık Gelir Düzeyi, Aile Yapısı, Konut Durumu ve Evde Çocuk Odası Bulunma Durumlarının Karşılaştırılması	50
Tablo 15. Grupların Doğum Zamanı ve Doğum Şekillerinin Dağılımı	51
Tablo 16. Grupların Doğum Ağırlığı ve Anne Sütü Alma Süresi Ortalamalarının Karşılaştırılması	51
Tablo 17. Her İki Grubun Yürüme, Tek Kelime Söyleme, Cümle Kurma ve Tuvalet Eğitimini Tamamlama Yaşı (Ay Olarak) Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	52
Tablo 18. DEHB Grubunda Bozukluğun Alt Tiplerinin Dağılımı	52

Tablo 19.	DEHB Grubunda Bozukluğun Alt Tiplerinin Cinsiyetlere Göre Dağılımı.....	53
Tablo 20.	DEHB Grubunda Eş Tanıların Dağılımı	53
Tablo 21.	Grupların WISC-R Zeka Testi Puanlarının Dağılımı.....	54
Tablo 22.	Gruplara Uygulanan Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin DSM IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, Çocuklar için Depresyon Ölçeği ve Çocuklar İçin Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeğine ilişkin Bulgular	56
Tablo 23.	Grupların Sosyal Beceri Düzeylerinin Dağılımı	57
Tablo 24.	Grupların Sosyal Beceri Düzeylerinin ‘Bozulmamış’ ve ‘Bozulmuş’ Şeklinde Dağılımı.....	57
Tablo 25.	Sosyal Beceri Düzeyleri ile DEHB Alt Tipleri Arasındaki Dağılımın Karşılaştırılması	58
Tablo 26.	Sosyal Beceri Düzeyleri ile DEHB’ye Eşlik Eden Komorbidite Varlığının Karşılaştırılması	58
Tablo 27.	Anne Babaların Doldurduğu Yaşam Kalitesi Alt Ölçek Puanlarının Dağılımı	59
Tablo 28.	Çocuk ve Ergenlerin Doldurduğu Yaşam Kalitesi Alt Ölçek Puanlarının Dağılımı	60
Tablo 29.	Anne ve Babaların Doldurduğu Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Çocuk ve Ergenlerin Doldurduğu Yaşam Kalitesi Ölçeği Değişkenlerinin Ortalama Dağılımlarının Karşılaştırılması	61
Tablo 30.	DEHB Grubunda Sosyal Beceri Düzeyinin Anne ve Babaların Doldurduğu Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Çocuk ve Ergenlerin Kendilerinin Doldurduğu Yaşam Kalitesi Ölçeği Değişkenlerinin Ortalama Dağılımları ile Karşılaştırılması	62
Tablo 31.	Sosyal Beceri Düzeyleri ile Anne- Baba Yaşam Kalitesi Alt Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması	63
Tablo 32.	Sosyal Cevaplılık Ölçeği Puanları ile Anne Babanın Doldurduğu Yaşam Kalitesi Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişki.....	64
Tablo 33.	DEHB Grubuna Ait Sosyal Beceri Düzeyi Prediktörleri	64

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) aşırı hareketlilik, dikkatle ilgili sorunlar ve dürtüsellik ile karakterize, çocukluk çağıının nörogelişimsel bir bozukluğudur (1). Çocuklarda tanı konulan en sık ruhsal hastalıktır. Okul çağıındaki çocuklarda sıklığı % 3-7 arasındadır (2). Bozukluğun görülme sıklığı erkeklerde kızların 5-9 katıdır (3, 4). DEHB etiyojisinde frontosubkortikal sistemlerin rolü olduğu yönündeki verileri hem nöroanatomik, hem nörokimyasal hem de beyin metabolizmasıyla ilgili çalışmalar desteklemektedir (5). DEHB belirtileri çocukluk dönemiyle sınırlı kalmayıp, sıklıkla ergenlik ve erişkinlik dönemlerine de uzanır (6). DEHB' de eş hastalanım da oldukça sıktır. En sık eş hastalanım %40-80 ile DEHB ve diğer yıkıcı davranım bozuklukları arasında görülür (7).

DEHB, çocuk ve ergenin gelişiminin tüm basamaklarında ciddi sosyal, akademik ve psikolojik yetersizliklere yol açmaktadır (8). DEHB'de çocuğun yaşamının hemen her alanında görülen yetersizlikler sonucu çocukta özgüven azalması, mutsuzluk, başarısızlık ve bunlara bağlı olarak yaşam kalitesinde düşme, kişiler arası ve aile içi ilişkilerde bozulma ve ruhsal iyilik halinin olumsuz yönde etkilenmesi söz konusudur. Bu nedenle hastalığın çok boyutlu izlenmesinde klinik parametrelerin yanı sıra psikososyal boyutun giderek önem kazandığı, bu boyuttaki yeterlilik ve yetersizliklerin en iyi yaşam kalitesi ile açıklanabileceği bildirilmektedir (9, 10).

DEHB'de yaşam kalitesinin düştüğü çeşitli yayınlarda bildirilmiştir (11-16). Yaşam kalitesini etkileyen potansiyel prediktör olarak psikostimulan kullanım varlığı gösterilmiştir (15). Kronik bir bozukluk olan DEHB'nin yaşam kalitesi üzerine olan etkisinin ölçülmesi; bu bozukluğun psikososyal boyutunun değerlendirilmesini, prognozunun tanımlanmasını, DEHB'li çocuk-ergenin yaşadığı çevrenin, toplumsal müdahalelerin ve ulusal sağlık politikalarının yeniden gözden geçirilmesini kolaylaştırabilir (17-19).

Çocuk ve ergenlerde sosyal becerilerin gelişimi için temel algısal, bilişsel ve duygusal yapılar gerekmektedir. Sosyalleşme ve yüzleri, duyguları ve başkasının aklından geçenleri anlayabilme becerisi sosyal yeterliliğin gelişimine katkıda bulunan yüksek düzey sosyal becerilerden birkaçıdır. Ayrıca sosyal içeriğin

gerektirdiği davranışları göstermek için çocuğun sosyal becerilerini düzenleyebilmesi de gerekmektedir (20). DEHB tanısı alan çocuklar sosyal ipuçlarını anlamada sorun yaşarlar, sosyal durumları sıklıkla yanlış yorumlarlar ve uygunsuz yanıt verirler (21).

Tüm bu bulgular göz önünde bulundurularak, bu çalışma ile DEHB tanısı konulan çocuk ve ergenlerin yaşam kalitelerinde sağlıklı çocuk ve ergenlere göre farklılık olup olmadığını belirlemek, varsa bu farklılığı etkileyen etmenleri saptamak, DEHB tanısı konulan çocuk ve ergenlerin sosyal beceri düzeylerinde sağlıklı çocuk ve ergenlere göre farklılık olup olmadığını belirlemek, sosyal beceri düzeyinin yaşam kalitesine katkısını incelemek amaçlanmıştır. Hipotezimiz DEHB olan çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesi ve sosyal beceri düzeylerinin sağlıklı çocuk ve ergenlerden farklı olduğu ve sosyal beceri düzeyinin yaşam kalitesini etkileyen bir faktör olduğudur.

Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1. DEHB’li çocuk ve ergenlerin, sağlıklı yaşıtlarına göre yaşam kaliteleri farklı mıdır?
2. Farklılık varsa, DEHB’li çocuk ve ergenlerin yaşam kalitelerini etkileyen etmenler nelerdir?
3. DEHB tanısı konan çocuk ve ergenler ve sağlıklı yaşıtlarının sosyal beceri düzeyleri nasıldır ve arada farklılık var mıdır?
4. Sosyal beceri düzeyi, DEHB tanısı konulan çocuk ve ergenlerde yaşam kalitesi üzerinde etkili midir?

Bu çalışmada DEHB’li çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesi belirlenerek ailelere, eğitimcilere ve bu çocuklarla ilgilenen diğer bireylere yardımcı olabilecek verilere ulaşmak amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

2.1.1. Tanımı

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) dikkat eksikliği ve/veya hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinin benzer yaş ve gelişimsel düzeydeki bireylere kıyasla daha ağır, sürekli, şiddetli ya da sık yaşanması durumu olarak tanımlanmaktadır (1).

2.1.2. Tarihçesi ve Tanı Kriterleri

DEHB tıp literatüründe ilk kez 20. yüzyılın erken dönemlerinde Sir George Frederich Still tarafından kurallara uymada güçlük, aşırı hareketlilik, dürtüsellik, dikkatsizlik, duygusal küntlük, okul başarısızlığı, aşırı saldırganlık gibi belirtileri içeren “Ahlaki Kontrol Eksikliği” kavramıyla tanımlanmış ve DEHB’den birincil güçlüğü dikkat eksikliği ve dürtü kontrol kaybı olduğu belirtilen yazıda beyin hasarı ya da zeka geriliği gerekli olmadan ortaya çıkan bir sendrom ya da bozukluk olarak bahsedilmiştir (22).

Birinci Dünya Savaşı sonrasında influenza pandemisi ve sonrasında viral ensefalit geçiren kişilerin davranışlarında DEHB belirtilerinin görülmesi DEHB’ye ilgiyi arttırmıştır. İnflenza pandemisi sonrası bahsedilen dönemde, beyin hasarı ile eş anlamlı olmak üzere, algısal güçlükler ve davranış problemleri bütününe “Minimal Beyin Hasarı Sendromu” denilmeye başlanmış, zamanla vakaların çoğunda belirlenmiş bir beyin hasarı saptanamayan bu durumdan “Minimal Beyin Disfonksiyonu” olarak bahsedilmiştir (3).

DSM-I’de (Ruhsal Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) DEHB tanısı ve belirtilerinden bahsedilmezken DEHB alt tiplerinden olan DEHB-Hiperaktivite belirtilerinden ilk kez DSM-II’de bahsedilmiştir. DSM-II’de “Hiperkinetik Reaksiyon” olarak adlandırılan bozukluk, daha sonra halen ICD’de (Hastalıkların

Uluslararası Sınıflandırılması, International Classification of Diseases) kullanılan “Hiperkinetik Bozukluk” ismiyle adlandırılmıştır. DSM-III’te dikkat eksikliği belirtilerinin öneminin fark edilmesiyle birlikte “Dikkat Eksikliği Bozukluğu” terimi kullanılmış ve bozukluk, hiperaktivitesi olan ve olmayan şeklinde iki gruba ayrılmıştır. DSM-III-R’de “aşırı aktivite” terimi, bozukluğun ismine tekrar eklenerek bozukluk günümüzde kullanılan “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu” adını almıştır. DSM-IV’te ise isim korunmuş ancak belirti sayısı 14’ten 18’e çıkarılmış ve iki gruba bölünmüştür. DSM-IV’te DEHB, dikkatsizlik ve hiperaktivite/dürtüsellik olarak iki grup belirtiden oluşur. Bu grupların her birinde 9 belirti yer alır. DEHB tanısı için bu iki gruptan en az birinde en az 6 belirti bulunması gereklidir. Sadece dikkatsizlik belirtilerinden 6 ya da daha fazlasının bulunduğu, ancak hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinin 5 ya da daha az sayıda olduğu durumda tanı; dikkat eksikliğinin önde geldiği tip (DEHB-D); hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinden 6 ya da daha fazlasının bulunduğu, ancak dikkatsizlik belirtilerinin 5 ya da daha az sayıda olduğu durumda hiperaktivite/dürtüsellikğin önde geldiği tip (DEHB-H), her iki belirti grubundan da 6 ve daha fazla belirti varlığında ise tanı bileşik tip (DEHB-B) varlığından söz edilir. DEHB tanısı için bu belirtilerin en az 6 aydır mevcut olması, 7 yaşından önce de var olması, birden fazla ortamda görülmesi ve işlevsellikte belirgin bozulmaya neden olması gerekmektedir (1).

Mayıs 2013 tarihinde yayınlanan DSM-V’de, DEHB kriterlerinde bazı değişiklikler yapılmıştır. Yetişkinlerde de uygulanabilirliği artırmak için bazı öğeler eklendi. Aşırı hareketlilik ve dikkat eksikliği belirtilerinin 7 yaşından önce başlama kriteri 12 yaş olarak değiştirildi. DSM-IV’de Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) tanısı alanlarda DEHB’de eştanısı konulamazken DSM-V’te, DEHB ve OSB’nin eştanı olabileceği belirtildi. Yetişkinlerde klinik olarak belirgin bozukluk saptanırsa tanı için dikkat eksikliği veya hiperaktivite belirtilerinden en az 5 belirti görülebilmesi ile DEHB tanısı alabileceği belirtildi (Tablo A) (23).

Diğer bir sınıflama sistemi olan ICD-10’daysa Hiperkinetik Bozukluk olarak adlandırılmıştır ve Hiperkinetik Bozukluk tanısı alabilmesi için 5 yaşından önce belirtilerin başlaması, hemen her alanda dikkat süresi ve yoğunluğuna ilişkin sorunların bulunması ve aşırı motor hareketliliğin görülmesi belirtilmiştir. DSM’den farklı olarak, sıklıkla motor ve dil gelişiminde de gecikme olduğu ICD-10’da ifade

edilmiştir. ICD-10'da DSM-IV ölçütlerine göre Davranım Bozukluğu (DB) eştanısı alan durumdan hemen hemen aynı ölçütlere sahip Hiperkinetik Davranım Bozukluğu olarak bahsedilmiştir (24) .

ICD-10'da Hİperkinetik Bozukluk tanısı için üç boyutun (dikkatsizlik, aşırı hareketlilik, dürtüsellik) her birinden yeterli bir sayı olması şartı aranırken DSM-IV'te ise DEHB tanısı için var olan iki boyutun (dikkatsizlik ve hiperaktivite/dürtüsellik) sadece birinden en az sayının olması yeterlidir. Duygudurum, anksiyete ve gelişimsel bozukluklar gibi DSM-IV'te eş tanı alabilen durumlar ICD-10'da dışlama ölçütleridir. Bu iki tanılandırma sistemleri arasındaki farklardan dolayı sıklık çalışmalarında DSM-IV ile daha yüksek oranlarda DEHB tanısının konulabileceğini öngörmektedir (2).

Tablo A. DSM V'e Göre DEHB Tanı Kriterleri

A. Aşağıdakilerden (1) ve / ya da (2) bulunmaktadır.

(1) Aşağıdaki **dikkatsizlik** belirtilerinden altısı ya da daha fazlası en az 6 ay süreyle uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür:

Not: Belirtiler sadece karşı gelme davranışları, karşı olma, düşmanlık ya da görevleri/yönergeleri anlayamamadan kaynaklanmamaktadır. Geç ergenliktekiler ve erişkinler (17 yaş ve üstü) için en az beş belirti gereklidir.

Dikkatsizlik

(a) Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.

(b) Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı etkinliklerde dikkati dağınık.

(c) Doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür.

(d) Çoğu zaman yönergeleri izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek şeyleri ya da işyerindeki görevlerini tamamlayamaz (karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlayamamaya bağlı değildir).

(e) Çoğu zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker.

(f) Çoğu zaman sürekli mental çabayı gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir.

(g) Çoğu zaman üzerine aldığı görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örn. oyuncaklar, okul ödevleri, kalemler, kitaplar ya da araç-gereçler).

(h) Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağınık.

(i) Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkanlır.

(2) Aşağıdaki **hiperaktivite-impulsivite** semptomlarından altısı ya da daha fazlası en az 6 ay süreyle, uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür;

Not: Belirtiler sadece karşı gelme davranışları, karşı olma, düşmanlık ya da görevleri/yönergeleri anlayamamadan kaynaklanmamaktadır. Geç ergenliktekiler ve erişkinler (17 yaş ve üstü) için en az beş belirti gereklidir.

Hiperaktivite

(a) Çoğu zaman elleri ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.

(b) Çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.

(c) Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuşturup durur ya da tırmanır (ergenlerde ya da erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir).

(d) Çoğu zaman sakin bir biçimde, boş zamanları geçirme, etkinliklere katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.

(e) Çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi davranır.

(f) Çoğu zaman çok konuşur.

İmpulsivite (dürtüsellik)

(g) Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan önce cevabını yapıştırır.

(h) Çoğu zaman sırasını bekleme güçlüğü vardır.

(i) Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer (örn. Başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar).

B. Bozulmaya yol açmış olan dikkatsizlik ve hiperaktif-impulsif belirtilerin çoğu 12 yaşından önce de vardır.

C. İki ya da daha fazla ortamda belirtilerden kaynaklanan bir bozulma vardır (örn. okulda -ya da işte- ve evde).

D. Toplumsal, okuldaki ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan belirgin bir bozulma olduğunun açık kanıtları bulunmalıdır.

E. Bu belirtiler yalnızca şizofreni ya da psikozla giden başka bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir ruhsal bozuklukla (örn. Duygudurum Bozukluğu, Anksiyete Bozukluğu, Dissosiyatif Bozukluk ya da bir Kişilik Bozukluğu) daha iyi açıklanamaz.

Bileşik alt tip: Son 6 ay boyunca hem A1 hem A2 tanı ölçütü karşılanmıştır.

Dikkat eksikliğinin baskın olduğu alt tip: Son 6 ay boyunca A1 tanı ölçütü karşılanmış ancak A2 tanı ölçütü karşılanmamıştır

Hiperaktivite/ impulsivitenin baskın olduğu alt tip: Son 6 ay boyunca A2 Tanı ölçütü karşılanmış, ancak A2 tanı ölçütü karşılanmamıştır.

Varsa belirtiniz:

Tam olmayan yatışma gösteren: Önceden tüm tanı ölçütleri karşılanıyorken son altı ayda daha azı karşılanmakta ve belirtiler halen toplumsal, eğitsel ya da mesleki işlevsellikte bozulmaya yol açmaktadır.

Şiddet: Hafif/ Orta/ Ağır

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

2.1.3. Epidemiyolojisi

DEHB çocukluk çağının oldukça sık görülen nörogelişimsel bir bozukluğu olmasına karşın, bugüne kadar yapılmış araştırmalarda değişik yöntem ve tanı koyma ölçütleri kullanıldığı için yaygınlığı konusunda kesin bir görüş birliğine varılamamıştır (25). Çeşitli epidemiyolojik çalışmalarda DEHB prevalansı %1 ile %20 gibi geniş bir aralıkta değişen oranlarda bildirilmektedir (2, 26). Amerikan Psikiyatri Birliği verilerine göre okul çağı çocuklarında sıklık yaklaşık %3-7 arasında bildirilmektedir (1). Son yıllarda yapılan oldukça kapsamlı iki meta analiz çalışmasında DEHB' nin tüm dünyadaki ortalama prevalansının %5,29 ve %5,9-7,1 olduğu gösterilmiştir (2, 27). Çocuk ve ergenlerde tüm psikiyatrik bozukluklarının sıklığının araştırıldığı 27 ülkeden 41 çalışmanın dahil edildiği yeni bir meta analiz çalışmasında tüm dünyada ortalama psikiyatrik bozukluk sıklığı %13,4 olarak saptanmış, ortalama DEHB prevalansı % 3,4 olarak bulunmuştur (28).

DEHB sıklığı kızlara kıyasla erkeklerde daha yüksek oranda bildirilmiştir. Klinik örneklemeler ile toplumsal örneklemeler arasında erkek/kız oranları açısından önemli farklılıklar saptanmıştır. Toplumsal örneklemeli çalışmalarda erkek/kız oranı 2:1 civarındayken; klinik çalışmalarda bu oran 3-5:1 hatta 9:1 oranlarına ulaşabilmektedir. Kliniğe kızlar çoğunlukla dikkat problemleri, entelektüel zorluklar ve içselleştirici problemlerle yönlendirilirken, yıkıcı davranış problemleri ile daha az sıklıkla yönlendirilirler, Erkekler ise çoğunlukla yıkıcı davranış problemleri ve hiperaktivite nedeniyle kliniğe yönlendirilmektedir (3, 4).

Yapılan takip çalışmaları DEHB'nin yetişkinlik döneminde de devam ettiğini göstermiştir (29). DEHB belirtilerinde ve prevalansında ise yaşa bağlı azalma saptanmıştır. Belirtiler tanı alacak düzeyde olmadığında bile sıklıkla klinik olarak önemli bozukluklarla birlikte. Erişkin dönemde çocukluk çağında DEHB alan olguların %60'ı DEHB tanısı almaya devam etmektedir. Yapılan 8 yıllık bir izlem çalışmasında 10-13, 14-16 ve 17-20 yaş gruplarında DEHB yaygınlığını sırasıyla %12,8, %9 ve % 6 olarak bulunmuştur (30).

Yapılan araştırmaların çoğunda DEHB dikkat eksikliği baskın tipin diğer alt tiplere oranla daha sık görüldüğü; dikkat eksikliği baskın tipi sırasıyla DEHB birleşik tip ve DEHB hiperaktivite-impulsivite baskın tipin izlediği saptanmıştır. Erkeklerde

her üç alt tipin kızlara oranla daha sık görüldüğü belirlenmiştir. Kızlarda DEHB dikkat eksikliği baskın tip diğer alt tiplere oranla daha sık görülmektedir (31). DEHB epidemiyolojisi ile ilgili yapılan bir meta analiz çalışmasında; hiperaktivite-impulsivite baskın tip sıklığının okul öncesi dönem sonrasında azaldığı ancak dikkat eksikliği baskın tip sıklığının arttığı ve alt tipler arasında birbirine geçiş olabileceği bildirilmiştir (27).

DEHB ile sosyoekonomik sınıf arasındaki ilişki her ne kadar tam olarak açıklanamamış olsa da yüksek eğitim düzeyi olan ailelerin hastalık hakkındaki bilgi düzeylerinin ve tedaviye başvuru oranları daha yüksek olduğu bilinmektedir (32). Aile işlevselliğinin bozuk olması, ailede psikiyatrik hastalık varlığı, zayıf arkadaş ilişkileri, kendine güven duygusunun zayıf olması, düşük akademik başarı gibi faktörler DEHB sıklığı ve uzun dönemde ortaya çıkabilecek sorunlarla ilişkili bulunmuştur (32).

Ülkemizde DEHB epidemiyolojisi alanındaki araştırmaların son yirmi yıl içinde yapıldığı dikkat çekmektedir. Sivas ilinde 2004 yılında yapılan bir çalışma ülkemizde DEHB sıklığı hakkında bilgi vermektedir. Katılımcılarının 6-15 yaş arası okul çocuklarının olduğu DSM-IV'e dayalı ölçeklerin ebeveyn ya da öğretmen tarafından doldurulmasıyla tanı konulan bu çalışmada DEHB sıklığı % 8,1 olarak saptanmıştır (33). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise Aktepe ve ark. tarafından DEHB tanı sıklığı erkeklerde %15,8 kızlarda ise %5,2 olarak belirtilmiştir (34). Ercan ve ark. tarafından yapılmış başka bir araştırmada ise bozulma kriteri eklenmeden DEHB prevalansı %21,8, bozulma kriteri olarak öğretmen ve ebeveyn değerlendirmesi göz önüne alınırsa DEHB prevalansı %19,7 ve her iki ortamda da semptomlardan kaynaklanan bozulma saptanan olgular değerlendirildiğinde DEHB prevalansı %12,7 saptanmıştır (35).

2.1.4. Etyolojisi

DEHB nörobiyolojik bir bozukluktur. Tarihsel olarak bakıldığında ilk tanımlandığı yıllardan beri minimal beyin hasarı ve sonra beyin işlev bozukluğu bu nörobiyolojik temeli gündeme getirmiştir. Etyopatogeneizde genetik, nöroanatomik, nörofizyolojik, nörokimyasal ve çevresel faktörlerin rolü incelenmiştir (36).

2.1.4.1. Genetik

DEHB'nin poligenetik doğası hakkında yapılan çalışmalarda geniş bilgiler mevcut olup, elde edilen geniş çaplı bulgular ve bulguların değerlendirilmesi, yorumlanması ile pek çok genin DEHB ile etkileşiminin olduğuna değinilmekte ve DEHB'nin ailesel geçiş gösterdiği belirtilmektedir (37-40).

Yapılan aile çalışmaları sonucunda, DEHB'li bireylerin aile üyelerinde de DEHB prevalansının yüksek olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmalarda DEHB'li çocukların ebeveynlerinde DEHB için 2-8 kat, kardeşlerinde 3-5 kat risk artışı saptanmıştır (41). Monozigot ve dizigot ikizlerde DEHB konkordansının araştırıldığı bir çalışmada konkordans oranları sırasıyla %58 ve %31 saptanmıştır (42). Başka bir gözden geçirme çalışmasında ise DEHB'nin genetik geçiş oranının yaklaşık %76 olduğu belirtilmiştir (43). DEHB'li çocukları evlat edinen ebeveynlerde, DEHB'li çocukların biyolojik ebeveynlerine göre bozukluk daha az görülmektedir (44).

Aile, ikiz ve evlat edinme çalışmalarında yüksek genetik yatkınlık gözlemlendiği belitilse de, henüz DEHB'nin temelindeki moleküler mekanizmalar yeterince aydınlatılamamıştır. DEHB etyopatogenezinin genetik açıdan aydınlatılmasında 'davranışsal genetik çalışmaları' ve özellikle son yıllarda 'moleküler genetik çalışmaları' önemli katkılar sunmaktadır. Davranışsal genetik çalışmalarına göre DEHB'nin kalıtılabilirliği 0.80 civarındadır. Aday gen çalışmalarında ise birçok sayıda aday gen saptanmasına rağmen etki boyutları küçük bu genler, DEHB'deki fenotipik varyansın az bir kısmını açıklayabilmektedir. Bu sebepten ötürü, son yıllarda DEHB ile ilgili yatkınlık genlerinin araştırılmasında genom çapı bağlantı çalışmaları ve genom çapı ilişkilendirme çalışmalarının dahil olduğu çok sayıda moleküler genetik çalışması yayınlanmıştır (45).

Bobb ve arkadaşlarının 1991-2004 yılları arasında yapılan moleküler genetik çalışmalarını gözden geçirdiği çalışmalarında, DEHB'nin 4 genle anlamlı ilişkisi tespit edilmiştir: dopamin D4 ve D5 reseptörleri ve dopamin (DAT1) ve serotonin taşıyıcıları (46). Bunun yanı sıra, dopamin beta hidroksilaz geni (DBH), serotonin 1 B reseptörü (HTR1B) ve SNAP-25 genleri ile DEHB arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. DEHB ile en fazla ilişkilendirilen genin DAT1 geni olduğu belirtilmektedir (47).

Genom çapı ilişkilendirilme çalışmalarının değerlendirildiği iki meta analiz araştırmasından birinde herhangi bir tek nükleotid polimorfizmi (single nucleotide polymorphism, SNP) ile anlamlı ilişki saptanmazken, diğer meta analizde Cadherin 13 (CDH13) geni ile muğlak bir ilişki olduğu belirtilmiştir (48, 49). Ayrıca Laysk-Su ve ark.nın DEHB'yi kategorik olarak değilde semptomları kantitatif olarak sınıflandırdıkları çalışmada iki SNP – rs6565113 ve –rs552655 ile DEHB arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Tüm DEHB semptomları ile ilişkili olduğu gösterilen rs6565113 polimorfizmi, CDH13 geninin intron bölgesinde yer almaktadır (50).

2.1.4.2. Nörokimyasal Faktörler

DEHB nörobiyolojisinde beyin frontal bölgesinde dopaminerjik ve noradrenerjik sistemlerdeki anormalliklerin DEHB belirtilerinin oluşumunda payı olduğuna dair çalışmalarda veriler bulunmasına rağmen, bunların DEHB oluşuma neden olduğu kesin değildir (51). Bunlara ek olarak bazı çalışmalar, serotonerjik sistemin agresyon ile arasındaki bağlantı sebebiyle DEHB ile de bağlantılı olabileceğini vurgulamaktadır (36). DEHB'li bireylerin belirtilerinin dopamin (DA) ve noradrenalin (NA) agonistleriyle azalması ve özellikle dopamin olmak üzere katekolaminleri etkileyen gen polimorfizmlerinin DEHB ile ilişkili bulunması bu yöndeki destekleyici bulgularken, beyinde nörotransmitter sistemlerinin yaygınlığı ve birbirleri arasındaki karmaşık ilişkiler nedeniyle şu anda kesin bir bağlantı kurulamamaktadır (51).

2.1.4.3. Nöroanatomik Faktörler

Diğer nörogelişimsel bozukluklarda olduğu gibi DEHB'nin etyolojisini ortaya koyabilmek, nörobiyolojik alt yapı ile ilgili ipuçları elde edebilmek için bir çok çalışma yapılmıştır. Yapılan çalışmaların sonuçları birbirini tekrar eder tarzda DEHB'li bireylerin sağlıklı kontrollerden farklılaştığını göstermektedir. Ancak henüz beyin görüntüleme çalışmalarının sonuçları hangi beyin bölgesi ya da bölgelerinin işlev kaybının DEHB'ye spesifik olduğu hakkında net bir veri sunmamakla beraber güçlü kanıtlar öne sürmektedir (52).

Prefrontal korteksinde hasar olan hastalarda DEHB benzeri belirtiler görüldüğü gözlenmiştir, ayrıca prefrontal korteks ile ilgili olan yürütücü işlevlerde nöropsikolojik testlerle bozukluk gösterilmesi, prefrontal korteksteki yapısal anormalliklerle DEHB arasında bağlantı olabileceğini düşündürmektedir (3). Castellanos ve arkadaşlarının DEHB'li bireyler ile ilgili yaptığı çalışmalarda hem toplam beyin hacminin hem de frontal lob hacimlerinin de sağlıklı bireylere göre daha küçük olduğu belirtilmektedir (53). Bunun yanı sıra Castellanos ve arkadaşları, DEHB'lilerde dorsolateral prefrontal korteks, kaudat çekirdek, pallidum, korpus kallosum ve serebellumda anlamlı olarak küçük hacimlerin olduğunu yapısal beyin görüntüleme çalışmalarında saptamışlardır (54, 55). Bu hacim küçüklüğünün pubertede aynen devam ettiği ve olgunlaşmanın veya yaşlılarını yakalamanın söz konusu olmadığı da ifade edilmiştir. DEHB'lilerin kardeşlerini de kapsayan çalışmalar, bu grupta daha küçük bir beyine genetik yatkınlık olduğunu ve bundan serebellumun da etkilendiğini ortaya koymaktadır (56). Bazal gangliyanın hacim küçüklüğü DEHB'si olmayan aile bireylerinde de görülürken, serebellumda hacim azalmasının sadece DEHB'li bireylerde görülmesi, DEHB ile serebellum arasında anlamlı bir bağlantıyı akla getirmektedir (53).

İşlevsel beyin görüntüleme çalışmalarındaki bulgular da bu sonuçları desteklemektedir. Bush ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada prefrontal korteks, striatum ve serebellar kortekste azalmış kan akımı ve metabolik hız saptanmıştır (57). Diğer bir çalışmada da yeni DEHB tanısı alan ve metilfenidat tedavisi alan DEHB'li çocuklarda dorsolateral prefrontal korteks, kaudat ve talamusta artmış bölgesel kan akımı tespit edilmiştir (58).

Prefrontal korteksin DEHB' deki önemi pek çok çalışmada saptanmıştır. Bu bölüm beynin yaklaşık üçte biri büyüklüğündedir. Beynin merkezi idari kısmı olarak görev yapar. Beynin farklı işlemler, karar verme, hareketleri kontrol etme, hayati beden işlevlerini stabil tutabilme gibi görevler yapmaktadır (59).

Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme (fMRI) çalışmaları, DEHB beynin iki network bölgesi (frontal-amigdala-okspital ve frontal-temporal-okspital) arasındaki bağlantıda değişimden söz etmektedir. Bu bulgulara artık DEHB kavramının frontostriatal networkün ötesine geçilerek daha geniş bir şekilde ele alınması gerektiğin göstermektedir (60).

2.1.4.4. Nöropsikolojik Veriler

Uzun yıllardan beri DEHB'nin bilişsel değerlendirmeleri yapılarak, farklı biçimlerde açıklanmaya çalışılmıştır. Bazen DEHB'nin temelini 'dikkat eksikliği' olduğu, bazen 'inhibisyon bozukluğu' olduğu söylenmiş, bazen yavaş bilişsel yanıtları 'çalışan bellekte' te yetersizlikle açıklanmaya çalışılmış, bazende 'motivasyon bozukluğu' olarak ele alınmıştır. Son yıllarda daha çok gündeme gelen görüş ise DEHB'nin yürütücü işlev bozukluğu olduğudur. Yürütücü işlevler, aslında problemlere uygun çözümler bularak, gelecek hedeflere ilerleme becerileridir (36).

Yürütücü işlev bozukluğu kuramı konusunda bile, kuramcılar arasında görüş ayrılığı vardır. Örneğin Barkley, DEHB'de yürütücü işlev bozukluklarında temelin inhibisyon bozukluğunu savunurken, Brown tek başına inhibisyon bozukluğunun yeterli olmadığını ve bu durumun sadece dikkat eksikliği olan olguları açıklayamadığını bildirmiştir. Yürütücü işlevlerde bozukluk, her ne kadar klinik tablonun önemli bir kısmını açıklasa da yürütücü işlevleri değerlendiren testler aracılığı ile DEHB'yi diğer psikiyatrik bozukluklardan ayırmak zordur (36).

2.1.4.5. Nörofizyolojik Veriler

Elektroensefalogram (EEG) ile yapılan çalışmalarda DEHB'li bireylerde teta/beta dalga oranları açısından kontrol grubundan farklılıklar bulunmuştur fakat EEG çalışmaları sonucunda ortaya konan modeller DEHB'nin karmaşık klinik görünümünü açıklamakta yetersiz kalmaktadır (3, 61, 62).

2.1.4.6. Çevresel Risk Faktörleri

Genetik ile çevresel etkenler arasında karşılıklı bir ilişki vardır ve birbirlerinin ifade edilmesini etkileyebilirler. DEHB'li monozigot ikizlerle yapılan çalışmalarda konkordans oranları çevresel etkenlerin de etyolojide rolü olabileceğini düşündürmektedir. Doğum öncesi sigara maruziyeti ve annenin stres düzeyi, düşük doğum ağırlığı, kurşun ve ilişkili nörotoksinlere maruziyeti ve anne sütü alım sürelerinin az olması ile DEHB arasında ilişki saptanmıştır (63-66). Fakat Levitt

bunların sosyoekonomik çevrede olmanın ya da farklı nörogelişimsel bozuklukların etkisiyle de ilişkili olabileceğini belirtmiştir (67). Stevens ve arkadaşlarının yaptığı araştırmalarda bebeklik döneminde (0-2 yaş) ciddi fiziksel, bilişsel ve sosyal yoksunluk yaşayan çocukların aşırı aktivite ve dikkatsizlik belirtileri gösterdikleri bulunmuştur (68). Ayrıca okul öncesi dönemde ebeveylere eğitim alan çocuklarda DEHB belirtileri daha az saptanmıştır (69). Taylor ve arkadaşlarının aile tutumları ve DEHB ile yaptıkları araştırmada ikisi arasında doğrudan ilişkili bulunmazken uzunlamasına çalışmalarda davranım bozukluğu ve depresyon eş tanısı açısından aile tutumlarının önemli olduğu bildirilmiştir (70, 71).

Bu bulgular ışığında DEHB'nin muhtemelen çoklu genetik ve çevresel etkenlerin etkileşimi ile ortaya çıktığı sonucuna varılabilir.

2.1.5. Klinik Özellikler

DEHB'da görülen gelişimsel aksaklıkların 'dikkat eksikliği' ve 'hiperaktivite/dürtüsellik' şeklinde iki boyutta seyrettiği pek çok faktör analizi çalışması ile ortaya konulmuştur (36).

DEHB'li çocuklar dikkatlerini toplamakta zorluk yaşamaktadırlar. Dışarıdan gelen uyaranlarla dikkatin kolayca dağılması, düzenini sürdürmede zorlanma, eşya ve oyuncakları sık kaybetme, aldığı sorumluluk ve görevleri unutma gibi belirtiler ile dikkat problemlerine işaret ederler. Sırasını beklemede zorlanma, isteklerini erteleyememe, daha soru bitmeden yanıt verme, acelecilik, başkalarının sözlerini kesme gibi davranışlar ve bu davranışlar sonucu çocuğun işlevselliğinin olumsuz yönde etkilenmesi durumu, dürtüsellik sorunlarını düşündürmelidir. Hareketliliğin yaşlıtlarına göre belirgin olarak fazla olduğu, bu davranışların oyun, anaokulu, okul gibi günlük işlevlerde, arkadaş, aile ve/veya öğretmenler için sorun oluşturduğu, yani çocuğun işlevselliğini etkilediği durumlarda aşırı hareketlilikten söz edilebilir. Okul öncesi dönemde en zorluk çekilen ayırt edici tanı sorunu normal çocukların hareketliliği ile DEHB olanların ayırt edilmesidir. Gerçek DEHB olan çocukların bu yakınmaları süregündür. Bu çocuklar her zaman ve her yerde benzeri türde davranışlarda bulunurlar (3). Ergenlik döneminde yakınma olarak motor etkinliklerdeki artış yerine huzursuzluk hissi olabilmekte ve riskli davranışlar (araba,

motorsiklet kazaları vb) sergileyebilmektedirler. Daha ileri yaşlarda ve erişkinlikte ise dikkat eksikliği, planları tamamlayamama, bir etkinliği bitirmeden diğerine geçme ve değişken duygudurum gibi belirtiler görülmektedir (72).

2.1.6. Değerlendirme ve Tanı

DEHB klinik bir tanı olup tanıyı kesinleştirmeye yönelik herhangi bir laboratuvar ya da özgün bir tanı testi yoktur. Klinisyenin tanı araçları aile ve çocuk görüşmeleri, klinik gözlem, fizik ve nörolojik inceleme, davranış değerlendirme ölçekleri ile bilişsel testlerdir (72). Amerikan Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Uygulama Rehberi her çocukta psikiyatrik değerlendirmenin bir parçası olarak DEHB'nin taranması gerekliliğini vurgulamaktadır (73).

Değerlendirmede anne-babalar, öğretmenler ve diğer özel kişilerden ölçekler yardımı ile bilgi toplanır. Achenbach tarafından geliştirilen 'Child Behavior Check List (CBCL)' anne-baba ve öğretmen formları (74) , Conners anne-baba ve öğretmen formları (75, 76), Pelham ve arkadaşlarının 'Disruptive Behavior Disorder Scale' (77), Turgay ve arkadaşlarının 'Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği' (78) tanı ve komorbid tanıyı koymada yardımcı araçlardır. Adı geçen ölçeklerden CBCL (79), Conners (80, 81), Turgay ölçekleri (82) Türkçeye çevrilmiş, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır.

DEHB tanısı temel olarak DSM ve ICD tanı kriterlerine göre konulur. DEHB'nin tanısını koymak için en yaygın olarak kullanılmakta olan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı- Beşinci Basım (DSM-V) tanı ölçütleridir. DSM-V'e göre, dikkatsizlik, aşırı hareketlilik-dürtüsellik ya da her ikisiyle ilgili birçok belirti belirlenerek tanı konmaktadır (Tablo A).

Tanı için çocuk, ebeveyn ve öğretmenden alınan bilgiler güvenilir olamayabilir. Reiff ve arkadaşları doğru bir tanıya ulaşmak için şu basamakları önermişlerdir;

1. Ebeveyn ve bakım veren diğer kişilerle ayrıntılı görüşme ile belirtilere yönelik öykü ve gelişimsel, tıbbi, sosyal, ailevi, akademik ve psikiyatrik öykünün alınması,

2. Çocuğun gelişim düzeyine uygun görüşme ile belirti ve bulguların, özellikle kaygı, depresyon, intihar düşünceleri, varsanılar ya da uygunsuz düşüncelerin belirlenmesi,
3. Genel tıbbi durumun değerlendirilmesi,
4. Bilişsel değerlendirme,
5. Geniş ve dar kapsamlı DEHB'ye yönelik ebeveyn ve öğretmen değerlendirmeleri,
6. Gerekli görülen bazı olgularda ayrıca konuşma ve dil, ince va kaba motor işlevlerin değerlendirilmesi gibi yardımcı değerlendirmelerin yapılmasını önermişlerdir (83).

2.1.7. Ayırıcı Tanı

Klinik değerlendirmeler sonucunda DEHB düşünüldüğünde, DEHB'nin ayırıcı tanısında işitme ve görme sorunları gibi duyuşal problemler, epilepsi, tiroid işlev bozuklukları, frontal lob patolojileri, öğrenme bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları gibi bozukluklar başta olmak üzere psikiyatrik olan ve olmayan birçok problem göz önünde bulundurulmalıdır. Hechtman, gelişimsel döneme uygun hareketlilik, çevre, okul ve aile ilgili sorunların da göz önünde bulundurulması gerektiğini belirtmiştir (84). DEHB ile karışabilecek klinik ve psikiyatrik durumlar Tablo B'de özetlenmiştir.

Tablo B. DEHB İle Karışabilecek Klinik Ve Psikiyatrik Durumlar (72, 84)

Tıbbi Hastalıklar	Psikiyatrik Hastalıklar
• Görme ve işitme bozuklukları • Epilepsi (özellikle absans epilepsi) • Tiroid işlev bozuklukları • Frontal lob patolojileri (kafa travması sekeli vs) • Kötü beslenme • Kurşun, çinko gibi toksinler	• Öğrenme Bozuklukları • Zihinsel Gerilik • Uyum Bozukluğu • Anksiyete Bozuklukları • Depresif Bozukluklar • Bipolar Bozukluk • Otizm Spektrum Bozuklukları
İlaç kullanımı • Sempatometikler • Steroidler • Teofilin • Antihistaminikler • Fenobarbital	

2.1.8. Eş Hastalanım

DEHB psikiyatrik bozukluklarla yüksek oranda birliktelik gösteren bir bozukluktur. Jensen ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada birliktelik durumlarının sıklığı ve çeşitlerini göz önünde bulundurduğundan dolayı ‘DEHB-agresif alt tipi’ ve ‘DEHB-anksiyöz alt tipi’ olmak üzere iki farklı DEHB alt sınıfı oluşturma önerisinde bulunulmuştur (85). DEHB ile en sık görülen eştanılar; karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB), davranım bozukluğu (DB), anksiyete bozuklukları, gelişimsel koordinasyon bozukluğu, depresyon, tik bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk, öğrenme bozukluklarıdır (Tablo C). DEHB tanısı konan olgularda otizm spektrum bozuklukları (OSB) ve tik bozuklukları gibi diğer nörogelişimsel bozuklukların da görülme sıklığı artmaktadır (51).

Eş tanısı olan DEHB’li çocukların işlevsellikleri eş tanısı olmayan DEHB’li çocuklara oranla olumsuz yönde etkilemektedir (86). Kadesjö ve Gilberg’in normal toplum örnekleminde yaptığı bir izlem çalışmasında tanı ölçütlerini karşılayan DEHB’li çocukların %87’sinde eştanı görülmüştür, ayrıca eşik altı DEHB belirtileri olan çocuklarda da eş tanı eşik altı belirtileri de olmayan çocuklardan daha fazla saptanmıştır (87). Ergenlik çağındaki DEHB’ye eşlik eden tanıların etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, eştanıların akademik problemleri çoğalttığı, ruh sağlığına yönelik tedavi alma ihtimalini arttırdığı ve eş tanısı olanların özkıyım girişiminde bulunma ihtimalinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (88).

Tablo C. DEHB’ye Eşlik Eden Psikopatolojiler (84)

-
- Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
 - Davranım Bozukluğu
 - Depresyon ve Mani
 - Anksiyete Bozuklukları
 - Tik Bozuklukları
 - Madde Kullanım Bozukluğu
 - Psikoz
 - Özgül Öğrenme Bozuklukları
 - Gelişimsel Koordinasyon Bozukluğu
 - Otizm Spektrum Bozuklukları
-

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

2.1.9. Tedavi Yaklaşımları

DEHB tedavisi, DEHB'nin nasıl bir bozukluk olduğunun ve nasıl seyir gösterebileceğinin çocuk ve ebeveynlerine açıklanması ile başlar. DEHB belirtileri üzerinde farklı etkileri olan etkinliği kanıtlanmış çeşitli tedavi yöntemler mevcuttur.

2.1.9.1. İlaç Tedavileri

DEHB tedavisinde en etkili ilaç grubu stimülan ilaçlardır. Çocuk ve erişkin DEHB'li bireylerde stimülanlarla plaseboya göre belirgin derecede klinik düzelme olduğu bulunmuştur (89).

Stimülan grubu ilaçlardan DEHB tedavisi için Amerikan Gıda ve İlaç İdaresi onay alan iki grup amfetamin tuzları ve metilfenidat (MPH)'tır. Amfetamin tuzları olan dekstroamfetamin ve metamfetamin etkilerini DA geri alımını engelleyerek ve sinaptozomlardaki DA'nın sinaptik aralığa salınımını artırarak gösterir. MPH ise sinapsa DA ve NA geri alımını engelleyerek sinaptik aralıkta bu nörotransmitterlerin miktarını artırır (90).

Stimülan ilaçlardan ülkemizde sadece MPH içeren preparatlar bulunmaktadır. Ülkemizde kısa süreli formu 'Ritalin ve Medikinet' ticari ismiyle, uzun etki süreli olan osmotik salınımlı formu 'Concerta' ismiyle, diğer bir uzun etki süreli olan formu 'Medikinet retard' ismiyle piyasada bulunmaktadır. Kullanım dozları, genelde günde 2-3 doz olarak kullanılan kısa etki süreli olan formu için 0,3-1,5 mg/kg/gün, günde tek doz olarak kullanılan uzun etki süreli formu içinse 0,4-1,8 mg/kg/gün'dür (3). Pelham ve arkadaşlarının iki formun etkisinin karşılaştırıldığı bir çalışmalarında iki formun etkisi de plaseboya üstün belirtilmiş olmakla beraber iki MPH formu arasında anlamlı bir etki farkı gözlenmemiştir (91).

Yapılan çalışmalarda, stimülanların sık görülen yan etkileri uykusuzluk, iştah azalması, baş ağrısı, kilo kaybı, tansiyon ve nabızda hafif yükselme olarak belirtilmiştir. Daha nadir olarak emosyonel labilite, irritabilite ve tikler görülebilir. Ani ölüm, epileptik nöbetler, karaciğer yetmezliği gibi durumlar çok nadir görülmekte olup ilaçla ilişkili olup olmadığı konusunda kesin bir sonuca varılamamıştır (51).

DEHB tedavisinde stimulan dışı ilaç seçeneklerinin başında seçici NA gerialım inhibitörü olan atomoksetin gelmektedir. Frontal kortekste DA, NA taşıyıcıları aracılığı ile nörona taşındığı için NA gerialım inhibitörleri bu bölgede sinaptik aralıktaki DA miktarını artırarak etki gösterir (90). Kullanım dozları 0,5-1,8 mg/kg/gün'dür. Randomize kontrollü çalışmalarda plaseboya üstün bulunmuştur (92). Ülkemizde yapılan bir çalışmada kullanımı sırasında sık görülen yan etkiler arasında iştahsızlık, sedasyon, bulantı-kusma, terleme, uykusuzluk, çarpıntı ve nabız ve kan basıncında artış sayılabilir (93).

DEHB tedavisinde daha nadir olarak da alfa-2 agonistler (klonidin, guanfasin), trisiklik antidepresanlar (imipramin, desipramin), atipik antipsikotikler, modafinil ve bupropion kullanılmaktadır.

2.1.9.2. Bütünleyici Yaklaşımlar

İlaç dışındaki tedavi seçeneklerinin başında davranış tedavileri, ebeveyn eğitimi ve okula yönelik düzenlemeler gelmektedir. Ebeveyn eğitiminin, özellikle okul öncesi dönemde DEHB belirtilerini anlamlı olarak azalttığı belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda daha büyük yaşlarda yapılan davranış tedavisinin DEHB belirtilerine etkisi üzerine anlamlı bir sonuç elde edilememiştir.

Tedavi modalitesinin DEHB'li bireylerde uzun dönemli etkisini araştıran MTA (Multimodal Treatment Study of Children with ADHD) çalışmasında dört grubun sonuçlarının değerlendirilmesiyle birlikte ilaç alan gruplar tedavi süresince sadece davranış tedavisi alan gruptan anlamlı olarak üstün bulunmuştur. İlaç tedavisi alan DEHB'li bireylerde ise davranış tedavisi eklenmesinin ebeveyn doyumunu artırdığı, içselleştirici belirtilerde iyileşmeye yol açtığı, öğretmen tarafından bildirilen sosyal becerilerin gelişmesine, okuma becerisini kazanmaya ve eşlik eden tanılarının belirtilerin idaresine yardımcı olduğu bildirilmiştir. Uzun dönemli takiplerde ise başlangıçta verilen tedavi modaliteleri arasındaki fark kaybolmuştur (94, 95).

Ebeveyn eğitimi ve okula yönelik girişimlerle ilgili bilgiler Tablo D ve Tablo E'de özetlenmiştir (96).

Tablo D. Ebeveyn Eğitimi

• DEHB ve davranış sorunlarının tanıtılması ve meydana gelme nedenleri konusunda bilgi verilmesi • Özel zaman uygulaması • Çocuğun olumlu davranışlarına ilgi gösterme ve uyumun artırılması • Etkili yönerge verme • Çocuğun çevresine sorun çıkarmadan kendi kendisini oyalamasının sağlanması • Puan sistemi uygulaması • Ceza zamanı uygulaması • Genel olarak uygulamanın gözden geçirilmesi

Tablo E. Okula Yönelik Müdahaleler

• Çocuğun dikkat, hareketlilik, dürtüsellik, söz dinlememe, davranış bozuklukları konusunda aileyi ve okul rehberliğini bilgilendirmek. • Ailenin konuyu ihmal etmesine ve sorunların kronik hale gelmesine izin vermemek. Gerekirse okul yönetiminden ve rehberlik bölümünden bu konuda yardım istemek. • Çocuğun psikiyatrik durumu için çocuk psikiyatristlerinin gereksinim duyduğu gözlem ve değerlendirmeleri olabildiğince objektif olarak yapmak. • Çocuğun tedavisi sırasında iyileşme düzeyini değerlendirmek. • Çocuğun ilaç almayı unutmaması için; varsa okul sağlık görevlisi, yoksa rehberlik bölümü veya okul yönetiminden yardım almak. • DEHB olan bir çocuğa sınıf arkadaşlarının önünde etiketleyici isimler kullanmamak. • DEHB olan bir çocuğun sık sık uyarılmak zorunda kalınması durumunda işaretleşme şifresi bulup onu sürekli uyarmak yerine bu şifreyi kullanmak. • Sorunlar ortaya çıkmadan önlem almak. • DEHB olan bir çocuğun sınıf içinde etiketlenme, alay edilme, dışlanma, suçlanma gibi davranışlarla karşılaşmaması için gereken duyarlılık ve çabayı göstermek. • DEHB olan bir çocukta asla erken vazgeçmemek.

2.1.10. Gidiş ve Sonlanım

İzleme çalışmaları dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların %70-85'inde bozukluğun ergenlikte, %5-66'sında ise yetişkinlik döneminde de sürdüğünü göstermektedir. Olguların % 90'ında akademik başarısızlık gözlemlenebileceği, %30-40'ının eğitimlerini yarıda bıraktıkları bildirilmektedir. Genç erişkinlik dönemine geldiklerinde akademik başarıları, yıllık gelirleri,

yükseköğrenime girebilme ve bitirebilme oranları da kontrollere göre daha düşük saptanmıştır. Daha sık iş değiştirdikleri, daha çok işten atıldıkları, sürücülük becerilerinin daha düşük olduğu ve daha fazla kaza yaptıkları bildirilmektedir. Kontrollere oranla daha erken cinsel etkinliğin başladığı, daha sık ve daha fazla eş değiştirdikleri belirtilmektedir (72).

2.2. Yaşam Kalitesi Kavramı

“Yaşam kalitesi” bireyin içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi içinde kendi durumunu algılayış biçimi olarak tanımlanmakta, bireyin yaşamdan ve kişisel iyilik hali denilen durumdan sağladığı doyumun bir bütünü olarak ifade edilmektedir. Yaşam kalitesi konusu, ruhsal sağlık durumlarının çoğunda geçerli olduğu gibi, yineleyen ya da uzun süren sağlık sorunları açısından da önemlidir. Bu kavram, ilaç ekonomisi ile ilgili yayınlarda da dikkati çekmektedir. Dolayısıyla yaşam kalitesi konusu genel sağlık ve iyilik halinin operasyonel bir ölçümü olarak ele alınabilir (97).

Sağlık kavramı Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından ‘yalnız hastalık veya sakatlık durumunun olmaması hali değil, ayrıca fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali’ olarak; yaşam kalitesi kavramı ‘hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, bireylerin yaşadıkları kültür ve değerler bütünü içinde durumlarını nasıl algıladıkları’ olarak tanımlanmıştır (98). Yaşam kalitesi kavramını değerlendirebilmek amacıyla WHO tarafından 1980’li yıllarda 15 merkez ile yapılan ortak çalışma sonucunda WHOQOL-100 yaşam kalitesi ölçeği geliştirilmiştir (99).

2.2.1. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Kavramı

Yaşam kalitesinin hastalıklarca etkilenen yönünü içeren ve çok boyutlu bir terim olarak kullanılan Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (SİYK) ise bir hastalığın ve tedavisinin yarattığı etkilerin hasta tarafından algılanışı olarak tanımlanmaktadır (100). Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesini ölçen bazı ölçekler belirtileri ya da klinik durumu sorgularken, bazıları kişinin işlevsel becerisini, psikososyal iyilik halini, sosyal destek durumunu ve yaşamdan memnuniyetini değerlendirmektedir. Bu

değerlendirmeler yeni sağlık politikalarının planlanması, bireye uygun girişimlerin seçilmesi, yatış süresi ve tedavi maliyetinin düşürülmesi, hasta ve hasta yakınlarının üretkenliğinin artırılıp iş gücüne kazandırılması gibi farklı amaçlarla kullanılabilmektedir (100).

‘Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (Health-Related Quality of Life-HRQOL)’ kavramı hastalık durumu ve belirtileri, fiziksel durum, psikolojik ve sosyal durum olmak üzere dört ana kavram üzerine odaklanır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini değerlendirmek için geliştirilen ölçekler iki gruptur;

2.2.1.1. Genel Ölçekler

Bu ölçekler ile yaşam kalitesinin birçok boyutu incelendiğinden, sağlık durumunun değişik yönleri ve ayırt edici özellikleri saptanabilmektedir. Genel kapsamlı olduklarından girişimler arası karşılaştırmaların yapılabileceği buna karşın sonuçların küçük değişikliklere ve hastalığa özgül alanlara duyarlılığın düşük olabildiği belirtilmiştir. Erişkinlerde kullanılan genel ölçekler olarak Short Form General Health Survey (SF-36 MOS), Sickness Impact Profile (SIP), Nottingham Health Profile (NHP) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-100) Türkçeye kazandırılan ölçeklerdendir (100).

2.2.1.2. Özel Ölçekler

Hastalığa, popülasyona, fonksiyona ya da duruma özgü olup, özel bir soruna odaklandıklarından soru yükünü azaltırlar. Klinik açıdan genel ölçeklerden daha hassastırlar, küçük değişiklikler daha kolay saptanabilir. Buna karşılık başka popülasyonlarda ve hastalık gruplarında yapılmış çalışmalar ile karşılaştırılmaz. Bunlardan Türkçeye uyarlananlar Diabetes Quality of Life (DQOL), Arthritis Impact Measurement Scale (AIMS), Kidney Disease Questionnaire (KDQ) örnek verilebilir (100).

2.2.2. Çocuklarda Yaşam Kalitesi

Kronik sağlık problemleri yaşayan çocuk ve ergenlerin tanımlanmasında ve değerlendirmesinde artan farkındalık, çocuk ve ergenlerin yaşam kalitelerinin ölçülmesine yönelik araştırmaları beraberinde getirmiştir (101). Çocuklarda SİYK ile ilgili çalışmalar 1980'li yıllarda yayınlanmaya başlamış, ilk değerlendirmeler basit düzeylerde yapılmış olmasına rağmen genel ve hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçeklerinin gelişimine öncülük etmeleri açısından önemli oldukları belirtilmiştir (102).

2.2.3. Çocuklarda Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Özellikleri

Çocuklarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi erişkinlerden farklıdır. Çocukların gelişim dönemleri ile ilgili olan bu farklılıkların bilinmesi bu ölçekleri kullanan araştırmacılar açısından önem taşımaktadır. Yaşam kalitesinin fiziksel işlevsellik alanında çocuklarda yemek yiyebilme, kendi başına tualete gidebilme, banyo yapabilme, ufak gündelik işleri yerine getirebilme ve oyun oynama gibi aktiviteler değerlendirilmektedir.

Bir diğer alanı olan sosyal işlevsellik değerlendirilirken arkadaşları ile görüşme, onlarla oyun oynama, okula uyum düzeyi önemli bir yer tutmaktadır. Duygusal ve bilişsel işlevsellik, beden imgesi, özerklik, aile içi ilişkiler, gelecekte beklenenler gibi alanlarda çocuk ve ergen yaş grubunun kendi yaş grubu içinde farklı ele alınması gerektiği belirtilmektedir (103).

Çocukların yaşam kalitesi değerlendirmelerinin ebeveynlerin mi yoksa kendilerinin mi yapması gerektiği sorusu halen tartışılmalı da çocukların yaşam kalitelerini olabildiğince kendilerinin değerlendirmesi gerektiği düşüncesi öne çıkmaktadır (103). Anne-babaların ve çocukların paralel olarak doldurabilecekleri ölçekler bu tartışmaya en uygun çözüm gibi gözükmemektedir, ancak bu ölçekler az sayıdadır ve anne-baba ve çocuk formları sonuçlarının her zaman birbiri ile çok uyumlu olması beklenmemektedir (104). Bu duruma çocukların hastalıklarını algılamaları ya da tedavi etkinliğini değerlendirmelerinin ebeveynlerinden farklı olması yol açıyor olabilir. Paralel formlarda anne-baba ve çocuklar arasında fiziksel

işlevsellik değerlendirmesinde yüksek bir uyumun olduğu, ancak sosyal ve duygusal işlevsellik alanında daha düşük bir uyumun olduğu görülmüştür (105).

Anne-babaların çocuğun yaşadığı belirtileri, akran ilişkilerini ya da gelecekle ilgili endişelerini tam olarak bilememeleri, formları doldururken diğer çocuklarından ya da tanıdıkları çocuklardan etkilenmeleri, kendi beklenti ve umutlarından, o andaki stres ya da ruhsal durumlarından etkilenme olasılıklarının olması anne-baba formlarının zayıf yönleri olarak belirtilmektedir. Çocuk ve ergenlerin ölçek sorularını yanıtlamayacak kadar hasta ya da küçük oldukları durumlarda ya da soruları yanıtlamak istemediklerinde ise yaşam kalitesini değerlendirebilmek için anne-baba formlarının kullanımı önerilmektedir. Ayrıca anne-baba formlarının öğretmenler, akrabalar ya da diğer yakın kişilerce de doldurabilmesinin olumlu bir özellik olduğu belirtilmektedir (104, 106).

Anne-baba ve çocuk formları eş zamanlı olarak değerlendirildiğinde, genellikle çocukların anne-babalarından farklı olarak hastalığın sebebi ve tedavisi ile ilgilenmediği, hastalıklarına daha iyimser baktıkları saptanmıştır. Çocuklar için arkadaşlarının olması, koşup oynayabilmeleri, sahip olmaları gereken temel yeti ve becerilerinden daha ön plana çıkarken, çocuğun bilişsel gelişim düzeyinin ölçekleri doldurma yetilerini etkilediği belirtilmektedir (106).

Yapılmış olan farklı çalışmalar sonucunda ağrı ve depresyon gibi içsel sorunlarda anne-baba ve çocuklar arasındaki uyumun az olduğu, hareketlilik, yürüme gibi başkaları tarafından kolayca gözlenebilen dışsal sorunların değerlendirilmesinde ise uyumun daha fazla olduğu gösterilmiştir (107).

Çocuğun yaşam kalitesini en doğru biçimde anlayabilmek için en iyi çözümün, her bir formu bakış açısı farklılıkları olabileceğini bilerek değerlendirmek olduğu belirtilmiştir (104, 105).

2.2.3.1 Çocuklarda Genel Yaşam Kalitesini Değerlendiren Ölçekler

Çocuklarda kullanılan genel yaşam kalitesi ölçekleri olarak; Functional Status II-R Scale (FSII-R), Child Health and Illness Profile (CHIP), Nordic Quality of Life Questionnaire for Children, Child Quality of Life Questionnaire, German Quality of Life Questionnaire (KINDL), Child Health Questionnaire (CHQ), Infant Quality of

Life (QUALIN), Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL 4.0TM), Exeter Health Related Quality of Life (EHRQOL) ölçekleri sayılabilir (108). Bunlardan KINDL, CHQ ve PedsQL 4.0TM ölçeklerinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır (106).

2.2.3.2. Çocuklarda Özel Yaşam Kalitesini Değerlendiren Ölçekler

Hastalığa, popülasyonu, fonksiyona ya da duruma özgü ölçeklerdir. Bunlara örnek olarak Childhood Asthma Questionnaires (CAQ), Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLQ), About My Asthma (AMA), Pediatric Cancer Quality of Life Inventory (POQOL), Quality of Life Epilepsy (QOLIE-AD-48), Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI), Diabetes Quality of Life Youths (DQOL-Y), Juvenile Arthritis Quality of Life Questionnaire ölçekleri verilebilir. Bunlardan Türkçeye PAQLO ölçeği uyarlanmıştır (105). Bir de Türkçe geliştirilen Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Yaşam Kalitesi Ölçeği (DE/HB-YKÖ) vardır (10, 106).

2.2.4. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ)

Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (Pediatric Quality of Life Inventory; PedsQL), 2-18 yaşları arasındaki çocuk ve ergenlerin sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini ölçebilmek için Varni ve arkadaşları tarafından yaklaşık 15 yıllık çalışma sonucu 1999 yılında geliştirilmiş bir yaşam kalitesi ölçeğidir (109). Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımladığı sağlıklılık halinin özellikleri olan fiziksel sağlık, duygusal işlevsellik ve sosyal işlevsellik alanlarını sorgulamakta, bunun yanında okul işlevselliği de sorgulanmaktadır. Ölçeğin güvenilirliğini değerlendirmede iç tutarlık çalışması yapılmış, Cronbach alfa katsayısı 0.93 bulunmuş, geçerlilik değerlendirmesi için yapı geçerliğine ve klinik geçerliğine bakılmıştır (108). Bir genel yaşam kalitesi ölçeği olup, okul ve hastane gibi geniş popülasyonlarda, hem sağlıklı hem de hastalığı olan çocuk ve ergenlerde kullanılabilecek, 23 maddeden oluşmaktadır. Maddeler 0-100 arasında puanlanmaktadır. ÇİYKÖ'nin kısa olması, yaklaşık 5-10 dakikalık bir sürede doldurulabiliyor olması, araştırmacı tarafından

uygulanmasının ve puanlamasının kolay olması en önemli özelliklerindendir (108). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması; 2-7 yaş grupları için olan formları Üneri (110) tarafından, 8-18 yaş grupları için olan formları Çakın Memik (111, 112) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin kolay uygulanabilirliği, farklı yaş grupları ve anne-baba için ayrı formlarının olması olumlu özellikleridir. Ölçeğin 5-7 yaş çocuk formunun geçerliğinin düşük olması bu yaş grubunda kullanımını kısıtlayabilir.

Dolgun ve arkadaşları tarafından geliştirilen DE/HB-YKÖ hastalığa özel bir yaşam kalitesi ölçeğidir. DE/HB-YKÖ, Türk dilinde geliştirilmiş olması, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun görülme oranının yüksekliği dikkate alındığında özel önem taşımaktadır (10).

2.3. DEHB ve Yaşam Kalitesi

2.3.1. DEHB'nin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

DEHB'nin çekirdek semptomlarından (dikkatsizlik, hiperaktivite ve impulsivite) kaynaklanan temel güçlükler çocukların ve ailelerinin yaşamlarının bazı yönlerini etkilemektedir. DEHB ile gelişimsel, bilişsel, sosyal ve akademik yetersizlik arasında geniş yelpazede bir ilişki olduğu uzun zamandan beri bilinmektedir (113). DEHB olan çocuk ve ergenler DEHB olmayan akranlarına göre sosyal ilişkilerde özellikle bir ilişki kurma açısından daha çok güçlük yaşarlar (114). Ayrıca DEHB'nin yetişkinlerde madde kullanımı, araç kullanma, boşanma, kayıp okul yılları, işsizlik, eksik istihdam, düşük benlik saygısı ve diğer bozukluklar üzerine spesifik ve zarar verici etkisi olduğu bulunmuştur (115). Bu nedenle DEHB gibi yaşamın hemen hemen her yönünde güçlüklerle sebep olan ve kronik seyir gösteren bozukluklarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi özellikle önemlidir. Yaşam kalitesinin sağlıkla ilgili belirleyiciler arasında daha belirgin hale gelmesi nedeniyle DEHB ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi anlamaya çalışan çalışmalar ivme kazanmıştır.

DEHB olan çocuk ve yetişkinlerde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi genel yaşam kalitesi ölçeklerinin kullanımı ile mümkün olmuştur. DEHB'de yaşam kalitesinin azaldığı çeşitli yayınlarda gösterilmiştir. Danckaerts ve ark tarafından

yapılan bir derlemede çocuklarda DEHB’de yaşam kalitesinin değerlendirilen 36 çalışmanın 29’unda yaşam kalitesinin genel yaşam kalitesi ölçeği ile değerlendirildiği belirtilmiştir (115). Bu çalışmaların bazılarında DEHB olan bireyler sağlıklı kontroller ile karşılaştırıldığında psikososyal alan üzerine olan etkinin yanı sıra yaşam kalitesinin bütün alanlarında önemli azalmalara sebep olduğuna dikkat çekilmiştir (14, 109, 116-118).

Varni ve arkadaşlarının yaptığı 72 DEHB, 66 kanser, 57 serebral palsy ve 3256 sağlıklı 5-16 yaş arası çocuk ve ergenin dahil edildiği, genel yaşam kalitesi ölçeği olan ÇİYKÖ’nin kullanıldığı bir çalışmada ÇİYKÖ’nin yaşam kalitesini değerlendirmede yüksek güvenilirliği olduğu gösterilmiştir (109).

2005 yılında yayınlanan Escobar ve arkadaşlarının yaptıkları 6-12 yaş arası 124 DEHB, 93 astım ve 120 sağlıklı çocuğun dahil edildiği bir çalışmada Child Health Questionnaire ölçeği yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılmıştır. Bu çalışmada DEHB grubunun astım grubu ile karşılaştırıldığında azalmış psikososyal fonksiyon gösterdiği, sağlıklı grupla karşılaştırıldığında ise hem psikososyal hem de fiziksel fonksiyonlarda azalma görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır (119).

2010 yılında Üneri ve arkadaşlarının 8-12 yaş arası DEHB ve sağlıklı bireylerde yaptıkları bir çalışmada DEHB grubunda ÇİYKÖ’nin ebeveyn formlarının tüm alt skorlarında ve çocuk formlarının total puan ve psikososyal sağlık alt puan skorlarının sağlıklı kontrollerden belirgin olarak daha düşük olduğu bulunmuştur (117).

Kandemir ve arkadaşlarının 2014 yılında yayınlanan bir çalışmada 7-16 yaş arasındaki 76 DEHB ve 59 sağlıklı birey ÇİYKÖ kullanılarak değerlendirilmiştir. DEHB hastalarında ÇİYKÖ-çocuk formunun psikososyal alt skorları ve total skorların kontrol grubundan anlamlı derecede düşük olduğu belirtilmiştir (118).

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde ebeveyn bildirimleri ile çocuk bildirimleri arasında anlamlı düzeyde farklılıklar olabilir. 1998-2008 yılları arasında yapılmış 36 yaşam kalitesi çalışmasının dahil edildiği bir derlemede ebeveynlerin yaşam kalitesi parametrelerini çocuklarından daha düşük skorladıkları sonucuna varılmıştır (120).

Landgraf ve arkadaşlarının 2002 yılında DEHB alt tiplerinin yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirdikleri bir çalışmada DEHB birleşik tipi olan çocukların DEHB- dikkatsizlik alt tipi olanlardan emosyonel- sosyal iyilik hali ve evdeki işlevsellik alanlarının ikisinde daha düşük yaşam kalitesine sahip oldukları bulunmuştur (17).

2007 yılında yayınlanan bir çalışmada, Yang ve arkadaşları metilfenidat tedavisi alan DEHB'li çocukların yaşam kalitesini, sağlıklı yaşlıları ile karşılaştırmışlardır. Tayvan popülasyonuna ait yaşları 6-15 arasında değişen 119 DEHB'li ve 129 sağlıklı çocuğa "Child Health Questionnaire Parent Form-50 (CHQ-PF-50)" ve "Health-related quality of life (HRQL)" ölçeklerini uygulamışlardır. Metilfenidat tedavisi alan grupta hem HRQL ölçeğinin tüm psikososyal alt skorlarında hem de CHQ-PF-50 ölçeğinin psikososyal toplam ölçek puanında anlamlı düşüklük saptamışlardır. Ayrıca tedavi ile psikososyal işlevsellikte yükselmenin gerçekleştiğini de bulmuşlardır. Bu etki yaş, tanı aldığı yaş, ilaca başlama yaşından bağımsız iken, komorbidite ile bağımlı bulunmuştur. HRQL ölçeğini DEHB tedavisi altındaki çocukların takiplerinde kullanılabilir şekilde önermişlerdir (16).

Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeğini hazırlayan araştırmacı olan Varni, 2006 yılında yayınlanan bir çalışmada, kronik bir bozukluk olan DEHB'de yaşam kalitesinin değerlendirilmesinin önemine vurgu yapmıştır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin DEHB'li çocuklarda yerel, bölgesel, ulusal düzeyde değerlendirilmesinin ve sonuçlarına göre müdahalelerin yapılmasının gerekliliğine işaret etmiştir. Bu amaçla 5-16 yaş grubu toplam 72 DEHB'li çocuğun ÇİYKÖ sonuçları analiz edilmiş ve kronik bozukluğa sahip grup ve sağlıklı yaşlıları ile karşılaştırılmıştır. DEHB'li çocukların psikososyal işlevselliğindeki bozulmanın yeni tanı konmuş kanserli çocuklar ve serebral palsili çocuklarla karşılaştırılabilir düzeylerde olduğu, sağlıklı çocuklardan anlamlı düzeylerde düşük bulunduğu bildirilmiştir. Sonuç olarak DEHB'nin kronik diğer hastalıklar kadar çocukların yaşam kalitesini etkilediğine vurgu yapılmıştır (19).

Bastiaansen ve arkadaşlarının 2004 yılında yayınlanan bir çalışmalarında, çocukluk çağı psikiyatrik bozukluklarının yaşam kaliteleri ile arasındaki ilişki araştırılmıştır. Psikiyatrik yakınmalarla başvuran yaşları 6-18 arasında değişen

toplam 310 çocuk, anne babası ve öğretmenlerinden bilgiler alınmış, yaşam kalitesinin öznel ve nesnel göstergeleri rapor edilmiştir. DEHB ve yıkıcı davranım bozuklukları, anksiyete bozuklukları, yaygın gelişimsel bozukluk, duygudurum bozuklukları, diğer bozukluklar ve bozukluğu bulunmayanlar şeklinde altı sınıf tanımlanmıştır. Yaygın gelişimsel bozukluk sınıfındaki çocukların yaşam kaliteleri dışında diğerlerinin birbirlerinden farklı sonuçları olmadığı saptanmıştır. Her tanı grubundaki çocuklar için yaşam kalitesindeki farklı alt başlıkların öne çıktığı göze çarpmıştır, DEHB’li ve yıkıcı davranım bozukluğu bulunan çocuklarda okul ve sosyal işlevsellik; Anksiyete ve duygudurum bozuklukları olan çocuklarda duygusal işlevsellik, yaygın gelişimsel bozukluğu bulunan çocuklarda sosyal işlevsellik daha bozulmuş olarak bulunmuştur. Yaşam kalitesi değerlendirmesinin çocuğun hangi boyutlarda desteğe ihtiyacı olabileceğine ilişkin ipuçları vermesi açısından klinisyenlere yardımcı olabileceğine vurgu yapılmıştır (18).

Klassen ve arkadaşlarının 2004 yılında yayınlanan başka bir çalışmalarında, DEHB’nin tedavisi ile semptomlarda azalma, işlevsellikte artma, kendilik algısında ve yakın ilişkilerinde iyilik-halinde artma gibi değişen parametreler araştırılmıştır. Çalışma ‘semptomlardaki azalmanın yalnızca davranış değerlendirme ölçekleri ya da anne-baba ve öğretmenlerin doldurdukları ölçeklerle takip edilmesi yeterli değildir, yaşam kalitesi ölçekleri bu noktada daha aydınlatıcı olabilir, DEHB’li çocukların anne-babalarının geri bildirimini çocuklarındakinden daha olumsuzdur’ hipotezleri üzerine kurulmuştur. Çalışmaya yaş ortalaması 10 yaş, %80.9’u erkek olan, %68.7’sinde komorbid bozukluk bulunan toplam 131 DEHB’li çocuk alınmış; hem çocuk hem anne-babalarına 50 maddeden oluşan CHQ ile HRQL ölçeği uygulanmıştır. DEHB’li çocukların 51’inde öğrenme bozukluğu, 45’inde KOKGB ve/veya DB, 27’sinde bir başka komorbid durum varlığı, 23’ünde birden fazla komorbid durum varlığı bildirilmiştir. Sonuç olarak DEHB’li çocukların anne babalarının geri bildirimleri ölçek alt puanlarının hepsinde çocuklarındakinden düşük bulunmuştur. İki ve daha fazla komorbid bozukluğa sahip DEHB’li çocukların tüm psikososyal sağlık puanları, anne-babaların bildirdikleri DEHB semptomları ile körele bulunmuştur. Fizik sağlığın prediktörleri olarak cinsiyet ve komorbid durumlar saptanmıştır. DEHB’li çocukların anne-babalarının duygusal-davranışsal rollerde, davranış, iyilik hali ve benlik saygısı parametrelerinde çocuklarını daha

kötü bildirdikleri saptanmıştır. DEHB’li çocukların anne-babanın da duygusal değerlendirmeleri üzerine olumsuz etki ediyor olabileceğine, bu konuda aile içi aktivitelerin artırılması ve aile içi uyumun artırılmasına yönelik müdahalelerin sonuçları olumlu etkileyebileceğine vurgu yapılmıştır (14).

Landgraf ve arkadaşları, 2002 yılında yayınlanan bir çalışmalarında, DEHB’li çocukların yaşam kalitesini değerlendirmek için, anne-babanın doldurduğu ve çocuğun her günlük iyilik halinin değerlendirildiği bir anketin psikometrik değerlendirmesini yapmayı amaçlamışlardır. Bu çalışmada, %74’ü erkek, %86’sı bir yıldan uzundur DEHB tanısı ile takip edilen, %89’u ilaç kullanan 81 çocuğun anne-babasından ‘DEHB Impact Modül (ADHD Impact Module, HealthAct, Boston, Mass)’ adı verilen anketi doldurmaları istenmiştir. Bu anket çocuğun duygusal-sosyal-iyi olma halinin hastalıktan ne kadar etkilendiğini ölçen; 8 maddeli çocuk alt-başlığı ve 10 maddeli aile alt başlığından oluşan, anne-babaların doldurmasına yönelik geliştirilmiştir. Ankette elde edilen yüksek skor yüksek yaşam kalitesi anlamında kabul edilmiştir. Sonuç olarak DEHB dikkatsizliğin önde geldiği tip ve DEHB bileşik tipin her ikisinde de hem çocuk, hem ebeveyn alt-ölçek puanlarında anlamlı derecede düşüklük saptanmıştır. Yazarlar bu anketinin psikometrik standartları güçlü bir şekilde karşıladığına, mevcut bulguların anketin kullanılabilirliğini gösterdiğine işaret etmişlerdir (17).

Sawyer ve arkadaşları, 2002 yılında yayınlanan bir çalışmalarında, yaşları 6-17 arasında değişen ve DEHB, major depresif bozukluk ya da davranım bozukluğu bulunan 3 ayrı gruba ve herhangi bir bozukluğu bulunmayan çocuklara HRQL ölçeği uygulamışlardır. Yaş, cinsiyet, aile yapısı ve ruhsal bozukluk değişkenleri kontrol edilerek yapılan karşılaştırmalar sonucunda, herhangi bir ruhsal bozukluğu bulunmayan çocuklara göre 3 gruba ait çocukların ölçek puanları düşük bulunmuştur. Adı geçen üç bozukluktan birine sahip çocukların anne-babaları, herhangi bir ruhsal bozukluğu bulunmayan çocukların anne-babalarından daha olumsuz geri bildirimde bulunmuşlardır. Sonuç olarak ruhsal bozukluğa sahip çocuk ve ergenleri yaşamın herhangi bir alanında yardıma ve desteğe ihtiyaç duymaktadır. Buna yönelik müdahaleler çocukların yaşam kalitesini artırabilecektir sonucuna vurgu yapılmıştır (11).

DeVaugh-Geiss ve arkadaşları, 2002 yılında yayınlanan bir çalışmalarında, bir NA ve DA geri alım inhibitörü olan GW320659 adlı kimyasal ilacın, yaş ortalaması 9.1 yaş olan, DEHB'li çocukların tedavisi amacıyla kullanımını araştırmışlardır. Çok merkezli yapılan ve 11 hafta süren çalışmada ilacın etkinliğini 'Clinical Global Impressions of Improvement (CGI) ölçek skorunun 1 ya da 2 olması ve Conners Anne-baba ya da Öğretmen ölçeğinin en az birinde 5 ya da 6 fazla maddenin düzelmiş olması' şeklinde tayin etmişlerdir. Sonuç olarak benlik saygısı da dahil olmak üzere yaşamlarının bir çok kesitinde sorun yaşayan DEHB'li çocuklarda ilacın faydalı olabileceği kanaati bildirilmiştir (12).

DEHB'de spesifik yaşam kalitesi ölçeğinin kullanıldığı erişkin ve çocuklarda yapılmış birçok çalışma bulunmaktadır. Broad ve arkadaşlarının 2006 yılında sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği olan 'adult-adhd Quality of Life' kullanarak yaptıkları bir çalışmada DEHB grubunun sağlıklı kontrol grubundan daha düşük yaşam kalitesine sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır (121). Üniversite öğrencilerinin dahil edildiği bir çalışmada DEHB olan grup, DEHB olmayan grupla karşılaştırıldığında daha düşük yaşam kalitesi bildirmişlerdir (122). 136 kız ve 658 erkek hastanın dahil edildiği başka bir çalışmada DEHB olan bireylerin daha düşük yaşam kalitesi olduğu analiz edilmiştir (123).

Sonuç olarak çalışmalar DEHB'nin sağlıklı bireylere göre yaşam kalitesinde anlamlı olarak düşüklüğe sebep olmasının yanı sıra çocuk ve yetişkinlerde akademik başarıdan sosyal ve iş alanına kadar günlük yaşamın birçok yönünde işlevsellikte bozulmayla ilişkili olduğunu desteklemektedir.

Kronik bir bozukluk olan DEHB'nin yaşam kalitesi üzerine olan etkisinin ölçülmesi; bu bozukluktaki farklılıkların değerlendirilmesi, yaklaşımlar sonrasındaki hastalığın prognozunun tanımlanması, yaşadığı çevre, toplum ve ulusal sağlık politikalarının yeniden gözden geçirilmesini kolaylaştırabilir (17, 18).

2.3.2. DEHB Semptomları ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

2.3.2.1. Semptom Şiddeti

Çocuk ve erişkin DEHB hastaları ile yapılmış birçok çalışmada DEHB semptom şiddeti ile yaşam kalitesi arasında negatif korelasyon olduğu gösterilmiştir.

DSM-IV tanı kriterleri kullanılarak belirlenen 369 DEHB tanısı alan üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada Satisfaction With Life Scale (SWLS) ölçeği skorlarının diğer tüm ölçümlerle negatif korelasyonunun olduğu tespit edilmiştir. Kızlar arasında zayıf emosyonel kontrol yaşam memnuniyetsizliğinin en iyi yordayıcısı iken erkekler arasında zayıf sosyal işlevsellik olduğu belirtilmiştir (124). Benzer olarak Broad ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptıkları bir çalışmada erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu kendi bildirim ölçeği (ASRS) skorları ile yaşam kalitesi skorları arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir (121). 2010 ve 2012 yılında Wehmeier ve arkadaşlarının yaptıkları iki çalışmada DEHB değerlendirme skalası ile genel yaşam kalitesi ölçeği olan Child Health and Illness Profile (CHIP)-çocuk formu skorları arasında negatif korelasyon olduğu belirtilmiştir (114, 123). ADORE (ADHD Observational Research in Europe) adlı bir başka çalışmada 10 avrupa ülkesinden 6-18 yaş arası 1500 DEHB'li çocuk ve ergenin ebeveynleri tarafından CHIP-ebeveyn formu doldurulmuş, yapılan değerlendirmeler sonucu yüksek DEHB skorlarının düşük yaşam kalitesi skorlarının prediktörü olduğu bulunmuştur (125). YK'nin CHQ-PF-50 kullanılarak değerlendirildiği çalışmalarda DEHB ve yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş, hiperaktivite ve dikkatsizlik semptomlarının her ikisinde psikososyal sağlık alt skorları ile güçlü ilişkisinin olduğu belirtilmiştir (14, 126).

Tüm bu sonuçlar göz önünde bulundurulduğunda yaşıdan bağımsız olarak DEHB semptom şiddeti ile yaşam kalitesi arasında negatif ilişki olduğu söylenebilir.

2.3.2.2. İşlevsellikte Bozulma

Yaşam kalitesi ve işlevsellikte bozulmayı değerlendirmenin birbirine benzeyen ve farklı yönleri vardır. İşlevsellik genel olarak klinisyen tarafından

değerlendirilirken, yaşam kalitesi hasta ve ebeveyni tarafından yürütülmektedir. Yetişkinlerde öz bildirim ölçekleri ile yapılan çalışmalarda DEHB'nun mezun olamama ve işsizlik ile korelasyon gösterdiği ayrıca DEHB'li bireylerin daha fazla ilişki sorunları yaşadıkları bulunmuştur (127). Brod ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptıkları bir çalışmada 65 yaş üstü 24 DEHB'li hastanın hastalık yükü ve yaşam kalitesi değerlendirilmiş ve genç DEHB'li yetişkinlerle karşılaştırılmıştır. Yaşlı DEHB'li yetişkinlerin genç DEHB'li yetişkinlere göre üretkenlikte daha büyük bir bozulma ve daha iyi bir yaşam görünümü gösterdikleri tespit edilmiştir. Ayrıca katılımcıların %63'ü yaşamları boyunca finansal zorluklar, akademik başarısızlık, düşük iş performansı ve sosyal izolasyon gibi çeşitli problemler yaşadıklarını raporlamıştır (128). 3400 üniversite öğrencisinin dahil edildiği bir başka çalışmada yüksek DEHB skorlarının düşük emosyonel labilite, düşük akademik başarı ve sosyal beceri ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (129). Bir başka çalışmada yaşam memnuniyetinin en önemli prediktörünün kızlarda zayıf emosyonel kontrol olmakla birlikte genel olarak sosyal işlevsellik olduğu, DEHB semptomları ve ilişkili problemlerin düşük yaşam memnuniyeti ile ilişkili olduğu bulunmuştur (130).

2.3.2.3. DEHB'de Sosyal Beceri

Bireyin, yönergelere uyma, izin isteme, paylaşma, sırasını bekleme, özür dileme, selamlaşma, yardım etme, onun diğer bireylerle sağlıklı bir iletişim kurmasını ve çevresine daha kolay uyum sağlamasına yardımcı olan yetenekler sosyal beceriler olarak tanımlanır. Goldstein ve arkadaşları sosyal becerileri altı kategori altında sınıflamışlardır. Bu kategoriler aşağıdaki belirtilmiştir;

1. Başlangıç sosyal becerileri: Dinleme, konuşma başlatma, konuşma, soru sorma, teşekkür etme, kendini tanıtmak, başka kişileri tanıtmak, kompliman yapma.

2. İleri sosyal beceriler: Yardım isteme, katılma, yönerge verme, yönergeye uyma, özür dileme, başkalarını ikna etme.

3. Duygularla başa çıkma becerileri: Duygularını bilme, duygularını ifade etme, başkalarının duygularını anlama, öfkeyle başa çıkma, sevgiyi ifade etme, korkuyla başa çıkma, kendini ödüllendirme.

4. Saldırganlığa alternatifler becerisi: İzin isteme, bir şeyleri paylaşma, başkalarına yardım etme, uzlaşma, kendini kontrol, haklarını savunma, çatışmadan kaçınma, dövüşmekten uzak durma

5. Stresle başa çıkma becerileri: Şikayet etme, şikayete cevap verme, oyun sonrası sportmenlik, sıkılganlıkla başa çıkma, terk edilmekle başa çıkma, bir arkadaşı savunma, ikna edilmeye karşılık verme, başarısızlığa tepki verme, grup baskısıyla başa çıkma.

6. Planlama becerileri: Bir şey yapmaya karar verme, sorunun nedenine karar verme, bir hedef belirleme, yeteneklerine karar verme, bilgi toplama, problemleri önemine göre düzenleme, bir karar verme, bir konu üzerinde yoğunlaşma (131).

Sosyal becerilerde yetersiz olan çocuklar, yaşamları boyunca kişiler arası ilişkilerde, akademik çalışmalarında, duygusal davranışsal alanlarda ve mesleki yaşamlarında çeşitli problemlerle karşılaşmaktadırlar. Bu problemlerin ortadan kaldırılması için çocukların sosyal beceri düzeylerinin artırılıp, toplumla bütünleştirilmelerinin sağlanması gerekmektedir ve bu amaçla sosyal beceri eğitimleri önem kazanmaktadır (131).

Gözlemsel çalışmalar DEHB'li çocukların sağlıklı çocuklardan daha fazla diğer çocuklarda iletişim kurmak istediğini, daha çok sosyal müdahalede bulunduklarını göstermektedir (132-137). DEHB'li çocuklarda diğer kişilerle iletişim kurma isteğinde azalma olmadığı fakat diğer insanların davranışlarına ayak uydurmakta zorlandıkları belirtilmiştir. DEHB olan çocukların yeterli sosyal davranışlarla ilgili bilgiye sahip oldukları ancak bunu gerçek hayatta uygulamakta zorlandıkları görülmektedir (138).

Sosyal işlevsellik, bilişsel ve sosyal yeteneklere dayanan ve bireysel özellikler ile çevresel etmenlerden etkilenen bir kavramdır (139). Belirli bir ortamda ve tanımlanmış bir sosyal etkileşim içerisinde sosyal ihtiyaçları karşılamak ve sosyal hedeflere ulaşmak birçok kaynağın kullanılmasını gerektirir. Sosyal becerilerin gelişimi için temel duygusal/algısal, bilişsel ve duygusal yapılar gerekmektedir. Sosyalleşme ve yüzleri, duyguları ve başkasının aklından geçenleri anlayabilme becerisi sosyal yeterliliğin gelişimine katkıda bulunan yüksek düzey sosyal becerilerden birkaçıdır. Ayrıca sosyal içeriğin gerektirdiği davranışları göstermek

için çocuğun sosyal becerilerini düzenleyebilmesi de gerekmektedir (20). Sosyal cevaplılık (social reciprocity) sosyal işlevselliğin bir parçasıdır ve karşılıklı ilişkileri başlatma, sürdürme ve sosyal duruma uygun tepki verebilme olarak tanımlanmaktadır.

DEHB bilişsel, akademik, aile içi ve iş alanlarında işlevsellik kaybına neden olmaktadır (140). DEHB’de bozulan diğer bir alan da sosyal işlevselliştir. Sosyal işlevsellikteki bozulma çoğunlukla yaşlıları tarafından reddedilme ve diğer çocuklarla ve erişkinlerle çatışmaya girme şeklinde görülmektedir. Ayrıca sosyal işlevsellikte bozulma DEHB’nin hem uzun hem de kısa dönem olumsuz gidişatı açısından önemlidir (141). Bazı çocuklarda sosyal yetersizliğe neden olan davranışlar DEHB’nin dikkatsizlik, hiperaktivite ve impulsivite gibi tanımlanmış belirtilerinin doğrudan sonuçlarıdır. Hatta ‘çoğu zaman başkasının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer’ gibi DSM-V’te mevcut olan bazı DEHB ölçütleri yetersiz sosyal davranışları doğrudan vurgulamaktadır. DEHB tanısı alan çocuklar sosyal ipuçlarını anlamada sorun yaşarlar, sosyal durumları sıklıkla yanlış yorumlarlar ve uygunsuz yanıt verirler. Bu çocuklar sıklıkla diğer insanların ihtiyaçlarına duyarız, patronluk taslayan ve rahatsız edici kişiler olarak tanımlanırlar (21).

DEHB’li bireylerde sosyal yetersizlikler küçük yaşlardan itibaren kendini göstermektedir. Örneğin; oyun çağı çocuklarının empati geliştirmesi için oynadıkları evcilik, öğretmencilik gibi senaryolu oyunlar DEHB’li çocuklar tarafından sevilmemektedir. İlerleyen çocukluk yıllarında diğer çocuklarla oynanan kurallı oyunlara dikkatsizlikleri ve dürtüsellikleri sebebiyle katılmalarında ve oyunu sürdürmelerinde problem vardır. Bu yaşlardan itibaren yaşlılarından daha farklı sosyal etkileşim paterni göstermektedirler ve bu ileriki yaşamda da bu bireylerin sosyal iletişim ve etkileşimde zorluklar yaşamasına yol açmaktadır. Dolayısıyla DEHB’lilerdeki sosyal beceri eksikliği kısmen OSB ile binişiklik göstermektedir. Bu iki bozuklukta görülen sosyal yetersizlikler açısından önemli fark OSB’lilerin çoğunlukla sosyal ilişkide bulunmayı istememeleri, umursamamaları ve kaçınmaları, ancak DEHB’lilerin sosyal etkileşimde olmaya hevesli olmalarına rağmen yürütücü işlev bozuklukları sebebiyle bunu yürütmekte güçlük çekmeleridir (36).

Sosyal bozulmanın diğer önemli göstergeleri davranım sorunları ve karşı gelme davranışlarının yer aldığı DB ve KOKGB’dur. Bu bozuklukların her ikisi de

hem klinik hem toplum örneklemelerinde DEHB ile sıklıkla birliktelik göstermektedir (142). DB, DEHB tanısı konulan ve tedavi altına alınmayan çocukların çoğunda görülen suça yönelik davranışların devamı niteliğindedir ve ergenlik döneminde sıklığı artmaktadır (143). KOKGB ya da DB tanısı konulan durumlarda DEHB'ye daha ağır sosyal yetersizlikler eşlik etmektedir (144). DEHB ve eşlik eden KOKGB ve/veya DB tanısı konulan çocuklar sadece DEHB tanısı konulan çocuklara kıyasla anne-baba ve öğretmenleriyle daha fazla çatışmalar ve arkadaşlarıyla daha fazla sorun yaşarlar (145, 146).

DEHB'lilerde sosyal etkileşimi incelemeye yönelik yapılan bir çalışmada DEHB tanılı çocuklar ile normal kontroller 'Gözlerden Akıl Okuma Testi (Reading Mind in the Eyes Test/RMET)' ve 'Sosyal Cevaplılık Skalası (Social Reciprocity Scale/SRS) ile değerlendirilmiştir. DEHB'li grubun RMET'de düşük puan aldığı ve SRS'de anlamlı düzeyde normal kontrollerden farklı olduğu belirtilmiştir. Bu sonuç DEHB'lerin yüzlerdeki emosyon yorumlamada düşük becerilerinin olduğunu ve dikkat problemlerinin karşılıklı sosyal etkileşimde yetersizliğe yol açtığını vurgulamıştır (147).

35 DEHB ve 14 kontrol grubunun olduğu çalışmada, DEHB grubuna on iki seans sosyal beceri eğitimi verilmiştir. Eğitim sonucunda öğretmen ve ebeveyn sosyal becerileri değerlendirme ölçeklerinde düzelme saptanmıştır. Çalışmada DEHB için en iyi tedavi yönteminin sosyal beceri eğitimi, ebeveyn eğitimi ve stimulan ilaçların kombinasyonu olduğu belirtilmiştir (148).

DEHB semptomları, yürütücü işlevler ve sosyal bozulma arasında ilişki olduğu bu zamana kadar yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (149-151). Bu ilişkide rol alan faktörlerin değerlendirildiği az sayıda çalışma vardır ve bu çalışmalarında kısıtlılıkları mevcuttur. Literatürde Barkley'in önerdiği tüm yürütücü işlevleri değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır (138). Bunford ve arkadaşlarının 2014 yılında 64 DEHB'li çocukla yaptıkları çalışmada DEHB semptomlarının yürütücü işlev bozukluklarının sosyal bozulma üzerine olan etkisine aracılık ettiği sonucuna ulaşmıştır. İnhibisyon ve sosyal bozulma arasındaki ilişkiye hiperaktivite impulsivite semptomlarının, işlem belleği ve sosyal bozulma arasındaki ilişkiye dikkatsizlik semptomlarının aracılık ettiği belirtilmiştir (152).

Sosyal bilişin duygu tanıma, zihin kuramı, sosyal bilgi, atıf tarzı ve sosyal algılama gibi birden çok alanı vardır. DEHB’de bu alanların her birinde eksiklikler olabilir. DEHB hastalarında sosyal bilişin değerlendirildiği 2015 yılında yayınlanan bir meta analizde DEHB hastaları sağlıklı kontroller ve OSB’li hastalar ile karşılaştırılmıştır. DEHB ile sağlıklı kontrollerin karşılaştırıldığı 44, DEHB ile OSB li hastaların karşılaştırıldığı 17 çalışma analiz edilmiştir. Yüz ve ses duyusu tanıma ve zihin kuramının DEHB’de önemli ölçüde bozulduğu bulunmuştur. Sosyal bilişteki eksikliklerin özellikle zihin kuramının, OSB’de DEHB ile karşılaştırıldığında daha belirgin olduğu, genel bilişsel bozukluğun DEHB’de sosyal bilişsel eksikliğe katkıda bulunduğu, DEHB olan bireylerin sosyal bilişsel performansının OSB ile sağlıklı kontroller arasında yer aldığı belirtilmiştir. Bununla birlikte, sosyal bilişin gelişimsel paternlerinin muhtemelen DEHB ve OSB arasında farklılık gösterdiği, DEHB’deki sosyal bilişsel eksikliğin çoğu bireyde yaşla birlikte geliştiği belirtilmiştir (153).

Goulardins ve arkadaşlarının 2015 yılında yayınlanan bir çalışmasında DEHB semptomları ile motor beceriler ve sosyal problemler arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. 9-12 yas arasındaki 129 çocuk ile yapılan araştırmada öğretmen bildirimlerinde motor becerilerin, ebeveyn bildirimlerinde ise dikkatsizliğin sosyal problemlerin en iyi yordayıcısı olduğu belirtilmiştir (154).

Dikkat eksikliği, hiperaktivite/impusivite, karşı gelme davranışlarının akademik beceriler üzerine olan etkisinde toplumsal kabul ve sosyal becerilerin koruyucu etkisinin değerlendirildiği 2016 yılında yayınlanan dıvorsky ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 91 DEHB’li ergen değerlendirilmiş, dikkatsizlik ve toplumsal kabul görmenin akademik becerileri etkilediği belirtilmiştir. Sosyal kabulün varlığının, dikkatsizlik derecesinin yüksek olduğu ergenler için özellikle önemli olduğu vurgulanmıştır. Bu bulguların sosyal kabulün DEHB olan ergenlerde akademik sonuçları iyileştirmek için önemli bir müdahale hedefi olabileceği belirtilmiştir (155).

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma DEHB tanısı konulan çocuk ve ergenler ile sağlıklı çocuk ve ergenlerin yaşam kaliteleri ve sosyal beceri yeterlilikleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığını, DEHB tanısı konulan çocuk ve ergenlerde yaşam kalitesi ve sosyal beceri yeterliliği arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçlayan tanımlayıcı nitelikte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Evreni

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk- Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine 01.10.2015- 18.12.2015 tarihleri arasında başvuruda bulunmuş olan toplam 1009 (334 kız, 675 erkek) çocuk ve ergen, anne-babaları ve öğretmenlerinden oluşmaktadır.

3.3. Örneklem Büyüklüğü ve Yöntemi

Araştırma örneklemini 01.10.2015- 18.12.2015 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğe ilk kez başvuran, klinik görüşme ve psikometrik incelemeler sonucunda DSM-V tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı konulan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 6-18 yaş arasındaki 64 çocuk ve ergen, anne-babaları ve öğretmenlerinden oluşmaktadır.

Kontrol grubu ise araştırma grubu ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş, bedensel ve ruhsal kronik hastalığı bulunmayan, çalışmaya katılmayı kabul etmiş 59 çocuk ve ergen, anne-babaları ve öğretmenlerinden oluşmaktadır.

3.3.1. Araştırma Grubuna Dahil Edilme Ölçütleri

1. 01.10.2015-18.12.2015 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğe ilk kez başvurmuş ve çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak
2. Psikometrik incelemeler ve klinik görüşme sonucunda DSM-V tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı konmuş olmak
3. 6-18 yaş aralığında olmak

3.3.2. Kontrol Grubuna Dahil Edilme Ölçütleri

1. Bedensel ve ruhsal kronik hastalığı olmamak
2. 6-18 yaş aralığında olmak
3. Çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak

3.3.3. Çalışmaya Dahil Edilmeme Ölçütleri

1. Psikotik belirtili depresyonu, psikotik bozukluğu, otizm spektrum bozukluğu ya da mental retardasyonu olmak veya kronik fiziksel hastalığı (epilepsi, astım, diabet, kronik böbrek yetmezliği vb.) olmak.
2. Çalışmaya katılmayı kabul etmemiş olmak.
3. Ebeveynin okuryazar olmaması

3.4. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada çocuk-ergen ve ebeveynlere ait sosyodemografik bilgileri elde etmek amacıyla Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne ait Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu kullanılmıştır. Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği anne-baba ve öğretmenlerine uygulanmıştır. Çocuk ve ergenlerin yaşam kalitelerini değerlendirmek için ÇİYKÖ'nin 5-7, 8-12, 13-18 yaş gruplarına ait çocuk ve anne-baba formları uygulanmıştır. Sekiz yaşından küçük

çocukların yaşam kalitesi ölçeklerini cevaplandırmaları sırasında kendilerine eşlik edilmiş, maddeler bire bir anlatılmıştır. Sekiz yaş ve üzeri çocuk-ergenlerin ölçekleri cevaplandırmaları sırasında onlardan bir yardım isteği geldiğinde kendilerine eşlik edilmiştir. Major depresif bozukluk belirtilerini değerlendirmek amacıyla Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği, anksiyete bozukluklarını değerlendirmek amacıyla Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği çocuk ve ergenlere uygulanmıştır. Çocuk ve ergenlerde sosyal becerilerin değerlendirilmesi amacıyla anne-babalara Sosyal Cevaplılık Ölçeği uygulanmıştır. Örneklemen zeka düzeyi Weshler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği (WISC-R) testi ile değerlendirilmiştir.

3.4.1. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne ait bu form, çalışmayı yürüten doktor tarafından doldurulur. Anne babaya ve varsa kardeşlere ait yaş, eğitim, tıbbi ve ruhsal sağlık durumu verileri, ebeveynlerin madde kullanımı gibi bilgiler kaydedilir. Ayrıca ayrılık, boşanma ve ebeveyn kaybı gibi verileri, ailenin aylık gelir düzeyi, yapısal özelliği (çekirdek/geniş aile), çocuğa ait odanın varlığı gibi verileri; annenin hamilelik ve doğum öyküsü, çocuğun pre/peri ve postnatal öyküsü, çocuğun gelişim basamaklarının ve medikal öyküsünün alındığı verileri ve son olarak psikiyatrik muayene bulgularının değerlendirildiği klinik verileri içerir (Ek 1).

3.4.2. Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin DSM IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (Turgay-95)

Bu ölçek DSM IV tanı ölçütlerine dayalı olarak yıkıcı davranış bozukluklarının taranması için Turgay tarafından geliştirilmiş, Ercan ve arkadaşları tarafından Türkiye'de geçerliliği ve güvenilirliği gösterilmiştir (78, 82). Bu ölçek çocuğun anne babası ve öğretmenleri tarafından doldurulmaktadır. Ölçeğin dikkat eksikliğini sorgulayan 9, aşırı hareketliliği sorgulayan 6, dürtüsellik sorgulayan 3, karşıt olma-karşı gelme bozukluğunu sorgulayan 8 ve davranım bozukluğunu sorgulayan 15 olmak üzere toplam 41 maddeden oluşmaktadır (82). Sıfırdan üçe

kadar derecelendirilen ölçekte 0 ve 1 seçenekleri normal durum ve davranışları belirtir. 2 ve 3 seçenekleri ise klinik olarak önemli durumları gösterir. ‘Dokuz’ ölçütten ‘altısının’ 2 ya da 3 olarak seçilmesi, bu ‘altı’ belirtinin okul ve evde yeterince ciddi sorun olarak görülmesi ve ‘en az altı aydan beri’ kendini göstermesi DEHB açısından yol göstericidir (Ek2).

3.4.3. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ)

ÇİYKÖ, 2-18 yaşları arasındaki çocukların fiziksel ve psikososyal yaşantılarını hastalıktan bağımsız olarak değerlendiren genel bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Varni ve arkadaşları tarafından 1999’da geliştirilmiş, ülkemizde Üneri ve Memik ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapmıştır (109-111). Ölçek 23 maddeden oluşmaktadır. Maddeler 0-100 arasında puanlanmaktadır. Sorunun yanıtı hiçbir zaman olarak işaretlenmişse 100, nadiren olarak işaretlenmişse 75, bazen olarak işaretlenmişse 50, sıklıkla olarak işaretlenmişse 25, hemen her zaman olarak işaretlenmişse 0 puan almaktadır. Puanlama 3 alanda yapılmaktadır. İlk olarak ölçek toplam puanı (ÖTP), ikinci olarak fiziksel sağlık toplam puanı (FSTP), üçüncü olarak duygusal, sosyal ve okul işlevselliğini değerlendiren madde puanlarının hesaplanmasından oluşan psikososyal sağlık toplam puanı (PSTP) hesaplanmaktadır. ÇİYKÖ toplam puanı ne kadar yüksek ise, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi de o kadar iyi algılanmaktadır (Ek-3).

3.4.4. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)

Kovasc tarafından Beck Depresyon Ölçeği esas alınarak geliştirilmiştir (156). 6-17 yaş arası uygulanabilen ölçek toplam 27 maddeden oluşmaktadır. Her madde belirti şiddetine göre 0, 1, 2 puan almaktadır. Ölçekte alınabilecek en yüksek puan 54’tür. Kesme puanı 19’dur. Ölçek Öy tarafından 1990 yılında Türkçeye uyarlanmış ve geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır (157), (Ek-4).

3.4.5. Çocuklar İçin Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇABTÖ)

Çocukluk çağı kaygı bozukluklarını tarama amacıyla Birmaher ve arkadaşları tarafından 1999 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Çakmakçı tarafından 2004 yılında yapılmıştır (158, 159). Ölçek çocuk tarafından okunarak ya da çocuğa okunarak doldurulur. Çocuktan her cümle için kendisine uygun seçeneği işaretlemesi istenir. Her bir madde 0 ile 2 arasında puan alır. Alınan puan ne kadar yüksek ise, genel anksiyete düzeyi o kadar yüksektir (Ek-5).

3.4.6. Sosyal Cevaplılık Ölçeği (SCÖ)

2000’de Constantino tarafından geliştirilen SCÖ’nün geçerlilik ve güvenilirliğinin yüksek olduğu, Otizm Tanı Görüşmesi- Gözden Geçirilmiş Şekli (Autism Diagnostic Interview- Revised/ADI-R) yapılarak konulan otizm tanısı ile anlamlı ilişki gösterdiği ve otizm benzeri belirti kümesini değerlendirmek amacıyla kullanılabileceğini belirtmiştir (160, 161). Ölçekte gözlenebilir karşılıklı sosyal davranışlar ile ilgili 39, dilin sosyal kullanımı ile ilgili 6 ve otistik davranışlar ile ilgili 20 olmak üzere toplam 65 madde mevcuttur. Ölçekten elde edilen puan arttıkça sosyal bozulmanın ciddiyeti de artmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yayınlanmamış olmakla birlikte, daha önce okul çağı çocuklarında yapılan büyük örneklemli bir çalışmada Ünal ve arkadaşları tarafından kullanılmıştır. Bu çalışmada SCÖ’nün iç tutarlılığı (Cronbach’s alfa) 0,86 olarak hesaplanmıştır ve yapılan faktör analizi sonucunda testin bütün olarak (tek faktörde) değerlendirmelere alınmasına karar verilmiştir. SCÖ Türkçe şeklinin 6 ay arayla elde edilen verilere dayalı test-tekrar test güvenilirliği yüksek bulunmuştur (Pearson’s $r=0,53$, $p<0,001$) (162). SCÖ, çalışmamıza katılan çocuklarda sosyal becerilerin değerlendirilmesinde kullanılmıştır (Ek-6).

3.5. Çalışmanın İstatistiksel Analizi

İstatistiksel değerlendirmeler için SPSS (statistical package for social sciences) for Windows 13.0 paket programı kullanılmıştır. Ölçümle elde edilen

veriler aritmetik ortalama (X) ve standart sapma (SD); sayımla elde edilen veriler sayı (n) ve yüzde (%) olarak gösterilmiştir.

İki grubun (DEHB'li çocuk ve ergenler ile sağlıklı çocuk ve ergenler) ölçümsel (interval) değişkenleri için verilerin parametrik koşulları taşıyıp taşımadığı One-Sample Kolmogorov-Smirnov Testi kullanılarak bakılmış, ölçümsel değişkenlerin ortalama değerlerinin normal dağılıma uyanları Student *t* testi, normal dağılıma uymayanları Mann Whitney-U testi kullanılarak, gruplar arasındaki ortalama puan farkları karşılaştırılmıştır.

Cinsiyet, anne-baba eğitimi gibi ordinal (kategorik, niteliksel) verilerin frekansları bakımından gruplar arasındaki farklar χ^2 (chi-square) testi ile incelenmiştir. ilişkilendirme için verilerin normal dağılıma uygunluğuna göre Pearson veya Spearman korelasyon analizleri kullanılmıştır.

Bağımlı değişkenler olan 'yaşam kalitesi' ve 'sosyal beceri düzeyi' sonuçları, bağımsız değişkenlerle (yaş, cinsiyet vb) karşılaştırılmış ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığı incelenmiştir.

Değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.6. Etik Onay ve Sınırlılıklar

Araştırma konusu KTÜ Tıp Fakültesi Etik Kuruluna sunulmuş, onay alındıktan sonra çalışma yürütülmüştür. Çalışmayı yürüten hekim tarafından hasta ve kontrol grubuna alınması planlanan çocuk ve ergenlere ve anne-babalarına aydınlatılmış onam sunulmuş, katılmayı kabul edenler çalışmaya alınmıştır (Ek-7).

Bu çalışmadaki araştırma grubu, bir üniversite hastanesinin çocuk-ergen ruh sağlığı ve hastalıkları bölümüne başvuruda bulunmuş çocuklardan oluşmaktadır. Örneklem sayısının küçüklüğü istatistiksel analizler için kısıtlılık oluşturmuştur. Bu nedenle elde edilen sonuçların çalışma örneklemini ile sınırlı olduğu topluma genellenemeyeceği düşünülmüştür.

4. BULGULAR

Çalışma tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğe ilk kez başvuran, klinik görüşme ve psikometrik incelemeler sonucunda DSM-V tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı konulan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 6-18 yaş arasında 64 çocuk ve ergen araştırma grubunu oluşturmuştur. Bu grup ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş, bedensel ve ruhsal kronik hastalığı bulunmayan, hastaneye farklı nedenlerle getirilmiş 59 çocuk ve ergen ise kontrol grubunu oluşturmuştur.

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

4.1.1. Örneklemin Kendisine Ait Tanımlayıcı Bulgular

Hasta ve kontrol grubunun yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve okul öncesi eğitim alma süreleri değerlendirilmiştir.

Hastaların %84.4'ü erkek, %15.6'sı kız, yaş ortalamaları 105 ± 28.6 ay idi. Yaş ve cinsiyete göre eşleştirilmiş olan kontrol grubu ile hastalar arasında bu parametreler açısından anlamlı fark bulunmuyordu (Tablo 1).

Tablo 1. Grupların Yaş Ortalamaları ve Cinsiyet Dağılımları

Değişkenler	Hasta	Kontrol	P
Yaş (ay olarak) (ort $\pm$ ss)	105 $\pm$ 28.6	103.4 $\pm$ 29.3	0.654
Cinsiyet			
Erkek n (%)	54 (84.4)	49 (83.1)	1.000
Kız n (%)	10 (15.6)	10 (16.9)	

Hasta ve kontrol grubunun eğitim düzeylerinin dağılımı değerlendirildi. Örneklemdaki çocuk ve ergenlerin eğitim düzeylerinin yıl olarak dağılımında büyük kısmının ilköğretimin ilk 4 yılındaki çocuklar olduğu görüldü (Tablo 2).

Gruplar arasında okul öncesi eğitim alma süreleri karşılaştırıldı. Hasta grubunda okul öncesi eğitim alma süresi ortalaması $1,05 \pm 0,7$ yıl, kontrol grubunda $1,5 \pm 1,05$ yıl olarak bulundu. Kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerin okul öncesi

eğitim alma sürelerinin DEHB’li gruba göre yüksek bulunuşu, istatistiksel olarak anlamlı idi (**p=0,01**) (Tablo 3).

Tablo 2. Grupların Eğitim Düzeylerinin Yıl Olarak Dağılımları

Değişkenler	Hasta Grubu		Kontrol Grubu	
	N	(%)	n	(%)
Anasınıfı	1	(1,6)	1	(1,7)
1. sınıf	14	(21,9)	15	(25,4)
2. sınıf	10	(15,6)	8	(13,6)
3. sınıf	14	(21,9)	12	(20,3)
4. sınıf	8	(12,5)	8	(13,6)
5. sınıf	3	(4,7)	1	(1,7)
6. sınıf	3	(4,7)	3	(5,1)
7. sınıf	7	(10,9)	7	(11,9)
8. sınıf	2	(3,1)	2	(3,4)
9. sınıf	2	(3,1)	2	(3,4)

Tablo 3. Grupların Okul Öncesi Eğitim Alma Sürelerinin Ortalamaları

	Hasta (ort±SS)	Kontrol (ort±SS)	P
Okul öncesi eğitim alma süresi ortalaması (yıl olarak)	1,05±0,7	1,5±1,05	0,01

Örneklemdaki çocuk ve ergenlerin okul öncesi eğitim alma süreleri ‘1yıl ve altında eğitim alan, 1 yıldan fazla eğitim alan’ değişkenleri ile tanımlanarak 2 grupta toplandı. DEHB’li olguların %23,4’ü kontrol grubunun %47,5’i 1 yıldan fazla okul öncesi eğitim alan çocuk ve ergenlerdi. Kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerin 1 yıldan fazla okul öncesi eğitim alma sürelerinin DEHB’li gruba göre yüksek bulunuşu, istatistiksel olarak anlamlı idi (**0,009**) (Tablo 4).

Tablo 4. Grupların Aldıkları Okul Öncesi Eğitim Dağılımı

Değişkenler	Hasta n (%)	Kontrol n (%)	P
≤1 yıl	49 (76,6)	31 (52,5)	0,009
>1 yıl	15 (23,4)	28 (47,5)	
Toplam	64(100)	59 (100)	

4.1.2. Örneklemin Anne-Babalarına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

DEHB’li çocuk ve ergenler ile sağlıklı kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerin anne babaları; yaş, eğitim düzeyi, meslek, madde kullanım alışkanlığı ve ruhsal hastalık değişkenleri açısından karşılaştırıldı.

Yaş ortalamaları açısından incelendiğinde gruplar arasında anne ve babalar için anlamlı fark bulunmadığı (sırasıyla $p= 0,728$, $p=0,286$) gözlenmişken, hem anneler hem de babaların kontrol grubunda anlamlı oranda daha fazla (sırasıyla $p= 0,003$, $p=0,004$) eğitim gördüğü bulunmuştur (Tablo 5).

Tablo 5. Gruplara Göre Anne ve Babaların Yaş ve Eğitim Yılı Ortalaması

	Hasta (ort±SS)	Kontrol (ort±SS)	P
Anne yaş ortalaması	35,55±6,15	35,92±5,52	0,728
Anne eğitim yılı ortalaması	7,9±3,7	10,05±3,9	0,003
Baba yaş ortalaması	38,95±6,37	40,14±5,65	0,286
Baba eğitim yılı ortalaması	8,8±3,4	10,7±3,6	0,004

Örneklemdaki çocuk ve ergenlerin anne-babaların eğitim düzeyleri üç alt başlıkta sınıflandırıldı. İlk 5 yıllık örgün eğitim “İlköğretim” olarak, 6.-8. yıllar ve lise yıllarında alınan eğitim “Ortaöğretim” olarak, lisans ve yüksek lisans düzeyindeki eğitimler ise “Yükseköğretim” olarak tanımlandı. Öncelikle gruplar arasındaki anne eğitim dağılımı analiz edilerek karşılaştırıldı (Tablo 6). DEHB’li gruptaki çocukların annelerinin %51.6’sı ilköğretim (ilk 5 yıllık eğitim), %32.8’i ortaöğretim (6.-8. sınıflar ve lise), % 15.06’sı yükseköğretim (üniversite) eğitimi almış, kontrol grubundaki çocukların annelerinin %25.4’ü ilköğretim, %42.4’ü ortaöğretim, %32.2’si yükseköğretim almış olarak saptandı. Gruplar arasında anne eğitim düzeyinin dağılımı homojen değildi ve kontrol grubundaki annelerin 1/3’ünün yükseköğretim almış olması kontrol grubu lehine anlamlı olarak bulundu ($p=0.008$).

Tablo 6. Grupların Annelerinin Eğitim Düzeylerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması

Anne Eğitim Düzeyi	Hasta n (%)	Kontrol n (%)	P
İlköğretim	33 (51,6)	15 (25,4)	0,008
Ortaöğretim	21 (32,8)	25 (42,4)	
Yükseköğretim	10 (15,6)	19 (32,2)	
Toplam	64 (100)	59 (100)	

Aynı şekilde gruplar arasındaki baba eğitim düzeylerinin dağılımı analiz edilerek karşılaştırıldı (Tablo 7). DEHB’li gruptaki çocukların babalarının %37.1’i ilköğretim, %50.0’ı ortaöğretim, %12.9’u yükseköğretim eğitimi almış, kontrol grubundaki çocukların babalarının %21.1’i ilköğretim, %40.4’ü ortaöğretim, %38.6’sı yükseköğretim almış olarak saptandı. Gruplar arasında baba eğitim düzeyinin dağılımı homojen değildi ve kontrol grubundaki babaların 1/3’ünün yükseköğretim almış olması kontrol grubu lehine anlamlı olarak bulundu ($p=0.004$).

Tablo 7. Grupların Babalarının Eğitim Düzeylerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması

Baba Eğitim Düzeyi	Hasta n (%)	Kontrol n (%)	P
İlköğretim	23 (37,1)	12 (21,1)	0,004
Ortaöğretim	31 (50,0)	23 (40,4)	
Yükseköğretim	8 (12,9)	22 (38,6)	
Toplam	64 (100)	59 (100)	

Her iki gruptaki çocuk ve ergenlerin annelerinin çalışma hayatı değerlendirildi. Örneklemin toplandığı süre içinde aktif çalışma hayatı olmayan anneler ‘ev hanımı’, örnekleme kabul edildiği sırada aktif çalışma hayatı olan annelerin meslek durumu ‘işçi, memur’ olarak tanımlandı ve gruplar arasında karşılaştırıldı (Tablo 8). DEHB’li çocuk ve ergenlerin annelerinin %82.8’i ev hanımı, %6.3’ü işçi, %10.9’u memur, kontrol grubundaki annelerin %49.2’si ev hanımı, %20.3’ü işçi, %30.5’i memur olarak bulundu. Annelerin ev hanımı olması, DEHB’li grup lehine anlamlı idi ($p<0.001$).

Tablo 8. Hasta ve Kontrol Grubundaki Annelerin Meslek Durumlarına Göre Dağılımları

Annenin Çalışma Durumu	Hasta n (%)	Kontrol n (%)	P
Ev Hanımı	53 (82,8)	29 (49,2)	<0,001
İşçi	4 (6,3)	12 (20,3)	
Memur	7 (10,9)	18 (30,5)	
Toplam	64(100)	59(100)	

Her iki gruptaki çocuk ve ergenlerin babalarının meslek durumu ‘işsiz, işçi, memur, esnaf, emekli, şoför, diğer (serbest meslek, pazarlamacı, teknisyen vs) ’ olarak tanımlandı ve dağılımı analiz edildi. DEHB’li çocuk ve ergenlerin babalarının %25.8’i işçi, %9.7’si memur, % 11.3’ü esnaf, %3.2’si emekli, %9.7’si şoför, %37.1’i diğer meslek grubundandı. DEHB’li çocukların sadece %3.2’sinin babası işsizdi. Kontrol grubundaki babaların % 40.4’ü işçi %26.3’ü memur, % 12.3’ü esnaf, %3.5’i emekli, %17.5’i diğer meslek grubundandı. Kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerden babası işsiz olan ve şoför olan yoktu (Tablo 9).

Örneklemdaki çocuk ve ergenlerin annelerinin alışkanlıkları değerlendirilirken madde kullanımı varlığı ve öyküsü de ele alındı. Örneklemdaki annelerin sigara kullanımı dışında bir madde kullanımı bulunmadığı için sadece ‘sigara kullanımı var’ ve ‘sigara kullanımı yok’ değişkenleri tanımlandı ve gruplar arasında karşılaştırıldı. DEHB grubundaki annelerin %79.7’sinde, kontrol grubundaki annelerin %88.1’inde sigara kullanım öyküsü yoktu. DEHB grubundaki çocuk ve ergenlerin annelerinin %20.3’ünde sigara alışkanlığı, kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerin annelerinin %11.9’unda sigara alışkanlığı saptandı ($p=0.306$). Aynı şekilde grupların babalarının madde kullanım durumunun dağılımı analiz edildi. Örneklemdaki babaların sigara ve alkol kullanımı dışında bir madde kullanımı bulunmadığı için ‘sigara veya alkol kullanımı yok’, ‘sigara kullanımı var’ ve ‘sigara ve alkol kullanımı var’ değişkenleri tanımlandı ve gruplar arasında karşılaştırıldı. DEHB grubundaki çocuk ve ergenlerin babalarının %50.0’ında herhangi bir madde kullanma alışkanlığı bulunmazken, %46.8’inde sigara kullanma alışkanlığı, %3.2’sinde hem sigara hem de alkol kullanma alışkanlığı saptandı. Kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerin babalarının %54.4’ü herhangi bir madde kullanmazken, % 45.6’sında sigara kullanma alışkanlığı saptandı. Kontrol

grubundaki çocuk ve ergenlerin babalarında alkol kullanma alışkanlığı saptanmadı (Tablo 10).

Tablo 9. Hasta ve Kontrol Grubundaki Babaların Meslek Durumlarına Göre Dağılımları

Babanın Çalışma Durumu	Hasta n (%)	Kontrol n (%)
İşsiz	2 (3,2)	0 (0)
İşçi	16 (25,8)	23 (40,4))
Memur	6 (9,7)	15 (26,3)
Esnaf	7 (11,3)	7 (12,3)
Emekli	2 (3,2)	2 (3,5)
Şoför	6 (9,7)	0 (0)
Diğer	23 (37,1)	10 (17,5)

Tablo 10. Anne-Babaların Sigara Kullanım Öykülerinin Gruplara Göre Dağılımı

Değişkenler		Hasta n (%)	Kontrol n (%)	P
Anne sigara kullanımı	yok	51 (79,7)	52 (88,1)	0,306
	sigara	13 (20,3)	7 (11,9)	
	yok	31 (50)	31 (54,4)	
Baba sigara kullanımı	sigara	29 (46,8)	26 (45,6)	0,632
	Sigara ve alkol	2 (3,2)	0(0)	

Örneklemdaki çocuk ve ergenlerin annelerinin ruhsal hastalık varlığı ele alındı. DEHB’li çocuk ve ergenlerin annelerinde ruhsal hastalık varlığı %12.5 iken kontrol grubunda bu oran %3.4 idi. DEHB’li grup lehine olan bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0.098$) (Tablo 11).

Tablo 11. Grupların Annelerinde Ruhsal Hastalık Varlığının Karşılaştırılması

Annelerde Ruhsal Hastalık Öyküsü	Hasta n (%)	Kontrol n (%)	P
Var	8 (12,5)	2 (3,4)	0,098
Yok	56 (87,5)	57 (96,6)	
Toplam	64 (100)	59 (100)	

Örneklemdaki çocuk ve ergenlerin babalarının ruhsal hastalık öyküsü ele alındı. DEHB’li çocuk ve ergenlerin babalarında ruhsal hastalık varlığı %1.6 iken

kontrol grubunda bu oran %5.3 idi. Kontrol grubu lehine olan bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0.348$) (Tablo 12).

Tablo 12. Grupların Babalarında Ruhsal Hastalık Varlığının Karşılaştırılması

Babalarda Ruhsal Hastalık Öyküsü	Hasta n (%)	Kontrol n (%)	P
Var	1 (1,6)	3 (5,3)	0,348
Yok	61 (98,4)	54 (94,7)	
Toplam	62 (100)	57 (100)	

4.1.3. Örneklemen Kardeşlerine ve Diğer Aile Değişkenlerine Ait Tanımlayıcı Bulgular

DEHB’li çocuk ve ergenler ile sağlıklı kontrol grubundaki çocuk ve ergenler kardeş sayıları, kaçınıcı çocuk oldukları, ailelerin aylık gelir düzeyi, aile yapısı, konut durumu ve çocuk odasına sahip olma değişkenleri açısından karşılaştırıldı.

DEHB grubundaki olguların kardeş sayısı ortalaması $2,3\pm1,0$ iken doğum sırası ortalama $1,7\pm1,0$ bulunmuş olup bu veriler açısından kontrol grubu ile aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 13).

Tablo 13. Kardeş Sayısı Ortalaması ve Doğum sırası Ortalamalarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Değişkenler	Hasta (ort $\pm$ SS)	Kontrol (ort $\pm$ SS)	P
Kardeş sayısı ortalaması	$2,3\pm1,0$	$2,1\pm0,7$	0,333
Doğum sırası ortalaması	$1,7\pm1,0$	$1,5\pm0,8$	0,175

Ailelerin aylık gelir düzeyi 3 alt başlıkta toplanarak ‘0-1000 TL, 1001-3500 TL, 3501 ve üzeri’ şeklinde tanımlandı. Buna göre 0-1000 TL düşük gelir, 1001-3500 TL orta gelir, 3500 TL’nin üstü yüksek gelir düzeyi olarak kabul edildi. Ailelerin aylık gelir düzeylerine bakıldığında DEHB’li grubun % 7.8’inin, kontrol grubunun ise %23.7’sinin ailelerinin aylık gelir düzeyinin yüksek gelir düzeyinde olduğu tespit edildi. Kontrol grubu lehine olan bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0.05$) (Tablo 14).

Aile yapısı değişkeni örneklemdaki çocuk ve ergenlerin içinde yaşadıkları aile ortamı eğer yalnızca anne-babası ve kardeşleri ile birlikte yaşıyor ise “çekirdek aile tipi”, yaşadıkları ortamda anneanne, babaanne, dede, ya da diğer yakın ya da uzak akrabalar bulunuyorsa “geniş aile tipi” olarak tanımlandı. Konut durumu değişkeni kendi evlerinde yaşayanlar için ‘ev sahibi’, kiralık evlerde yaşayanlar için ‘kiracı’ şeklinde tanımlandı. DEHB’li çocuk ve ergenler ile sağlıklı kontrol grubundaki çocuk ve ergenler arasında aile yapısı, konut durumu ve çocuk odasına sahip olma değişkenleri açısından fark bulunmadı (sırasıyla $p=0.847$, $p=0.588$, $p=0.365$) (Tablo 14).

Tablo 14. Grupların Aylık Gelir Düzeyi, Aile Yapısı, Konut Durumu ve Evde Çocuk Odası Bulunma Durumlarının Karşılaştırılması

Değişkenler		Hasta n (%)	Kontrol n (%)	P
Gelir Düzeyi	≤1000	20 (31,3)	16 (27,1)	0,05
	1001-3500	39 (60,9)	29 (49,2)	
	>3500	5 (7,8)	14 (23,7)	
Aile Yapısı	Çekirdek	55 (85,9)	49 (83,1)	0,847
	Geniş	9 (14,1)	10 (16,9)	
Konut Durumu	Kiracı	25 (39,1)	26 (44,1)	0,588
	Ev Sahibi	39 (60,9)	33 (55,9)	
Çocuk Odası	Var	54 (84,4)	45 (76,3)	0,365
	Yok	10 (15,6)	14 (23,7)	

4.1.4. Örneklemin Gelişimsel Özelliklerine Ait Tanımlayıcı Bulgular

Örneklemdaki çocuk ve ergenlerin gelişimsel özellikleri değişkenleri ile ilgili olarak doğum öyküleri (doğumun zamanı, şekli, doğum ağırlığı), anne sütü alma süreleri ve nörogelişimsel basamakları değerlendirmek amacıyla yürüme, tek kelime söyleme, cümle kurma (ay olarak) değişkenleri karşılaştırıldı.

Örneklemin doğum öyküleri alınırken önce doğumun zamanı değerlendirildi. Prematür (37 haftalık olmadan önce doğanlar), matür (37. ve 42. haftalar arasında doğanlar) ve postmatür (42. haftadan sonra doğanlar) tanımlamaları yapılarak dağılımları analiz edildi. DEHB’li çocuk ve ergenlerin %92.2’ sinin normal zamanında, %7.8’inin normal doğum zamanından önce dünyaya geldiği saptandı.

Kontrol grubundakilerin ise %94.9'unun normal zamanında, %3.4'ünün zamanından önce, %1.7'sinin normal zamanından sonra dünyaya geldiği saptandı (Tablo 15).

Örneklemin doğum şekilleri 'vajinal doğum' ve 'sezaryen' değişkenleri olarak tanımlanıp, gruplar arasındaki dağılımı analiz edilerek karşılaştırıldı. DEHB'li çocuk ve ergenlerin %56.3'ünün vajinal doğum, %43.7'sinin sezaryen ile dünyaya geldiği, kontrol grubundakilerin ise %42.4'ünün vajinal doğum, % 57.6'sının sezaryen ile dünyaya geldiği saptandı (Tablo 15).

Tablo 15. Grupların Doğum Zamanı ve Doğum Şekillerinin Dağılımı

Değişkenler		Hasta n (%)	Kontrol n (%)
Doğum zamanı	Prematür	5 (7,8)	2 (3,4)
	Matür	59 (92,2)	56 (94,9)
	Postmatur	0 (0)	1 (1,7)
Doğum şekli	Vajinal Doğum	36 (56,3)	25 (42,4)
	Sezeryan	28 (43,7)	34 (57,6)

Örneklemdaki çocuk ve ergenlerin doğum ağırlıklarının (gram cinsinden olarak) aritmetik ortalaması hesaplanarak, gruplar arasında dağılımları karşılaştırıldı. Gruplar arasında doğum ağırlığının aritmetik ortalaması (DEHB grubunda 3157±681 gram, kontrol grubunda 3237±472) açısından fark saptanmadı ($p=0,455$) (Tablo 16).

Örneklemdaki çocuk ve ergenlerin anne sütü alma süresi ay olarak kaydedildi ve aritmetik ortalaması gruplar arasında karşılaştırıldı. Çocuk ve ergenlerin anne sütü alma sürelerinin (ay olarak) aritmetik ortalaması DEHB grubunda 14,3±10,2 ay iken, kontrol grubunda 11,3±7,4 ay olarak saptandı. Anne sütü alma süreleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0.065$) (Tablo 16).

Tablo 16. Grupların Doğum Ağırlığı ve Anne Sütü Alma Süresi Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Hasta (ort±SS)	Kontrol (ort±SS)	p
Doğum Ağırlığı Ortalaması	3157±681	3237±472	0,455
Anne Sütü Alma Süresi Ortalaması	14,3±10,2	11,3±7,4	0,065

Örneklemdaki çocuk ve ergenlerin nörogelişimsel basamaklarını değerlendirmek amacıyla yürümeye, tek kelime söylemeye, cümle kurmaya, sfinkter kontrolünü sağlamaya başladığı (gece ve gündüz bezinden kurtulması) yaşları ay olarak değerlendirildi ve elde edilen aritmetik ortalamalar gruplar arasında karşılaştırıldı. DEHB’li çocukların yürüme, tek kelime söyleme, cümle kurmaya başlama, tuvalet eğitimi tamamlama yaşları kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anlamlı olarak daha geç bulundu (sırasıyla $p=0.04$ $p<0.001$, $p<0.001$, $p=0.01$) (Tablo 17).

Tablo 17. Her İki Grubun Yürüme, Tek Kelime Söyleme, Cümle Kurma ve Tuvalet Eğitimi Tamamlama Yaşı (Ay Olarak) Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Değişkenler	Hasta (ort±SS)	Kontrol (ort±SS)	P
Yürüme	13,2±5,2	12,6±1,9	0,046
Tek Kelime Söyleme	14,7±5	11,7±2,3	<0,001
Cümle Kurma	25,8±7,7	21±4,2	<0,001
Tuvalet Eğitimi Tamamlama	35,5±8,3	31,5±7,5	0,01

4.1.5. DEHB Tanısı Konan Gruba Yönelik Tanımlayıcı Bulgular

DEHB tanısı konulan çocuk ve ergenlerin DEHB alt tipleri DSM-V tanı ölçütleri esas alınarak ‘dikkat eksikliğinin baskın olduğu alt tip, hiperaktivite/impulsivitenin baskın olduğu alt tip, bileşik alt tip,’ şeklinde 3 alt başlıkta tanımlanarak dağılımı analiz edildi. DEHB’li çocuk ve ergenlerin %60.9’u bileşik alt tip, %31.3.0’ü dikkatsizliğin baskın olduğu alt tip, %7.8’i ise hiperaktivite/impulsivitenin baskın olduğu alt tiplerinin tanı ölçütlerini karşılıyor olarak bulundu (Tablo 18).

Tablo 18. DEHB Grubunda Bozukluğun Alt Tiplerinin Dağılımı

DEHB Alt Tipleri	n (%)
Bileşik alt tip	39 (60,9)
Dikkat eksikliğinin baskın olduğu alt tip	20 (31,3)
Hiperaktivite/ impulsivitenin baskın olduğu alt tip	5 (7,8)
Toplam	64 (100)

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

DEHB tanısı konulan çocuk ve ergenlerin DEHB alt tiplerinin cinsiyete göre dağılımı analiz edildi. DEHB'li erkek cinsiyetli çocuk ergenlerin % 59.3'ünün bileşik alt tip, %31.5'inin dikkatsizliğin baskın olduğu alt tip, %9.2'sinin hiperaktivitenin baskın olduğu alt tip tanı ölçütlerini karşıladıkları bulundu. Her iki cinsiyette de bileşik tip en fazla bulunan DEHB alt tipi idi(Tablo 19).

Tablo 19. DEHB Grubunda Bozukluğun Alt Tiplerinin Cinsiyetlere Göre Dağılımı

DEHB Alt Tipleri	Kız n (%)	Erkek n (%)	p
Bileşik alt tip	7 (70)	32 (59,3)	0,579
Dikkat eksikliğinin baskın olduğu alt tip	3 (30)	17 (31,5)	
Hiperaktivite/impulsivitenin baskın olduğu alt tip	0 (0)	5 (9,2)	
Toplam	10 (100)	54 (100)	

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

DEHB grubunda eş tanıların dağılımı analiz edildi. Hastaların %44 ünnde herhangi bir eş tanı yok iken en sık görülen komorbid bozukluklar; karşıt olma karşı gelme bozukluğu(%13), anksiyete bozukluğu(%11.4), davranım bozukluğu (%8.2) ve karşıt olma karşı gelme bozukluğu + davranım bozukluğu (%6.6) olarak saptandı (Tablo 20).

Tablo 20. DEHB Grubunda Eş Tanıların Dağılımı

Eş Hastalanım	Hasta n (%)
Yok	27 (44.0)
KOKGB	8 (13.0)
Anksiyete Bozukluğu	7 (11.4)
Davranım Bozukluğu	5 (8.2)
KOKGB+Davranım bozukluğu	4 (6.6)
Depresif Bozukluk	3 (4.8)
Özgül Öğrenme Güçlüğü	3 (4.8)
Tik Bozukluğu	2 (3.2)
Depresif Bozukluk+Anksiyete Bozukluğu	1 (1.6)
Dışa Atım Bozukluğu(Enürezis)	1 (1.6)
Diğer	3 (4.8)
Toplam	64 (100)

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu,
KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

4.2. Uygulanan Test ve Ölçeklere İlişkin Bulgular

Örneklemin değerlendirilmesi sırasında kullanılan WISC-R zeka testi, Yaşam Kalitesi Ölçeği, Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği, Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği ve Sosyal Cevaplılık Ölçeği sonuçları analiz edilerek elde edilen veriler gruplar arasında karşılaştırıldı.

4.2.1. WISC-R testi Sonuçlarına İlişkin Bulgular

Örneklemin her iki grubundaki çocuk ve ergenlere uygulanan WISC-R zeka testi değişkenleri 'sözel alt puanı, performans alt puanı ve WISC-R toplam puanı' şeklinde 3 alt başlıkta tanımlandı. Değişkenlerin aritmetik ortalamaları saptanarak sonuçları karşılaştırıldı DEHB'li çocuk ve ergenlerin WISC-R sözel alt puan ortalaması 102.4 ± 10.3 puan, performans alt puanı ortalaması 100.5 ± 12.3 puan ve toplam puan ortalaması 101.8 ± 10.9 puan olduğu saptandı. Kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerin WISC-R sözel alt puan ortalaması 105.7 ± 8.5 puan, performans alt puan ortalaması 102.4 ± 9.0 puan ve toplam puan aritmetik ortalaması 104.6 ± 9.1 puan olduğu saptandı. Grupların WISC-R zeka testi alt puanları ve toplam puanları dağılımlarının arasında fark saptanmadı (sırasıyla sözel alt puanı için $p=0.094$; performans alt puanı için $p=0.860$; WISC-R toplam puanı için $p=0.344$) (Tablo 21).

Tablo 21. Grupların WISC-R Zeka Testi Puanlarının Dağılımı

Değişkenler	Hasta (ort $\pm$ SS)	Kontrol (ort $\pm$ SS)	P
Sözel alt puanı	102.4 ± 10.3	105.7 ± 8.5	0.094
Performans alt puanı	100.5 ± 12.3	102.4 ± 9.0	0.860
WISC-R Toplam Puanı	101.8 ± 10.9	104.6 ± 9.1	0.344

WISC-R: Weshler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği-Gözden Geçirilmiş

4.2.2. Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin DSM IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, Çocuklar için Depresyon Ölçeği ve Çocuklar İçin Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeğine ilişkin Bulgular

Örnekleminizde DEHB tanısını ve alt tiplerini değerlendirdiğimiz Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin DSM IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeğinde dikkatsizliği sorgulayan 9 madde, aşırı hareketlilik-dürtüselliği sorgulayan 9 madde, karşıt olma karşı gelmeyi sorgulayan 8 madde ve davranış bozukluklarını sorgulayan 15 madde bulunmaktadır. Bu ölçek hastaların aileleri ve hastayı iyi tanıyan öğretmeni tarafından dolduruldu. Her maddedeki belirti 0-3 arasında derecelendirilerek işaretlendi. Ölçeklerdeki maddelerde 2 ve 3 seçenekleri işaretlenmiş ise klinik olarak önemli durumları göstermekteydi. Dokuz ölçütten en az altısının 2 ya da 3 olarak seçilmesi, bu en az altı belirtinin okul ve evde yeterince ciddi sorun olarak görülmesi ve en az altı aydan beri görülmesi DEHB açısından yol gösterici olarak alındı. Örnekleminizde bu ölçeğe ve DSM-V'e göre klinik görüşmeler sonucu DEHB tanısı konulan hastaların ölçek puan ortalamaları da analiz edildi (Tablo 22).

Örneklemin depresyon belirtileri çocuklar için depresyon ölçeği (ÇDÖ) sonuçları değerlendirilerek hasta ve kontrol grubu için ortalamaları alındı. DEHB grubunda ÇDÖ puan ortalaması 7,75 (0,6 SS), kontrol grubunda ise 4,6 (0,5 SS) olarak değerlendirildi (Tablo 22).

Örneklemin anksiyete düzeyleri çocuk ve ergenlerin Çocuklar İçin Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği sonuçları değerlendirilerek saptandı. DEHB grubunda ÇABTÖ puan ortalaması 20(1,4 SS), kontrol grubunda ise 18,5 (1,4 SS) olarak değerlendirildi (Tablo 22).

Tablo 22. Gruplara Uygulanan Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin DSM IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, Çocuklar için Depresyon Ölçeği ve Çocuklar İçin Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeğine ilişkin Bulgular

		Hasta (ort±SS)	Kontrol (ort±SS)
ÇDÖ		7,75 (0,6)	4,6 (0,5)
ÇABTÖ		20 (1,4)	18,5 (1,4)
	Aile		
	Dikkatsizlik	6,8 (1,9)	0,41 (0,8)
	Hareketlilik	5,77 (2,8)	0,71 (1,1)
	KOKGB	3,19 (2,5)	0,10 (0,4)
DSM-IV	DB	1,53 (1,7)	0,08 (0,3)
DTDÖ	Dikkatsizlik	6,72 (1,9)	0,64 (0,8)
	Hareketlilik	5,23 (2,9)	0,86 (1,3)
	KOKGB	2,03 (2,6)	0,02 (0,1)
	DB	1,27 (1,8)	0,02 (0,1)

ÇDÖ: Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği,
ÇABTÖ: Çocuklar İçin Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği,
KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu,
DB: Davranım Bozukluğu,
DSM-IV DTDÖ: Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği

4.2.3. Sosyal Cevaplılık Ölçeğine İlişkin Bulgular

Örneklemede sosyal beceri düzeylerini değerlendirmek için kullanılan Sosyal Cevaplılık Ölçeği sonuçları ölçeğin doğasında bulunan 3 alt değişkenle ‘ bozulmamış (0-59 arasında puan alanlar), hafif-orta düzeyde bozulmuş (60-80 arasında puan alanlar) ve ağır düzeyde bozulmuş (80’in üzerinde puan alanlar)’ olarak tanımlandı. DEHB’li gruptaki çocuk ve ergenlerin %50.0’nın sosyal becerisi bozulmamış, %31.3’ünün hafif-orta düzeyde bozulmuş, %18.7’sinin ağır düzeyde bozulduğu saptandı. Kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerin %89.8’inin sosyal becerisi bozulmamış, %10.2’si hafif-orta düzeyde bozulduğu saptandı. Kontrol grubunda sosyal becerisi ağır düzeyde bozulan yoktu. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($p<0.001$), (Tablo 23).

Tablo 23. Grupların Sosyal Beceri Düzeylerinin Dağılımı

Sosyal Beceri Düzeyi	Hasta n (%)	Kontrol n (%)	P
Bozulmamış	32 (50)	53 (89,8)	<0,001
Hafif- Orta Düzeyde Bozulmuş	20 (31,3)	6 (10,2)	
Ağır Düzeyde Bozulmuş	12 (18,7)	0 (0)	
Toplam	64	59	

Bu araştırmanın amaçlarından biri sosyal becerilerin DEHB’de nasıl olduğunu saptamaktır. ‘DEHB’li çocuk ve ergenlerin sosyal beceri düzeyi sağlıklı yaşatlarından farklıdır’ hipotezini analiz etmek için; sosyal becerisi bozulmamış olanlar ‘bozulmamış’, hafif-orta düzeyde ve ağır düzeyde bozulanlar ‘bozulmuş’ şeklinde iki alt değişkenden toplanarak, gruplar arasındaki dağılımı karşılaştırıldı. DEHB’li gruptaki çocuk ve ergenlerin %50’sinde sosyal becerilerinde bozulma görülürken bu oran kontrol grubunda %10.2 idi. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($p<0.001$) (Tablo 24).

Tablo 24. Grupların Sosyal Beceri Düzeylerinin ‘Bozulmamış’ ve ‘Bozulmuş’ Şeklinde Dağılımı

Sosyal Beceri Düzeyi	Hasta n (%)	Kontrol n (%)	P
Bozulmamış	32 (50)	53 (89,8)	<0,001
Bozulmuş	32 (50)	6 (10,2)	
Toplam	64 (100)	59 (100)	

Hasta grubunda; sosyal beceri düzeyleri ile DEHB alt tipleri arasındaki dağılım karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmadı (Tablo 25).

Tablo 25. Sosyal Beceri Düzeyleri ile DEHB Alt Tipleri Arasındaki Dağılımın Karşılaştırılması

Değişkenler	Sosyal Beceri Düzeyi Bozulmamış n (%)	Sosyal Beceri Düzeyi Bozulmuş n (%)	P
Birleşik Alt Tip	18 (56,3)	21 (65,6)	0,66
Dikkat eksikliğinin baskın olduğu alt tip	9 (28,1)	11 (34,4)	
Hiperaktivite/ impulsivitenin baskın olduğu alt tip	5 (15,6)	0 (0)	
Toplam	32 (100)	32 (100)	

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

DEHB'ye eşlik eden komorbid psikiyatrik bozukluk varlığının sosyal beceri düzeyine etkisini değerlendirmek için komorbid durumlar 'ek tanı yok, ek tanı var' şeklinde tanımlandı ve karşılaştırıldı. Sosyal beceri düzeyi bozulmuş olan DEHB'li olguların %68.8'inde komorbid psikiyatrik bozukluğun olduğu saptandı (Tablo 26).

Tablo 26. Sosyal Beceri Düzeyleri ile DEHB'ye Eşlik Eden Komorbidite Varlığının Karşılaştırılması

Değişkenler	Sosyal Beceri Düzeyi Bozulmamış n (%)	Sosyal Beceri Düzeyi Bozulmuş n (%)	P
Ek tanı yok	17 (53,1)	10 (31,3)	0,129
Ek tanı var	15 (46,9)	22 (68,8)	
Toplam	32 (100)	32 (100)	

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

4.2.4.Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Bulgular

Örneklemin yaşam kalitesi çocuk ve ergenlerin hem kendilerine hem de anne babalarına verilen Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği sonuçları değerlendirilerek saptandı. Yaşam kalitesi alt ölçekleri 'fiziksel sağlık toplam puanı (FSTP), duygusal işlevsellik puanı (DİP), sosyal işlevsellik puanı (SİP), okul işlevselliği puanı (OİP), psikososyal sağlık toplam puanı (PSTP) ve ölçek toplam puanı (ÖTP)' değişkenleri ile tanımlandı. Her değişkenin aritmetik ortalaması saptandı. Elde edilen ortalamalar gruplar arasında karşılaştırıldı.

Öncelikle örneklemdaki çocuk ve ergenlerin anne-babalarının doldurduğu yaşam kalitesi ölçeği değişkenlerinin ortalama dağılımları analiz edilerek karşılaştırıldı. DEHB’li çocuk ve ergenlerin anne-babalarının doldurduğu yaşam kalitesi ölçeğinin FSTP ortalaması 79.1 puan, DİP ortalaması 71.4 puan, SİP ortalaması 79.0 puan, OİP ortalaması 61.8 puan, PSTP ortalaması 70.6 puan ve ÖTP ortalaması 72.2 puan olarak saptandı. Sağlıklı çocuk ve ergenlerin anne-babalarının doldurduğu yaşam kalitesi ölçeğinin FSTP ortalaması 82.6 puan, DİP ortalaması 80.0 puan, SİP ortalaması 86.7 puan, OİP ortalaması 83.1 puan, PSTP ortalaması 82.2 puan ve ÖTP ortalaması 83.1 puan olarak saptandı. DEHB’li gruptaki çocuk ve ergenlerin anne-babalarının çocukları hakkında doldurdıkları yaşam kalitesi ölçek puanlarındaki düşüklük, kontrol grubundaki sonuçlar ile karşılaştırıldığında FSTP dışındaki değişkenler için istatistiksel düzeyde anlamlı bulundu (sırasıyla $p=0,055$, $p=0.0016$, $p=0.027$, $p<0.0001$, $p<0.0001$, $p<0.0001$), (Tablo 27).

Tablo 27. Anne Babaların Doldurduğu Yaşam Kalitesi Alt Ölçek Puanlarının Dağılımı

Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri	Hasta (ort±SS)	Kontrol (ort±SS)	P
Fiziksel Sağlık Toplam Puanı	75,19±19,55	82,60±15,25	0,055
Duygusal İşlevsellik Puanı	71,40±14,87	80,00±16,14	0,016
Sosyal İşlevsellik Puanı	79,06±15,28	86,79±15,13	0,027
Okul İşlevselliği Puanı	61,87±16,44	83,11±15,07	<0,001
Psikososyal Sağlık Toplam Puanı	70,67±11,30	83,23±13,23	<0,001
Ölçek Toplam Puanı	72,29±12,14	83,15±12,45	<0,001

Örneklemdaki çocuk ve ergenlerin kendilerinin doldurduğu yaşam kalitesi ölçeği değişkenlerinin ortalama dağılımları analiz edilerek karşılaştırıldı. DEHB’li çocuk ve ergenlerin doldurduğu yaşam kalitesi ölçeğinin FSTP ortalaması 77.4 puan, DİP ortalaması 71.0 puan, SİP ortalaması 79.8 puan, OİP ortalaması 65.0 puan, PSTP ortalaması 71.8 puan ve ÖTP ortalaması 74.5 puan olarak saptandı. Sağlıklı çocuk ve ergenlerin doldurduğu yaşam kalitesi ölçeğinin FSTP ortalaması 80.6 puan, DİP ortalaması 79.2 puan, SİP ortalaması 93.2 puan, OİP ortalaması 81.5 puan, PSTP ortalaması 84.8 puan ve ÖTP ortalaması 83.2 puan olarak saptandı. DEHB’li gruptaki çocuk ve ergenlerin kendilerinin doldurdıkları yaşam kalitesi ölçek puanlarındaki düşüklük, kontrol grubundaki sonuçlar ile karşılaştırıldığında FSTP

dışındaki değişkenler için istatistiksel düzeyde anlamlı bulundu (sırasıyla $p=0.357$, $p=0.007$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$), (Tablo 28).

Tablo 28. Çocuk ve Ergenlerin Doldurduğu Yaşam Kalitesi Alt Ölçek Puanlarının Dağılımı

Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri	Hasta (ort±SS)	Kontrol (ort±SS)	<i>P</i>
Fiziksel Sağlık Toplam Puanı	77,42±15,56	80,61±15,33	0,357
Duygusal İşlevsellik Puanı	71,09±12,22	79,62±14,73	0,007
Sosyal İşlevsellik Puanı	79,84±13,64	93,20±8,26	<0,001
Okul İşlevselliği Puanı	65,00±16,31	81,50±11,83	<0,001
Psikososyal Sağlık Toplam Puanı	71,87±10,40	84,87±9,21	<0,001
Ölçek Toplam Puanı	74,50±11,19	83,27±10,01	<0,001

Örneklemdaki anne ve babaların doldurduğu yaşam kalitesi ölçeği ve çocuk ve ergenlerin kendilerinin doldurduğu yaşam kalitesi ölçeği değişkenlerinin ortalama dağılımları hasta ve kontrol grubunda ayrı ayrı analiz edilerek karşılaştırıldı. DEHB grubunda çocuk ve ergenlerin sosyal işlevsellik, okul işlevselliği, psikososyal sağlık toplam ve ölçek toplam puanlarında ebeveynlerinden daha yüksek puanlama yaptıkları ve bu yüksekliğin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (*sırasıyla p; 0.044, <0.001, 0.014, 0.005*). Kontrol grubunda ise çocuk ve ergenler sosyal işlevsellik alt ölçeğinde ebeveynlerinden daha yüksek puanlama yapmışlar ve bu yükseklik istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (*p: 0.007*), (Tablo 29).

Tablo 29. Anne ve Babaların Doldurduğu Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Çocuk ve Ergenlerin Doldurduğu Yaşam Kalitesi Ölçeği Değişkenlerinin Ortalama Dağılımlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Hasta Grubu		Kontrol Grubu		Hasta Grubu için <i>p</i>	Kontrol Grubu için <i>p</i>
	Ebeveyn (ort±SS)	Çocuk (ort±SS)	Ebeveyn (ort±SS)	Çocuk (ort±SS)		
FSTP	69.1±20.1	73.2±17.6	82.2±14.8	79.6±15.3	0.06	0.251
DİP	64.9±19.5	66.3±19.6	79.6±15.5	77.7±16.1	0.559	0.438
SİP	72.5±17.7	77.1±16.6	86.4±14.7	92.2±10.0	0.044	0.007
OİP	52.7±18.6	59.8±19.7	81.1±16.3	78.6±15.0	<0.001	0.170
PSTP	63.4±13.3	67.6±13.5	82.3±2.8	82.9±11.1	0.014	0.696
ÖTP	65.5±13.8	70.2±14.0	82.4±12.0	82.0±11.0	0.005	0.807

FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı,
DİP: Duygusal İşlevsellik Puanı,
SİP: Sosyal İşlevsellik Puanı,
OİP: Okul İşlevselliği Puanı,
PSTP: Psikososyal Sağlık Toplam Puanı,
ÖTP: Ölçek Toplam Puanı

DEHB grubunda yaşam kalitesi ölçeklerinde ebeveyn bildirimleri ile çocuk ve ergen bildirimleri arasındaki farkın sosyal beceri düzeyi ile ilişkisini değerlendirmek için DEHB grubu sosyal beceri düzeyi ‘bozulmuş’ ve ‘bozulmamış’ olanlar şeklinde iki gruba ayrılarak her bir grubun bu farklılığa etkisi student t testi ile değerlendirilmiştir. Sosyal beceri düzeyi bozulmamış olan grupta anlamlı bir farklılık tespit edilmemişken, sosyal beceri düzeyi bozulmuş olan grupta duygusal işlevsellik alt ölçeği arasındaki fark dışında tüm alt ölçek farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 30).

Tablo 30. DEHB Grubunda Sosyal Beceri Düzeyinin Anne ve Babaların Doldurduğu Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Çocuk ve Ergenlerin Kendilerinin Doldurduğu Yaşam Kalitesi Ölçeği Değişkenlerinin Ortalama Dağılımları ile Karşılaştırılması

Değişkenler	Sosyal Beceri Düzeyi Bozulmamış		Sosyal Beceri Düzeyi Bozulmuş		Bozulmamış için p	Bozulmuş için p
	Ebeveyn (ort±SS)	Çocuk (ort±SS)	Ebeveyn (ort±SS)	Çocuk (ort±SS)		
FSTP	75.1±19.5	77.4±15.5	63.1±19.2	69.0±18.8	0.527	0.020
DİP	71.4±14.8	71.0±12.2	58.4±21.6	61.5±24.2	0.929	0.355
SİP	79.0±15.7	79.8±13.6	66.0±17.4	74.3±19.0	0.777	0.020
OİP	61.8±16.4	65.0±16.3	43.5±16.1	54.6±21.6	0.158	0.001
PSTP	70.6±11.3	71.8±10.4	56.1±11.2	63.3±15.0	0.589	0.006
ÖTP	72.4±12.1	74.5±11.1	58.6±11.9	65.9±15.4	0.380	0.002

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu,

FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı,

DİP: Duygusal İşlevsellik Puanı,

SİP: Sosyal İşlevsellik Puanı,

OİP: Okul İşlevselliği Puanı,

PSTP: Psikososyal Sağlık Toplam Puanı,

ÖTP: Ölçek Toplam Puanı

Araştırmanın bir diğer amacı sosyal beceri düzeyi ile yaşam kalitesi bağımlı değişkenleri arasında bir ilişkinin olup olmadığını saptamaktır. Bu amaçla anne babaların doldurduğu yaşam kalitesi alt ölçek ortalama dağılımları esas alınarak gruplar arasında sosyal beceri düzeyi ‘bozulmamış’ ve ‘bozulmuş’ değişkenleri ile karşılaştırıldı. Sosyal beceri düzeyi bozulmuş DEHB’li çocukların yaşam kalitesi tüm alt ölçek skorlarının, sosyal beceri düzeyi bozulmamış DEHB’li çocuklardan daha düşük olduğu tespit edilmiş ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Kontrol grubunda ise sosyal beceri düzeyi bozukluğunun sadece yaşam kalitesi okul işlevselliği alt ölçek puanında düşüklüğe sebep olduğu bulunmuştur. (Tablo 31).

Tablo 31. Sosyal Beceri Düzeyleri ile Anne- Baba Yaşam Kalitesi Alt Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

İlişkili Değişkenler	Sosyal Beceri Düzeyi Bozulmamış		Sosyal Beceri Düzeyi Bozulmuş		Hasta grubu için P	Kontrol grubu için P
	Hasta (Ort±SS)	Kontrol (Ort±SS)	Hasta (Ort±SS)	Kontrol (Ort±SS)		
FSTP	75,19±19,55	82.6±15.2	63,18±19,28	78.6±10.7	0,016	0.540
DİP	71,40±14,87	80.0±16.1	58,43±21,60	76.7±8.7	0,007	0.623
SİP	79,06±15,78	86.7±15.1	66,09±17,40	83.3±11.6	0,003	0.591
OİP	61,87±16,44	83.1±15.9	43,59±16,17	63.3±17.5	<0,001	0.004
PSTP	70,67±11,30	83.2±13.2	56,14±11,20	74.4±2.0	<0,001	0.112
ÖTP	72,49±12,14	83.1±12.4	58,65±11,90	75.9±3.1	<0,001	0.163

FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı,
DİP: Duygusal İşlevsellik Puanı,
SİP: Sosyal İşlevsellik Puanı,
OİP: Okul İşlevselliği Puanı,
PSTP: Psikososyal Sağlık Toplam Puanı,
ÖTP: Ölçek Toplam Puanı

Sosyal beceri düzeyi bozukluğunun yaşam kalitesi alt ölçek puanlarına etkisinden yola çıkılarak hasta ve kontrol grubunda sosyal cevaplılık ölçeği puanları ile anne babanın doldurduğu yaşam kalitesi alt ölçek puanları arasındaki ilişki korelasyon analizleri ile değerlendirilmiştir. Sosyal cevaplılık ölçeği puanları ile anne babanın doldurduğu yaşam kalitesi tüm alt ölçek puanları arasında negatif korelasyon olduğu tespit edilmiştir. DEHB grubunda sosyal cevaplılık ölçeği puanı ile ebeveyn yaşam kalitesi sosyal işlevsellik ve psikososyal sağlık toplam alt ölçek puanları ve ölçek toplam puanı arasında güçlü bir negatif korelasyon olduğu bulunmuştur (*sırasıyla r değerleri; -0.528, -0.635, -0.571*). Kontrol grubunda ise sosyal cevaplılık ölçeği puanı ile ebeveyn yaşam kalitesi okul işlevselliği alt ölçek puanı ve ölçek toplam puanı arasında güçlü bir negatif korelasyon olduğu tespit edilmiştir (*sırasıyla r değerleri ; -0.511, -0.537*), (Tablo 32).

Tablo 32. Sosyal Cevaplılık Ölçeği Puanları ile Anne Babanın Doldurduğu Yaşam Kalitesi Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

Değişkenler	Hasta Grubu SCÖ Puanı		Kontrol Grubu SCÖ Puanı	
	r	p	r	P
Fiziksel Sağlık Toplam Puanı	-0.329	0.008	-0.436	0.001
Duygusal İşlevsellik Puanı	-0.419	0.001	-0.334	0.01
Sosyal İşlevsellik Puanı	-0.528	<0.001	-0.339	0.009
Okul İşlevselliği Puanı	-0.429	<0.001	-0.511	<0.001
Psikososyal Sağlık Toplam Puanı	-0.635	<0.001	-0.478	<0.001
Ölçek Toplam Puanı	-0.571	<0.001	-0.537	<0.001

Araştırmanın son amacı DEHB grubundaki çocuk ve ergenlerin sosyal beceri düzeylerini öngörmeye yönelik prediktörleri saptamaktır. DEHB grubunda anne eğitim yılı, baba eğitim yılı, aylık gelir, okul öncesi eğitim süresi ve cümle kurma yaşı (ay olarak) değişkenlerinin regresyon modelleri oluşturularak multivaryans lojistik regresyon analizi uygulandı. Analiz sonucunda, bu beş değişkenden okul öncesi eğitim süresinin yüksek oluşunun anlamlı bulunduğu saptandı ($p=0.013$), (Tablo 33).

Tablo 33. DEHB Grubuna Ait Sosyal Beceri Düzeyi Prediktörleri

Değişkenler	95%CI	p
Anne eğitim yılı	0.78-1.20	0.823
Baba eğitim yılı	0.82-1.21	0.974
Aylık gelir	0.99-1.00	0.464
Okul öncesi eğitim süresi (yıl olarak)	0.06-0.72	0.013
Cümle kurma yaşı (ay olarak)	0.90-1.05	0.589

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada DEHB'li çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesi ve sosyal beceri düzeylerinin sağlıklı yaşlıları ile karşılaştırılması amaçlanmıştır. Bu amaçla DEHB tanısı konulan 54 erkek 10 kız toplam 64 çocuk ve ergen ile herhangi bir fiziksel ve ruhsal bozukluğu bulunmayan 49 erkek 10 kız toplam 59 çocuk ve ergen çalışmaya kabul edilerek, hasta ve kontrol grubu başlıkları altında iki grup oluşturulmuştur (Tablo 1).

Öncelikle gruplar arasında tanımlayıcı bağımsız değişkenlerin dağılımı açısından bir farklılık olup olmadığı araştırılmıştır. Örneklemin kendisine ait tanımlayıcı yaş, cinsiyet ve eğitim durumu dağılımı açısından gruplar arasında benzerlik bulunduğu saptanmıştır (Tablo 1,2).

DEHB grubunda cinsiyet dağılımı 54 erkek ve 10 kız çocuk ve ergen şeklinde olup klinik çalışmalarda belirtilen 3-5:1 hatta 9:1 oranları ile benzerlik göstermektedir (Tablo 1). Kliniğe kızlar çoğunlukla dikkat problemleri, entelektüel zorluklar ve içselleştirici problemlerle yönlendirilirken, yıkıcı davranış problemleri ile daha az sıklıkla yönlendirilirler, erkekler ise çoğunlukla yıkıcı davranış problemleri ve hiperaktivite nedeniyle kliniğe yönlendirilmektedir (3, 4). Cinsiyet farkı, kızlarda eşlik eden davranış bozuklukları daha az görülmesi ve daha fazla oranda dikkat eksikliği alt tipinin bulunması nedeniyle kliniklere başvuru oranlarının erkeklerden daha az olmasına bağlanabilir (74).

Örneklemin kendisine ait tanımlayıcı değişkenlerden okul öncesi eğitim almaları açısından gruplar karşılaştırıldığında, DEHB'li çocuk ve ergenlerin sağlıklı yaşlılarına göre anlamlı düzeyde daha az okul öncesi eğitimi almış oldukları saptanmıştır (Tablo 3,4). Bu sonuç DEHB'li olan çocuk ve ergenlerin okul öncesi dönemde aşırı hareketli, yaşından beklenenden daha dikkatsiz olmaları ve sosyal beceri düzeylerindeki bozulma nedeni ile okul öncesi eğitim programlarına uyum sağlayamadıklarını, başlamış olsalar bile gelişen sorunlar nedeniyle anaokulu ortamından uzaklaştırılmış olmaları ile açıklanabilir. Ayrıca örnekleminde gruplar arasında annenin meslek durumunun ev hanımı olma oranı DEHB grubunda kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek idi, bu durumda DEHB'li bireylerin daha az okul öncesi eğitim almasına sebep olmuş olabilir.

Örneklemin anne-babasına ait tanımlayıcı değişkenlerden; anne ve babaların yaş ortalamaları, baba meslek dağılımı, madde kullanımları, anne ve babada ruhsal hastalık öyküsü değişkenleri açısından homojen dağılım gösterdikleri saptanmıştır (Tablo 5,9,10,11,12).

Örneklemin DEHB’li çocuk ve ergenlerin anne babalarının eğitim düzeylerinin, sağlıklı çocuk ve ergenlerin anne babalarının eğitim düzeylerinden anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 6,7). Ayrıca DEHB’li grupta annelerin %82.8’i ev hanımı iken bu oran kontrol grubunda %49.2 olarak saptanmıştır (Tablo 8). Örnekleminde DEHB olan çocuk ve ergenlerin annelerinin çalışmıyor olması lehine olan bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Johnston ve arkadaşlarının DEHB olan çocukların ebeveynlerinin eğitim, çalışma durumu ve gelir düzeyini inceledikleri gözden geçirme çalışmasında da benzer bulgular olduğu izlenmektedir (163). Sonuçlarımız literatür ile uyumlu olsa da bu bulguyu genellemek için geniş örneklemlerle farklı bölgelerden yapılacak çalışmalara gereksinim olduğu, verilerimizin hastanemize başvuran kesitsel bir grubu temsil ettiği düşünülmüştür.

Örneklemin kardeşlerine ve ailesine ilişkin tanımlayıcı değişkenlerinden kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk oldukları, aile yapısı, konut durumu ve çocuk odasına sahip olma değişkenleri açısından gruplar arasında bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 13,14).

Örneklemin aylık gelir düzeyi dağılımı gruplar arasında karşılaştırıldığında ise, DEHB’li grubun % 7.8’inin, kontrol grubunun ise %23.7’sinin ailelerinin aylık gelir düzeyinin yüksek gelir düzeyinde olduğu tespit edilmiştir (Tablo 14). DEHB ile sosyoekonomik sınıf arasındaki ilişki her ne kadar tam olarak açıklanamamış olsa da çalışmamızdaki bu sonuçlar genel olarak literatürle uyumludur (32, 163). DEHB’li grubun aylık gelir düzeyinin düşük olmasının hem DEHB’li çocuğa yönelik anne babanın tedavi arama şanslarını, bozuklukla baş etme şanslarını azaltabilen yönüyle anne babaya, benlik saygısını etkileyebildiği için DEHB’li çocuğa bakan yanları vardır.

Örneklemindeki çocuk ve ergenlerin gelişimsel özellikleri değişkenleri ile ilgili olarak doğum öyküleri (doğumun zamanı, şekli, doğum ağırlığı), anne sütü alma süreleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık

saptanmamıştır (Tablo 15,16). Örneklemimizde çocuk ve ergenlerin anne sütü alma sürelerinin ortalaması DEHB grubunda $14,3\pm10,2$ ay iken, kontrol grubunda $11,3\pm7,4$ ay olarak saptanmıştır (Tablo 16). Genel olarak yazında DEHB olan çocukların ortalama emzirilme süresi sağlıklı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde kısa olduğu belirtilmiştir (65, 164). Literatürle uyumlu olmayan bu sonucun örneklem büyüklüğü ve kontrol grubu annelerinin daha yüksek oranlarda çalışıyor olmaları ile açıklanabileceği düşünülmüştür.

Örneklemdeki çocuk ve ergenlerin nörogelişimsel basamaklarını değerlendirmek amacıyla yürüme, tek kelime söyleme, cümle kurma, tuvalet eğitimini tamamlama yaşları karşılaştırıldığında DEHB'li grubun anlamlı olarak bu becerileri daha geç edindiği saptanmıştır (Tablo 17). Literatür incelendiğinde erken dönemde motor, konuşma ve dil kazanımındaki gecikmelerin DEHB ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir (165).

Örneklemde DEHB tanısı konulan çocuk ve ergenlerin % 60.9'unun bileşik alt tip, %31.3.'ünün dikkatsizliğin baskın olduğu alt tip, %7.8'inin ise hiperaktivite/impulsivitenin baskın olduğu alt tiplerinin tanı ölçütlerini karşıladığı bulunmuştur (Tablo 18). Ayrıca DEHB tanısı konulan çocuk ve ergenlerin DEHB alt tiplerinin cinsiyete göre dağılımı arasında fark saptanmamış, her iki cinsiyette de bileşik alt tip daha sık görülmüştür (Tablo 19). Son zamanlarda yapılan araştırmaların çoğunda DEHB dikkat eksikliği baskın tipin diğer alt tiplere oranla daha sık görüldüğü; dikkat eksikliği baskın tipi sırasıyla DEHB birleşik tip ve DEHB hiperaktivite-impulsivite baskın tipin izlediği saptanmıştır (29). DEHB epidemiyolojisi ile ilgili yapılan bir meta analiz çalışmasında da; hiperaktivite-impulsivite baskın tip sıklığının okul öncesi dönem sonrasında azaldığı ancak dikkat eksikliği baskın tip sıklığının arttığı ve alt tipler arasında birbirine geçiş olabileceği bildirilmiştir (27). Bu bilgiler göz önünde bulundurulduğunda örneklemimizde bileşik alt tipin baskın olmasının; örneklem büyüklüğü, DEHB'li grubu oluşturan çocukların yaş ortalaması ve ebeveynleri kliniğe getiren sebebin daha çok yıkıcı davranış sorunları, hiperaktivite olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

DEHB grubunda eş tanıların dağılımı değerlendirildiğinde hastaların %56'sında eş tanı olduğu ve sırasıyla en sık görülen komorbid bozuklukların; karşıt olma karşı gelme bozukluğu (%13), anksiyete bozukluğu (%11.4), davranım

bozukluğu (%8.2) ve karşıt olma karşı gelme bozukluğu + davranım bozukluğu (%6.6) olduğu saptanmıştır (Tablo 20). Kadesjö ve Gilberg'in normal toplum örnekleminde yaptığı bir izlem çalışmasında tanı ölçütlerini karşılayan DEHB'li çocukların %87'sinde eş tanı görülmüştür, ayrıca eşik altı DEHB belirtileri olan çocuklarda da eş tanı eşik altı belirtileri de olmayan çocuklardan daha fazla saptanmıştır (87).

Örneklemin her iki grubundaki çocuk ve ergenlere uygulanan WISC-R zeka testi sonuçlarının 'sözel alt puanı, performans alt puanı ve WISC-R toplam puanı' ortalamalarının karşılaştırılmasında, her iki grubun sonuçlarının birbirine benzer olduğu görülmüştür (Tablo 21). Zeka düzeylerinin dağılımının benzer oluşu uygulanan ölçeklerin değerlendirilmesinde güvenilirliği artırıcı yönde olarak yorumlanmıştır.

Örnekleminde sosyal beceri düzeylerini değerlendirmek için kullanılan Sosyal Cevaplılık Ölçeği sonuçları ölçeğin doğasında bulunan 3 alt değişkenle 'bozulmamış (0-59 arasında puan alanlar), hafif-orta düzeyde bozulmuş (60-80 arasında puan alanlar) ve ağır düzeyde bozulmuş (80'in üzerinde puan alanlar)' olarak tanımlanmış ve dağılımları karşılaştırılmıştır. Buna göre DEHB'li çocuk ve ergenlerin %50.0'nın sosyal becerisi bozulmamış, %31.3'ünün hafif-orta düzeyde bozulmuş, %18.7'sinin ağır düzeyde bozulmuş olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerin %89.8'inin sosyal becerisi bozulmamış, %10.2'si hafif-orta düzeyde bozulmuş olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda sosyal becerisi ağır düzeyde bozulan olguya rastlanmamıştır (Tablo 23). Gruplar arasında karşılaştırmanın yapılabilmesi için sosyal beceri düzeyi bağımlı değişkeni 'bozulmamış' ve 'bozulmuş' şeklinde tanımlanıp sosyal becerisi hafif ve orta düzeyde bozulanlar ile ağır düzeyde bozulanlar 'bozulmuş' grubunda değerlendirilmiştir. Buna göre DEHB'li gruptaki çocuk ve ergenlerin %50'sinde sosyal becerilerinde bozulma görülürken bu oran kontrol grubunda %10.2 olarak bulunmuştur (Tablo 24).

Literatürde DEHB olan çocuk ve ergenlerde sosyal cevaplılığı, sosyal becerileri değerlendirmeye yönelik çalışmalar sınırlı sayıdadır. Ayaz ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptıkları DEHB'lilerde sosyal etkileşimi incelemeye yönelik yapılan bir çalışmada; DEHB tanılı çocuklar ile normal kontroller RMET ve SCÖ ile değerlendirilmiş 64 DEHB'li çocuk ve ergen ile 69 sağlıklı kontrol

karşılaştırılmıştır. DEHB’li grubun RMET’de düşük puan aldığı ve SCÖ’de anlamlı düzeyde normal kontrollerden farklı olduğu belirtilmiştir. Bu sonuç DEHB’lerin yüzlerdeki emosyon yorumlamada düşük becerilerinin olduğunu ve dikkat problemlerinin karşılıklı sosyal etkileşimde yetersizliğe yol açtığını vurgulamıştır (147).

Staikova ve arkadaşları tarafından 2013 yılında yapılan bir çalışmada 7-11 yaş arasında 28 DEHB’li çocuk ile 35 sağlıklı kontrol sosyal işlevsellikleri ve pragmatik dil becerileri açısından karşılaştırılmış; ebeveynlerin derecelendirdiği pragmatik dil becerilerinin DEHB’li bireylerde sosyal beceriler ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (166).

DEHB’li grupta sosyal beceri düzeyleri ile DEHB alt tipleri arasındaki dağılım karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 25). Sonuçlarımız literatürle uyumlu olsa da bu bulguyu genellemek için geniş örneklemler farklı bölgelerden yapılacak çalışmalara gereksinim olduğu düşünülmektedir (167)

DEHB’ye eşlik eden komorbid psikiyatrik bozukluk varlığının sosyal beceri düzeyine etkisini değerlendirmek için komorbid durumlar ‘ek tanı yok’ ‘ek tanı var’ şeklinde tanımlanmış ve karşılaştırılmıştır. Sosyal beceri düzeyi bozulmuş olan DEHB’li olguların %68.8’inde komorbid psikiyatrik bozukluğun olduğu saptanmıştır (Tablo 26). Nijmeijer ve arkadaşlarının 2008, Spencer ve arkadaşlarının 2006, Bagwell ve arkadaşlarının 2001 yılında yayınladıkları derlemelerde sosyal bozulmanın diğer önemli göstergelerinin davranım sorunları ve karşı gelme davranışlarının yer aldığı Davranım Bozukluğu (DB) ve Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB) olduğu, KOKGB ya da DB tanısı konulan durumlarda DEHB’ye daha ağır sosyal yetersizlikler eşlik ettiği belirtilmiştir (142, 144, 167).

Bu bilgiler göz önünde bulundurulduğunda DEHB’li çocuk ve ergenlerin sosyal becerilerinin etkilendiği, karşılaştırıldıkları kontrol grubuna göre bu etkilenmenin anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Örneklemimizin sonuçları literatürle uyumlu bulunmuştur.

Bu çalışmada yaşam kalitesi çocuklarda sağlıkla ilgili bir genel yaşam kalitesi ölçeği olan ÇİYKÖ kullanılarak değerlendirilmiştir. Bu ölçeğin hazırlayıcısı olan Varni, 2006 yılında yayınlanan bir çalışmada, DEHB’li grupta bu ölçeği kullanmış ve kronik hastalıklı çocuklar ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırmıştır

(19). Bu amaçla 5- 16 yaş grubu toplam 72 DEHB’li çocuğun sonuçlarını analiz etmiş, sonuçları kronik bozukluğa sahip çocuklar ve sağlıklı yaşlıları ile karşılaştırılmıştır. Sonuç olarak DEHB’li çocukların psikososyal işlevselliğindeki bozulmanın yeni tanı konmuş kanserli çocuklar ve serebral palsili çocuklarla karşılaştırılabilir düzeylerde olduğu, sağlıklı çocuklardan anlamlı düzeylerde düşük bulunduğunu bildirmiştir. DEHB’nin kronik diğer hastalıklar kadar çocukların yaşam kalitesini etkilediğine vurgu yapmış, kronik bir bozukluk olan DEHB’de yaşam kalitesinin değerlendirilmesinin öneminin altını çizmiştir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin DEHB’li çocuklarda yerel, bölgesel, ulusal düzeyde değerlendirilmesinin ve sonuçlarına göre müdahalelerin yapılmasının gerekliliğine işaret etmiştir (19).

Bizim çalışmamızın planlanmasında ise DEHB’li grup yalnızca sağlıklı yaşlıları ile karşılaştırılmış, anne-babaların ve çocuk-ergenlerin doldurdukları formlar ayrı ayrı analiz edilmiştir. Yaşam kalitesi alt ölçekleri “fiziksel sağlık toplam puanı, duygusal işlevsellik puanı, sosyal işlevsellik puanı, okul işlevselliği puanı, psikososyal sağlık toplam puanı ve ölçek toplam puanı” değişkenleri ile tanımlanmış, her değişkenin aritmetik ortalaması saptanarak elde edilen ortalamalar gruplar arasında karşılaştırılmıştır. DEHB’li gruptaki çocuk ve ergenlerin anne-babalarının çocukları hakkında doldurdukları yaşam kalitesi tüm alt ölçek puanlarındaki düşüklük, kontrol grubundaki sonuçlar ile karşılaştırıldığında fiziksel sağlık toplam puanı dışındaki değişkenler için istatistiksel düzeyde anlamlı bulunmuştur (Tablo 27). Ayrıca DEHB’li gruptaki çocuk ve ergenlerin kendilerinin doldurdukları yaşam kalitesi ölçek puanlarındaki düşüklük, kontrol grubundaki sonuçlar ile karşılaştırıldığında FSTP dışındaki değişkenler için istatistiksel düzeyde anlamlı bulunmuştur (Tablo 28).

2005 yılında yayınlanan Escobar ve arkadaşlarının yaptıkları 6-12 yaş arası 124 DEHB, 93 astım ve 120 sağlıklı çocuğun dahil edildiği bir çalışmada CHQ ölçeği kullanılmıştır. Bu çalışmada DEHB grubunun astım grubu ile karşılaştırıldığında azalmış psikososyal fonksiyon gösterdiği, sağlıklı grupla karşılaştırıldığında ise hem psikososyal hem de fiziksel fonksiyonlarda azalma görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır (119).

2010 yılında Üneri ve arkadaşlarının 8-12 yaş arası DEHB ve sağlıklı bireylerde yaptıkları bir çalışmada DEHB grubunda ÇİYKÖ’nin ebeveyn formlarının

tüm alt skorlarında ve çocuk formlarının total puan ve psikososyal sağlık alt puan skorlarının sağlıklı kontrollerden belirgin olarak daha düşük olduğu bulunmuştur (117).

Kandemir ve arkadaşlarının 2014 yılında yayınlanan bir çalışmasında 7-16 yaş arasındaki 76 DEHB ve 59 sağlıklı birey ÇİYKÖ kullanılarak değerlendirilmiştir. DEHB hastalarında ÇİYKÖ-çocuk formunun psikososyal alt skorları ve total skorların kontrol grubundan anlamlı derecede düşük olduğu belirtilmiştir (118) .

Sawyer ve arkadaşları, 2002 yılında yayınlanan bir çalışmalarında, yaşları 6-17 arasında değişen ve DEHB, major depresif bozukluk ya da davranım bozukluğu bulunan 3 ayrı gruba ve herhangi bir bozukluğu bulunmayan çocuklara HRQL ölçeği uygulamışlardır. Yaş, cinsiyet, aile yapısı ve ruhsal bozukluk değişkenleri kontrol edilerek yapılan karşılaştırmalar sonucunda, herhangi bir ruhsal bozukluğu bulunmayan çocuklara göre 3 gruba ait çocukların ölçek puanları düşük bulunmuştur. Adı geçen üç bozukluktan birine sahip çocukların anne-babaları, herhangi bir ruhsal bozukluğu bulunmayan çocukların anne-babalarından daha olumsuz geri bildirimde bulunmuşlardır. Sonuç olarak ruhsal bozukluğa sahip çocuk ve ergenleri yaşamın herhangi bir alanında yardıma ve desteğe ihtiyaç duymaktadır. Buna yönelik müdahaleler çocukların yaşam kalitesini artırabilecektir sonucuna vurgu yapılmıştır (11).

Sonuç olarak çalışmalar DEHB' nin sağlıklı bireylere göre yaşam kalitesinde anlamlı olarak düşüklüğe sebep olmasının yanı sıra çocuk ve ergenlerde günlük yaşamın birçok yönünde duygusal, sosyal, akademik işlevsellikte bozulmayla ilişkili olduğunu desteklemektedir. Bu bilgiler göz önünde bulundurulduğunda çalışmamızın sonuçları literatürle uyumlu olarak bulunmuştur.

Örneklemdaki anne ve babaların doldurduğu yaşam kalitesi ölçeği ve çocuk ve ergenlerin kendilerinin doldurduğu yaşam kalitesi ölçeği değişkenlerinin ortalama dağılımları hasta ve kontrol grubunda ayrı ayrı analiz edilerek karşılaştırılmıştır (Tablo 29). DEHB grubunda çocuk ve ergenlerin sosyal işlevsellik, okul işlevselliği, psikososyal sağlık toplam ve ölçek toplam puanlarında ebeveynlerinden daha yüksek puanlama yaptıkları tespit edilmiştir. Kontrol grubunda ise çocuk ve ergenler sosyal işlevsellik alt ölçeğinde ebeveynlerinden daha yüksek puanlama yapmışlar ve bu yükseklik istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 29). Bu duruma çocukların

hastalıklarını algılamaları ya da tedavi etkinliğini değerlendirmelerinin ebeveynlerinden farklı olması yol açıyor olabilir. DEHB’li çocuk ve ergenler de anne babanın duygusal değerlendirmeleri üzerine olumsuz etki ediyor olabilir. Literatürde paralel formlarda anne-baba ve çocuklar arasında fiziksel işlevsellik değerlendirmesinde yüksek bir uyumun olduğu, ancak sosyal ve duygusal işlevsellik alanında daha düşük bir uyumun olduğu görülmüştür (105).

DEHB grubunda yaşam kalitesi ölçeklerinde ebeveyn bildirimleri ile çocuk ve ergen bildirimleri arasındaki farkın sosyal beceri düzeyi ile ilişkisini değerlendirmek için DEHB grubu sosyal beceri düzeyi ‘bozulmuş’ ve ‘bozulmamış’ olanlar şeklinde iki gruba ayrılarak her bir grubun bu farklılığa etkisi değerlendirilmiştir. Sosyal beceri düzeyi bozulmamış olan grupta ebeveyn bildirimleri ile çocuk ve ergen bildirimleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemişken, sosyal beceri düzeyi bozulmuş olan grupta duygusal işlevsellik alt ölçeği dışında tüm alt ölçeklerde çocukların ebeveynlerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek puanlama yaptıkları tespit edilmiştir (Tablo 30). Klassen ve arkadaşlarının çalışmasında DEHB’nin tedavisi ile değişen parametreler araştırılmıştır. Semptomlarda azalma, işlevsellikte artma, kendilik algısında ve yakın ilişkilerinde iyilik-halinde artma gibi değişen parametreler hem çocuk hem anne babalarına 50 maddeden oluşan CHQ ile HRQL ölçeği uygulanarak değerlendirilmiştir. Sonuç olarak DEHB’li çocukların anne-babalarının geri bildirimleri ölçek alt puanlarının hepsinde çocuklarıkinden düşük bulunmuştur. DEHB’li çocukların anne-babalarının duygusal-davranışsal rollerde, davranış, iyilik hali ve benlik saygısı parametrelerinde çocukların daha kötü bildirdikleri saptanmıştır. DEHB anne babanın da duygusal değerlendirmeleri üzerine olumsuz etki ediyor olabileceğine, bu konuda aile içi aktivitelerin artırılması ve aile içi uyumun artırılmasına yönelik müdahalelerin sonuçları olumlu etkileyebileceğine vurgu yapılmıştır (15).

Çalışmamızın sonucu doğrultusunda DEHB’li bireylerde yaşam kalitesi ölçeği ebeveyn bildirimleri ile çocuk- ergen bildirimleri arasındaki farkın sosyal beceri düzeyindeki bozulmayla ilişkili olabileceği söylenebilir. Bu farklılığın tespit edildiği DEHB’li bireylerde sosyal beceri düzeylerinin ayrıntılı değerlendirilmesi ve tedavi planları arasında sosyal beceri eğitime yer verilmesi bireye özgü tedavi

modelinin geliştirilmesine olanak sağlayabilir. Bu bulguyu genellemek için geniş örneklemlili farklı bölgelerden yapılacak çalışmalara gereksinim olduğu düşünülmüştür.

Çalışmanın bir diğer amacı yaşam kalitesi ile sosyal beceri değişkenleri arasında bir ilişkinin olup olmadığını araştırmaktır. Bu amaçla anne babaların doldurdukları yaşam kalitesi ölçek puan ortalamaları sosyal beceri düzeyi ‘bozulmamış’ ve ‘bozulmuş’ değişkenleri ile karşılaştırılmıştır. Sonuç olarak sosyal beceri düzeyi bozulmuş DEHB’ li çocukların yaşam kalitesi tüm alt ölçek skorlarının, sosyal beceri düzeyi bozulmamış DEHB’li çocuklardan daha düşük olduğu tespit edilmiş ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 31). Klassen ve arkadaşlarının 2006 yılında yayınladıkları çalışmalarında yaşam kalitesini etkileyen potansiyel prediktör olarak psikostimulan kullanım varlığı gösterilmiştir (15). 2007 yılında yayınlanan başka bir çalışmada metilfenidat tedavisinin yaşam kalitesi ölçeğinde özellikle psikososyal alt ölçek puanlarında yükselmeye ilişkin yaşam kalitesini etkilediği belirtilmiştir (16). 35 DEHB ve 14 kontrol grubunun olduğu başka bir çalışmada, DEHB grubuna on iki seans sosyal beceri eğitimi verilmiştir. Çalışmada DEHB için en iyi tedavi yönteminin sosyal beceri eğitimi, ebeveyn eğitimi ve stimulan ilaçların kombinasyonu olduğu belirtilmiştir (148). Buradan şu sonuç çıkarılabilir DEHB’deki sosyal beceri yetersizlikleri yaşam kalitesi parametrelerini etkileyebilmektedir. Bu nedende kronik bir bozukluk olan DEHB’de yaşam kalitesini artırmaya yönelik müdahaleler arasında sosyal beceri düzeylerinin de ele alınması ve sosyal beceri eğitimlerinin tedavi planı içerisinde yer almasının önemi dikkat çekmektedir.

Çalışmamızda son olarak DEHB grubunda sosyal beceri düzeyinin prediktörleri araştırılmıştır. Anne eğitim yılı, babanın eğitim yılı, aylık gelir düzeyi, okul öncesi eğitim süresi ve cümle kurma yaşı değişkenlerinden oluşturulan regresyon modelinde, yalnızca okul öncesi eğitim süresinin sosyal beceri düzeyini belirlediği saptanmıştır (Tablo 33). Buna göre daha uzun süre okul öncesi eğitim almış DEHB’li çocuk ve ergenlerin sosyal becerilerinin okul öncesi eğitimi daha az alanlara göre 2 kat daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Literatürde okul öncesi eğitimin sosyal becerilerdeki yetersizlikleri ve davranış problemleri nedeniyle kabul görmeyen çocukların ilerde yaşayacakları sorunları azalttığı saptanmıştır (168, 169).

Bu bilgiler ışığında DEHB’de okul öncesi dönemde tanı, erken ebeveyn eğitimi, erken okul müdahalesi ve erken sosyal beceri eğitiminin ilerleyen yaşlarda DEHB’li bireylerde yaşam kalitesini artırıcı etkisi olduğu sonucuna ulaşılabilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuçlar

1. Kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerin okul öncesi eğitim alma süreleri DEHB grubundaki çocuk ve ergenlerden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.
2. Gruplar arasında anne ve babaların yaş ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadığı ancak kontrol grubunda hem anneler hem de babaların anlamlı oranda daha fazla eğitim gördüğü bulunmuştur.
3. Kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerin annelerinin çalışıyor olması, DEHB'li çocuk ve ergenlerin annelerinin durumu ile karşılaştırıldığında anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.
4. Her iki gruptaki çocuk ve ergenlerin doğum sırası ortalaması ve kardeş sayısı ortalaması değişkenleri açısından birbirine benzer oldukları saptanmıştır.
5. Her iki gruptaki çocuk ve ergenlerin anne sütü alma süreleri açısından birbirlerinden farklı olmadığı bulunmuştur.
6. DEHB'li çocukların yürüme, tek kelime söyleme, cümle kurmaya başlama, sfinkter kontrolü sağlama yaşları kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anlamlı olarak daha geç bulunmuştur.
7. DEHB'li çocuk ve ergenlerin %60.9'u bileşik alt tip, %31.3.0'ü dikkatsizliğin baskın olduğu alt tip, %7.8'i ise hiperaktivite/impulsivitenin baskın olduğu alt tiplerinin tanı ölçütlerini karşılıyor olarak bulunmuştur.
8. Grupların WISC-R zeka testi puanlarının dağılımlarının birbirine benzer olduğu görülmüştür.
9. DEHB grubu ile kontrol grubu anne babaların doldurdıkları 'yaşam kalitesi' değişkeni açısından karşılaştırıldığında çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği değerlendirme sonuçlarına göre DEHB'li çocukların yaşamlarının tüm alanlarında (fiziksel sağlık, sosyal işlevsellik, duygusal işlevsellik, okul işlevselliği) düşük yaşam kalitesine sahip oldukları bulunmuştur.

10. DEHB grubu ile kontrol grubu çocuk ve ergenlerin doldurdıkları ‘yaşam kalitesi’ değişkeni açısından karşılaştırıldığında çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği değerlendirme sonuçlarına göre DEHB’li çocukların yaşamlarının sosyal işlevsellik, duygusal işlevsellik, okul işlevselliği alanlarında düşük yaşam kalitesine sahip oldukları, fiziksel sağlık alanında kontrol grubu ile benzer sonuçlar bulunmuştur.
11. DEHB’li grup ile kontrol grubu ‘sosyal beceri’ değişkeni açısından karşılaştırıldığında DEHB’li grupta sosyal becerileri anlamlı düzeyde bozulmuş bulunmuştur.
12. DEHB grubunda; sosyal beceri düzeyleri ile DEHB alt tipleri arasındaki dağılım karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.
13. Sosyal beceri düzeyi bozulmuş olan DEHB’li olguların %68.8’inde komorbid psikiyatrik bozukluğun olduğu saptanmıştır.
14. Sosyal beceri düzeyi bozulmuş DEHB’li çocukların yaşam kalitesi tüm alt ölçek skorlarının, sosyal beceri düzeyi bozulmamış DEHB’li çocuklardan daha düşük olduğu tespit edilmiştir.
15. Kontrol grubunda ise sosyal beceri düzeyi bozukluğunun sadece yaşam kalitesi okul işlevselliği alt ölçek puanında düşüklüğe sebep olduğu bulunmuştur.
16. Anne babaların doldurdıkları çocuklar için yaşam kalitesi ölçek puanları ile sosyal cevaplılık ölçeği puanları karşılaştırıldığında sosyal beceri düzeylerindeki bozukluğun şiddeti arttıkça yaşam kalitesinin her alanda azaldığı tespit edilmiştir.
17. DEHB’li çocuk ve ergenlerde sosyal beceri prediktörü olarak okul öncesi eğitim alma süresinin yüksekliği bulunmuştur.

Öneriler

1. Çalışmaya tanısı konmuş ancak tedavisi henüz planlanmış aşamada çocuk ve ergenin sosyal beceri düzeyleri ve yaşam kalitesi değerlendirildiği için tedavi ile bu değişkenlerdeki değişiklikler tespit edilememiştir. Tedavi süreciyle birlikte bu değişkenlerin hangi boyutta sürdüğünün araştırılması ileriye dönük tedavinin takibinde yol gösterici olabilecektir.

2. Yaşam kalitesi değerlendirilmesinde anne babaların DEHB'li çocuklarını değerlendirmelerinin, çocuk-ergenlerin kendi değerlendirmelerinden farklı olması ileri çalışmalarla aydınlatılmalıdır. Belki bozukluğun anne baba duygulanımı ve başetmeleri üzerindeki olumsuz etkisi veya çalışmamızdaki gibi çocuklardaki sosyal beceri düzeyi bozuklukları nedeniyle bu sonuç gerçekleşiyor olabilir.
3. DEHB'ye sahip çocuk ve ergenin akademik, duygusal, sosyal gelişimini ve DEHB'nin ileriye dönük prognozunu olumlu yönde etkilemek için sosyal beceri eğitimlerinin de içeren tedavi modaliteleri uygulanmalıdır.
4. Klinik temelli yapılan çalışmalara göre daha farklı ve gerçekçi sonuçlar vermesi nedeniyle bu konu ile ilgili toplum temelli çalışmalara ihtiyaç vardır.

7. KAYNAKLAR

1. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4 th: text revision ed.). American Psychiatric Association, Washington, DC. 2000.
2. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American journal of psychiatry*. 2007;164(6):942-8.
3. Spetie L AE. Attention Deficit Hyperactivity Disorder Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
4. Gershon J, Gershon J. A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *Journal of attention disorders*. 2002;5(3):143-54.
5. Rapport LJ, Van Voorhis A, Tzelepis A, Friedman SR. Executive functioning in adult attention-deficit hyperactivity disorder. *The Clinical Neuropsychologist*. 2001;15(4):479-91.
6. Shaffer D. Attention deficit hyperactivity disorder in adults. *The American journal of psychiatry*. 1994;151(5):633.
7. Newcorn JH, Halperin JM, Schwartz S, Pascualvaca D, Wolf L, Schmeidler J, et al. Parent and teacher ratings of attention-deficit hyperactivity disorder symptoms: implications for case identification. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 1994;15(2):86-91.
8. Bussing R, Zima BT, Perwien AR. Self-esteem in special education children with ADHD: relationship to disorder characteristics and medication use. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2000;39(10):1260-9.
9. Bullinger M, Ravens-Sieberer U. General principles, methods and areas of application of quality of life research in children. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 1995;44(10):391-9.
10. Dolgun G. Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu Olan 8-12 Yaş Grubu Çocuklarda Yaşam Kalitesi Ölçeğinin (DE/HB_YKÖ) Geliştirilmesi. Doktora Tezi, stanbul Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. 2003:35-48.
11. Sawyer MG, Whaites L, Rey JM, Hazell PL, Graetz BW, Baghurst P. Health-related quality of life of children and adolescents with mental disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2002;41(5):530-7.

12. Deveaugh-Geiss J, Conners CK, Sarkis EH, Winner PK, Ginsberg LD, Hemphill JM, et al. GW320659 for the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2002;41(8):914-20.
13. Topolski TD, Edwards TC, Patrick DL, Varley P, Way ME, Buesching DP. Quality of life of adolescent males with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of attention disorders*. 2004;7(3):163-73.
14. Klassen AF, Miller A, Fine S. Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2004;114(5):e541-e7.
15. Klassen A, Miller A, Fine S. Agreement between parent and child report of quality of life in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child: care, health and development*. 2006;32(4):397-406.
16. Yang P, Hsu H-Y, Chiou S-S, Chao M-C. Health-related quality of life in methylphenidate-treated children with attention-deficit-hyperactivity disorder: results from a Taiwanese sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2007;41(12):998-1004.
17. Landgraf JM, Rich M, Rappaport L. Measuring quality of life in children with attention-deficit/hyperactivity disorder and their families: development and evaluation of a new tool. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2002;156(4):384-91.
18. Bastiaansen D, Koot HM, Ferdinand RF, Verhulst FC. Quality of life in children with psychiatric disorders: self-, parent, and clinician report. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2004;43(2):221-30.
19. Varni JW, Burwinkle TM. The PedsQL™ as a patient-reported outcome in children and adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: a population-based study. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2006;4(1):26.
20. Guralnick MJ. Early intervention for children with intellectual disabilities: Current knowledge and future prospects. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2005;18(4):313-24.
21. Weiss M WG. Attention deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatry: Lippincott Williams and Wilkins*; 2002.
22. Stubbe DE. Attention-deficit/hyperactivity disorder overview. Historical perspective, current controversies, and future directions. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. 2000;9(3):469-79, v.

23. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.
24. Organization WH. Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. 2009.
25. Polanczyk G, Rohde LA. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Current opinion in psychiatry*. 2007;20(4):386-92.
26. Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, Biederman J. The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition. *World psychiatry*. 2003;2(2):104-13.
27. Willcutt EG. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics*. 2012;9(3):490-9.
28. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2015;56(3):345-65.
29. Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological medicine*. 2006;36(02):159-65.
30. Cohen P, Cohen J, Kasen S, Velez CN, Hartmark C, Johnson J, et al. An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence—I. Age- and gender-specific prevalence. *Journal of child psychology and psychiatry*. 1993;34(6):851-67.
31. Skounti M, Philalithis A, Galanakis E. Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *European journal of pediatrics*. 2007;166(2):117-23.
32. Polanczyk G, Jensen P. Epidemiologic considerations in attention deficit hyperactivity disorder: a review and update. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. 2008;17(2):245-60.
33. Erşan EE, Doğan O, Doğan S, Sümer H. The distribution of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. *European child & adolescent psychiatry*. 2004;13(6):354-61.
34. Aktepe E, Demirci K, Çaliskan AM, Sönmez Y. Symptoms and diagnoses of patients referring to a child and adolescent psychiatry polyclinic. *Dusunen Adam*. 2010;23(2):100.

35. Ercan ES, Bilaç Ö, Özaslan TU, Ardic UA. Prevalence of Psychiatric Disorders Among Turkish Children: The Effects of Impairment and Sociodemographic Correlates. *Child Psychiatry & Human Development*. 2016;47(1):35-42.
36. Mukaddes NM. Yaşam Boyu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Eşlik Eden Durumlar: Nobel Tıp Kitabevi 2015.
37. Zhang L, Chang S, Li Z, Zhang K, Du Y, Ott J, et al. ADHDgene: a genetic database for attention deficit hyperactivity disorder. *Nucleic acids research*. 2012;40(D1):D1003-D9.
38. Cortese S. The neurobiology and genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): what every clinician should know. *European journal of paediatric neurology*. 2012;16(5):422-33.
39. Tripp G, Wickens JR. Neurobiology of ADHD. *Neuropharmacology*. 2009;57(7):579-89.
40. Faraone SV, Doyle AE. The nature and heritability of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. 2001.
41. Faraone SV, Biederman J. Neurobiology of attention-deficit hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*. 1998;44(10):951-8.
42. Sherman DK, McGue MK, Iacono WG. Twin concordance for attention deficit hyperactivity disorder: a comparison of teachers' and mothers' reports. *American Journal of Psychiatry*. 1997;154(4):532-5.
43. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, et al. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*. 2005;57(11):1313-23.
44. Van den Oord EJ, Boomsma DI, Verhulst FC. A study of problem behaviors in 10-to 15-year-old biologically related and unrelated international adoptees. *Behavior Genetics*. 1994;24(3):193-205.
45. Bacanlı A. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Etiyopatogenezi: Genetik. *Türkiye Klinikleri Journal of Child Psychiatry-Special Topics*. 2015;1(1):6-11.
46. Bobb AJ, Castellanos FX, Addington AM, Rapoport JL. Molecular genetic studies of ADHD: 1991 to 2004. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*. 2006;141(6):551-65.
47. Gizer IR, Ficks C, Waldman ID. Candidate gene studies of ADHD: a meta-analytic review. *Human genetics*. 2009;126(1):51-90.

48. Neale BM, Medland SE, Ripke S, Asherson P, Franke B, Lesch K-P, et al. Meta-analysis of genome-wide association studies of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2010;49(9):884-97.
49. Franke B, Neale BM, Faraone SV. Genome-wide association studies in ADHD. *Human genetics*. 2009;126(1):13-50.
50. Lasky-Su J, Neale BM, Franke B, Anney RJ, Zhou K, Maller JB, et al. Genome-wide association scan of quantitative traits for attention deficit hyperactivity disorder identifies novel associations and confirms candidate gene associations. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*. 2008;147(8):1345-54.
51. Taylor E, Sonuga-Barke E. Disorders of attention and activity. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, Fifth Edition*. 2009:519-42.
52. Tamm L, Barnea-Goraly N, Reiss AL. Diffusion tensor imaging reveals white matter abnormalities in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 2012;202(2):150-4.
53. Castellanos FX, Lee PP, Sharp W, Jeffries NO, Greenstein DK, Clasen LS, et al. Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Jama*. 2002;288(14):1740-8.
54. Castellanos FX, Giedd JN, Marsh WL, Hamburger SD, Vaituzis AC, Dickstein DP, et al. Quantitative brain magnetic resonance imaging in attention-deficit hyperactivity disorder. *Archives of general psychiatry*. 1996;53(7):607-16.
55. Castellanos FX, Giedd JN, Berquin PC, Walter JM, Sharp W, Tran T, et al. Quantitative brain magnetic resonance imaging in girls with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of general psychiatry*. 2001;58(3):289-95.
56. Gillberg C. ADHD and its many associated problems: Oxford University Press; 2014.
57. Bush G, Valera EM, Seidman LJ. Functional neuroimaging of attention-deficit/hyperactivity disorder: a review and suggested future directions. *Biological psychiatry*. 2005;57(11):1273-84.
58. Lee J-S, Cho S-C, Lee D-S. Methylphenidate increased regional cerebral blood flow in subjects with attention deficit/hyperactivity disorder. *Yonsei Medical Journal*. 2001;42(1):19-29.

59. Brown TE. Attention deficit disorder: The unfocused mind in children and adults: Yale University Press; 2006.
60. Cocchi L, Bramati IE, Zalesky A, Furukawa E, Fontenelle LF, Moll J, et al. Altered functional brain connectivity in a non-clinical sample of young adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Neuroscience*. 2012;32(49):17753-61.
61. Monastra VJ, Lubar JF, Linden M, VanDeusen P, Green G, Wing W, et al. Assessing attention deficit hyperactivity disorder via quantitative electroencephalography: an initial validation study. *Neuropsychology*. 1999;13(3):424.
62. Kovatchev B, Cox D, Hill R, Reeve R, Robeva R, Loboschewski T. A psychophysiological marker of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD)—Defining the EEG consistency index. *Applied psychophysiology and biofeedback*. 2001;26(2):127-40.
63. Thapar A, Fowler T, Rice F, Scourfield J, van den Bree M, Thomas H, et al. Maternal smoking during pregnancy and attention deficit hyperactivity disorder symptoms in offspring. *American Journal of Psychiatry*. 2003;160(11):1985-9.
64. Rodriguez A, Bohlin G. Are maternal smoking and stress during pregnancy related to ADHD symptoms in children? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2005;46(3):246-54.
65. Yorbık Ö, Kırmızıgül P, Demirkan S, Söhmen T. Breast Feeding Duration in Children with Attention deficit Hyperactivity Disorder. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi/Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health*. 2003;10(3):115-20.
66. Bhutta AT, Cleves MA, Casey PH, Cradock MM, Anand K. Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: a meta-analysis. *Jama*. 2002;288(6):728-37.
67. Levitt M. Toxic metals, preconception and early childhood development. *Social science information*. 1999;38(2):179-201.
68. Stevens SE, Sonuga-Barke EJ, Kreppner JM, Beckett C, Castle J, Colvert E, et al. Inattention/overactivity following early severe institutional deprivation: presentation and associations in early adolescence. *Journal of abnormal child psychology*. 2008;36(3):385-98.
69. Sonuga-Barke EJ, Daley D, Thompson M, Laver-Bradbury C, Weeks A. Parent-based therapies for preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized, controlled trial with a community sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2001;40(4):402-8.

70. Taylor E. Developmental neuropsychopathology of attention deficit and impulsiveness. *Development and Psychopathology*. 1999;11(03):607-28.
71. Ostrander R, Herman KC. Potential cognitive, parenting, and developmental mediators of the relationship between ADHD and depression. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2006;74(1):89.
72. Çetin F, Pehlivan Türk B, Ünal F, Uslu R, İşeri E, Türkbay T. Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı. İşeri E Cinsel istismar 1inci Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2008:470-7.
73. Pliszka S, Issues AWGoQ. 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):894-921.
74. Achenbach TM. Empirically based taxonomy: How to use syndromes and profile types derived from the CBCL/4-18, TRF, and YSR: University of Vermont, Department of Psychiatry; 1993.
75. Conners CK. A teacher rating scale for use in drug studies with children. *American journal of Psychiatry*. 1969;126(6):884-8.
76. Conners CK. Symptom patterns in hyperkinetic, neurotic, and normal children. *Child development*. 1970:667-82.
77. Pelham WE, Gnagy EM, Greenslade KE, Milich R. Teacher ratings of DSM-III-R symptoms for the disruptive behavior disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1992;31(2):210-8.
78. Turgay A. Çocuk ve ergenlerde davranım bozuklukları için DSM-IV'e dayalı tarama ve değerlendirme ölçeği (Yayınlanmamış ölçek). Integrative Therapy Institute Toronto, Kanada. 1995.
79. Erol N, Simsek Z, Oner O, Munir K. Behavioral and emotional problems among Turkish children at ages 2 to 3 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2005;44(1):80-7.
80. Şener Ş, Dereboy Ç, Dereboy İ, Sertcan Y. Conners Öğretmen derecelendirme ölçeği Türkçe uyarlaması-1. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 1995;2(3):131-41.
81. Dereboy Ç, Şener Ş, Dereboy İ, Sertcan Y. Conners öğretmen derecelendirme ölçeği Türkçe uyarlaması-2. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 1997;4:10-8.

82. Ercan E, Amado S, Somer O, ıkoğlu S. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve yıkıcı davranım bozuklukları için bir test bataryası geliştirme çabası. ocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 2001;8(3):132-44.
83. Reiff MI, Banez GA, Culbert TP. Children who have attentional disorders: diagnosis and evaluation. Pediatrics in review/American Academy of Pediatrics. 1993;14(12):455.
84. Hechtman L. Assessment and diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. Child and adolescent psychiatric clinics of North America. 2000;9(3):481-98.
85. Jensen PS, Martin D, Cantwell DP. Comorbidity in ADHD: implications for research, practice, and DSM-V. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 1997;36(8):1065-79.
86. Steinhausen H-C, Nvik TS, Baldursson G, Curatolo P, Lorenzo MJ, Rodrigues Pereira R, et al. Co-existing psychiatric problems in ADHD in the ADORE cohort. European child & adolescent psychiatry. 2006;15:i25-i9.
87. Kadesjö B, Gillberg C. The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2001;42(4):487-92.
88. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Adolescent psychopathology: III. The clinical consequences of comorbidity. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 1995;34(4):510-9.
89. Greenhill L, Beyer DH, Finkleson J, Shaffer D, Biederman J, Conners CK, et al. Guidelines and algorithms for the use of methylphenidate in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Journal of attention disorders. 2001;6:S89-100.
90. Stahl SM. Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications: Cambridge university press; 2013.
91. Pelham WE, Gnagy EM, Burrows-Maclean L, Williams A, Fabiano GA, Morrisey SM, et al. Once-a-day Concerta methylphenidate versus three-times-daily methylphenidate in laboratory and natural settings. Pediatrics. 2001;107(6):e105-e.
92. Michelson D, Adler L, Spencer T, Reimherr FW, West SA, Allen AJ, et al. Atomoxetine in adults with ADHD: two randomized, placebo-controlled studies. Biological psychiatry. 2003;53(2):112-20.

93. Ercan ES, Çetin FÇ, Mukaddes NM, Yazgan Y. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tedavisinde atomoksetin. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 2009;16:113-8.
94. Group MC. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Arch Gen Psychiatry. 1999;56(12):1073-86.
95. Molina BS, Hinshaw SP, Swanson JM, Arnold LE, Vitiello B, Jensen PS, et al. The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2009;48(5):484-500.
96. Kutlu A, Durak FS. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Tedavi Yaklaşımları: Bütünleyici Yaklaşımlar. Türkiye Klinikleri Journal of Child Psychiatry-Special Topics. 2015;1(1):87-95.
97. Kaplan HI. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, (2 Volume Set, 2005). 2005.
98. Organization WH. International Classification of Impairments, Activities and Participation: A Manual of Dimensions of Disablement and Functioning: Beta-1 Draft for Field Trials June 1997: Includes Basic Beta-1 Field Trial Forms: World Health Organization; 1997.
99. Morris J, Perez D, McNoe B. The use of quality of life data in clinical practice. Quality of Life Research. 1997;7(1):85-91.
100. Özkan S. Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOLBFEF. Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi. 1999;7(2):5-13.
101. Harding L. Children's quality of life assessments: a review of generic and health related quality of life measures completed by children and adolescents. Clinical Psychology & Psychotherapy. 2001;8(2):79-96.
102. Matza LS, Swensen AR, Flood EM, Secnik K, Leidy NK. Assessment of health-related quality of life in children: a review of conceptual, methodological, and regulatory issues. Value in health. 2004;7(1):79-92.
103. Wallander JL, Schmitt M, Koot HM. Quality of life measurement in children and adolescents: issues, instruments, and applications. Journal of clinical psychology. 2001;57(4):571-85.
104. Eiser C, Mohay H, Morse R. The measurement of quality of life in young children. Child: care, health and development. 2000;26(5):401-14.

105. Schmeck K, Poustka F. Quality of life and child psychiatric disorders. *Quality of Life in Mental Disorders* Wiley, Chichester. 1997:179-91.
106. Üneri Ö, NÇ M. Çocuklarda yaşam kalitesi kavramı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin gözden geçirilmesi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2007;14(1):48-56.
107. Rebok G, Riley A, Forrest C, Starfield B, Green B, Robertson J, et al. Elementary school-aged children's reports of their health: a cognitive interviewing study. *Quality of life research*. 2001;10(1):59-70.
108. Varni JW, Seid M, Kurtin PS. 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):800-12.
109. Varni JW, Seid M, Rode CA. The PedsQL™: measurement model for the pediatric quality of life inventory. *Medical care*. 1999;37(2):126-39.
110. Üneri Ö. Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 2-7 yaşlarındaki Türk çocuklarında geçerlik ve güvenirliği. Yayınlanmamış uzmanlık tezi Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi AD, Kocaeli. 2005.
111. Çakın Memik N. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışması. Uzmanlık Tezi, Kocaeli, Kocaeli Üniversitesi. 2005.
112. Memik N, Ağaoğlu B, Coşkun A, Üneri O, Karakaya I. Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeğinin 13-18 yaş ergen formunun geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007;18(2):1-12.
113. Becker A, Roessner V, Breuer D, Döpfner M, Rothenberger A. Relationship between quality of life and psychopathological profile: data from an observational study in children with ADHD. *European child & adolescent psychiatry*. 2011;20(2):267.
114. Wehmeier PM, Schacht A, Barkley RA. Social and emotional impairment in children and adolescents with ADHD and the impact on quality of life. *Journal of Adolescent Health*. 2010;46(3):209-17.
115. Perry M, Ishak WW. *The Quality of Life of Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Systematic*. 2012.
116. Escobar R, Soutullo CA, Hervas A, Gastaminza X, Polavieja P, Gilaberte I. Worse quality of life for children with newly diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children. *Pediatrics*. 2005;116(3):e364-e9.

117. Üneri Ö, Turgut S, Öner P, Bodur Ş, Rezaki B. Quality Of Life In 8–12 Years Old Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi/Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health*. 2010;17(1):27-32.
118. Kandemir H, Kılıç BG, Ekinci S, Yüce M. An evaluation of the quality of life of children with ADHD and their families. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2014;15:265-71.
119. Landgraf JM, Abetz L, Ware JE. *Child Health Questionnaire:(CHQ): a User's Manual*: Health Institute; 1996.
120. Danckaerts M, Sonuga-Barke EJ, Banaschewski T, Buitelaar J, Döpfner M, Hollis C, et al. The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry*. 2010;19(2):83-105.
121. Brod M, Johnston J, Able S, Swindle R. Validation of the adult attention-deficit/hyperactivity disorder quality-of-life Scale (AAQoL): a disease-specific quality-of-life measure. *Quality of life research*. 2006;15(1):117-29.
122. Grenwald-Mayes G. Relationship between current quality of life and family of origin dynamics for college students with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorders*. 2001;5(4):211-22.
123. Wehmeier PM, Schacht A, Escobar R, Hervas A, Dickson R. Health-related quality of life in ADHD: a pooled analysis of gender differences in five atomoxetine trials. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*. 2012;4(1):25-35.
124. Gudjonsson GH, Sigurdsson JF, Eyjolfsson GA, Smari J, Young S. The relationship between satisfaction with life, ADHD symptoms, and associated problems among university students. *Journal of Attention Disorders*. 2009;12(6):507-15.
125. Riley AW, Coghill D, Forrest CB, Lorenzo MJ, Ralston** SJ, Spiel G. Validity of the health-related quality of life assessment in the ADORE study: Parent Report Form of the CHIP-Child Edition. *European child & adolescent psychiatry*. 2006;15:i63-i71.
126. Matza LS, Rentz AM, Secnik K, Swensen AR, Revicki DA, Michelson D, et al. The link between health-related quality of life and clinical symptoms among children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2004;25(3):166-74.

127. Biederman J, Faraone SV, Spencer TJ, Mick E, Monuteaux MC, Aleardi M. Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD. *The Journal of clinical psychiatry*. 2006;67(04):524-40.
128. Brod M, Schmitt E, Goodwin M, Hodgkins P, Niebler G. ADHD burden of illness in older adults: a life course perspective. *Quality of Life Research*. 2012;21(5):795-9.
129. Altin M AL, Durell TM, Adler LA, Williams DV, Deldar A, Mcgough JJ, GlaserPE, Rubin RL, Sarkis ES, Pigott TA, Boardman BK. In: *Psychopharmacology TAf*, editor. 4th International Congress on Psychopharmacology; türkiye2014.
130. Weiss MD, Gibbins C, Goodman DW, Hodgkins PS, Landgraf JM, Faraone SV. Moderators and mediators of symptoms and quality of life outcomes in an open-label study of adults treated for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2010;71(4):381.
131. Avcioğlu H. Sosyal becerileri değerlendirme ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışması (4-6 yaş). *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2007;7(2):87-101.
132. Frankel F, Feinberg D. Social problems associated with ADHD vs. ODD in children referred for friendship problems. *Child Psychiatry & Human Development*. 2002;33(2):125-46.
133. Buhrmester D, Whalen CK, Henker B, MacDonald V, Hinshaw SP. Prosocial behavior in hyperactive boys: Effects of stimulant medication and comparison with normal boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1992;20(1):103-21.
134. Erhardt D, Hinshaw SP. Initial sociometric impressions of attention-deficit hyperactivity disorder and comparison boys: Predictions from social behaviors and from nonbehavioral variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1994;62(4):833.
135. Grenell MM, Glass CR, Katz KS. Hyperactive children and peer interaction: Knowledge and performance of social skills. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1987;15(1):1-13.
136. Pelham WE, Bender ME. Peer relationships in hyperactive children: Description and treatment. *Advances in Learning & Behavioral Disabilities*. 1982.
137. Whalen CK, Henker B. The social worlds of hyperactive (ADDH) children. *Clinical Psychology Review*. 1985;5(5):447-78.

138. Barkley RA. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological bulletin*. 1997;121(1):65.
139. Wyman PA, Sandler I, Wolchik S, Nelson K. Resilience as cumulative competence promotion and stress protection: Theory and intervention. 2000.
140. Barkley R. Attention-deficit hyperactivity disorder. Child psychopathology, Mash EJ, Barkley RA (Ed), New York. Guilford Press; 2003.
141. Greene RW, Biederman J, Faraone SV, Ouellette CA, Penn C, Griffin SM. Toward a new psychometric definition of social disability in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1996;35(5):571-8.
142. Spencer TJ. ADHD and comorbidity in childhood. *The journal of clinical psychiatry*. 2005;67:27-31.
143. Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biological psychiatry*. 2005;57(11):1215-20.
144. Bagwell CL, Molina BS, Pelham WE, Hoza B. Attention-deficit hyperactivity disorder and problems in peer relations: Predictions from childhood to adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2001;40(11):1285-92.
145. Edwards G, Barkley RA, Laneri M, Fletcher K, Metevia L. Parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *Journal of abnormal child psychology*. 2001;29(6):557-72.
146. Gresham FM, MacMillan DL, Bocian KM, Ward SL, Forness SR. Comorbidity of hyperactivity-impulsivity-inattention and conduct problems: Risk factors in social, affective, and academic domains. *Journal of abnormal child psychology*. 1998;26(5):393-406.
147. Ayaz AB, Ayaz M, Yazgan Y. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Sosyal Cevaplılıkta Görülen Değişiklikler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2013;24(2):101-10.
148. Frankel F, Myatt R, Cantwell DP, Feinberg DT. Parent-assisted transfer of children's social skills training: effects on children with and without attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997;36(8):1056-64.
149. Huang-Pollock CL, Mikami AY, Pfiffner L, McBurnett K. Can executive functions explain the relationship between attention deficit hyperactivity

- disorder and social adjustment? Journal of abnormal child psychology. 2009;37(5):679-91.
150. Kofler MJ, Rapport MD, Bolden J, Sarver DE, Raiker JS, Alderson RM. Working memory deficits and social problems in children with ADHD. Journal of abnormal child psychology. 2011;39(6):805-17.
 151. Tseng WL, Gau SSF. Executive function as a mediator in the link between attention-deficit/hyperactivity disorder and social problems. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2013;54(9):996-1004.
 152. Bunford N, Evans SW, Becker SP, Langberg JM. Attention-deficit/hyperactivity disorder and social skills in youth: A moderated mediation model of emotion dysregulation and depression. Journal of abnormal child psychology. 2015;43(2):283-96.
 153. Bora E, Pantelis C. Meta-analysis of social cognition in attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): comparison with healthy controls and autistic spectrum disorder. Psychological medicine. 2016;46(04):699-716.
 154. Goulardins JB, Rigoli D, Loh PR, Kane R, Licari M, Hands B, et al. The Relationship Between Motor Skills, Social Problems, and ADHD Symptomatology Does It Vary According to Parent and Teacher Report? Journal of attention disorders. 2015;1087054715580394.
 155. Dvorsky MR, Langberg JM, Evans SW, Becker SP. The protective effects of social factors on the academic functioning of adolescents with ADHD. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 2016;1-14.
 156. M K. The Children's Depression Inventory (CDI). Psychopharmacol Bull. 1985;21(4):995-8.
 157. B Ö. Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 1990;2:132-6.
 158. Birmaher B, Khetarpal S, Brent D, Cully M, Balach L, Kaufman J, 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):545-53.
 159. Karaceylan Çakmakçı F. Çocuklarda anksiyete bozukluklarını tarama ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Yayınlanmamış tıpta uzmanlık tezi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Kocaeli. 2004.

160. Constantino JN, Przybeck T, Friesen D, Todd RD. Reciprocal social behavior in children with and without pervasive developmental disorders. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2000;21(1):2-11.
161. Constantino JN, Davis SA, Todd RD, Schindler MK, Gross MM, Brophy SL, et al. Validation of a brief quantitative measure of autistic traits: comparison of the social responsiveness scale with the autism diagnostic interview-revised. *Journal of autism and developmental disorders*. 2003;33(4):427-33.
162. Ünal S GA, Dedeoğlu C Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı olan klinik örnekleme sosyal karşılıklılık: Okul örnekleminde elde edilen kontrol grubu ile karşılaştırma. . 19 Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi 2009.
163. Johnston C, Mash EJ. Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clinical child and family psychology review*. 2001;4(3):183-207.
164. Öktem F, Sonuvar B. Dikkat eksikliği tanısı alan çocukların özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1993;4(4):267-72.
165. Gurevitz M, Geva R, Varon M, Leitner Y. Early markers in infants and toddlers for development of ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 2014;18(1):14-22.
166. Staikova E, Gomes H, Tartter V, McCabe A, Halperin JM. Pragmatic deficits and social impairment in children with ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2013;54(12):1275-83.
167. Nijmeijer JS, Minderaa RB, Buitelaar JK, Mulligan A, Hartman CA, Hoekstra PJ. Attention-deficit/hyperactivity disorder and social dysfunctioning. *Clinical psychology review*. 2008;28(4):692-708.
168. Craig-Unkefer LA, Kaiser AP. Improving the social communication skills of at-risk preschool children in a play context. *Topics in Early Childhood Special Education*. 2002;22(1):3-13.
169. McCabe LA, Hernandez M, Lara SL, Brooks-Gunn J. Assessing preschoolers' self-regulation in homes and classrooms: Lessons from the field. *Behavioral Disorders*. 2000;53-69.

8. EKLER

Ek 1. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

 KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	
ÇOCUK PSİKİYATRİSİ KÜRSÜSÜ POLİKLİNİK ANAMNEZ FİŞİ	
Tarih:	
Protokol No:	
Soyadı:	Kesio İdris
Adı:	
Cinsi:	Kız
Doğum tarihi ve yeri:	İlaç
Baba adı:	Psikoterapi
Anne adı:	Özel gen eğt
Okul-Sınıf:	Bakım sınıf
Genren-Gönderen:	Özel sınıf
Ev Adresi,Telefon:	Konuşma eğt
	Grup terapi
Sekreter:	Sesual Gibradi

ANNE (ÖZ-ÜVEY) BABA		KARDEŞLER
Yaş:		1-.....
Meslek:		2-.....
Tahsil:		3-.....
Sağlık:		4-.....
Alkol-Sigara:		5-.....
Soy Hastalıkları:		6-.....
Suçluluk:		7-.....
Akrabalık:		8-.....
Geçimsizlik-Ayrılık:		
HAMİLELİK	DOĞUM	BUYUK EBEVEYN
Normal	Zamanında	AKRABALAR (aynı evde)
Kanamalı	Premature	
Hastalık	Postmature	
Rüni Trauma	Provoke	
Prımpar	Forceps	
Multiplan	Sectio	
Doğum Yaşı	Normal	
Annenin Aktiviteleri	Eyde-Klinikte	
ÖNEMLİ NOTLAR		

Ek 1'in devamı

Gelişim	Okul öncesi eğit.
Adına Sıkı	Okul
Okuma	Okul
Diş Çıkarma	Öğretmen nişanları
Yürümek	Tekadış İlyaslar
İki Hıç	Öğrenci notları
Kendisi	
Tuarek Eğit	
Gündüz	Göze
MERKEZ:	EATOLU HAYAL

PSİKİYATRİK MUAYENE

QZEL	Komisiz	Günlük işlemler
QZELUS:	Yok	Tuarek
Apatik	Hecelerme	Yemek
Sakin	Tek keşmeleler	Giyim
Neşeli	Eksik cümleler	Oyun
Hiperaktif	Basit cümleler	Çevre - Okul Bilgisi
Apti	Normal	Çiğir
Agresiv	Zeka (Klinik)	Henk
Negativist	Yüksek	Okuma
Artistik	Normal	Yazma
	Geni	Artistik
		Diğer

SOMATİK MUAYENE

QZEL	Motor	Refleks
Solumun	Görme	Trotik
Dolanım	İşleme	Denge

Ek 1'in devamı

LABORATUVAR

KAN

İDRAR

RÖNTGEN

EEG

ZEKÂ TESTİ

SAHİİYET TESTİ

TEOAVI

İLK TANI

KALİTSAL

GEBELİK OLAYLARI

DOĞUM

DOĞUM SONRASI

AİLE İNCELEMESİ

TARİH

TAKİP

Ek 2. Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin DSM IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (Turgay-95)

Adı-Soyadı:	K.T.Ü.Çocuk ve Ergen	- Aile ()
Yaşı:	Psikiyatrisi Polikliniği	- Öğretmen ()
Tarih:		

- **Adı geçen kişinin son altı ay ve öncesindeki sorunları için uygun yeri (X) işareti ile işaretleyiniz.**
- **0 = Yok 1= Biraz 2 = Fazla 3 = Çok Fazla**

YIKICI DAVRANIM BOZUKLUKLARI TARAMA VE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (TURDAY)

**I. BÖLÜM
A- DİKKATSİZLİK**

Sorunun Derecesi

SORUN	0	1	2	3
1. Dikkatini ayrıntılara veremez yada okul ödevlerinde işinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.				
2. Üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı oyunlarda dikkatini sürdürmekte zorluk çeker.				
3. Kendisine doğrudan hitap edildiğinde dinlemiyormuş gibi görünür.				
4. Yönergeleri gerektiği gibi izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da işyerindeki görevlerini tamamlayamaz.				
5. Görev ve etkinliklerini düzenlemede güçlük çeker.				
6. Uzun süreli dikkat gerektiren işlerden (okul ödevi/ev ödevi vb) kaçınır.				
7. Üzerine aldığı görev ya da etkinlikler için gerekli olan eşyaları (kalem, kitap, oyuncak, araç-gereç vb) kaybeder.				
8. Dikkati kolayca dağılır.				
9. Günlük etkinliklerde unutkanlıktır.				

___/9 ___/27

B- AŞIRI HAREKETLİLİK-DÜRTÜSELLİK

SORUN	0	1	2	3
10. Elleri ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanır.				
11. Sınıfta ya da oturması gereken diğer durumlarda yerinde oturamaz				
12. Uygun olmayan durumlarda sağa sola koşuşturur ya da tırmanır.				
13. Sakince oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker				
14. Hep hareket halindedir ya da sanki motor takılmış gibi davranır.				
15. Çok konuşur.				
16. Sorulan soru tamamlanmadan yanıt verir.				
17. Sırasını beklemekte güçlük çeker				
18. Başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer. (başkalarının konuşmaları ya da oyunlarına burnunu sokar)				

___/9 ___/27

Ek 2'nin devamı

arı
için
uygun
veri

II. BÖLÜM

SORUN	0	1	2	3
19. Kontrolünü kaybeder.				
20. Erişkinlerle tartışır.				
21. Kurallara ve isteklere karşı çıkar ya da reddeder.				
22. Başkalarını isteyerek rahatsız eder.				
23. Hataları ya da yanlış davranışları için başkalarını suçlar				
24. Alıngandır ve başkaları tarafından kolayca kızdırılır.				
25. Kızgın ve güceniktir.				
26. Çoğu zaman kincidir ve intikam almak ister.				

/8

III. BÖLÜM

SORUN	0	1	2	3
27. Kabadayılık eder, tehdit eder ya da gözdağı verir				
28. Kavga döğüş başlatır.				
29. Başkalarına ciddi biçimde fiziksel zarar vererek silah (sopa, taş, kırık şişe, bıçak, tabanca, vb) kullanır.				
30. İnsanlara fiziksel olarak acımasız davranır.				
31. Hayvanlara fiziksel olarak acımasız davranır.				
32. Başkalarının gözü önünde hırsızlık (saldırganlıkla soygun, çanta kapıp kaçmak, tehdit ile soyma, silahlı soygun) yapar.				
33. Başka birisini cinsel etkinlikte bulunmak için zorlar.				
34. Ciddi hasar vermek amacıyla yangın çıkarır.				
35. Başkalarının malına mülküne isteyerek zarar verir. (yangın çıkarmak dışında)				
36. Başkalarının evine, binasına ya da aracına zorla girer.				
37. Bir şey elde etmek, bir çıkar sağlamak ya da sorumluluklardan kaçmak için yalan söyler. (başkalarını aldatır)				
38. Hiç kimse görmeden değerli şeyler çalar. (mağazalardan mal çalma, sahtekarlık)				
39. 13 yaşından önce başlayarak ailenin yasaklarına karşı geceyi dışarıda geçirir.				
40. Anne-babasının ya da onların yerini tutan kişilerin evinde yaşarken en az iki kez geceleyin evden kaçmış olma. (ya da uzun süreli dönmemişse bir kez)				
41. 13 yaşından önce başlayarak okuldan kaçma.				

/15

Ek 3. Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ)

Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Küçük Çocuk Ebeveyn Formu (5-7yaş)

Çocuğunuzun adı soyadı:

Tarih:

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

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

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.

Ek 3'ün devamı

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

Fiziksel işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	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	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	Her zaman
1. Yaşlıları ile geçinememesi	0	1	2	3	4
2. Yaşlılarının onunla arkadaş olmak istememesi	0	1	2	3	4
3. Yaşlıları tarafından alay edilmesi	0	1	2	3	4
4. Yaşlılarının yapabildiği şeyleri yapamaması	0	1	2	3	4
5. Yaşlılarıyla oyun oynarken geri kalması	0	1	2	3	4

Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	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

Ek 3'ün devamı

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ÇOCUK FORMU (8-12 YAŞ)

Ad Soyad:

Tarih:

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Çocuk Değerlendirme Formu (8-12 yaş)

Bir sonraki sayfada senin için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.

Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin senin için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirt.

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

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsan lütfen yardım iste.

Ek 3'ün devamı

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

Sağlığım ve aktivitelerim ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Bir bloktan fazla yürümek bana zor gelir	0	1	2	3	4
2. Koşmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
5. Kendi başıma duş ya da banyo yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
7. Bir yerim acır ya da ağrır	0	1	2	3	4
8. Enerjim azdır	0	1	2	3	4

Duygularım ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissedirim	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissedirim	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissedirim	0	1	2	3	4
4. Uyumakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4
5. Bana ne olacağı konusunda endişelenirim	0	1	2	3	4

Başkaları ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Yaşıtlarımla geçinmekte sorun yaşarım	0	1	2	3	4
2. Yaşıtlarım benimle arkadaş olmak istemezler	0	1	2	3	4
3. Yaşıtlarım benimle alay eder	0	1	2	3	4
4. Yaşıtlarımın yapabildikleri şeyleri yapamam	0	1	2	3	4
5. Yaşıtlarımla oyun oynarken geri kalırım	0	1	2	3	4

Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Sınıfta dikkatimi toplamakta zorlanırım	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unuturum	0	1	2	3	4
3. Derslerimden geri kalmamak için zorluk çekerim	0	1	2	3	4
4. Kendimi iyi hissetmediğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4

Ek 3'ün devamı

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ EBEVEYN FORMU
(8-12 YAŞ)

Çocuğunuzun adı Soyadı:

Tarih:

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

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

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.

Ek 3'ün devamı

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 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. Yaşıtları ile 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

Ek 3'ün devamı

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ERGEN FORMU (13-18 YAŞ)

Ad Soyad:

Tarih:

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Ergen Değerlendirme Formu (13-18 yaş)

Bir sonraki sayfada sizin için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.

Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin sizin için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz.

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

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

Ek 3'ün devamı

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

Sağlığım ve aktivitelerim ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Bir bloktan fazla yürümek bana zor gelir	0	1	2	3	4
2. Koşmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
5. Kendi başıma duş ya da banyo yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
7. Bir yerim acır ya da ağrır	0	1	2	3	4
8. Enerjim azdır	0	1	2	3	4

Duygularım ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissedirim	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissedirim	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissedirim	0	1	2	3	4
4. Uyumakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4
5. Bana ne olacağı konusunda endişelenirim	0	1	2	3	4

Başkaları ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Yaşıtlarımla geçinmekte sorun yaşarım	0	1	2	3	4
2. Yaşıtlarım benimle arkadaş olmak istemezler	0	1	2	3	4
3. Yaşıtlarım benimle alay eder	0	1	2	3	4
4. Yaşıtlarımın yapabildikleri şeyleri yapamam	0	1	2	3	4
5. Yaşıtlarıma ayak uydurmakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4

Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Sınıfta dikkatimi toplamakta zorlanırım	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unuturum	0	1	2	3	4
3. Derslerimden geri kalmamak için zorluk çekerim	0	1	2	3	4
4. Kendimi iyi hissetmediğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4

Ek 3'ün devamı

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ EBEVEYN FORMU
(13-18 YAŞ)

Çocuğunuzun adı Soyadı:

Tarih:

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Ergen Değerlendirme Formu (Anne-Baba) (13-18 yaş)

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.

Ek 3'ün devamı

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

Duyusal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissetmek	0	1	2	3	4
2. Hüznü 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. Yaşlıları ile geçimi	0	1	2	3	4
2. Yaşlılarının onunla arkadaş olmak istememesi	0	1	2	3	4
3. Yaşlıları tarafından alay edilmesi	0	1	2	3	4
4. Yaşlılarının yapabildiği şeyleri yapamaması	0	1	2	3	4
5. Yaşlılarına ayak uyduramaması	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

Ek 4. Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)

Adı-Soyadı:

Tarih: / /

Yaşı:

- Aşağıda üç seçenekli maddelerden size uygun olanı lütfen yuvarlak içine alınız!

ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ

- A) 1) Kendimi arada sırada kötü hissedirim.
2) Kendimi sık sık üzgün hissedirim.
3) Kendimi her zaman üzgün hissedirim.
- B) 1) İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.
2) İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.
3) İşlerim yolunda gidecek.
- C) 1) İşlerimin çoğunu doğru yaparım.
2) İşlerimin birçoğunu yanlış yaparım.
3) Her şeyi yanlış yaparım.
- D) 1) Birçok şeyden hoşlanırım.
2) Bazı şeylerden hoşlanırım.
3) Hiçbir şeyden hoşlanmam.
- E) 1) Her zaman kötü bir çocuğum.
2) Çoğu zaman kötü bir çocuğum.
3) Arada sırada kötü bir çocuğum.
- F) 1) Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünürüm.
2) Sık sık başıma kötü şeylerin geleceğinden endişelenirim.
3) Başıma çok kötü şeylerin geleceğinden eminim.
- G) 1) Kendimden nefret ederim.
2) Kendimi beğenmem.
3) Kendimi beğenirim.
- H) 1) Bütün kötü şeyler benim hatam.
2) Kötü şeylerin bazıları benim hatam.
3) Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.

Çocuk ve Ergen
Psikiyatrisi Polikliniği

Ek 4'ün devamı

- I) 1) Kendimi öldürmeyi düşünmem.
2) Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam.
3) Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.
- İ) 1) Her gün içimden ağlamak gelir.
2) Birçok günler içimden ağlamak gelir.
3) Arada sırada içimden ağlamak gelir.
- J) 1) Her şey her zaman beni sıkır.
2) Her şey sık sık beni sıkır.
3) Her şey arada sırada beni sıkır.
- K) 1) İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.
2) Çoğu zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
3) Hiçbir zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
- L) 1) Herhangi bir şey hakkında karar vermem.
2) Herhangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir.
3) Herhangi bir şey hakkında kolayca karar veririm.
- M) 1) Güzel / yakışıklı sayılırım.
2) Güzel / yakışıklı olmayan yanlarım var.
3) Çirkinim.
- N) 1) Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.
2) Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.
3) Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.
- O) 1) Her gece uyumakta zorluk çekerim.
2) Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.
3) Oldukça iyi uyurum.
- Ö) 1) Arada sırada kendimi yorgun hissedirim.
2) Birçok gün kendimi yorgun hissedirim.
3) Her zaman kendimi yorgun hissedirim.
- P) 1) Hemen her gün canım yemek yemek istemez.
2) Çoğu gün canım yemek yemek istemez.
3) Oldukça iyi yemek yerim.

Ek 4'ün devamı

- R) 1) Ağrı ve sızılardan endişe etmem.
2) Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
3) Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
- S) 1) Kendimi yalnız hissetmem.
2) Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.
3) Her zaman kendimi yalnız hissederim.
- Ş) 1) Okuldan hiç hoşlanmam.
2) Arada sırada okuldan hoşlanırım.
3) Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.
- T) 1) Bir çok arkadaşım var.
2) Birkaç arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterdim.
3) Hiç arkadaşım yok.
- U) 1) Okul başarım iyi.
2) Okul başarım eskisi kadar iyi değil.
3) Eskiden iyi olduğum derslerde çok başarısızım.
- Ü) 1) Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.
2) Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.
3) Diğer çocuklar kadar iyiyim.
- V) 1) Kimse beni sevmez.
2) Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.
3) Beni seven insanların olduğundan eminim.
- Y) 1) Bana söyleneni genellikle yaparım.
2) Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.
3) Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.
- Z) 1) İnsanlarla iyi geçinirim.
2) İnsanlarla çoğu zaman kavga ederim.
3) İnsanlarla her zaman kavga ederim.

TEŞEKKÜRLER...

Ek 5. Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇABTÖ)

ÇOCUKLARDA ANKSİYETE BOZUKLUKLARINI TARAMA ÖLÇEĞİ

Aşağıda, insanların kendilerini nasıl hissettiklerini tanımlayan maddelerden oluşan bir liste bulunmaktadır. Her madde için; eğer madde sizin 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 düşünüyorsanız de, lütfen boş bırakmayınız.

0: Doğru değil ya da nadiren doğru

1: Biraz ya da bazen doğru

2: Doğru ya da çoğu zaman doğru

1	Korktuğum zaman nefes almam zorlaşır.	0	1	2	PB
2	Okuldayken başım ağrır.	0	1	2	OR
3	İyi tanımadığım insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.	0	1	2	SF
4	Evden uzak bir yerde uyursam korkarım.	0	1	2	AA
5	Başka insanların beni sevip sevmediğinden endişelenirim.	0	1	2	YAB
6	Korktuğum zaman bayılacak gibi hissederim.	0	1	2	PB
7	Huzursuzum.	0	1	2	YAB
8	Nereye giderse gitsinler annemin ve babamın peşinden giderim.	0	1	2	AA
9	Birçok insan bana huzursuz göründüğümü söyler.	0	1	2	PB
10	İyi tanımadığım insanların yanında kendimi huzursuz hissederim.	0	1	2	SF
11	Okuldayken karnım ağrır.	0	1	2	OR
12	Korktuğum zaman aklıma kaçırarak gibi hissederim.	0	1	2	PB
13	Yalnız yatmaktan endişe duyarım.	0	1	2	AA
14	Diğer çocuklar kadar iyi olmadığımından endişelenirim.	0	1	2	YAB
15	Korktuğum zaman olayları gerçek değilmiş gibi hissederim.	0	1	2	PB
16	Annemin ve babamın başına kötü şeylerin geldiği kabuslar (korkunç rüyalar) görürüm.	0	1	2	AA
17	Okula gitmekten endişe duyarım.	0	1	2	OR
18	Korktuğum zaman kalbim hızlı çarpar.	0	1	2	PB
19	Titrerim.	0	1	2	PB
20	Başıma kötü şeylerin geldiği kabuslar (korkunç rüyalar) görürüm.	0	1	2	AA

LÜTFEN ARKA SAYFAYI DA DOLDURUNUZ.

Ek 5'in devamı

21	İşlerim yolunda gitmeyecek diye endişelenirim.	0	1	2	YAB
22	Korktuğum zaman çok terlerim.	0	1	2	PB
23	Her şeyi kendime dert ederim.	0	1	2	YAB
24	Hiçbir nedenle olmadığı halde çok korktuğum olur.	0	1	2	PB
25	Evde yalnız kalmaktan korkarım.	0	1	2	AA
26	İyi tanımadığım insanlarla konuşmak bana zor gelir.	0	1	2	SF
27	Korktuğum zaman boğuluyormuş gibi hissedirim.	0	1	2	PB
28	Birçok insan bana çok endişelendiğimi söyler.	0	1	2	YAB
29	Ailemden uzakta olmaktan hoşlanmam.	0	1	2	AA
30	Heyecan nöbetleri geçirmekten korkarım.	0	1	2	PB
31	Annemin ve babamın başına kötü şeyler gelecek diye endişelenirim.	0	1	2	AA
32	İyi tanımadığım insanların yanında utanırım.	0	1	2	SF
33	Gelecekte olacaklar konusunda endişelenirim.	0	1	2	YAB
34	Korktuğum zaman kusacakmış gibi olurum.	0	1	2	PB
35	İşlerimi ne kadar iyi yaptığımdan endişelenirim.	0	1	2	YAB
36	Okula gitmekten korkarım.	0	1	2	OR
37	Oluşmuş şeyler hakkında endişe duyarım.	0	1	2	YAB
38	Korktuğum zaman başım döner.	0	1	2	PB
39	Başka çocuk ve yetişkinlerle birlikteyken ve onlar benim yaptığım şeyi seyrederken kendimi huzursuz hissedirim. (ör: Yüksek sesle okurken, konuşurken, oyun oynarken, spor yaparken)	0	1	2	SF
40	İyi tanımadığım insanların bulunacağı partiye, dansa ya da herhangi bir yere giderken kendimi huzursuz hissedirim.	0	1	2	SF
41	Utanacağım.	0	1	2	SF

TOPLAM:

Panik Bozukluğu(7):

Yaygın Anksiyete Bozukluğu(9):

Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu(5):

Sosyal Fobi(8):

Okul-Reddi(3):

Ek 6. Sosyal Cevaplılık Ölçeği (SCÖ)

SOSYAL CEVAPLILIK ÖLÇEĞİ

Her cümle için, çocuğunuzun **son altı aydaki davranışlarını** en iyi tarif eden seçeneği işaretleyiniz.

* **Uygun değil seçeneği:** İlgili maddede anlatılan durumun çocuğunuz için gözlenmesi mümkün değil ise işaretleyiniz. Örneğin, **yaşı gereği** anlatılan durumu gözlemeniz mümkün değilse..Davranışın gözlenmesinin mümkün olduğu ancak çocuğunuzda gözlemediğiniz durumlarda ise “**doğru değil**” seçeneğini işaretleyiniz.

	A	Doğru değil	Bazen doğru	Genellikle doğru	Nerdeyse her zaman doğru	Uygun değil
1	Başkalarıyla birlikte olduğunda yalnız olduğu ortamlara oranla daha kıpır kıpır, huzursuz görünür.					
2	Yüz ifadesi sözleriyle pek uyumsuz					
3	Başkalarıyla ilişkilerinde kendine güveni var gibi görünür.					
4	Stres altındayken otomatik pilota bağlanmış gibi davranır; yapacakları konusunda değişkenlik göstermeye ikna olmaz; kafasına koyduğunu yapar.					
5	Birileri bir zaafından yararlanmak istediğinde pek farkına varmaz.					
6	Yalnız kalmayı başkalarıyla oynamaya tercih eder.					
7	Başkalarının ne düşündüğünün ya da ne hissettiğinin farkındadır.					
8	Başkaları tarafından ilginç ya da tuhaf olarak karşılanabilecek hareketleri vardır					
9	Erişkinlere yapışır, onlara bağımlı gibi görünür.					
10	Konuşmalarda kelimelerin altında yatabilecek farklı manaları anlamakta güçlük çeker; fazla mecazi konuşmalardan anlamaz.					
11	Kendine güveni tamdır.					
12	Başkalarıyla hislerini paylaşabilir.					

	B	Doğru değil	Bazen doğru	Genellikle doğru	Nerdeyse her zaman doğru	Uygun değil
13	Birileriyle beraberce bir şeyler yaparken					

Ek 6'nın devamı

	(konuşurken, bir oyun oynarken) kendi sırasının ne zaman olduğunu kestirmekte zorlanır. (örneğin, konuşma esnasında karşıdakinin bir yanıt beklediğini anlayamaz.)					
14	Fiziksel aktivitelerde pek başarılı değildir; ellerini, ayaklarını düzgün ve uyumlu bir şekilde kullanamaz.					
15	İnsanların ses tonlarından ve yüz ifadelerinden ne ifade etmeye çalıştıklarını anlar.					
16	İnsanlarla göz göze gelmekten kaçınır ya da alışılmadık bir şekilde göz göze iletişim kurar.					
17	Bir konuda haksızlık yapıldığını hemen fark eder.					
18	Çok çabalasa da arkadaşlık kurmada zorlanır.					
19	Karşılıklı konuşmalarda oluşan fikirleri almakta güçlük yaşar.					
20	Oyuncaklarla oynayıp tarzı alışılabilir dışındadır.					
21	Taklit yeteneği kuvvetlidir.					

	C	Doğru değil	Bazen doğru	Genellikle doğru	Nerdeyse her zaman doğru	Uygun değil
22	Yaşlılarıyla uygun oyunlar oynar.					
23	Zorunlu olmadıkça, grup aktivitelerine katılmaz.					
24	Alışkın olduğu düzende değişiklik olduğunda diğer çocuklara göre daha çok zorlanır.					
25	Başkalarıyla aynı frekansta (paralel düşünmek, hissetmek, davranmak gibi..) olmaktan rahatsızlık duymaz.					
26	Üzüntülü olanları rahatlatmaya çalışır.					
27	Yeni biriyle sosyal bir ilişkiyi başlatan taraf olmaktan kaçınır.					
28	Dönüp dolaşıp aynı şey üstüne konuştuğu ya da düşündüğü olur.					
29	Başka çocuklar tarafından tuhaf/garip bulunur.					
30	Birçok şeyin aynı anda olduğu ortamlarda rahatsız olur.					

	D	Doğru değil	Bazen doğru	Genellikle doğru	Nerdeyse her	Uygun değil
--	---	-------------	-------------	------------------	--------------	-------------

Ek 6'nın devamı

					zaman doğru	
31	Bir şey hakkında düşünmeye başladığı zaman kendini onu düşünmekten alı koyamaz.					
32	Kişisel bakımı iyidir.					
33	Nazik olmaya çalışsa bile sosyal ortamlarda garip kaçan davranışları olur.					
34	Yakın arkadaş olmak isteyen kişilerden kaçınır.					
35	Karşılıklı konuşmalarda konunun akışını takip etmekte zorlanır.					
36	Kendinden büyük olanlarla ilişki kurmakta zorlanır.					
37	Yaşlılarıyla ilişki kurmakta zorlanır.					
38	Karşısındaki kişinin duygusal durumundaki değişikliği anlayışla karşılayarak ona uygun şekilde davranır. (örneğin; oyun arkadaşının mutlu bir anda hüznlendiğini hissederse)					
39	Sadece belirli alanlara ilgi duyar.Bunların sayısı etrafındakilerle kıyaslandığında azdır.					

	E	Doğru değil	Bazen doğru	Genellikle doğru	Nerdeyse her zaman doğru	Uygun değil
40	Hayal gücü kuvvetlidir; iyi rol yapar. (gerçeklikten kopmadan)					
41	Bir aktiviteden diğerine amaçsızca geçtiği olur.					
42	Ses, dokunma veya kokuya karşı aşırı hassasiyeti vardır					
43	Ailesinden ya da bakıcısından ayrılmakta zorluk çekmez.					
44	Olayların birbirlerine nasıl ve ne şekilde bağlı olduğunu anlamakta yaşlılarına oranla daha fazla güçlük çeker.					
45	Başkalarının nereye baktığı ya da neyi dinlediğine dikkatini verebilir.					
46	Çok ciddi bir yüz ifadesi vardır.					
47	Uygun olmayan yerlerde gülmekten kendini alamadığı olur.					
48	İyi bir espri anlayışı vardır					
49	Çok iyi olduğu birkaç konu vardır ama geri kalan işlerde pek becerikli değildir.					

Ek 6'nın devamı

	F	Doğru değil	Bazen doğru	Genellikle doğru	Nerdeyse her zaman doğru	Uygun değil
50	Sık sık tekrar ettiği garip hareketleri vardır. (El çırpma ya da sallanma gibi) Evet ise belirtiniz:					
51	Soruları doğrudan cevaplamada güçlük çeker; konunun etrafında dönüp durduğu olur.					
52	Gereksiz yere çok yüksek sesli konuştuğunun ya da çok ses çıkardığının farkına varır.					
53	Ses tonu gariptir (robot gibi ya da ders verir gibi konuştuğu söylenebilir)					
54	İnsanlara değersiz nesnelermiş gibi davranır.					
55	Bir kişiye çok yakınlaştığı, kişisel sınırlarını zorladığı anı hemen fark eder.					
56	Konuşan iki kişinin arasına girer.					
57	Çevresindekiler tarafından sık sık kızdırılır.					
58	Bir konunun belirli noktaları üzerine çok yoğun eğildiği için bütünü görmekte zorlanır. (örneğin, bir hikayede neler olduğunu anlatması istendiğinde, sadece kahramanların kıyafetlerini anlatır.)					
59	Çok şüphecidir.					

	G	Doğru değil	Bazen doğru	Genellikle doğru	Nerdeyse her zaman doğru	Uygun değil
60	Duygularını belli etmez, duygusal olarak uzaktır.					
61	Sabit fikirlidir; düşüncesini değiştirmek zordur.					
62	Yaptığı bazı şeyler için açıklamaları karşısındaki insana mantıksız gelebilir					
63	Alışılmamış şekilde insanlara dokunur (örneğin, sadece temas etmek için birine dokunur ve bir şey söylemeden yanından uzaklaşır..)					
64	Sosyal ortamlarda çok gergin olur.					
65	Zaman zaman boş bakar.					

Ek 7. Aydınlatılmış Onam

Araştırmanın Adı :

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU'NDA YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 05)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Bu çalışma ile çocukluk çağında en sık görülen psikiyatrik hastalık olan Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu(DEHB) görülen çocukların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve yaşam kalitesini etkileyen risk faktörlerinin sosyodemografik veriler ışığında değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Araştırma grubuna 01.10.2015- 31.03.2016 tarihleri arasında KTÜ Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğe ilk kez başvuran, psikometrik incelemeler ve klinik görüşme sonucunda DSM-V tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı konulan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 6-18 yaş arasındaki çocuk ve ergenler dahil edilecektir. Kontrol grubuna; hasta grubu ile yaş ve cinsiyet olarak eşleştirilmiş, tanı konan herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan, çalışmaya katılmayı kabul eden bireyler dahil edilecektir. Çocukların ailelerine araştırmacı tarafından verilen aydınlatılmış onam formunu imzalayıp gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmanız gerekmektedir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Çalışma alınan bireylere klinik görüşme yapılarak, Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin DSM IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme ölçeği, Yaşam Kalitesi Ölçeği, Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği, Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği, Sosyal Cevaplılık Ölçeği uygulanacak, WISC-R zeka testi sonuçları değerlendirilecek, araştırmacı tarafından yarı yapılandırılmış görüşme formu doldurulacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak onam verme ve verilen değerlendirme ölçeklerini eksiksiz doldurmak dışında sorumluluğunuz yoktur.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırma ve kontrol gruplarında yer alacak gönüllülerin toplam sayısı yaklaşık 80 çocuk olarak tahmin edilmektedir.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu çalışmada yer almanız için öngörülen süre Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğinde belirlenen gün ve saatlerde bir gün olup, bunun dışında belli bir katılım süresi içermemektedir.

İlaç Dışı Çalışmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	Belge Kodu Form 05	Rev. Tarihi / No.su: 01.02.2011/05	Sayfa 1/3
---	-----------------------	---------------------------------------	--------------

Ek 7'nin devamı

Araştırmanın Adı :

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU'NDA YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmada yalnızca araştırma amaçlıdır ve doğrudan yarar görmeniz ya da tedavinin seyrinin değiştirilmesi beklenmemektedir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Size bu araştırmada Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniklerinde uygulanan tedaviler dışında herhangi farklı bir tedavi uygulanmayacaktır. Olası riskler poliklinik tedavileri esnasında karşılaşılabileceğiniz risklerle benzerdir.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Neden göstermeksizin doktorunuz sizin izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca, zorunlu olarak araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığınızda sorumlu araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 04623775386 nolu telefondan Dr. Büşra Duran'a başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size ödeme yapılmayacaktır

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmacı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlanırsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

İlaç Dışı Çalışmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	Form 05	01.02.2011/05	2/3

Ek 7'nin devamı

Araştırmanın Adı :

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU'NDA YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 2 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİ DIŞINDAN YETKİN BİR HEKİM		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

İlaç Dışı Çalışmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	Form 05	01.02.2011/05	3/3

EK 8. Etik Kurul Onayı

T.C. KARADENİZ
TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ BİLİMSSEL
ARAŞTIRMALAR
ETİK KURUL BAŞKANLIĞI



KARADENİZ
TECHNICAL UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE
ETHIC COUNCIL

Sayı: 24237859- 813
Konu: Onay Belgesi

Tarih: 06/11/2015

Sayın; Prof.Dr.Sema TANRIÖVER KANDİL
Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hast. ABD.

“Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu’nda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi”
başlıklı etik kurul 2015/136 no.lu tez çalışması raportör ve etik kurul görüşleri doğrultusunda;
tıbbi etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilginizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Faruk AYDIN
Etik Kurul Başkanı

Eki : 1 onay belgesi