

**T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**ÇOCUKLUK DÖNEMİ ANKSİYETE BOZUKLUKLARI İLE
YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

DR. ÖZLEM BAYRAM

UZMANLIK TEZİ

KONYA, 2018

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

ÇOCUKLUK DÖNEMİ ANKSİYETE BOZUKLUKLARI İLE
YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

DR. ÖZLEM BAYRAM

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN: DOÇ. DR. AYHAN BİLGİÇ

KONYA, 2018

TEŞEKKÜR

Bu tez çalışmasının tamamlanmasında ve değerlendirilmesinde büyük katkı sağlayan, uzmanlık eğitimim sürecinde çalışkanlığı ve bilimselliği ile bana her zaman örnek olan tez danışmanım sayın Doç. Dr. Ayhan Bilgiç'e

Her zaman bilgi ve tecrübelerini bize aktarmaktan çekinmeyen sayın Doç. Dr. Ömer Faruk Akça'ya;

Erişkin Psikiyatri rotasyonum sırasında eğitimime katkıda bulunan başta birlikte çalışma imkanı bulduğum Prof. Dr. Nazmiye Kaya ve Prof. Dr. Ali Savaş Çilli olmak üzere erişkin psikiyatri kliniğinde görev yapan tüm hocalarıma, Çocuk Nöroloji rotasyonum sırasında klinik ve akademik tecrübelerini paylaşarak eğitimime katkıda bulunan Prof. Dr. Hüseyin Çaksen'e;

Asistanlık süreci boyunca birlikte çalıştığımız tüm asistan arkadaşlarıma, tüm psikologlarımıza, hemşirelerimize, sekreterlerimize ve personelimize;

Tez çalışmama katılan bütün çocuklara ve ailelerine;

Sonsuz teşekkür ederim.

ÖZET

ÇOCUKLUK DÖNEMİ ANKSİYETE BOZUKLUKLARI İLE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

ÖZLEM BAYRAM, UZMANLIK TEZİ, KONYA 2018

Amaç: Bu çalışmada, anksiyete bozukluğu olan çocuklar ile sağlıklı kontrol grubunun yaşam kalitesinin karşılaştırılması ve yaşam kalitesi ile klinik özellikler arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya, 48 anksiyete bozukluğu olan çocuk (8 - 17 yaş aralığı), ebeveynleri ve kontrol grubu dahil edilmiştir. Katılımcılara, Okul Çağı Çocuklar İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu - Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) uygulanmıştır. Çocukların anksiyete ve depresyon belirtileri, Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş (ÇADÖ-Y) ile değerlendirilmiştir. Dikkat-eksikliği/hiperaktivite bozukluğu (DEHB), karışık olma karşı gelme bozukluğu (KOKB) ve davranım bozukluğu (DB) şiddetini değerlendirmek için Turgay-DSM-IV'e Dayalı Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin Tarama ve Derecelendirme Ölçeği (T-DSM-IV-Ö) kullanılmıştır. Çocukların yaşam kalitesi, Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇYKÖ) ebeveyn ve çocuk formu ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Anksiyete bozukluğu grubunda kontrol grubuna göre yaşam kalitesi skorlarının daha düşük olduğu ve bu bulgunun eşlik eden psikiyatrik bozukluklar kontrol edildiğinde de devam ettiği saptanmıştır. Çoklu doğrusal regresyon analiz sonucuna göre anksiyete bozukluğu olan olgularda yaşam kalitesi üzerine depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu ve dikkat eksikliği belirtilerinin diğer faktörlerden bağımsız olarak olumsuz etkisi bulunduğu gösterilmiştir.

Sonuç: Anksiyete bozukluğu tanımlı çocuklarda yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir. Bu olgularda depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu ve dikkat eksikliği belirtisi şiddeti yaşam kalitesindeki bozulmada belirleyici rol oynamaktadır.

Anahtar Kelimeler: anksiyete bozukluğu, yaşam kalitesi, çocuklar

ABSTRACT

ASSOCIATION OF CHILDHOOD ANXIETY DISORDER AND QUALITY OF LIFE

OZLEM BAYRAM, THESIS, KONYA 2018

Objective: To compare children with anxiety disorder and healthy controls with regard to quality of life and to investigate the association between quality of life and clinical characteristics.

Method: Forty-eight children with anxiety disorder (8 to 17 years old), their parents and a control group (n = 46) participated in this study. Participants evaluated with Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children – Present and Lifetime Version (K-SADS-PL). The depression and anxiety symptoms of the children were assessed using the Revised Child Anxiety and Depression Scale – Child Version (RCADS-CV). The severities of the attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), oppositional defiant disorder (ODD), and conduct disorder (CD) symptoms were assessed via the mother-rated Turgay DSM-IV-Based Child and Adolescent Behavioral Disorders Screening and Rating Scale (T-DSM-IV-S). Child-reported and parent-reported Pediatric Quality of Life Inventories were used to evaluate the HRQLs of the children.

Results: Results indicated that participants diagnosed with anxiety disorders reported lower quality of life than did control group even if controlled for comorbid disorders. According to the stepwise regression analysis, depression symptoms, generalized anxiety disorder symptoms and attention deficits were the independent variable associated with a poorer quality of life.

Conclusion: Children with anxiety disorder have substantial impairment in their quality of life. Depression symptoms, generalized anxiety disorder symptoms and attention deficits predicted impaired quality of life in patient with anxiety disorder.

Keywords: anxiety disorder, quality of life, children.

İÇİNDEKİLER

1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1. ANKSİYETE BOZUKLUKLARI.....	3
2.1.1. Tanım.....	3
2.1.2. Gelişimsel Faktörler.....	3
2.1.3. Sınıflandırma	3
2.1.4. Klinik Görünüm	4
2.1.5. Epidemiyoloji.....	6
2.2. YAŞAM KALİTESİ	11
2.2.1. Psikiyatrik Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Yaşam Kalitesi.....	13
2.2.2. Anksiyete Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Yaşam Kalitesi	15
2.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ	16
3.YÖNTEM VE ARAÇLAR.....	17
3.1. ÖRNEKLEM	17
3.2. YÖNTEM:	18
3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	18
3.4. ETİK.....	20
3.5. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRMESİ	20
4.BULGULAR.....	21
5.TARTIŞMA.....	25
6.SONUÇ	30
7.KAYNAKLAR.....	31

TABLO VE ŞEKİLLER DİZİNİ

Tablo 1. 4 Toplum Tabanlı Araştırmada Çocukluk Dönemi Anksiyete Bozuklukları Sıklığı

Tablo 2. Anksiyete Bozukluğu Tanılı Olgular ve Sağlıklı Kontroller ile Ebeveynlerinin Demografik Özellikleri

Tablo 3. Anksiyete Bozukluğu Tanılı Olgular ve Sağlıklı Kontroller ile Ebeveynlerine Verilen Klinik Değerlendirme Ölçeklerinin Değerlendirilmesi

Tablo 4. Anksiyete Bozukluğu Tanılı Olgular ve Sağlıklı Kontrollerin Ebeveyn ve Çocuk Bildirimli Yaşam Kalitesi

Tablo 5. Anksiyete Bozukluğu Olan Çocuklarda Yaşam Kalitesi ile Klinik Değişkenlerin ve Demografik Özelliklerin Korelasyon Analizi

Tablo 6. Çocukların Skorladığı Yaşam Kalitesi Düzeyini Etkileyen Faktörlerin Çoklu Doğrusal Regresyon Analiz Sonuçları

Tablo 7. Ebeveynlerin Skorladığı Yaşam Kalitesi Düzeyini Etkileyen Faktörlerin Çoklu Doğrusal Regresyon Analiz Sonuçları

KISALTMA VE SİMGELER DİZİNİ

AAB: Ayrılık Anksiyete Bozukluğu

APA: American Psychiatric Association

ÇADÖ-Y: Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş

ÇDŞG-ŞY-T: Okul Çağı Çocuklar İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu - Türkçe Uyarlaması

ÇYKÖ: Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği

DB: Davranım Bozukluğu

DE: Dikkat Eksikliği

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı)

HA/D: Hiperaktivite ve Dürtüsellik

KOKB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

MDB: Major Depresif Bozukluk

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

PB: Panik Bozukluk

SAB: Sosyal Anksiyete Bozukluğu

T-DSM-IV-Ö: Turgay-DSM-IV'e Dayalı Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin Tarama ve Derecelendirme Ölçeği

YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Anksiyete bozuklukları çocuk ve ergenlerde en sık görülen psikiyatrik bozukluktur (Kessler ve ark., 2012; Merikangas ve ark., 2010). Aynı zamanda en erken ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklardan biridir ve ortanca başlangıç yaşı 11'dir (Kessler ve ark., 2005). Çocuk ve ergenlerde % 5.7-12.8 aralığında bildirilen prevalans oranları; anksiyete bozukluklarının duygudurum ya da dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğundan daha sık görüldüğüne işaret etmektedir (Angold ve ark., 2002; Costello ve ark., 1997; Costello ve ark., 2003; Fergusson ve ark., 1993; Lewinsohn ve ark., 1998; Shaffer ve ark., 1996). Özellikle şiddetli, eşlik eden tanıları ve ailesel yüklülüğü olan olgular erken başlangıç göstermektedir (Campbell ve ark., Venturella ve ark., 2002). Erken başlangıçlı anksiyete bozuklukları ise kronik olma eğilimindedir ve genellikle erişkin dönemde depresyon ve madde kullanım bozuklukları gibi hastalıkların öncüsüdür (Bruce ve ark., 2005; Rhamsawh, 2011; Regier ve ark., 1998; Pine ve ark., 1998).

Psikiyatrik bozukluğu olan çocukların evde, okulda ve arkadaş ilişkileri bağlamında işlevsellikleri bozulur (Bastiaansen ve ark., 2004, Bastiaansen ve ark., 2005, Varni ve ark., 2007). Duygusal, sosyal ve okul işlevselliğini içeren psikososyal ve fiziksel işlevsellik yaşam kalitesi olarak tanımlanmaktadır ve kişinin günlük yaşamında işlevselliği ile ilgili öznel doyumunu değerlendirilir (Varni ve ark., 2003). Psikiyatrik bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin sosyal iyilik ve günlük aktiviteleri ile ilgili öznel doyumunu önemli ölçüde etkilenmektedir (Jozefiak ve ark., 2010). Bu nedenle kapsamlı psikiyatrik değerlendirmenin, bozuklukla birlikte ek yaşam kalitesi ve işlevsellik değerlendirmesini de içermesi gerektiği vurgulanmaktadır (Youngstrom, 2013).

Psikiyatrik bozukluğu olan çocuklarda yaşam kalitesi sağlıklı çocuklara göre anlamlı derecede daha bozuktur (Bastiaansen ve ark., 2004). Bununla birlikte kronik fiziksel hastalığı olan çocuklarla karşılaştırıldığında da yaşam kalitesinde kötüleşme daha belirgindir (Sawyer ve ark., 2002). Bazı araştırmalarda, anksiyete bozukluklarının okula devamı etkilediği ve akademik performansı düşürdüğü bildirilmekle birlikte primer anksiyete bozukluğu olan çocuklarda yaşam kalitesini inceleyen araştırma sayısı belirgin olarak kısıtlıdır (Egger ve ark., 2003; Mazzone ve ark., 2007; Bastiaansen ve ark., 2004, Varni ve ark., 2007; Ramsawh & Chavira, 2016). Bastiaansen ve ark. tarafından farklı psikiyatrik tanı kategorilerinde karşılaştırmalı yapılan araştırmada, anksiyete bozukluklarında, yaşam kalitesi emosyonel işlevsellik alt biriminde bozulmanın daha belirgin olduğu gösterilmiştir (Bastiaansen ve ark., 2004). Primer olarak anksiyete

bozukluğu olan pediatrik örnekleme de yaşam kalitesini inceleyen bir araştırmada ise yüksek anksiyete şiddeti ve komorbidite sayısı ile yaşam kalitesi arasında ters ilişki gösterilmiştir (Ramsawh & Chavira, 2016).

Bu araştırmada; anksiyete bozukluğu olan çocuklar ve ebeveynleri tarafından bildirilen yaşam kalitesinin saptanması ve bunun kontrollerle karşılaştırılması amaçlanmaktadır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

2.1.1. Tanım

Anksiyete, organizmanın aktif olarak kaçma girişiminde bulunduğu uyaran ya da tehlikeye karşı verdiği yanıt olarak tanımlanır. Bu yanıt, daha önce bebeklik ve çocukluk döneminde ortaya çıkan ve hafif şiddetten ağır şiddete ilerleyen bir döngüde dışa vurumu olan temel bir duygudur. Anksiyete tehlikeden kaçmayı sağlayarak adaptif özellik gösterdiği birçok durumda patolojik değildir (Beesdo ve ark., 2009). Buna karşın anksiyete sıklığı, şiddeti ve sürekliliği artış gösterdiğinde, kaçınma davranışı işlevselliği bozulduğunda maladaptif özellik kazanır (American Psychiatric Association, 2000). Patolojik anksiyete, herhangi bir yaşta sürekli ya da aşırı derecede anksiyete ve öznel sıkıntı veya bozukluğa neden olan kaçınma ile karakterizedir (Beesdo ve ark., 2009).

2.1.2. Gelişimsel Faktörler

Korku ve endişe çocuklarda yaygındır. Klinisyenlerin çocukların işlevselliğini belirgin olarak bozan anksiyete bozukluklarını, normal ve gelişime uygun korku, endişe ve utangaçlıktan ayırt etmesi gerekir. Bebeklerde sıklıkla yüksek ses, irkilme ve daha sonra yabancı korkusu görülür. Süt çocuğu döneminde ise hayali yaratık ve karanlık korkusu ile normal ayrılık anksiyetesi yaygındır. Okul çağı çocukları ise genellikle kaza ve doğal olaylardan (fırtına vb.) endişelenir (Connolly ve ark., 2007). Büyük çocuklar ve ergenler ise okul performansı, sosyal beceri ve sağlık ile ilgili konularda korku ve endişeye sahiptir (Muris ve ark., 1998; Vasey ve ark., 1994). Çocukluk döneminde korku normal gelişimsel süreçte gözlenir ve algılanan tehdide yanıt olarak ortaya çıkabilir. Ancak zamanla azalmıyor ve çocuğun işlevselliğini bozuyorsa sorun haline gelir. Okul öncesi dönemde anksiyete alt tiplerinin okul çağı çocuklarına göre daha az farklılaştığı bildirilmektedir (Spence ve ark., 2001). Tanı kriterlerini tam karşılanmayan bu olgularda, anksiyete belirtilerinin klinik etkisi anlamlı olabilir.

2.1.3. Sınıflandırma

Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı-5 (DSM-5)'te anksiyete bozuklukları; yaygın anksiyete bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, selektif mutizm, özgül fobi ve agorafobi

olarak sınıflandırılmaktadır (American Psychiatric Association, 2013). DSM-5 ile birlikte anksiyete bozuklukları tanı sınıflandırılmasında bazı değişiklikler olmuştur. Bunlar;

- 1- Agorafobi tek başına tanı olarak sınıflandırılmaktadır; panik bozukluk tanısı olup olmamasına bağlı bir tanı değerlendirmesi yapılmamaktadır.
- 2- Ayrılık anksiyetesi bozukluğu ve selektif mutizm yeniden anksiyete bozuklukları arasında sınıflandırılmaktadır (DSM-IV' te 'genellikle ilk kez bebeklik, çocukluk ya da ergenlik döneminde tanısı konan bozukluklar' başlığında sınıflandırılmıştır). (American Psychiatric Association, 2013).
- 3- Obsesif-kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ve akut stres bozukluğu ; 'obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar' ile 'travma ve stres ile ilişkili bozukluklar' başlığında sınıflandırılmıştır (DSM-IV'te anksiyete bozuklukları kategorisinde yer almıştır).
- 4- Her anksiyete bozukluğu alt tipinin ana kriterleri büyük oranda DSM-IV ile benzerlik göstermektedir. Agorafobi, özgül fobi ve sosyal anksiyete bozukluğu bağlamında ortaya çıkan geçici korkular nedeni ile aşırı tanı koymayı engellemek için 18 yaş altı semptomların en az 6 ay sürmesi gerektiği kriteri eklenmiştir.

2.1.4. Klinik Görünüm

Anksiyete bozukluğu olan çocuklar, korku ve endişe ile kliniğe başvurabilir ve korkularını yersiz-anlamsız olarak tanımlamayabilir. Genellikle baş ağrısı, karın ağrısı gibi somatik belirtileri vardır. Çocuklarda bazen eşlik eden ağlama, irritabilite ve öfke patlamaları karşı gelme olarak anlaşılabılır. Gerçekte bu durum korku dışı vurumu ya da anksiyete oluşturan uyarandan kaçma çabası ile ortaya çıkar. Tanı ise bütün olarak semptom bağlamında konulur (Connolly ve ark., 2007).

2.1.4.1 Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu

Ayrılık anksiyetesi olan çocuklar belirli bağlanma figürü veya evden ayrılma endişesi ile ilgili aşırı veya gelişime uygunsuz korku ve sıkıntı yaşarlar. Bu sıkıntı ayrılık öncesi ya da ayrılma girişimleri esnasında açığa çıkar. Ayrıldıkları zamanda; kendi ve ebeveynlerinin güvenlik ve sağlığı ile ilgili aşırı endişeleri ile birlikte yalnız uyuma

zorlukları, ayrılma teması ile ilgili kabusları, sıklıkla somatik şikayetleri ve bazen okul reddi tablosu vardır (Connolly ve ark., 2007).

2.1.4.2. Özgül Fobi

Özgül fobi, kaçınma ya da büyük bir sıkıntıya neden olan belirli bir nesne ya da duruma özgü korku olarak tanımlanır. Nesne ya da durumun kişiye zarar vereceği ile ilgili ortak bir inanış vardır. Semptomlar korkuya yönelik bozukluk ya da aşırı sıkıntıya neden olacak boyutta ise özgül korku, özgül fobi haline dönüşür. Çocuklarda sıklıkla birden daha çok özgül fobi alt tipi eşlik eder. Ancak bu durum yaygın anksiyete bozukluğu kliniği olarak değerlendirilmez. Çocuklarda sık olarak hayvanlar, böcekler, karanlık, yüksek sesler, fırtınalar, kan, enjeksiyon ve hastalık gibi korkular görülür (Connolly ve ark., 2007).

2.1.4.3. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın anksiyete bozukluğu; okul ödevi, sosyal etkileşim, aile, sağlık/güvenlik, toplum olayları, doğal afetler gibi alanlarda kronik, aşırı endişe ve somatik belirtiler ile karakterizedir. Yaygın anksiyete bozukluğu olan çocuklar endişelerini kontrol etmekte sıkıntı yaşarlar. Çocukların bir kısmı mükemmeliyetçidir, güvence arama davranışına sık başvururlar ve öğretmenleri ya da ebeveynlerine yansıyandan daha çok içsel sıkıntı ile mücadele ederler. Endişeleri belirli bir obje ya da duruma özgü değildir ve zamanın büyük bir diliminde mevcuttur (Connolly ve ark., 2007).

2.1.4.4. Sosyal Fobi

Sosyal fobi bir ya da daha fazla sosyal ortamda (yabancı akranları ve yetişkinler) veya performans sergilemede (spor, müzik vb.) korkmuş ya da rahatsız hissetme durumudur. Bu rahatsızlık sosyal incelenme ve sınıf, restaurant ve ders dışı aktiviteler gibi sosyal ortamlarda utandırıcı bir şeyler yapma korkusu ile ilgilidir. Bu çocuklar; sınıfta sorulara cevap vermekte, yüksek sesle okumakta, sohbeti başlatmakta, yabancı kişilerle konuşmakta ve parti ve sosyal ortamlara katılmakta zorluk yaşayabilir (Connolly ve ark., 2007).

Yaygın anksiyete bozukluğu olan çocuklarda, sıklıkla sosyal alanlarda endişe vardır. Ancak bu durum sosyal fobi ile ilişkili endişelerden birçok anlamda farklıdır. Yaygın anksiyete bozukluğu olan çocukların performans ve sosyal alan ile birlikte birçok alanda

endişesi vardır ve endişeleri sosyal ortamlarda utanç-aşağılayıcı bir durum yaşamaktan daha çok ilişkilerinin niteliği ile ilgilidir. Sosyal fobi ile ilgili anksiyete sosyal ortamlardan kaçma ya da kaçınma ile azalırken yaygın anksiyete bozukluğu ile ilişkili anksiyete kalıcıdır (Connolly ve ark., 2007).

2.1.4.5. Panik Bozukluk

Panik bozukluk beklenmedik bir şekilde ortaya çıkan yoğun korku tekrarlayıcı atakları ile tanımlanır. DSM-5'te bu epizodik panik ataklarda; kalp çarpıntısı, titreme, nefes darlığı, terleme, bulantı, baş dönmesi, nefes darlığı, boğulma hissi, üşüme gibi 13 belirtiden en az 4'ü vardır. Panik bozukluğu olan çocuklar, tekrarlayıcı panik ataklar ve sonuçlarından korkarlar ve atağın olduğu ortamlardan kaçınma davranışı geliştirebilirler (**Agorafobi**). Ergenlerde sık olarak görülen panik ataklar, herhangi bir anksiyete bozukluğunda da ortaya çıkar ve daha az sıklıkta görülen panik bozukluktan ayırt edilmesi gerekir. Panik bozuklukta ataklar ayrılma, korkulan durum/nesne, sosyal durum/değerlendirme ve çevresel olaylara özgü değildir (Connolly ve ark., 2007).

2.1.4.6. Agorafobi

Genellikle panik atak yaşama korkusu ile birçok agorafobik durumdan kaçma ya da korkma olarak tanımlanır. Bu durumlar, hızlı olarak kaçmanın zor olduğu kapalı alanlar, sinemalar, kuaförler, toplu taşıma araçları ve yoğun trafiktir. Genellikle güvenilir bağlanma figürü olmak üzere belirli koruyucu faktörlerden güvence arama davranışı görülür (Rapee, 2012).

2.1.5. Epidemiyoloji

2.1.5.1. Prevalans

Birçok araştırmada, çocuklarda anksiyete bozukluğunun sık görüldüğü bildirilmiştir (Canino ve ark., 2004; Ford ve ark., 2003; Breton ve ark., 1999; Lewinsohn ve ark., 1993, 1997). Araştırma sonuçları; yöntem, örneklem, görüşmeci, bilgi veren kişi ve ölçme yöntemine göre farklılık göstermektedir. Bununla birlikte araştırmalarda, çocuk ve ergenlerin % 2.5-% 5'inin anksiyete bozukluğu tanı kriterlerini karşıladığı gösterilmiştir (Canino ve ark., 2004; Ford ve ark., 2003; Breton ve ark., 1999; Lewinsohn ve ark., 1993, 1997). Batı popülasyonunda bu oran % 5 olarak bildirilmiştir (Rapee ve ark., 2009). İki araştırmada, ergenlik öncesine kıyasla ergenlik döneminde anksiyete bozukluğunda hafif

artış gösterilmekle birlikte prevalans gelişim sürecinde tutarlı bir seyir izlemektedir (Ford ve ark., 2003; Canino ve ark., 2004). Spesifik anksiyete bozukluklarını ayrı olarak ele alan çalışmalarda ise, prevalans değerlerinin araştırmalar arasında tutarlılığı düşüktür (**Tablo 1**). Birçok araştırmada özgül fobinin yüksek düzey, ayrılık anksiyete, yaygın anksiyete ve sosyal fobinin ise orta düzey bir prevalans oranı olduğu gösterilmiştir (Rapee , 2012).

Tablo 1. 4 Toplum Tabanlı Araştırmada Çocukluk Dönemi Anksiyete Bozuklukları Sıklığı

	Lewinsohn ve ark. 1993*	Breton ve ark. 1999**	Ford ve ark. 2003***	Canino ve ark. 2004****
Ayrılık Anksiyete Bozukluğu	0.2	0.9	1.2	1.5
Sosyal fobi	0.9		0.3	1.5
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	0.5	2.8	0.7	1
Özgül Fobi	1.4	1.9	1	

*Ergen bildirimi ve nokta prevalans; 14-19 yaş aralığı

**Ebeveyn bildirimi ve 6 aylık prevalans; 6-14 yaş aralığı

***Ebeveyn ve ergen bildirimi ve nokta prevalans; 5-15 yaş aralığı

****Ebeveyn ve ergen bildirimi ve 12 aylık prevalans; 4-17 yaş aralığı

2.1.5.2. Cinsiyet Dağılımı

Anksiyete bozuklukları; kızlarda erkeklere göre daha sık görülür. Birçok toplum tabanlı çalışmada kızlarda yaklaşık 1.5-2 kat daha fazla sıklık bildirilmiştir (Rapee, 2012). Ancak bu veri tutarlılık göstermemektedir. Bazı toplum tabanlı araştırmalar, anksiyete bozukluklarının prevalansında anlamlı cinsiyet farklılığı gösterememiştir (Ford ve ark., 2003; Canino ve ark., 2004). Hatta batı toplumlarında tedaviye başvuran olgularda, cinsiyet dağılımı birbirine benzer hatta toplumsal baskı nedeni ile erkeklerde daha sık bildirilmektedir (Rapee, 2012). Bu tutarsızlıklar, yaş aralığı ve çalışmaya dahil edilen anksiyete alt tipi oranı ile de ilişkili olabilir. Bununla birlikte bütün anksiyete alt tiplerinde, bazı araştırmalarda cinsiyet farklılığı bildirilmiş, bazı araştırmalarda bu farklılık gösterilmemiştir (Rapee ve ark., 2009). Bu farklılık; özgül fobi, agarofobi, panik bozukluk ve sosyal anksiyete bozukluğu için belirgindir. Araştırmalarda, bu cinsiyet farklılığının, çok küçük yaşlarda (5 yaş) ortaya çıktığı ile ilgili veriler bulunmaktadır (Rapee, 2012). Gelişim sürecinde anksiyete de cinsiyet farklılığı ile ilgili veriler kısıtlıdır.

Puberteden sonra depresyon cinsiyet dağılımında kız/erkek oranındaki belirgin artış anksiyete de gösterilememiştir (Hankin ve ark., 1998; Roza ve ark., 2003). Bir araştırmada, kızlarda anksiyete bozukluğu sıklığının çocukluk ve erken ergenliği kapsayan dönemde sürekli bir artış gösterdiği bildirilmiştir (Roza ve ark., 2003).

Çocukluk dönemi anksiyete bozukluklarında, davranım bozukluğu ya da depresyon gibi diğer bozukluklara kıyasla demografik risk faktörlerinin etkisi kısıtlıdır (Rapee ve ark., 2009). Aile yapısı, eğitim düzeyi, etnik özellikler ve ebeveyn marital durumu ile anksiyete arasında tutarlı bir ilişki gösterilememiştir (Canino ve ark., 2004; Ford ve ark., 2003; Breton ve ark., 1999; Lewinsohn ve ark., 1997). Düşük ekonomik düzeyin, anksiyete için risk faktörü olduğuna yönelik bazı kanıtlar olmakla birlikte sonuçların tutarlılık ve etki boyutu düşüktür (Xue ve ark., 2005; Cronk ve ark., 2004; Ford ve ark., 2004). Benzer şekilde sosyal anksiyetesi olan çocukların ilk çocuk olma özellikleri olmasına yönelik veriler olmakla birlikte bu veri diğer araştırmalar tarafından doğrulanmamıştır (Rapee, 2012).

2.1.5.3. Başlangıç Yaşı

Anksiyete bozuklukları, yaşamın en erken yıllarında ortaya çıkan bozukluklar arasındadır. Genellikle orta çocukluk dönemi ve orta ergenlik dönem aralığında başlangıç gösterir. Anksiyete bozuklukları genellikle davranışsal inhibisyon ve korkaklık bağlamında ortaya çıkar. Bu nedenle tam olarak ilk ne zaman başladığına karar vermek zordur, bir ölçüde çoğu kez bu çocukların doğumdan itibaren anksiyöz olduğu söylenebilir (Rapee ve ark., 2012). Başlangıç yaşı ile ilgili veriler çoğunlukla erişkinlerde yapılan retrospektif araştırmalardan elde edilmiştir. Özgül fobilerin büyük bir kısmının daha çok erken-orta çocukluk döneminde, sosyal fobinin erkek-orta ergenlik, panik bozukluğun ise erken erişkinlik döneminde başladığı ile ilgili veriler bulunmaktadır (Kessler ve ark., 2005; Ost ve ark., 1987). Yaygın anksiyete bozukluğunun başlangıç yaşı ile ilgili veriler daha az tutarlılık göstermektedir; yaşam boyu-erişkinlik aralığında değişiklik göstermektedir (Rapee, 1991; Kessler ve ark., 2005). Toplum tabanlı araştırmalardan elde edilen veriler bu paterni güçlü olmasa da desteklemektedir (Rapee ve ark., 2009). Ford ve ark. tarafından ergenlerde bildirilen artmış anksiyete, ergenlik döneminde obsesif-kompulsif bozukluk ve panik bozukluk sıklığındaki kısmi artıştan kaynaklanmaktadır (Ford ve ark., 2003). Bununla birlikte ayrılık anksiyetesi bozukluğu ve özgül fobi sıklığının da erken çocukluk döneminden orta ergenlik dönemine geçiş

süresince azaldığı gösterilmiştir (Kashani & Orvaschel 1990; Breton ve ark., 1999). Bununla birlikte genel olarak ergenlik döneminde sosyal fobi sıklığında beklenen artış gösterilememiştir. Bir epidemiyolojik araştırmada, yaşla birlikte sosyal fobi sıklığında artış bildirilmekle birlikte diğer toplum tabanlı araştırma bu artışı doğrulamamıştır (Ford ve ark., 2003; Canino ve ark., 2004). Yaygın anksiyete bozukluğunda ise yaşla birlikte kısmi değişiklik bildirilmektedir (Breton ve ark., 1999; Ford ve ark., 2003).

2.1.5.4. Komorbidite

Çocuk ve ergenlerde, anksiyete bozuklukları tek tanı olarak nadiren görülür. Anksiyöz çocukların %40-60'ında birden daha çok anksiyete bozukluğu görülür (Last ve ark., 1987; Benjamin ve ark., 1990; Kashani & Orvaschel 1990). Bu durum anksiyete bozukluklarında ortak risk faktörlerinin olduğunu göstermekle birlikte tanı sınırlarının net olmadığını da yansıtabilir (Rapee ve ark., 2009). Birçok toplum tabanlı araştırmada, anksiyete ve diğer bozukluklar arasında yüksek binişiklik olduğu gösterilmiştir (Angold ve ark., 1999). Bu araştırmalarda, anksiyete ve depresyon arasındaki yüksek binişikliğe de işaret edilmiş ve anksiyöz çocuklarda ek depresyon riski 8-29 kat daha fazla bildirilmiştir (Brady & Kendall, 1992; Angold ve ark., 1999; Costella ve ark., 2003; Ford ve ark., 2003). Diğer sık olarak eşlik eden tanılar; DEHB, karşıt olma karşı gelme bozukluğu, madde kötüye kullanımı, öğrenme bozuklukları ve dile özgü gelişimsel bozukluklardır. Anksiyete bozukluklarında dışa atım bozuklukları görülme sıklığı depresyona kıyasla belirgin olarak daha düşüktür. Bazı araştırmalarda istatistik olarak diğer komorbid bozukluklar kontrol edildiğinde dışa atım bozuklukları ile düşük binişiklik olduğu gösterilmiştir (Costella ve ark., 2003; Ford ve ark., 2003). Erişkinlerde madde kötüye kullanım bozuklukları ile anksiyete arasında belirgin olan komorbidite çocuklarda gösterilememiştir. Bir araştırmada, anksiyöz erkek çocukların eşlik eden madde kullanım bozukluğu açısından düşük risk grubunda olduğu gösterilmiştir (Costella ve ark., 2003).

2.1.5.5. Klinik Gidişat

Anksiyete bozuklukları, en çok stabilite gösteren psikopatolojilerden biridir ve spontan remisyon oranı oldukça düşüktür. Homotipik (gelecekte aynı bozukluğun olması) ve heterotipik (gelecekte farklı bozuklukların olması) süreklilik gösterebilir. Bazı tutarsızlıklar olmakla birlikte anksiyöz çocuklarda orta-güçlü homotipik süreklilik bildirilmiştir (Keller ve ark., 1992; Last ve ark., 1996; Pine ve ark., 1998; Costella ve

ark., 2003; Bittner ve ark., 2007). Diğ er bir ifade ile anksiyete bozukluğu olan çocuklar, çocukluktan ergenliğe ya da ergenlikten erişkin döneme ge erirken anksiyete bozuklukları açısından orta-yüksek düzey risk grubundadır (Pine ve ark., 1998; Bittner ve ark., 2007). Anksiyete bozukluğu alt tipi yada semptom kümesinde homotipik süreklilik ile ilgili veriler tanı geçerliliği ile ilgili de kanıt oluşturmaktadır (Bittner ve ark., 2007; Ferdinand ve ark., 2007). Diğ er bir açıdan, Gregory ve ark. anksiyete bozukluğu olan erişkinlerin %64'nden daha fazlasının 18 yaş ve öncesinde tanı aldığını ve anksiyete alt tipleri arasında k uc uk farklılıklar olduğunu göstermiştir (Gregory ve ark., 2007). Bu nedenle anksiyöz çocukların büyük bir kısmında bozukluk yıllarca hatta erişkin döneme kadar sürmektedir, anksiyöz erişkinlerin büyük bir kısmında da anksiyete çocukluk döneminde başlamaktadır. Bununla birlikte çocukların büyük bir kısmında bozukluk gerilemektedir ve anksiyöz erişkinlerin bir kısmında da anksiyete bozukluğu ileri bir safhada ortaya çıkmaktadır (Rapee ve ark., 2009).

Çocukluk dönemi anksiyete yaşamın ileri dönemlerinde anksiyeteyi predikte etmekle birlikte diğ er psikiyatrik bozuklukları açısından da risk faktörüdür. Kesitsel komorbidite araştırmalarında en güçlü ilişki anksiyete ve daha sonra ortaya çıkan depresyon arasındadır (Pine ve ark., 1998; Costella ve ark., 2003). Bu veri çocuklukta anksiyete belirtilerinin daha sonra depresyon belirtilerini predikte ettiğini gösteren boylamsal araştırma verileri ile tutarlıdır (Cole ve ark., 1998). Son olarak anksiyöz çocuklarda, dışa atım ve madde kötüye kullanım bozuklukları ile intihar riskinin arttığı gösterilmiştir (Last ve ark., 1996; Costella ve ark., 2003; Bittner ve ark., 2007).

2.2. YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi; hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimidir. Bir diğer ifadeyle; yaşam kalitesi, kişinin içinde yaşadığı sosyokültürel ortamda kendi sağlığını öznel olarak algılayışını tanımlamaktadır (WHOQOL, 1998).

Yaşam kalitesi; fiziksel ve duygusal, sosyal, rol işlevselliği alt birimlerinden oluşan psikososyal işlevselliği içerir. Kişinin öznel işlevselliği ile nesnel belirteçleri içeren çok boyutlu bir kavram olarak tanımlanır (Schmeck & Poustka, 1997). Öznel işlevsellik; kişinin fiziksel, emosyonel ve sosyal işlevselliği ile değerlendirilir (Wallander ve ark., 2001). Nesnel belirteçler ise yaşam koşulları, iş-okul işlevselliği ve sosyal ilişkileridir (Lehman, 1988; Mogotsi ve ark., 2000).

Yaşam kalitesi; özellikle pediatrik popülasyonda sağlığı değerlendirmede önemli bir sonuç değerlendirme parametresidir. Mortalitenin, çocuklarda kazalar dışındaki durumlarda yeterli bir duyarlılığı yoktur (McGlynn & Halfon, 1998). Aynı şekilde diğer geleneksel ölçüm olan morbiditenin de çocuklarda sağlık ölçümünde kullanımı zordur. Çünkü pediatrik epidemiyolojide daha nadir görülen çok sayıda kronik hastalığın olması, farklı koşullarda semptomları bir araya getirmeyi zorlaştırmaktadır (McGlynn & Halfon, 1998; Newacheck & Taylor, 1992). Okul devamsızlığı; morbiditeyi ölçmenin farklı bir yöntemi olmakla birlikte güvenilirliği düşük olduğu için eleştirilmektedir; hastalığa bağlı olmayan sosyal ve davranışsal nedenleri olabilir (McCowan ve ark., 1996; Weitzman, 1986). Başka bir açıdan çocukların büyük bir kısmı tamamen sağlıklıdır (McGlynn & Halfon, 1998; Newacheck & Taylor, 1992); tipik olarak daha kısa zamanda iyileşen ve hastane yatışı gerektirmeyen minor ya da tekrarlayıcı hastalık geçirirler (Forrest ve ark., 1997). Çocukların %5'inden daha azında erişkin dönemde de devam eden kronik sağlık sorunları vardır (Newacheck & Taylor, 1992). Hastalık odaklı değerlendirilen düşük sıklıkta görülen pediatrik kronik sağlık sorunları ise toplum temelli sağlık hizmetlerinin etkinliğini azaltmaktadır (Forrest ve ark., 1997). Anlamlı çocuk sağlık göstergesi, sadece hastalığa özgü belirtileri değil fiziksel, duygusal, sosyal ve okul işlevselliği ile ilgili daha geniş alanlarda değerlendirme yapılmalıdır (Forrest ve ark., 2003). Bu nedenle geleneksel morbidite ve mortalite ölçümleri genel popülasyonda tam olarak sağlığı değerlendirmede yetersizdir (Lewin-Epstein, 1998).

Yaşam kalitesi; klinik çalışmalarda, klinik uygulamada iyileşme izlem sürecinde ve sağlık hizmetleri araştırma ve değerlendirmelerinde önemli bir sağlık belirteci olarak ortaya çıkmıştır. Geniş pediatrik örnekleme yaşam kalitesini değerlendirmek birçok açıdan faydalıdır; sağlık sorunları açısından risk grubundaki çocukları tanımlama, belirli hastalık ya da bozukluğun hastalık yükünü belirleme, önleme ve müdahale çalışmalarında veri sağlama. Ayrıca yaşam kalitesi sonuçları, toplumun sağlık hizmeti gereksinimlerinin değerlendirilmesine olanak sağlar. Bu sonuçlar; stratejik sağlık hizmet planları geliştirme, sağlıkta eşitsizlikleri tanımlama, toplum sağlığına yönelik politika ve yasaların düzenlenmesi ve sağlık hizmeti kaynakların tahsisinin sağlanması gibi kamu politika kararlarının belirlenmesinde kullanılır.

Tıbbi sağlık hizmet sistemlerinde, erişkinlerle birlikte çocuk ve ergenlerde yaşam kalitesi tıbbi müdahalelerin değerlendirilmesinde kullanılan önemli bir sonuç parametresidir. Tıbbi tedavi kişiyi somatik, emosyonel ve sosyal yönden etkiler. Bu nedenle yaşam kalitesinin çocuk ve ergenin bakış açısı ile değerlendirilmesi gerekir. Bununla birlikte çocuklarda yaşam kalitesi ile ilgili araştırmalar çok önemlidir. Çünkü tıp alanında çok önemli gelişmeler olmasına karşın psikiyatrik bozuklukları da kapsayan kronik hastalıkları olan çocukların sayısı artmaktadır.

Özellikle 1980’li yıllardan sonra çocuk ve ergenlerde görülen hastalık sayısı ve uygulanan tedavi seçeneklerinde belirgin artış görüldüğü için klinik ve sağlık/ekonomi alanında yaşam kalitesi ile ilgili araştırmalarda artış gözlenmiştir. Yaşam kalitesi, akut hastalıklardan kronik hastalıklara, somatik bozukluklardan psikiyatrik bozukluklara geçiş ile birlikte ‘yeni morbidite’ kavramı olarak tanımlanmaktadır (Van ve ark., 2010). Bu değişim ile birlikte genç hastaların öznel sağlık ya da uzun dönem yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, günlük hastalık yükünün tanımlanması ve erken aşamada iyilik ve işlevsellikte olası bozulmaların ortaya çıkarılması gerekmektedir. Sonuçta çocuk ve ergenlerin sağlık durumu ve tedavisi ile ilgili öznel algısı tedavi başarısını değerlendirmek ve optimum tedavi seçeneğini belirlemek için önemlidir. Bu açıdan yaşam kalitesi, özellikle psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi yaşam süresini kısaltmayan ancak yaşam boyu süren kronik hastalıklarda tedavi seçeneklerinin değerlendirmede önemli bir odak noktasıdır. Hastaların gereksinimleri değerlendirildiğinde ise ilgili tedavi yönteminin yararı ve anlamlılığı daha iyi anlaşılabilir farklı tedavi yöntemleri arasındaki öznel farklılıklar açığa çıkarılmış olur (Ravens-Sieberer ve ark., 2014).

2.2.1. Psikiyatrik Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Yaşam Kalitesi

Son yıllarda, davranışsal sorunların yeniden kavramsallaştırılması (Insel, 2014) ile birlikte çocuklarda ‘iyilik’ hali ve bu durumun sağlık sistemine olan etkisi daha kapsamlı olarak araştırılmaktadır (Whiteford ve ark., 2013). Örneğin; günümüzde ruh sağlığının en az üç boyutta tanımlanması ile ilgili giderek artan bir görüş birliği vardır. Birincisi; psikopatoloji ya da klinik semptomatoloji. İkincisi; dışarıdan gözlenen günlük yaşamda bozulma ve işlevsellik üzerine etkisi (nesnel gerçeklik). Üçüncüsü ise kişinin kendi değerlendirdiği yaşam kalitesi üzerine etkisi (öznel gerçeklik) (Coghill ve ark., 2009). Ancak günümüzde psikiyatrik bozukluklar prototipik olarak klinik semptomatoloji ile tanımlanmaktadır. Tanı koymak için semptomların işlevsellikte bozulmaya neden olması gerekli olmakla birlikte bozulmanın niteliği açıkça belirtilmemiştir (American Psychiatric Association, 2013). Birçok etkili araştırmacı ve yazar yıllardır bunun önemini vurgulamasına rağmen güncel uygulamada psikiyatrik bozuklukların tanımlamasında daha öznel bir kavram olan yaşam kalitesi dikkate alınmamıştır. Bununla ilgili olarak Spitzer ve ark. sağlık hizmetinin birincil amacının psikopatoloji ya da bozukluktan daha çok kişinin kendi sağlığı ile ilgili algısını ve hastalığın etkilediği yaşam kalitesini iyileştirmek olduğunu vurgulamaktadır (Spitzer ve ark., 1995).

Öznel yaşam kalitesinin belirlenmesi, psikiyatrik bozuklukların etkisinin daha iyi anlaşılması ve farklı sağlık sorunları ile karşılaştırmanın yapılabilmesi için önemlidir. Düzenleme kurullarının, sağlıkta geri ödeme sürecinde sağlık hizmet giderlerinin ve kaynak dağılımının hesaplanmasında yaşam kalitesini dikkate alacağı tartışılmaktadır. Bu durum, sorunların ve iyileşmek için gereksinimlerin daha kapsamlı ele alınmasına olanak sağlar. Son yıllarda farklı Avrupa bölgesel ve ulusal klavuzlar, çocukluk dönemi psikiyatrik bozukluklarda yaşam kalitesinin sağlık hizmet kalitesi ve tedavi sonuç göstergesi olarak önemini vurgulamaktadır. Ayrıca birçok ülkede (Almanya, İngiltere vb.) tıpta ve diğer müdahale alanlarında kanıta dayalı fayda/iyileşme değerlendirme sürecinde, sağlık sorununun iyileşmesi ve hastalık süresinin kısılmasına ek olarak yaşam kalitesinin iyileştirilmesi gereklidir. Yaşam kalitesi, psikopatoloji gibi kavramlara göre daha az tartışmalı ve daha anlaşılır bir kavram olduğu için toplum tarafından daha iyi anlaşılır ve daha az stigmatize eder. Yaşam kalitesi kişinin kendi yaşantısına bağlı olduğu için psikopatolojiye kıyasla hasta tarafından daha önemli, anlamlı ve anlaşılır olarak algılanır. Ayrıca bu özellikler hasta, uzman ve sosyal çevre arasında iletişimi kolaylaştırır. Başka bir açıdan yaşam kalitesi, hastanın kendi algılaması ve önceliklerine

göre müdahalenin belirlenerek tedavi hiyerarşisinin tanımlanması ve yeni tedaviler geliştirmede kullanılır. Bu bağlamda ‘yaşam kalitesi terapisi’ üzerinde çalışılmaktadır. Sadece klinik belirtilerin azalması hatta işlevselliğin düzelmesi, tedavi başarısını değerlendirmede önemli bir tamamlayıcı olan yaşam kalitesindeki iyileşme için yeterli değildir. Etik açıdan bakıldığında da hastanın söylemleri, düşünceleri ve duygularının daha fazla katılımı ve değerlendirme aşamasına dahil edilmesi her zaman için gereklidir.

Erişkin literatür ile karşılaştırıldığında (Alonso ve ark., 2004; Ritsner ve ark., 2000) çocukluk döneminde fiziksel hastalıklarda düşük yaşam kalitesi (Solans ve ark., 2008) ile ilgili tutarlı olarak çok sayıda veri bulunmakla birlikte psikiyatrik bozukluklarda kanıt yetersizdir. Bununla birlikte Avustralya ulusal araştırmasında, psikiyatrik bozukluğu olan çocukların ebeveyn bildirimli yaşam kalitesi birçok alt biriminin, fiziksel hastalığı olan çocuklara göre daha kötü olduğu bildirilmiştir (Sawyer ve ark., 2002). Dey, Landolt ve Mohler-Kuo (2012) tarafından yapılan sistematik derlemede, çocukluk dönemi psikiyatrik bozukluklarda özellikle psikososyal ve aile-ilişkili yaşam alanları olmak üzere yaşam kalitesinin farklı alanlarında bozulma olduğu gösterilmiştir (Dey ve ark., 2012). Bu derlemede 16 araştırma incelenmekle birlikte çoğu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu’nu incelemiştir. 41 araştırmanın dahil edildiği sistematik bir derlemede ise hem öz bildirim hem de ebeveyn bildirimlerinde tipik/sağlıklı çocuklara kıyasla yaşam kalitesinin orta-yüksek düzeyde etki büyüklüğü ölçüsünde düşük olduğu bildirilmiştir. Dahil edilen araştırmaların büyük bir kısmı nörogelişimsel bozuklukları içermekle birlikte çocuklarda depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu, erken başlangıçlı şizofreni ve yeme bozukluklarını içeren geniş tanısallık grupları inceleyen araştırmalarda belirgin bir kısıtlılık olduğu vurgulanmıştır (Johnsson ve ark., 2017).

Farklı psikiyatrik tanı kategorilerinde karşılaştırmalı yapılan bir araştırmada dikkat eksikliği ve yıkıcı davranış bozukluklarında okul ve sosyal işlevsellik; anksiyete ve duygudurum bozukluklarında emosyonel işlevsellik; yaygın gelişimsel bozuklukta ise sosyal işlevsellik yaşam kalitesi alt birimlerinde bozulma daha belirgindir (Bastiaansen ve ark., 2004). Benzer şekilde Sawyer ve ark.’nın depresyon, davranım bozukluğu ve DEHB karşılaştırmalı araştırmasında ise depresif bozuklukta daha çok emosyonel sorunlar, ağrı ve rahatsızlık; davranım bozukluğu ve DEHB’da ise daha çok davranış sorunları bildirilmiştir (Sawyer ve ark., 2002). Telman ve ark. ise anksiyete bozukluğu olan çocuklarda sağlıklı kontrol grubuna göre daha düşük yaşam kalitesi, otizm spektrum bozukluğu ile karşılaştırıldığında daha yüksek sosyal işlevsellik, DEHB ile

karşılaştırıldığında ise daha yüksek okul işlevselliği yaşam kalitesi alt birimi olduğunu bildirmiştir (Telman ve ark., 2017).

Anksiyete bozukluğu olan çocukların da dahil edildiği farklı psikiyatrik bozuklukları kapsayan bir araştırmada ise ebeveyn ve öz bildirim ölçeklerinde içe atım bozuklarında daha güçlü olmak üzere içe atım ve dışa atım bozuklukları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki bildirilmiştir (Weitkamp ve ark., 2013)

2.2.2. Anksiyete Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Yaşam Kalitesi

Norveç'te okul taraması ile yapılan bir toplum tabanlı bir araştırmada anksiyete belirtileri ile yaşam kalitesi ve tüm alt birimleri (fiziksel, duygusal, aile, okul, arkadaş ve öz saygı) arasında ters yönlü bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Anksiyete düzeyine bakıldığında ise orta ve yüksek düzey anksiyete belirtisi olan ergenlerde belirgin olarak daha düşük yaşam kalitesi alt birimleri bildirilmiştir (Raknes ve ark., 2017). Diğer bir toplum tabanlı çalışmada ise değerlendirilen anksiyete ve depresif belirtiler ile davranış sorunlarından sadece anksiyete ve depresif belirtilerin çocuk ve ergenlerin algıladıkları yaşam kalitesini anlamlı olarak etkilediği gösterilmiştir (Stevanovic, 2012).

Primer olarak anksiyete bozukluğu olan pediatrik örneklemde yaşam kalitesini inceleyen araştırma sayısı ise belirgin olarak kısıtlıdır. Ramsawh ve Chavira tarafından 73 çocuğun dahil edildiği bir araştırmada yüksek anksiyete şiddeti ve komorbidite sayısı ile yaşam kalitesi arasında ters ilişki gösterilmiştir (Ramsawh & Chavira, 2016). Ayrıca bu araştırma çocuklarda anksiyete alt tipleri (fiziksel belirtiler, sosyal anksiyete) ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi bildiren ilk araştırmadır.

Literatürde anksiyete bozukluklarında eşlik eden diğer psikiyatrik bozuklukların yaşam kalitesine etkisi incelenmemiştir. Bununla birlikte ergenlerde yapılan prospektif toplum tabanlı bir çalışmada eşlik eden depresif ve anksiyete belirtilerinin DEHB ve yaşam kalitesi arasındaki ters ilişkiye aracılık ettiği bulunmuştur (Pan & Yeh, 2017). Benzer şekilde DEHB'da birden daha fazla anksiyete bozukluğu tanısı olan çocuklarda anksiyete komorbiditesi olmayanlara göre daha düşük yaşam kalitesi, işlevsellik ve daha fazla davranış sorunları bildirilmiştir (Sciberras ve ark; 2014). Erişkin major depresif bozukluğu olan olgularda yapılan bir çalışmada ise eşlik eden yaygın anksiyete bozukluk tanısı olan olgularda daha fazla depresif belirti ve daha kötü yaşam kalitesi ile uyku kalitesi olduğu belirtilmiştir (Zhou ve ark.; 2017) OKB olan çocuklarda yapılan bir

arařtırmada ebeveyn bildiriminde komorbid tanısı olan olgularda yařam kalitesi daha dūřuk bulunmuřtur (Weidle ve ark.; 2014).

Geniř literatūr taramasına gōre bizim araştırmamız anksiyete bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde yaşam kalitesini kontrol grubu ile karşılaştıran ilk araştırmadır.

2.3. ARAşTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Araştırmamızda, anksiyete bozukluğu olan olguların yaşam kalitesinin hem ebeveyn hem çocuk bildirimlerine gōre sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında daha kōtū olduğu ile ilgili hipotez kurulmuştur. Ayrıca, bu araştırmada anksiyete bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde yaşam kalitesini etkileyen değişkenler incelenecektir.



3. YÖNTEM VE ARAÇLAR

3.1. ÖRNEKLEM

Araştırma grubuna, Necmettin Erbakan Üniversitesi (NEÜ) Meram Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. Polikliniklerine başvurup değerlendirilen ve Okul Çağı Çocuklar İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu - Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) uygulanarak yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu ve panik bozukluk tanıları konulan 8-17 yaş aralığındaki hasta bireyler dahil edilmiştir. Sağlıklı kontrol grubuna ise İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden izin alınarak belirlenen 3 okuldan araştırmaya katılmaya gönüllü olan yaş ve cinsiyet olarak hasta grubu ile eşleştirilmiş, ÇDŞG-ŞY-T uygulanarak herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı olmayan yerel popülasyondan olgular dahil edilmiştir. Katılımcılar için belirlenen araştırmaya dahil edilme ve dışlama kriterleri aşağıda yer almaktadır:

Hasta Grubu için Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri:

- 8-17 yaş aralığında olması
- DSM-5 tanı kriterlerine göre Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, Sosyal Anksiyete Bozukluğu, ve Panik Bozukluk tanılarından birisini karşılıyor olması
- Hastanın ebeveyn ile görüşmeye gelmiş olması
- Ebeveynden araştırmaya katılım için sözlü ve yazılı onam alınmış olması

Hasta Grubu için Araştırma Dışlama Kriterleri:

1. DSM-5'e göre mental retardasyon, otizm spektrum bozukluğu, şizofreni, bipolar bozukluk gibi psikiyatrik bozuklukların varlığı
2. Major fiziksel veya nörolojik hastalık varlığı

Kontrol Grubu için Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri:

1. 8-17 yaş aralığında olması
2. Hastanın ebeveyn ile görüşmeye gelmiş olması
3. Ebeveynden araştırmaya katılım için sözlü ve yazılı onam alınmış olması

Kontrol Grubu için Araştırma Dışlama Kriterleri:

1. DSM-5'e göre herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı alması
2. Major fiziksel veya nörolojik hastalık varlığı

3.2. YÖNTEM

NEÜ Meram Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. Polikliniklerinde değerlendirilen, DSM-5 tanı kriterlerine göre herhangi bir anksiyete bozukluğu tanısı konulan hasta grubu ile okulda değerlendirilen, DSM-5 tanı kriterlerine göre herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı olmayan ve araştırma için gerekli dahil olmadıkları kriterlerini karşılayan çocuklar ile ailelerine klinisyen tarafından Okul Çağı Çocuklar İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu - Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) uygulanarak tam değerlendirme yapılmış ve olası komorbid tanılar da tespit edilmiştir. Çocuk ve ergenlere "Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş", ebeveynlere "Turgay-DSM-IV'e Dayalı Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin Tarama ve Derecelendirme Ölçeği" ile ebeveynin ve çocuğun/ergenin ayrı ayrı dolduracağı "Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği" uygulanmıştır. Ayrıca katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan bir veri formuna klinisyen tarafından kaydedilmiştir.

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu (SDVF):

Araştırmacılar tarafından geliştirilen form aracılığı ile çocuğun yaşı, cinsiyeti, kardeş sayısı, aile yapısı, gelir düzeyi gibi sosyodemografik özellikler, kullandığı ilaçlar ve ailede psikiyatrik hastalık gibi klinik özellikler belirlenmiştir. Gelir düzeyi; 1 = 0-1500, 2 = 1500-3000, 3 = 3000-5000, 4 = 5000-10000, 5 = >10000 şeklinde değerlendirilmiştir.

3.3.2. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T):

ÇDŞG-ŞY, çocuk ve ergenlerin geçmişte olan ve şu anda bulunan ruhsal bozukluklarını saptamak amacıyla Kaufman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur (Kaufman ve ark., 1997). ÇDŞG-ŞY, ebeveynlerin ve çocuğun kendisiyle birebir görüşme yoluyla uygulanır ve en sonunda tüm veri alınan kaynaklardan (anne-baba, çocuk, okul) alınan bilgiler doğrultusunda

arasında herhangi bir uyumsuzluk söz konusu ise uygulayan klinisyen kendi klinik görüşünü kullanarak sonuçlandırır. Bu görüşme formunun ülkemiz için Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik araştırması Gökler ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Gökler ve ark., 2004).

3.3.3. Çocuklarda Ansiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş (ÇADÖ-Y):

Çocuk ve ergenlerde DSM-IV'e dayalı anksiyete bozuklukları ve depresyonu taramak amacıyla geliştirilmiştir (Chorpita ve ark., 2000). Ebeveyn ve çocuk formu mevcuttur. Yaygın anksiyete bozukluğu (6 madde), ayrılık anksiyetesi bozukluğu (7 madde), sosyal anksiyete bozukluğu (9 madde), panik bozukluk (9 madde), obsesif-kompulsif bozukluk (6 madde) ve major depresif bozukluk (10 madde) olmak üzere altı alt ölçek ve 47 maddeden oluşmaktadır. Her madde 0 ile 3 arası puanlanmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Görmez ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Görmez ve ark., 2017).

3.3.4. Turgay-DSM-IV'e Dayalı Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin Tarama ve Derecelendirme Ölçeği (T-DSM-IV-Ö):

DSM-IV ölçütlerine göre geliştirilen bu ölçek, dikkat eksikliği sorgulayan 9, aşırı hareketliliği sorgulayan 6, dürtüselliği sorgulayan 3, karşıt olma karşıt gelme bozukluğunu sorgulayan 8 ve davranım bozukluğunu sorgulayan 15 olmak üzere toplam 41 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ercan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Ercan ve ark., 2001).

3.3.5. Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇYKÖ):

2-18 yaşları arasındaki çocukların fiziksel ve psikososyal yaşantılarını değerlendiren genel bir yaşam kalitesi ölçeğidir (Varni ve ark., 2001). 8-12 ve 13-18 yaş grubu için geliştirilmiş olan ölçeğin ebeveyn ve çocuk formu mevcuttur. 23 maddeden oluşan ölçeğin puanlanması 3 alanda yapılmaktadır. İlk olarak ölçek toplam puanı, ikinci olarak fiziksel sağlık toplam puanı, üçüncü olarak duygusal, sosyal ve okul işlevselliğini değerlendiren madde puanlarının hesaplanmasından oluşan psikososyal sağlık toplam puanı hesaplanmaktadır. Maddeler 0-100 arası puanlanmaktadır. Sorunun yanıtı hiçbir zaman olarak işaretlenmişse 0:100, nadiren olarak işaretlenmişse 1:75, bazen olarak işaretlenmişse 2:50, sıklıkla olarak işaretlenmişse 3:25, hemen her zaman olarak işaretlenmişse 4:0 puan almaktadır. Puanlar toplanıp doldurulan madde sayısına bölünerek toplam puan elde edilmektedir. Çocuk (8-12 yaş) ve Ergen (13-18) formunun Türkçe

toplam puan elde edilmektedir. Çocuk (8-12 yaş) ve Ergen (13-18) formunun Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği çalışması Çakın Memik ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Çakın-Memik ve ark., 2007; Çakın-Memik ve ark., 2008).

3.4. ETİK

Araştırma uygulanmasına başlanmadan önce Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihazı Dışı Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onay alınmıştır. Araştırmanın örneklemine alınan bireylere ve ebeveynlerine, değerlendirme ölçekleri uygulanmadan önce araştırmanın amacı sözlü ve yazılı olarak anlatılmış ardından yazılı onamları alınmıştır.

3.5. VERİLERİN İSTATİKSEL DEĞERLENDİRMESİ

Bu çalışmada elde edilen veriler SPSS 20.0 (Statistical Package for the Social Sciences) veri tabanı programına aktararak değerlendirilmiştir. Ölçümle elde edilen veriler, aritmetik ortalama $\pm$ standart sapma; sayımla elde edilen veriler ise sayı (%) olarak gösterilmiştir. Kategorik verilerin analizleri ki-kare testi ile yapılmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu, her bir grupta Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiştir. İlk olarak, normal dağılıma uyan sürekli değişkenler Student T testi ile, normal dağılıma uymayan sürekli değişkenler ise Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. Daha sonra, sürekli değişkenlerin bu değişkenleri etkileyen faktörlerin kontrol edilmesi durumunda karşılaştırılması için kovaryans analizi (ANCOVA) kullanılmıştır. Kovaryans analizi öncesi normal dağılıma uymayan sürekli değişkenlere logaritmik düzeltme yapılmıştır. Psikometrik ölçek puanları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için Pearson veya Spearman korelasyon testi yapılmıştır. Yaşam kalitesi ve alt birimlerine etkili faktörleri saptamak için yaşam kalitesi ile alt ölçeklerinden her biri bağımlı değişken ve hasta grubunda klinik ve demografik özellikler bağımsız değişken alınarak çoklu doğrusal regresyon analizi (stepwise regression-forward selection) kullanılmıştır. Analizlerde %95 güven aralığında anlamlılık değeri $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmaya 48 anksiyete bozukluğu tanılı olgu (25 erkek, 23 kız) ve 46 sağlıklı kontrol (25 erkek, 21 kız) dahil edilmiştir. Grupların demografik özellikleri Tablo 2’de verilmiş olup gruplar arasında yaş, cinsiyet, ebeveyn yaş, ebeveyn eğitim düzeyleri ve aile gelir düzeyi temel alınarak yapılan analizlerde anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo 2. Anksiyete Bozukluğu Tanılı Olgular ve Sağlıklı Kontroller ile Ebeveynlerinin Demografik Özellikleri

Değişkenler	Anksiyete Bozukluğu (n=48)		Kontrol (n=46)		İstatistiksel Analiz	
	n	%	n	%	df	p
Erkek/Kız	25/23	52,1/47,9	25/21	54,3/45,6	1	0,826
	Ort	SS	Ort	SS	Z	p
Yaş	12,33	3,09	11,91	2,37	-0,620	0,535
Yaş-Anne	37,75	6,38	37,89	6,53	-0,080	0,937
Yaş-Baba	42,58	6,56	40,28	6,77	-1,887	0,059
Anne	7,54	3,66	8,36	4,54	-0,838	0,402
Eğitim(yıl)						
Baba	9,60	4,10	9,91	4,01	-0,476	0,634
Eğitim (yıl)						
Gelir	2,33	0,69	2,36	0,71	-0,295	0,768
Düzeyi						

n: Olgu sayısı, %: Olgu yüzdesi, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma

Anksiyete bozukluğu olan olgularda, 34 olguya sosyal anksiyete bozukluğu, 26 olguya yaygın anksiyete bozukluğu, 11 olguya ayrılık anksiyete bozukluğu ve 22 olguya birden fazla anksiyete bozukluğu tanısı konulmuştur. En sık eşlik eden tanı DEHB (n=17) olmak üzere diğer eşlik eden tanıları KOKB (n=7), depresyon (n= 5), OKB (n=4), kekemelik (n=1), akut stres bozukluğu (n=1) ve özgül fobi (n=20) olarak değerlendirilmiştir.

Anksiyete bozukluğu tanısı olan olgular ve sağlıklı kontrol grubunun klinik değerlendirme ölçekleri ile belirlenen psikiyatrik belirti şiddetleri Tablo 3’te verilmiştir. Anksiyete bozukluğu grubunun T-DSM-IV-Ö DE; T-DSM-IV-Ö HA/D, T-DSM-IV-Ö KOKB ve tüm ÇADÖ-Y skorlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çocuk ve ebeveynlerin yaşam kalitesi puanları Tablo 4’de gösterilmiştir. Anksiyete grubunda gerek çocuklar gerekse ebeveynler sağlıklı kontrollere göre fiziksel sağlık, psikososyal sağlık ve total yaşam kalitesini anlamlı olarak daha düşük bildirmiştir. Eşlik eden psikiyatrik bozukluklar kontrol edildiğinde de her iki grup arasında yaşam kalitesi ve alt birimleri arasındaki anlamlı farklılık devam etmiştir.

Tablo 3. Anksiyete Bozukluğu Tanılı Olgular ve Sağlıklı Kontroller ile Ebeveynlerine Verilen Klinik Değerlendirme Ölçeklerinin Değerlendirilmesi

Değişkenler	Anksiyete Bozukluğu (n=48)		Kontrol (n=46)		İstatistiksel Analiz	
	Ort	SS	Ort	SS	t/Z	p
T-DSM-IV-Ö Ebeveyn						
DE	9,54	6,36	3,30	3,09	-5,036	<0,001
HA/D	7,47	6,23	3,56	3,03	-3,234	0,001
KOKB	8,83	5,64	4,82	4,87	-3,683	<0,001
DB	1,89	4,03	0,58	1,04	-1,653	0,098
ÇADÖ-Y Çocuk						
ÇYAB	9,91	3,95	3,50	2,26	-7,058	<0,001
ÇSAB	14,66	5,78	4,97	3,12	10,047	<0,001
ÇAAB	8,37	4,06	1,54	1,44	-7,233	<0,001
ÇPB	10,54	5,98	2,34	1,95	-6,703	<0,001
ÇMDB	11,60	6,84	2,54	2,61	-7,139	<0,001
ÇOKB	9,43	3,76	3,43	2,65	-6,715	<0,001

T-DSM-IV-Ö: Turgay-DSM-IV'e Dayalı Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin Tarama ve Derecelendirme Ölçeği; DE: Dikkat Eksikliği Alt Ölçeği, HA/D: Hiperaktivite ve Dürtüsellik Alt Ölçeği, KOKG: Karşıt Olma-Karşı Gelme Alt Ölçeği, DB: Davranım Bozukluğu Alt Ölçeği; ÇADÖ-Y: Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş; YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu Alt Ölçeği, SAB: Sosyal Anksiyete Bozukluğu Alt Ölçeği; AAB: Ayrılık Anksiyete Bozukluğu Alt Ölçeği, PB: Panik Bozukluk Alt Ölçeği, MDB: Major Depresif Bozukluk Alt Ölçeği, OKB: Obsesif-Kompulsif Bozukluk Alt Ölçeği; Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma.

Tablo 4. Anksiyete Bozukluğu Tanılı Olgular ve Sağlıklı Kontrollerin Ebeveyn ve Çocuk Bildirimli Yaşam Kalitesi

Değişkenler	Anksiyete Bozukluğu (n=48)		Kontrol (n=46)		İstatistiksel Analiz		ANCOVA		
	Ort	SS	Ort	SS	t/Z	p	F	p	h_c^2
Çocuk									
Total Puan	64,56	16,55	87,87	7,38	-8,753	<0,001	51,353	<0,001	0,374
Fiziksel Sağlık	70,11	19,24	87,17	9,43	-4,994	<0,001	18,753	<0,001	0,179
Psikososyal Sağlık	61,59	18,30	87,71	8,06	-7,032	<0,001	35,079	<0,001	0,290
Ebeveyn									
Total Puan	70,85	14,08	88,35	8,74	-6,275	<0,001	18,535	<0,001	0,177
Fiziksel Sağlık	79,03	15,61	87,56	11,57	-3,065	0,002	6,294	0,014	0,068
Psikososyal Sağlık	66,49	16,15	88,76	9,11	-6,530	<0,001	22,873	<0,001	0,210

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma.

Anksiyete bozukluğu grubunda, yaşam kalitesi ile klinik değişkenler ve demografik özellikler arasında korelasyonlar Tablo 5'te gösterilmiştir; a) çocuk tarafından bildirilen total yaşam kalitesi ile ÇADÖ-Y YAB, SAB, PB, MDB VE OKB alt ölçekleri; b) çocuk tarafından bildirilen fiziksel sağlık ile ÇADÖ-Y PB alt ölçeği; c) çocuk tarafından bildirilen psikososyal sağlık ile T-DSM-IV-Ö DE, KOKG ve ÇADÖ-Y tüm alt ölçekleri; d) ebeveyn tarafından bildirilen total yaşam kalitesi ile T-DSM-IV-Ö tüm alt ölçekleri ve

ÇADÖ-Y tüm alt ölçekleri; e) ebeveyn tarafından bildirilen fiziksel sağlık ile T-DSM-IV-Ö DE alt ölçeği ve ÇADÖ-Y OKB alt ölçeği; f) ebeveyn tarafından bildirilen psikososyal sağlık ile T-DSM-IV-Ö tüm alt ölçekleri ve ÇADÖ-Y tüm alt ölçekleri arasında anlamlı düzeyde negative korelasyon gözlenmiştir .

Tablo 5. Anksiyete Bozukluğu Olan Çocuklarda Yaşam Kalitesi ile Klinik Değişkenlerin ve Demografik Özelliklerin Korelasyon Analizi

Değişkenler	ÇOCUK						EBEVEYN					
	Total Puan		Fiziksel Sağlık		Psikososyal Sağlık		Total Puan		Fiziksel Sağlık		Psikososyal Sağlık	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
T-DSM-IV-Ö Ebeveyn												
DE	-0,250	0,087	-0,073	0,621	-0,301*	0,037	-0,692**	<0,001	-0,355*	0,013	-0,681**	<0,001
HA/D	0,030	0,839	0,070	0,636	-0,028	0,849	-0,421**	0,003	-0,138	0,350	-0,438**	0,002
KOKB	-0,277	0,057	-0,128	0,385	-0,303*	0,036	-0,510**	<0,001	-0,121	0,413	-0,570**	<0,001
DB	-0,205	0,162	-0,090	0,545	-0,241	0,099	-0,457**	0,001	-0,137	0,354	-0,467**	0,001
ÇADÖ-Y Çocuk												
ÇYAB	-0,502**	<0,001	-0,233	0,111	-0,567**	<0,001	-0,286*	0,049	-0,044	0,765	-0,330*	0,022
ÇSAB	-0,412**	0,004	-0,283	0,052	-0,384**	0,007	-0,290*	0,045	-0,075	0,613	-0,287*	0,048
ÇAAB	-0,269	0,064	-0,050	0,735	-0,306**	0,034	-0,360*	0,012	-0,196	0,181	-0,387**	0,007
ÇPB	-0,572**	<0,001	-0,376**	0,008	-0,652**	<0,001	-0,293*	0,043	-0,157	0,285	-0,307*	0,034
ÇMDB	-0,533**	<0,001	-0,265	0,069	-0,594**	<0,001	-0,410**	0,004	-0,229	0,117	-0,415**	0,003
ÇOKB	-0,477**	0,001	-0,264	0,070	-0,480**	0,001	-0,389**	0,006	-0,297*	0,041	-0,325*	0,024
YAŞ	-0,100	0,500	-0,023	0,876	-0,104	0,481	-0,047	0,753	-0,007	0,964	-0,065	0,663
YAŞ ANNE	0,134	0,364	0,039	0,790	0,155	0,292	<0,001	0,998	-0,046	0,757	0,029	0,842
YAŞ BABA	-0,006	0,970	-0,040	0,789	0,033	0,826	-0,086	0,562	-0,087	0,556	-0,045	0,764
ANNE EĞİTİM DÜZEYİ	-0,192	0,192	-0,180	0,220	-0,147	0,320	0,052	0,725	0,058	0,694	0,036	0,809
BABAEĞİTİM DÜZEYİ	0,062	0,675	0,138	0,348	0,029	0,847	0,049	0,743	0,163	0,267	-0,004	0,979
GELİR DÜZEYİ	0,053	0,720	0,110	0,457	-0,019	0,897	0,082	0,578	0,122	0,410	0,055	0,713

T-DSM-IV-Ö: Turgay-DSM-IV'e Dayalı Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin Tarama ve Derecelendirme Ölçeği; DE: Dikkat Eksikliği Alt Ölçeği, HA/D: Hiperaktivite ve Dürtüsellik Alt Ölçeği, KOKG: Karşıt Olma-Karşı Gelme Alt Ölçeği, DB: Davranım Bozukluğu Alt Ölçeği; ÇADÖ-Y: Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş; YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu Alt Ölçeği, SAB: Sosyal Anksiyete Bozukluğu Alt Ölçeği; AAB: Ayrılık Anksiyete Bozukluğu Alt Ölçeği, PB: Panik Bozukluk Alt Ölçeği, MDB: Major Depresif Bozukluk Alt Ölçeği, OKB: Obsesif-Kompulsif Bozukluk Alt Ölçeği

* p<0,05 **p <0,01.

Tablo 6’da çocukların skorladığı yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin çoklu doğrusal regresyon analiz sonuçları yer almaktadır. Fiziksel sağlık üzerinde depresif belirtilerin; psikososyal sağlık ve total puan üzerinde ise depresif belirtiler ile birlikte yaygın anksiyete bozukluğu belirtilerinin istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahip olduğu gözlenmiştir.

Tablo 6 Çocukların Skorladığı Yaşam Kalitesi Düzeyini Etkileyen Faktörlerin Çoklu Doğrusal Regresyon Analiz Sonuçları

	B	SE	β	t	p	Güven aralığı (%95)
Fiziksel Sağlık (Bağımlı Değişken)						
ÇADÖ-Y - ÇMDD	-0,263	0,083	-0,424	-3,172	0,003	-0,430 / -0,096
Psikososyal Sağlık (Bağımlı Değişken)						
ÇADÖ-Y - ÇMDD	-0,248	0,082	-0,395	-3,041	0,004	-0,412 / -0,084
ÇADÖ-Y - ÇYAB	-0,014	0,005	-0,364	-2,802	0,007	-0,024 / -0,004
Total Puan (Bağımlı Değişken)						
ÇADÖ-Y - ÇMDD	-31,041	9,143	-0,452	-3,395	0,001	-49,456 / -12,625
ÇADÖ-Y - ÇYAB	-1,151	0,558	-0,275	-2,065	0,045	-2,274 / -0,028

ÇADÖ-Y: Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği- Yenilenmiş; YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu Alt Ölçeği; MDB: Major Depresif Bozukluk Alt Ölçeği
Çoklu doğrusal regresyon analizi (Stepwise regression-forward selection) kullanılmıştır.

Tablo 7’de ebeveynlerin skorladığı yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin çoklu doğrusal regresyon analiz sonuçları yer almaktadır. Fiziksel sağlık üzerinde depresif belirtilerin; psikososyal sağlık ve total puan üzerinde ise depresif belirtiler ile birlikte dikkat eksikliği belirtilerinin istatistiksel olarak negatif belirleyici etkisinin olduğu gözlenmiştir.

Tablo 7 Ebeveynlerin Skorladığı Yaşam Kalitesi Düzeyini Etkileyen Faktörlerin Çoklu Doğrusal Regresyon Analiz Sonuçları

	B	SE	β	t	p	Güven aralığı (%95)
Fiziksel Sağlık (Bağımlı Değişken)						
ÇADÖ-Y - ÇMDD	-0,144	0,064	-0,316	-2,258	0,029	-0,272 / -0,016
Psikososyal Sağlık (Bağımlı Değişken)						
T-DSM-IV-Ö - DE	-0,192	0,044	-0,482	-4,349	<0,001	-0,282 / -0,103
ÇADÖ-Y - ÇMDD	-0,196	0,055	-0,394	-3,553	0,001	-0,308 / -0,085
Total Puan (Bağımlı Değişken)						
T-DSM-IV-Ö - DE	-0,147	0,039	-0,440	-3,762	<0,001	-0,225 / -0,068
ÇADÖ-Y - ÇMDD	-0,158	0,049	-0,381	-3,252	0,002	-0,256 / -0,060

ÇADÖ-Y: Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği- Yenilenmiş; MDB: Major Depresif Bozukluk Alt Ölçeği; T-DSM-IV-Ö: Turgay-DSM-IV’e Dayalı Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin Tarama ve Derecelendirme Ölçeği; DE: Dikkat Eksikliği Alt Ölçeği
Çoklu doğrusal regresyon analizi (Stepwise regression-forward selection) kullanılmıştır.

5. TARTIŞMA

Bu araştırma, anksiyete bozukluğu tanısı konulan çocukların yaşam kalitesini sağlıklı kontroller ile karşılaştırarak incelemeyi ve bu çocuklarda yaşam kalitesini belirleyen faktörleri ortaya koymayı amaçlamıştır. Araştırmamızdaki bulgular, anksiyete bozukluğu olan olguların yaşam kalitesinin kontrol grubuna göre daha kötü olduğunu göstermiştir. Yaşam kalitesi açısından anksiyete bozukluğu ile kontrol grubu arasındaki farklılığın, anksiyete bozukluğuna eşlik eden psikiyatrik bozukluklar kontrol edildiğinde de devam ettiği saptanmıştır. Ayrıca yaşam kalitesi üzerine depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu ve dikkat eksikliği belirtilerinin diğer faktörlerden bağımsız olarak olumsuz etkisi olduğu gösterilmiştir.

Çalışmamızda, anksiyete bozukluğu olan olguların yaşam kalitesinin hem ebeveyn hem çocuk bildirimlerine göre sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında daha kötü olduğu bulunmuştur. Erişkin olgularda anksiyete bozukluklarının yaşam kalitesini belirgin ölçüde etkilediği gösteren çok sayıda çalışma bulunmaktadır (Mendlowicz & Stein, 2000). Bu çalışmalar anksiyete bozukluklarının yaşam kalitesi üzerine olan olumsuz etkilerinin belirgin düzeyde (effect size = 0,8) olduğunu göstermektedir (Olatunji ve ark., 2007). Bununla birlikte, çocuk ve ergenlerde bu konu ile ilgili veriler oldukça kısıtlıdır. Hollanda'da klinik örneklemden oluşan 8-18 yaş aralığı çocukların dahil edildiği bir araştırmada, psikiyatrik bozukluğu olan çocuklarda yaşam kalitesinin sağlıklı kontrol grubuna kıyasla daha kötü olduğu gösterilmiştir (Bastiaansen ve ark., 2005). Araştırma 252 katılımcıyı içermekle birlikte, sadece 50 hastada anksiyete bozukluğu tanısı bulunmaktadır. Diğer bir çalışmada, farklı psikiyatrik bozuklukları olan 310 çocuk ve ergen araştırılmış ve 57 hasta farklı anksiyete bozuklukları tanısı ile değerlendirilmiştir (Bastiaansen ve ark., 2004). Anksiyete bozukluklarının yaşam kalitesine olan olumsuz etkisinin diğer duygudurum ve dışı vurum bozuklukları ile benzerlik gösterdiği ve emosyonel işlevsellikte bozulmanın diğer psikiyatrik bozuklukları olan olgular ve psikopatolojisi olmayan olgular ile karşılaştırıldığında daha belirgin olduğu bildirilmiştir. Telman ve ark. ise dört grubun karşılaştırmasını içeren çalışmalarında, anksiyete bozukluğu olan çocuklarda yaşam kalitesinin sağlıklı gruba göre daha kötü, sosyal ve okul işlevselliği alt biriminde ise sırasıyla otizm spektrum bozukluğu ve DEHB gruplarına göre daha iyi olduğunu bildirmiştir (Telman ve ark., 2017). Anksiyete bozukluğu olan çocukların da dahil edildiği farklı psikiyatrik bozuklukları kapsayan bir araştırmada ise içe yönelim ve dışı yönelim bozuklukları ile yaşam kalitesi arasındaki ters ilişki bildirilmiştir (Weitkamp ve ark., 2013)

Çocuklarda anksiyete bozukluğu dışındaki psikiyatrik bozukluklar ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmalarda, psikiyatrik sorunların yaşam kalitesi üzerine olan olumsuz etkisine işaret etmektedir. Sawyer ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir çalışmada, depresyon, davranım bozukluğu ve DEHB’de yaşam kalitesinin hem sağlıklı çocuklar hem de fiziksel hastalığı olan çocuklara göre anlamlı düzeyde daha kötü olduğu gösterilmiştir (Sawyer ve ark., 2002). OKB olan ergenlerde yapılan bir araştırmada ise, hasta grubunda kontrol grubu ile karşılaştırıldığında yaşam kalitesi toplam ve alt skorlarının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bildirilmiştir. Ayrıca bu çalışma, OKB grubunda depresif belirti şiddetinin tüm yaşam kalitesi alt birimlerinde anlamlı olan tek belirleyici olduğunu göstermiştir (Vivan ve ark. 2013). Benzer şekilde, Lack ve arkadaşlarının 8-17 yaş aralığında 62 çocuğu dahil ettikleri bir araştırmada, OKB’si olan çocukların yaşam kalitesi puanları sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur. Bu çalışmada, eşlik eden içe yönelim ve dışa yönelim belirtilerinin düşük yaşam kalitesi puanına etki eden en güçlü belirleyiciler olduğu bulunmuştur (Lack ve ark., 2009). Sonuçta çalışmamızda bulduğumuz sonuçlar bu araştırma sonuçları ile uyumludur.

Çalışmamızda, anksiyete bozukluğu olan olgularda yaşam kalitesi puanları ile psikometrik ölçek belirti şiddetleri arasında negatif korelasyon olduğu görülmüştür. Psikiyatrik bozuklukların yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkisi göz önüne alındığında yaşam kalitesi puanları ile psikometrik ölçümler arasındaki ilişkinin beklentiler ile uyumlu olduğu düşünülmektedir. Buna karşın demografik özelliklerin yaşam kalitesi üzerine belirgin etkisi görülmemiştir. Ancak literatürde yaş, cinsiyet ve gelir düzeyi gibi demografik özelliklerin yaşam kalitesi ve anksiyete belirtileri ile ilişkisine yönelik kanıtlar mevcuttur (Raknes ve ark., 2017).

Çalışmamızda, anksiyete bozukluğu olgularında çocuk tarafında bildirilen yaşam kalitesi üzerine depresyon ve yaygın anksiyete bozukluğu belirtilerinin diğer faktörlerden bağımsız olarak olumsuz etkisi olduğu saptanmıştır. Ebeveyn tarafından bildirilen yaşam kalitesi üzerine ise depresyon ve dikkat eksikliği belirtilerinin diğer faktörlerden bağımsız olarak olumsuz etkisi olduğu gösterilmiştir. Bizim bilgilerimize göre, çocuklarda anksiyete bozukluklarında yaşam kalitesini belirleyen faktörler ile ilgili bir veri bulunmamaktadır. Yetişkinlerde ise anksiyete bozukluğu olgularında yaşam kalitesini predikte eden faktörler ile ilgili yeterli bilgi bulunmasa da, anksiyete bozukluğu ile eşlik eden depresyon varlığında hastalarda daha fazla semptom şiddeti ve daha düşük yaşam kalitesi olduğu

vurgulanmıştır. Rapaport ve ark. anksiyete ve depresyon komorbiditesinin daha fazla yaşam kalitesi bozukluğu ile ilgili olduğunu bildirmiştir (Rapaport ve ark., 2005). Klinik dışı örneklemden oluşan bir araştırmada ise anksiyete ve depresyon belirtileri birlikte olan olgularda sadece anksiyete belirtileri ya da depresyon belirtileri olan olgulara göre yaşam kalitesindeki bozulmanın daha belirgin olduğu gösterilmiştir (Strine ve ark., 2005). Regresyon analizi uygulandığında, Schonfeld ve ark. anksiyete bozukluğu ve depresyon tanısı olan olguların sadece anksiyete bozukluğu olan olgulara kıyasla yaşam kalitesinin daha bozuk olduğunu saptamıştır (Schonfeld ve ark., 1997). Anksiyete ve DEHB komorbiditesi olan olgularda yaşam kalitesi ile ilgili araştırmalar daha çok primer tanısı DEHB olan örnekleme yapılmıştır. Ergenlerde yapılan prospektif toplum tabanlı bir çalışmada eşlik eden depresyon ve anksiyete belirtilerinin DEHB ve yaşam kalitesi arasındaki ters ilişkiye aracılık ettiği bulunmuştur (Pan & Yeh, 2017). Benzer şekilde DEHB’de birden daha fazla anksiyete bozukluğu tanısı olan çocuklarda anksiyete komorbiditesi olmayanlara göre daha düşük yaşam kalitesi, işlevsellik ve daha fazla davranış sorunları bildirilmiştir (Sciberras ve ark; 2014).

Yaşam kalitesinin anksiyete bozukluğunda işlevselliği nasıl bozduğu tam olarak bilinmemektedir. Buna karşın, anksiyete bozukluğu olan çocuklarda sosyal işlevsellik değerlendirildiğinde; araştırmalar genellikle klinik dışı örnekleme göre anksiyöz çocuklarda sosyal işlevselliğinin daha bozuk olduğunu desteklemektedir (Kingery ve ark., 2010). Verduin ve Kendall, anksiyöz çocukların akranları tarafından algılanma ve beğenilme durumunu incelemiştir (Verduin & Kendall, 2008). Bu araştırmada, anksiyöz çocuklar anksiyete bozukluğu olmayanlara göre daha az beğenilen çocuklar olmuştur ve bu gruptaki çocukların tamamı sosyal fobi tanısı ile değerlendirilmiştir. Aynı zamanda sonuçlar, beğenilen çocukların hem arkadaşları tarafından daha az anksiyöz olarak değerlendirilen hem de kendi anksiyetesini düşük bildiren çocuklardan oluştuğunu bildirmektedir. Bu durum ayrıca anksiyöz çocukların arkadaşları tarafından kendi bildirimlerine benzer şekilde algılandığına işaret etmektedir. Benzer şekilde Strauss ve ark.,’da anksiyöz çocukların akranları tarafından daha az beğenildiğini ve sosyal etki puanlarının daha düşük olduğunu bulmuştur (Strauss ve ark., 1988). Ayrıca bu çocuklar kontrollere göre daha çok sosyal yönden ihmale uğramış çocuk kategorisinde değerlendirilmiştir. Yukarıda geçen araştırmalarda, anksiyöz çocukların akranları tarafından itici olarak değerlendirilebileceği vurgulanmaktadır. Örneğin; emosyonel bozukluk (kontROLSÜZ ağlama gibi) ya da anksiyöz davranışlar (utandırıcı fiziksel belirtiler

gibi) akranları tarafından gözlemlendiğinde dışlanma ya da alay edilmeye neden olarak sosyal işlevselliği bozabilir. Anksiyöz çocuklar beğenilmeyebilir ve akranlarının ruhsal bozukluk ile ilgili negatif algısından dolayı stigmatize olabilir (Storch ve ark., 2006). Çocukların kendi nevroitik yapısı, sosyal aktivitelere katılımını bozabilir ve yeni durumlarla baş etmede duygu regülasyon becerileri gelişmediği için kaçınma davranışı gösterebilir. Anksiyetesi şiddetli düzeyde olan olgular ise akran etkileşiminden kaçınabilir ve akranları ile aynı ortamda becerilerine uygun davranış sergilemez (Wood ve ark., 2006). Pozitif sosyal katılımdaki eksiklik, anksiyöz çocuğu yalnızlık ve sosyal doyumsuzluğa iter. Sonuçta sosyal katılımdaki eksiklik ile başarısız sosyal deneyimler birleşince çocuğun anksiyetesi devam eder ve sosyal becerileri geliştirmesine engel olur.

Çocuklarda okul performansı ve uyumu yaşam kalitesini belirleyen önemli değişkenler arasında yer almaktadır. Birçok araştırmada anksiyete belirtisi olan ergenlerin okul performansının düşük olduğu gösterilmiştir (Seipp, 1991). Anksiyöz ergenlerin ders katılımı düşüktür ve sınav anksiyetesi, performans ile not ortalamasını doğrudan etkilemektedir (Caraway ve ark., 2003; McDonald ve ark., 2001). Toplum tabanlı bir çalışmada, ergen grupta anksiyete temelli okul reddi ve okuldan kaçma sıklığı yaklaşık % 8,2 olarak tahmin edilmektedir (Egger ve ark., 2003). Ayrıca bu çalışmada genel popülasyonda korku, endişe ve somatik belirtilerin okul reddini predikte ettiği gösterilmiştir. Anksiyete bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde okul reddini inceleyen diğer bir çalışmada, 5 ergenden 1'nde okul reddi saptanmıştır (Waite & Creswell, 2014). Bu çalışmada, ergenlerde çocuklara göre okul reddi yaklaşık 3 kat daha sık olarak görülmüştür. Soohinda ve Sampath; sosyal fobisi olan çocuklar sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında, sosyal fobisi olan çocuklarda daha fazla akademik yetersizlik bildirmiştir (Soohinda ve Sampath; 2016). Diğer anksiyete bozukluğu tanısı olan örneklerden oluşan bir araştırmada, ebeveynler çocukların %50'sinde okul ödevlerine odaklanma, yazılı ve sözlü sınav uygulamasında yetersizlik olduğunu bildirmiştir (Nail ve ark., 2015).

Fiziksel sağlık yaşam kalitesi açısından önemli olan bir diğer değişkendir. Klinik ve toplum tabanlı araştırma verileri, anksiyete bozukluğu olan çocuklarda sıklıkla kronik hastalık ile astım (Feldman ve ark., 2006; Hasler ve ark., 2005; Ortega ve ark., 2003), solunum ile ilgili sorunlar (Harter ve ark., 2003; Koltek ve ark., 1998), gastrointestinal sorunlar (Campo ve ark., 2004), ve baş ağrısı (Egger ve ark., 1999) gibi fiziksel sağlık sorunların görüldüğüne işaret etmektedir. Bu ilişkinin yapısı çift yönlüdür. Anksiyete, stres

ile ilişkili olarak immün sistemi zayıflatma ya da daha düşük olasılıkla anksiyöz çocukların zararlı alışkanlıklar (alkol ve madde kullanımı, uyku ve beslenme ile ilgili zararlı alışkanlıklar ve hareketsiz yaşam gibi) sergilemesi sonucu fiziksel hastalıklara yatkınlık oluşturur (Anderson ve ark., 2006; Anderson ve ark., 2006). Fiziksel hastalıklar ise genellikle anksiyete belirtilerinin ortaya çıkması ya da artış göstermesini tetikleyebilmektedir. Örneğin var olan somatik duyumların daha fazla algılanması yanlış yorumlara neden olarak panik atak tablosuna neden olmaktadır.

Araştırmamızın sonuçları bazı kısıtlılıklar dikkate alınarak değerlendirilmelidir. Çalışmamıza klinik örneklemde hastalar dahil edilmiştir. Bu durum sonuçların genel popülasyonda yorumlanmasını zorlaştırmaktadır. Diğer bir kısıtlılık, hastaların kesitsel değerlendirilmesidir, çalışma ve hasta grubu ile bir kez görüşülmüştür. Araştırmamızın kesitsel deseni nedeni ile yaşam kalitesi ve klinik değişkenler arasında nedensellik ilişkisi incelenememiştir. Ayrıca çalışmamızın örneklem sayısının az olması da önemli bir kısıtlılık oluşturmaktadır.

6. SONUÇ

Sonuç olarak; bu çalışma anksiyete bozukluğu olan çocuklarda yaşam kalitesinin sağlıklı bireylere göre daha kötü olduğunu göstermektedir. Bulgularımız, bu çocuklarda yaşam kalitesindeki bozulmada en önemli belirleyicilerin yaygın anksiyete bozukluğu, depresyon ve dikkat eksikliği belirti şiddetinin olduğuna işaret etmektedir. Anksiyete bozukluğu olan çocuklarda yaşam kalitesi ve eşlik eden belirtiler ile ilişkisinin daha iyi anlaşılması için daha büyük örneklemli çalışmalar ile izlem çalışmalarına gereksinim vardır.

7. KAYNAKLAR

- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., ... & Vollebergh, W. A. (2004). Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, (420), 38–46.
- Angold, A., Costello, E. J., Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 40:57–87.
- Angold, A., Erkanli, A., Farmer, E. M. Z., Fairbank, J. A., Burns, B. J., Keeler, G., Costello, E. J. (2002). Psychiatric disorder, impairment, and service use in rural African American and white youth. *J Pers Disord.*, 59:893–901.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4. Washington, DC: American Psychiatric Press; text revision.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th edn). Arlington, VA: Author.
- Anderson, S. E., Cohen, P., Naumova, E. N. , et al. (2006). Association of depression and anxiety disorders with weight change in a prospective community-based study of children followed up into adulthood. *Arch Pediatr Adolesc Med.*, 160:285–91.
- Anderson, S. E., Cohen, P., Naumova, E. N., et al. (2006). Relationship of childhood behavior disorders to weight gain from childhood into adulthood. *Ambulatory Pediatrics*, 6:297–301.
- Bastiaansen, D., Koot, H. M., Ferdinand, R. F., & Verhulst, F. C. (2004). Quality of life in children with psychiatric disorders: Self-, parent, and clinician report. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 221–230.
- Bastiaansen, D., Koot, H. M., Ferdinand, R. F. (2005). Determinants of quality of life in children with psychiatric disorders. *Qual Life Res*, 14, 1599–1612
- Beesdo, K., Knappe, S., Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatr Clin N Am.*, 32:483–524.
- Bekkering, G. E., & Kleijnen, J. (2008). Procedures and methods of benefit assessments for medicines in Germany. *European Journal of Health Economics*, Suppl 1, 5–29.
- Benjamin, R. S., Costello, E. J., Warren, M. (1990). Anxiety disorders in a pediatric sample. *J. Anxiety Disord.*, 4:293–316.
- Bittner, A., Egger, H. L., Erkanli, A., Costello, E. J., Foley, D. L., Angold, A. (2007). What do childhood anxiety disorders predict? *J. Child Psychol. Psychiatry* 48:1174–83.
- Brady, E. U., Kendall, P. C. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychol. Bull.* 111:244–55.

- Breton, J.-J., Bergeron, L., Valla, J.-P., Berthiaume, C., Gaudet, N., et al. (1999). Quebec Child Mental Health Survey: prevalence of DSM-III-R mental health disorders. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 40:375–84.
- Bruce, S. E., Yonkers, K. A., Otto, M. W., et al. (2005). Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. *Am J Psychiatry*, 162:1179–1187.
- Campbell, L. A., Brown, N. A., Grisham, J. R. (2003). The relevance of age of onset to the psychopathology of generalized anxiety disorder. *Behav Ther.*, 34:31–48.
- Campo, J. V., Bridge, J., Ehmann, M., et al. Recurrent abdominal pain, anxiety, and depression in primary care. *Pediatrics* 2004;113:817–824.
- Canino, G., Shrout, P. E., Rubio-Stipec, M., Bird, H. R., Bravo, M., et al. (2004). The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico. *Arch. Gen. Psychiatry*, 61:85–93.
- Caraway, K., Tucker, C. M., Reinke, W. M., Hall, C. (2003). Self-efficacy, goal orientation, and fear of failure as predictors of school engagement in high school students. *Psychol. Sch.*, 40, 417–427.
- Centers for Disease Control and Prevention (2000). *Measuring Healthy Days: Population Assessment of Health-Related Quality of Life*. Atlanta, Ga: CDC.
- Chavira, D. A., Garland, A. F., Daley, S., et al. (2008). The impact of medical comorbidity on mental health and functional health outcomes among children with anxiety disorders. *J Dev Behav Pediatr.*, 29:394–402
- Coghill, D., Danckaerts, M., Sonuga-Barke, E., & Sergeant, J. (2009). Practitioner review: Quality of life in child mental health—conceptual challenges and practical choices. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 544–561.
- Cole, D. A., Peeke, L. G., Martin, J. M., Truglio, R., Seroczynski, A. D. (1998). A longitudinal look at the relation between depression and anxiety in children and adolescents. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 66:451–60.
- Connolly, S. D., Bernstein, G. A., & Work Group on Quality Issues. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(2), 267–283.
- Costello, E. J., Farmer, E. M. Z., Angold, A., Burns, B. J., Erkanli, A. (1997). Psychiatric disorders among American Indian and white youth in Appalachia: The Great Smoky Mountains Study. *Am J Public Health*, 87:827–832.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *J Pers Disord.*, 60:837–844.
- Cronk, N. J., Slutske, W. S., Madden, P. A. F., Bucholz, K. K., Heath, A. C. (2004). Risk for separation anxiety disorder among girls: paternal absence, socioeconomic disadvantage, and genetic vulnerability. *J. Abnorm. Psychol.*, 113:237–47.

- Dolan, P. (2000). The measurement of health-related quality of life for use in resource allocation decisions in health care. In A.J. Culyer & J.P. Newhouse (Eds.), *Handbook of health economics* (pp. 1723–1760). North-Holland, the Netherlands: Elsevier.
- Dey, M., Landolt, M. A., & Mohler-Kuo, M. (2012). Health-related quality of life among children with mental disorders: A systematic review. *Quality of Life Research*, 21, 1797–1814.
- Egger, H. L., Costello, E. J., Erkanli, A., et al. (1999). Somatic complaints and psychopathology in children and adolescents: stomach aches, musculoskeletal pains, and headaches. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38:852–860.
- Egger, H. L., Costello, E. J., Angold, A. (2003). School refusal and psychiatric disorders: a community study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42:797–807.
- Fayers, P. M., & Machin, D. (2000) *Quality of Life: Assessment, Analysis, and Interpretation*. New York, NY: Wiley.
- Feldman, J. M., Ortega, A. N., McQuaid, E. L., et al. (2006). Comorbidity between asthma attacks and internalizing disorders among Puerto Rican children at one-year follow-up. *Psychosomatics*, 47:333–9.
- Ferdinand, R. F., Dieleman, G., Ormel, J., Verhulst, F. C. (2007). Homotypic versus heterotypic continuity of anxiety symptoms in young adolescents: evidence for distinctions between DSM-IV subtypes. *J. Abnorm. Child Psychol.*, 35:325–33.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Lynskey, M. T. (1993). Prevalence and comorbidity of DSM-III-R diagnoses in a birth cohort of 15 Year olds. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32:1127–1134.
- Ford, T., Goodman, R., Meltzer, H. (2003). The British child and adolescent mental health survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 42:1203–11.
- Forrest, C. B., Simpson, L., Clancy, C. (1997). Child health services research: challenges and opportunities. *JAMA*, 277:1787–1793.
- Forrest, C. B., Shipman, S. A., Dougherty, D., Miller, M. R. Outcomes research in pediatric settings: recent trends and future directions. *Pediatrics*. 2003;111:171–178.
- Frisch, M.B. (2000). Improving mental and physical health care through quality of life therapy and assessment. In E. Diener & D.R. Rahtz (Eds.), *Advances in quality of life theory and research* (pp. 207–241). Dordrecht, the Netherlands: Kluwer
- Gregory, A. M., Caspi, A., Moffitt, T. E., Koenen, K., Eley, T. C., Poulton, R. (2007). Juvenile mental health histories of adults with anxiety disorders. *Am. J. Psychiatry* 164:301–8.
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y, Silva, P. A., McGee, R., Moffitt, T. E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *J. Abnorm. Psychol.* 107(1):128–40.

- Harter, M. C., Conway, K. P., Merikangas, K. R. (2003). Associations between anxiety disorders and physical illness. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.*, 253:313–320.
- Hasler, G., Gergen, P. J., Kleinbaum, D. G., et al. (2005). Asthma and panic in young adults: A twenty year prospective community study. *Am J Respir Crit Care Med.*, 171:1224–1230.
- Insel, T. R. (2014). Mental disorders in childhood: Shifting the focus from behavioral symptoms to neurodevelopmental trajectories, 311, 1727–1728.
- Jonsson, U., Alaie, I., Löfgren Wilteus, A., Zander, E., Marschik, P. B., Coghill, D., & Bölte, S. (2016). Annual Research Review: Quality of life and childhood mental and behavioural disorders—a critical review of the research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58:4439-469.
- Jozefiak, T., Larsson, B., Wichstrom, L., Wallander, J., Matthejat, F. (2010). Quality of life as reported by children and parents: a comparison between students and child psychiatric outpatients. *Health Qual Life Outcomes*, 8:136.
- Kaplan, R. M. (2001). Quality of life in children: a health care policy perspective. In: Koot HM, Wallander JL, eds. *Quality of Life in Child and Adolescent Illness: Concepts, Methods, and Findings*. East Sussex, UK: Brunner-Routledge, 89–120.
- Kashani, J. H., Orvaschel, H. (1990). A community study of anxiety in children and adolescents. *Am. J. Psychiatry*, 147:313–18.
- Keller, M. B., Lavori, P. W., Wunder, J., Beardslee, W. R., Schwartz, C. E., Roth, J. (1992). Chronic course of anxiety disorders in children and adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 31:595–99.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., Walters, E. E. (2005) Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey. Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62:593–602.
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *Int J Methods Psychiatr Res.*, 21(3):169–84.
- Kingery, J. N., Erdley, C. A., Marshall, K. C., Whitaker, K. G., Reuter, T. R. (2010). Peer experiences of anxious and socially withdrawn youth: an integrative review of the developmental and clinical literature. *Clin Child Fam Psychol Rev.*, 13:91–128.
- Koltek, M., Wilkes, T. C., Atkinson, M. (1998). The prevalence of posttraumatic stress disorder in an adolescent inpatient unit. *Can J Psychiatry*, 43:64–68.
- Lack, C. W., Storch, E. A., Keeley, M. L., Geffken, G. R., Ricketts, E. D., Murphy, T. K., & Goodman, W.K. (2009). Quality of life in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: Base rates, parent-child agreement, and clinical correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 935–942.
- Last, C. G., Strauss, C. C., Francis, G. (1987). Comorbidity among childhood anxiety disorders. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 175:726–30.

- Last, C. G., Perrin, S., Hersen, M., Kazdin, A. E. (1996). A prospective study of childhood anxiety disorders. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 35:1502–10.
- Lehman, A. F. (1988). A quality of life interview for the chronically mentally ill. *Eval Program Plann*, 11:51–62.
- Lewin-Epstein, N., Sagiv-Schifter, T., Shabtai, E. L., Shmueli, A. (1998). Validation of the 36-item Short-Form Health Survey (Hebrew version) in the adult population of Israel. *Med Care*, 36:1361–1370.
- Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seeley, J. R., Andrews, J. A. (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *J. Abnorm. Psychol.* 102:133–44.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R. (1998). Major depressive disorder in older adolescents: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clin Psychol Rev.*, 18:765–794.
- Mazzone, L., Ducci, F., Scoto, M. C., et al. (2007). The role of anxiety symptoms in school performance in a community sample of children and adolescents. *BMC Public Health*, 7:347
- McCowan, C., Bryce, F. P., Neville, R. G., et al. (1996). School absence: a valid morbidity marker for asthma? *Health Bull*, 54:307–313.
- McDonald, A.S. (2001). The prevalence and effects of test anxiety in school children. *Educ. Psychol.*, 21, 89–101.
- McGlynn, E. A., Halfon, N. (1998). Overview of issues in improving quality of care for children. *Health Serv Res*, 33:977–1000.
- Mendlowicz, M. V., Stein, M. B. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157:669-682.
- Merikangas, K. R., He, J. P., Burnstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K., Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication—Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 49(10):980–9.
- Mogotsi, M., Kaminer, D., Stein, D. J. (2000). Quality of life in the anxiety disorders. *Harv Rev Psychiatry*, 8:273–282.
- Muris, P., Meesters, C., Merckelbach, H., Sermon, A., Zwakhalen, S. (1998). Worry in normal children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37:703Y710.
- Nail, J. E., Christofferson, J., Ginsburg, G. S., Drake, K., Kendall, P. C., McCracken, J. T., Birmaher, B., Walkup, J. T., Compton, S. N., Keeton, C., Sakolsky, D. (2015). Academic impairment and impact of treatments among youth with anxiety disorders. *Child Youth Care Forum*, 44, 327–342.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2004). Guide to the methods of technology appraisal. London: Author.

- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2008). Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. (Clinical guideline 72.) Available from: www.nice.org.uk/CG72 [last accessed 30 June 2016].
- Newacheck, P. W., Taylor, W. R. (1992). Childhood chronic illness: prevalence, severity, and impact. *Am J Public Health*, 82:364–371.
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.*, 27:572–581.
- Ortega, A. N., McQuaid, E. L., Canino, G., et al. (2003). Association of psychiatric disorders and different indicators of asthma in island Puerto Rican children. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, 38:220–6.
- Pan, P. Y., Yeh, C. B. (2017). Impact of depressive/anxiety symptoms on the quality of life of adolescents with ADHD: a community-based 1-year prospective follow-up study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 26(6):659–67.
- Pine, D. S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J., Ma, Y. (1998). The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Arch. Gen. Psychiatry*, 55:56–64.
- Raknes, S., Pallesen, S., Himle, J. A., Bjaastad, J. F., Wergeland, G. J., Hoffart, A., Dyregov, K., Haland, A., T., Haugland, B. S. M. (2017). Quality of life in anxious adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11, 33.
- Ramsawh, H. J., Weisberg, R. B., Dyck, I., et al. (2011). Age of onset, clinical characteristics, and 15-year course of anxiety disorders in a prospective, longitudinal, observational study. *J Affective Disord.*, 132:260–264.
- Ramsawh, H. J., & Chavira, D. A. (2016). Association of childhood anxiety disorders and quality of life in a primary care sample. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 37, 269-276
- Ravens-Sieberer, U., Karow, A., Barthel, D., Klasen, F. (2014). How to assess quality of life in child and adolescent psychiatry. *Dialogues Clin Neurosci*, 16:147–58.
- Rapaport, M. H., Clary, C., Fayyad, R., Endicott, J. (2005). Quality-of-Life Impairment in Depressive and Anxiety Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162:1171–1178.
- Rapee, R. M. (1991). Generalized anxiety disorder: a review of clinical features and theoretical concepts. *Clin. Psychol. Rev.* 11:419–40.
- Rapee, R. M., Schniering, C. A., Hudson, J. L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5:311-341.
- Rapee, R. M. (2012). Anxiety disorders in children and adolescents: nature, development, treatment and prevention. In: Rey JM, editor. *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.

- Regier, D. A., Rae, D. S., Narrow, W. E., et al. (1998). Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. *Br J Psychiatry*, 173:24–28.
- Ritsner, M., Modai, I., Endicott, J., Rivkin, O., Nechamkin, Y., Barak, P., ... & Ponizovsky, A. (2000). Differences in quality of life domains and psychopathologic and psychosocial factors in psychiatric patients. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 880–889; quiz 890.
- Roza, S. J., Hofstra, M. B., Van Der Ende, J., Verhulst, F. C. (2003). Stable prediction of mood and anxiety disorders based on behavioral and emotional problems in childhood: a 14-year follow-up during childhood, adolescence, and young adulthood. *Am. J. Psychiatry* 160:2116–21.
- Sawyer, M. G., Whaites, L., Rey, J. M., Hazell, P. L., Graetz, B. W., & Baghurst, P. (2002). Health-related quality of life of children and adolescents with mental disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 530–537.
- Schmeck, K., Poustka, F. (1997). Quality of life and child psychiatric disorders. In: *Quality of Life in Mental Disorders*, Katschnig, H., Freeman, H., Sartorius, N., eds. Chichester, England: Wiley, pp 179–191.
- Schonfeld, W. H., Verboncoeur, C. J., Fifer, S. K., Lipschutz, R. C., Lubeck, D. P., Buesching, D. P. (1997). The functioning and well-being of patients with unrecognized anxiety disorders and major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 43:105–119.
- Sciberras, E., Lycett, K., Efron, D., Mensah F, Gerner. B., Hiscock, H. (2014). Anxiety in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 133:801–8.
- Seipp, B. (1991). Anxiety and academic performance: a meta-analysis of findings. *Anxiety Stress Coping*, 4, 27–41.
- Shaffer, D., Fisher, P., Dulcan, M. K, Davies, M., Piacentini, J., SchwabStone, M. E., Lahey, B. B., Bourdon, K., Jensen, P. S., Bird, H. R., Canino, G., Regier, D. A. (1996). The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): Description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35:865–877.
- Singh, I. (2013). Brain talk: Power and negotiation in children's discourse about self, brain and behaviour. *Sociology of Health and Illness*, 35, 813–827.
- Solans, M., Pane, S., Estrada, M. D., Serra-Sutton, V., Berra, S., Herdman, M., ... & Rajmil, L. (2008). Health-related quality of life measurement in children and adolescents: A systematic review of generic and disease-specific instruments. *Value in Health*, 11, 742–764.
- Soohinda, G., Sampath, H. (2016). Social phobia among school students-prevalence, demographic correlates and socio-academic impairment. *J. Indian Assoc. Child Adolesc. Ment. Health*, 12, 211–229.
- Spence, S. H., Rapee, R., McDonald, C. , Ingram, M. (2001). The structure of anxiety symptoms among preschoolers. *Behav Res Ther* 39:1293Y1316.

- Spilker, B. (1996). *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. Philadelphia, Pa: Lippincott-Raven.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Linzer, M., Hahn, S. R., Williams, J. B., deGruy, 3rd, F. V., ... & Davies, M. (1995). Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study. *JAMA*, 274, 1511–1517.
- Storch, E. A., Ledley, D. R., Lewin, A. B., Murphy, T. K., Johns, N. B., Goodman, W. K., et al. (2006). Peer victimization in children with obsessive-compulsive disorder: relations with symptoms of psychopathology. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 35:446–455.
- Strauss, C. C., Lahey, B. B., Frick, P., Frame, C. L., Hynd, G. W. (1988). Peer social status of children with anxiety disorders. *J Consult Clin Psychol* 56:137–141.
- Strine, T.W., Chapman, D. P., Kobau, R., Balluz L. (2005). Associations of self-reported anxiety symptoms with health-related quality of life and health behaviors *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 40 pp. 432-438.
- Stevanovic, D. (2012). Impact of emotional and behavioral symptoms on quality of life in children and adolescents. *Qual Life Res*, 22:333–337.
- Telman, L. G. E., van Steensel, F. J. A., Maric, M., Bögels, S. M. (2017). Are anxiety disorders in children and adolescents less impairing than ADHD and autism spectrum disorders? Associations with child quality of life and parental stress and psychopathology. *Child Psychiatry Hum Dev* 48 (6):891–902
- The WHOQOL Group. (1998). Development of the World HealthOrganization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551–558
- Van, C. J., Gortmaker, S. L., Perrin, J. M. (2010). Dynamics of obesity and chronic health conditions among children and youth. *JAMA*, 303:623-630.
- Varni, J. W., Seid, M., Kurtin, P. S. (1999). Pediatric health-related quality of life measurement technology: a guide for health care decision makers. *J Clin Outcomes Manag*, 6:33–40.
- Varni, J. W., Burwinkle, T. M., Seid, M., et al. (2003). The PedsQL (TM) 4.0 as a pediatric population health measure: feasibility, reliability, and validity. *Ambul Pediatr.*, 3:329–341.
- Varni, J. W., Limbers, C. A., Burwinkle, T. M. (2007). Impaired health-related quality of life in children and adolescents with chronic conditions: a comparative analysis of 10 disease clusters and 33 disease categories/severities utilizing the PedsQL (TM) 4.0 Generic Core Scales. *Health Qual Life Outcomes*, 5:43.
- Vasey, M. K., Crnic, K. A., Carter, W. G. (1994). Worry in childhood: a developmental perspective. *Cogn Ther Res.*, 8:529Y549.
- Venturello, S., Barzega, G., Maina, G., Bogetto, F. (2002). Premorbid conditions and precipitating events in early-onset panic disorder. *Compr Psychiatry*, 43:28–36.

- Verduin, T. L., Kendall, P. C. (2008). Peer perceptions and liking of children with anxiety disorders. *J Abnorm Child Psychol.*, 36:459–469.
- Vivan, A. D., Rodrigues, L., Wendt, G., Bicca, M. G., Cordioli, A. V. (2013). Quality of life in adolescents with obsessive–compulsive disorder. *Rev Bras Psiquiatr*, 35(4):369–374.
- Waite, P., Creswell, C., (2014). Children and adolescents referred for treatment of anxiety disorders: differences in clinical characteristics. *J. Affect. Disord.*, 167, 326–332.
- Wallander JL, Schmitt M, Koot HM (2001), Quality of life measurement in children and adolescents: issues, instruments and applications. *J Clin Psychol* 57:571–585
- Weidle, B., Jozefiak, T., Ivarsson, T., Thomsen, P. H. (2014). Quality of life in children with and without comorbidity. *Health Quality of Life Outcomes*, 12:152.
- Weitkamp, K., Daniels, J. K., Romer, G., Wiegand-Grefe, S. (2013). Health-related quality of life of children and adolescents with mental disorders. *Health Qual Life Outcomes*, 11:129
- Weitzman, M. (1986). School absence rates as outcome measures in studies of children with chronic illness. *J Chronic Dis.*, 39:799–808.
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., ... & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 382, 1575–1586.
- Wood, J. (2006). Effect of anxiety reduction on children's school performance and social adjustment. *Dev Psychol.*, 42:345–349.
- Youngstrom, E. A. (2013). Future directions in psychological assessment: combining evidence-based medicine innovations with psychology's historical strengths to enhance utility. *J Clin Child Adolesc Psychol* 42:139–159.
- Xue, Y., Leventhal, T., Brooks-Gunn, J., Earls, F. J. (2005). Neighborhood residence and mental health problems of 5- to 11-year-olds. *Arch. Gen. Psychiatry*, 62:554–63.
- Zhou, Y., Cao, Z., Yang, M., Xi, X., Guo, Y., Fang, M., Cheng, L., & Du, Y. (2017). Comorbid generalized anxiety disorder and its association with quality of life in patients with major depressive disorder. *Sci Rep*, 7:40511.

