

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU
OLAN ÇOCUKLAR VE AİLELERİNDE YAŞAM
KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Hasan KANDEMİR

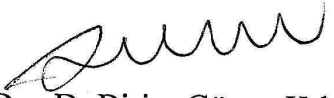
**ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**Tez Danışmanı:
Doç. Dr. Birim Günay KILIÇ**

**ANKARA
2009**

TUTANAK

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı araştırma görevlisi Dr.Hasan Kandemir'in tez değerlendirme jürisi (Prof.Dr.Efser Kerimoğlu, Prof.Dr.Ayla Aysev, Doç.Dr.Birim Günay Kılıç) 06.02.2009 Cuma günü saat 11.00 de Anabilim Dalımız Dershanesinde toplanarak adayın "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan Çocuklar ve Ailelerinde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" isimli tezi ile ilgili savunması alınmış ve değerlendirilmiş olup çalışmasının Fakültemizce kabul edilen Uzmanlık Tez Yazım Klavuzuna uygun olduğu ve sözlü savunmasının da başarılı olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.



Doç.Dr.Birim Günay Kılıç
(Üye)



Prof.Dr. Efser Kerimoğlu
(Üye)



Prof.Dr. F.Ayla Aysev
(Başkan)

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimin Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında geçen süresi boyunca bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren, mesleki oluşumumda büyük katkıları bulunan, güleryüz ve içtenlikleriyle sürekli bana destek olan başta anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Ayla Aysev olmak üzere Prof. Dr. Efser Kerimoğlu, Prof. Dr. Runa Uslu, Prof. Dr. Emine Kılıç, Prof. Dr. Melda Akçakın, Prof. Dr. Neşe Erol ve Doç. Dr. Birim Günay Kılıç'a

Tezimin fikir ve başlangıç aşamasındaki katkılarından dolayı Prof. Dr. Emine Kılıç'a

Değerli yardımlarından dolayı tez danışmanım Doç. Dr. Birim Günay Kılıç'a

Kliniğimizin uzmanı Dr. Kağan Gürkan'a

Tüm çalışma arkadaşlarım ve kliniğimiz personeline,

Annem, Babam, Kardeşlerime ve

Bu sıkıntılı süreçte sürekli yanımda olan emeği, manevi desteğiyle katkıda bulunan sevgili eşim Sultan'a, yaşamımıza katılıp en güzel rengi haline gelen oğlum Toprak Baran'a

En derin teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

Dr. Hasan KANDEMİR

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

ONAY	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMALAR	v
TABLolar DİZİNİ	vi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	3
2.1.1 Tanım ve Tarihçe	3
2.1.2 Epidemiyoloji	9
2.1.3 Etiyoloji	10
2.1.4 Değerlendirme	13
2.1.5 Eş Hastalanım	15
2.1.6 Gidiş Ve Sonlanım	16
2.1.7 Tedavi Yaklaşımı	17
2.2 Yaşam Kalitesi	17
2.2.1.DEHB ve Yaşam Kalitesi	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	20
4. BULGULAR	26
5. TARTIŞMA	34
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	40
7. ÖZET	43
8.ABSTRACT	45
9.KAYNAKLAR	47
EKLER	60

KISALTMALAR

DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
ICD	: International Statistical Classification of Diseases
SPECT	: Single Photon Emission Computed Tomography.
ÖG	: Öğrenme Güçlüğü.
KOKGB	: Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu.
DB	: Davranım Bozukluğu.
TSAD	: Trisiklik Anti Depresan.
YDB-TDÖ	: Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği Atilla Turgay.
SF-36	: Kısa Form 36.
ÇİYKÖ	: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği.
ADÖ	: Aile Değerlendirme Ölçeği.
GGA	: Güçler ve Güçlükler Anketi.
DSM-IV	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition

TABLolar DİZİNİ

	<u>Sayfa No:</u>
Tablo 4.1. Olguların Yaş Ortalaması	26
Tablo 4.2. Olguların Anne Eğitim Süresi Ortalamaları	27
Tablo 4.3. Olguların Baba Eğitim Süresi Ortalamaları	27
Tablo 4.4. Ailelerin Gelir Düzeyi Dağılımı	27
Tablo 4.5. Ailelerin Çocuk Sayısı Ortalamaları	28
Tablo 4.6. Olguların Annelerinde Tıbbi Rahatsızlık	28
Tablo 4.7. Olguların Babalarında Tıbbi Rahatsızlık	28
Tablo 4.8. Olguların Ameliyat Öyküsü	29
Tablo 4.9. Olguların Geçirdikleri Kaza Öyküsü	29
Tablo 4.10. Okul Başarısı Açısından Karşılaştırma	29
Tablo 4.11. Okul Devamsızlığı Açısından Karşılaştırma.....	30
Tablo 4.12. Ailelerin Yaşam Kalitesi Verilerinin Karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.13. Aile Değerlendirme Ölçeği Verilerinin Karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.14. ÇİYKÖ-Çocuk Verilerinin Karşılaştırılması.....	33
Tablo 4.15. ÇİYKÖ-Anababa Verilerinin Karşılaştırılması	33

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik gibi heterojen klinik özellikleri olan erken başlangıçlı bir çocukluk çağı nöropsikiyatrik bozukluğudur. Çocuğun sosyal, duygusal ve bilişsel alanlardaki gelişimini etkilemektedir. Topluma değişik alanlarda getirdiği yüklerin yanı sıra, çocukların aile içi ve akran ilişkilerine, akademik başarılarına ve özgüven gelişimine olumsuz yönde etkileri olmaktadır (38).

DEHB, dünyanın pek çok ülkesinde çocuk ve ergenlerde en sık görülen ruhsal sorunlardan biridir. Bozukluğun sıklığı, DSM-IV te %3-5 olarak bildirilmiştir (39). Erkeklerde kızlardan 4-6 kat fazla görüldüğü, risk altındaki grubun en fazla 6-9 yaş arasındaki çocuklar olduğu bildirilmektedir. Rahatsızlığın 7 yaş öncesi başladığı ancak tanının genellikle düzenli öğrenim için gerekli dikkat süresi ve yoğunlaşmanın arttığı ilkököl yıllarında konulduğu bildirilmektedir. DEHB belirtileri çocukluk dönemiyle sınırlı kalmayıp, sıklıkla adolesan ve erişkinlik dönemlerine de uzanır (40). DEHB de eş hastalanım da oldukça sıktır. En sık eş hastalanım %40-80 ile DEHB ve diğer yıkıcı davranım bozuklukları arasında görülür (41).

Günümüzde DEHB tanısı fenomenolojik temele dayanmaktadır. Klinik değerlendirmeler yanı sıra çocuğun davranışlarının farklı alanlardaki görünümünü belirlemek amacıyla ana baba ve öğretmen derecelendirme ölçekleri kullanılmaktadır (42). Diğer psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi iyi bir öykü ve klinik değerlendirmenin yerini tutabilecek yeterli duyarlılık ve özgüllükte nesnel psikolojik ya da biyolojik ölçüm testi bulunmamaktadır (39).

DEHB, sebebi tam olarak bilinmeyen bir bozukluktur. Etyolojide genetik, biyolojik ve çevresel faktörlerin birlikte rol aldıkları düşünülmektedir. DEHB’de temel semptomların psikostimülanlara kısa süreli yanıt verışı (43,44), ailevi yüklülüğü ile genetik etkenleri düşündüren yanı (45, 46), klinik tablonun

frontal lob hasarlı erişkin davranış örüntüsüyle benzerliği (47,48) gibi bulgular biyolojik etyolojinin kanıtlarıdır.

DEHB'nin doğru ve erken tanı konduğunda tedaviye % 90 cevap verdiği bildirilmiştir. Tedavide; ilaç tedavisi, anne–baba eğitimi, aile ve grup tedavisi sık kullanılan yöntemlerdir (49).

DEHB'de çocuğun yaşamının hemen her alanında görülen yetersizlikler sonucu çocukta özgüven azalması, mutsuzluk, başarısızlık ve bunlara bağlı olarak yaşam kalitesinde düşme, kişiler arası ve aile içi ilişkilerde bozulma ve ruhsal iyilik halinin olumsuz yönde etkilenmesi söz konusudur. Bu nedenle hastalığın çok boyutlu izlenmesinde klinik parametrelerin yanı sıra psikososyal boyutun giderek önem kazandığı, bu boyuttaki yeterlilik ve yetersizliklerin en iyi yaşam kalitesi ile açıklanabileceği bildirilmektedir (50, 51).

Çalışmamız da DEHB'si olan çocuklarda ve ailelerinde yaşam kalitesinin değerlendirilmesini ve bulguların DEHB'si olmayan çocuklar ve ailelerinin yaşam kaliteleriyle karşılaştırılmasını amaçlamaktadır.

Bu çalışmadaki temel varsayımlar şunlardır;

- 1) DEHB'si olan ve olmayan çocukların yaşam kaliteleri birbirlerinden farklıdır. DEHB'si olanların yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenmiştir.
- 2) DEHB'si olan ve olmayan çocukların ailelerinin yaşam kaliteleri birbirlerinden farklıdır. DEHB'si olan çocukların ailelerinin yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenmiştir.

Bu varsayımların geçerliliğinin araştırılması amacıyla, DEHB tanı kriterlerini karşılayan çocuklar ve DEHB tanısı almayan kontrol grubu ile her iki grubun ailelerinin yaşam kalitelerinin karşılaştırılması tasarlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2. 1- Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

2. 1. 1. Tanım ve Tarihçe

DEHB, çocuğun yaşına ve gelişim düzeyine uygun olmayan aşırı hareketlilik, ataklık (impulsivite) ve dikkat süresinin kalıcı ve sürekli olarak kısalığı ile kendini gösteren bir bozukluktur (39). Belirtilerin yaşamın erken döneminde başlamasıyla birlikte tanı, düzenli öğrenim için gerekli dikkat süresi ve yoğunlaşmanın gelişmesinin beklendiği ilkokul yıllarında konmaktadır.

DEHB tıp yazınında ilk olarak 1902 yılında, George Still adındaki bir İngiliz doktor tarafından tanımlanmıştır. Still; Bu çocukların kıpır kıpır, dürtüsel, dikkat sorunları ve duygudurum belirtilerinin olduğu, bazı fiziksel kusurları ve özel öğrenme güçlüklerinin bulunduğunu bildirilmiştir. Bu konuyla ilgili yazılmış olan bu ilk yazıda, klinik durum zorunlu olarak beyin hasarı ya da zeka geriliğine bağlı olmayan dikkatsizlik ve dürtü kontrol bozukluğu olarak tanımlanmıştır. Bu yazıda olgular “Moral Kontrol Defekti” olarak adlandırılmıştır (1).

Birinci Dünya Savaşından sonra ortaya çıkan influenza pandemisi ve ensefalit salgını DEHB'ye olan ilgiyi arttırmıştır. Çünkü bu salgında hastalanan kişilerde DEHB belirtilerine benzer hareketler saptanmış; bunun üzerine, bu bozukluğun beyindeki bir hasardan kaynaklandığı düşünülmüştür. Lewin, 1930'da zihinsel özürlü çocuk ve erişkinlerde beyin hasarı ile huzursuzluk, hareketlilik arasında bağlantı olduğunu söylemiştir ve bu bilgi hayvan çalışmaları ile paralellik göstermektedir. Lehtinen 1947'de organik neden hipotezini "hiperaktivitesi ve zeka geriliği olan çocuklarda bilişsel bozukluklar", "perseverasyon, dürtüsellik, distraktibilite ve hareketliliği" tanımlamıştır. Straus, bu çocuklardaki durumu “Minimal Beyin Hasarı Sendromu” olarak adlandırmıştır (1,2,3).

Box ve Mackeith ise, beyinde yapısal bozukluktan çok bazı fonksiyonel bozuklukların varlığını belirten “minimal beyin disfonksiyonu” terimini önermişlerdir.

1965’de ICD-9 ve 1968’de DSM-II ile hastalığı bilimsel sınıflandırma çabaları başlamış, hastalığın adı "Çocukluk Çağının Hiperkinetik Sendromu" olarak değiştirilmiştir. Eğer "Davranım Bozukluğu" ile birlikte ise "Hiperkinetik Davranım Bozukluğu" olarak kullanılmıştır. DSM-III’de (1980) alt gruplara ayrılarak, "Hiperaktivitenin Eşlik Ettiği Dikkat Eksikliği" ve "Hiperaktivitenin Eşlik Etmediği Dikkat Eksikliği" olarak adlandırılmıştır (1,3).

DSM-III’de tanı ölçütlerinde değişiklik yapılarak, hastalığın ana belirtileri "dikkat eksikliği", "dürtüsellik" ve "hiperaktivite" olarak belirlenmiştir. Öğretmen ve ailelerle yapılan çalışmalarda dürtüsellüğün, hiperaktivite ile yüksek birliktelik gösterdiği görülmüş ve DSM-IV’de tek başına tanımlanması sonlandırılmıştır. DSM-III-R’da “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu “ olarak adlandırılmış, DSM-IV’de bozukluk, Yıkıcı Davranım Bozuklukları başlığı altına alınmıştır (1,3,4,5).

DSM-IV’de DSM-III-R’a ek önemli tanısal açıklamalar yer almıştır. DEHB’nin de dahil edildiği yıkıcı davranış bozuklukları içinde, Davranım Bozukluğu (DB) ve Karşıt Olma Karşıt Gelme (KOKGB) bozukluğuna da yer verilmiş, bu durumlar yüksek birlikteliklerine karşın farklı klinik durumlar olarak bildirilmiştir. Bulguların en az 6 aydır devam ediyor olması gerektiği vurgulanmış ve bulguların anlamlı olabilmesi için yaşa uygun normların dışında olması gerekliliğinin üstünde durulmuştur (5).

ICD-10’da “Hiperkinetik Bozukluk” olarak adlandırılan durumun 5 yaşından önce başlaması gerektiği, hemen her alanda dikkat süresi ve yoğunluğuna ilişkin sorunların bulunduğu ve aşırı motor hareketliliğin olduğu bildirilmiştir. ICD-10’da ek olarak, sıklıkla motor ve dil gelişiminin geciktiği bildirilmiştir (6).

DSM-IV ile tanımlamadaki değişiklik, yaygınlığın artmasına, kızlara daha fazla tanı konmasına, okul öncesi ve erişkin olguların daha fazla tanınmasına yol açmıştır (1).

Bu bozukluk son 40 yıldır araştırmacı ve klinisyenlerin dikkatini çekmekte, günümüzde bozuklukla ilgili olası tartışmaların çoğuna ilişkin duyarlı çalışmalar yapılmaktadır. Örneğin 1957-1996 yılları arasında DEHB ile ilgili yazında 31 çalışma varken, 1996'dan beri yılda ortalama 400 çalışma yayınlanmaktadır.

Bindokuzyüzdoksan'larda DEHB'nin yaşam boyu süregelen bir bozukluk olduğu öğrenilmesi ile birlikte çocukların yanı sıra ergen ve erişkinlerle ilgili yapılan çalışmalar da artmıştır. Ayrıca DEHB'nin biyolojik temelli bir bozukluk olduğunun anlaşılması ile moleküler, genetik, nörokimyasal ve görüntüleme çalışmaları artmıştır (7).

DSM-IV'E GÖRE TANI ÖLÇÜTLERİ

A. Aşağıdakilerden (1) ya da (2) vardır:

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

Dikkatsizlik

- (a) Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yaparlar.
- (b) Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı etkinliklerde dikkati dağılır.

- (c) Doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür.
 - (d) Çoğu zaman yönergeleri izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da iş yerindeki görevlerini tamamlayamaz (karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlayamamaya bağlı değildir).
 - (e) Çoğu zaman üzerine aldığı görevi ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker.
 - (f) Çoğu zaman sürekli mental aktivite gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir.
 - (g) Çoğu zaman üzerine aldığı görev ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örneğin oyuncaklar, okul ödevleri, kalemler, kitaplar ya da araç gereçler).
 - (h) Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolayca dağılır.
 - (i) Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkanır.
- (2). Aşağıdaki hiperaktivite-impulsivite semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az 6 ay süreyle uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür:

Hiperaktivite

1. Çoğu zaman elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.
 2. Çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.
- (b) Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşturup durur ya da tırmanır (ergenlerde ya da erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir).
 - (c) Çoğu zaman sakin bir biçimde boş zamanları geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.

- (d) oğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından srlyormuş gibi davranır.
- (e) oğu zaman çok konuşur.

İmpulsivite (dürtüsellik)

- (f) oğu zaman sorulan soru tamamlanmadan cevabını yapıştırır.
- (g) oğu zaman sırasını beklemede güçlüğü vardır.
- (h) oğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer (rneğin başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar).

B. Bozulmaya yol açmış olan bazı hiperaktif-impulsif semptomlar ya da dikkatsizlik semptomları 7 yaşından önce de vardır.

C. İki ya da daha fazla ortamda semptomlardan kaynaklanan bir bozulma vardır (rneğin evde işte ya da okulda).

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

B. Bu semptomlar sadece bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk, şizofreni ya da diğer bir Psikotik Bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (rneğin Anksiyete Bozukluğu, Dissosiatif Bozukluk ya da bir kişilik bozukluğu) (5).

Alt tipleri

Alt tipin ayrımı son altı aydır baskın olan belirtiler göz önüne alınarak yapılır.

1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Bileşik Tip: Ana belirtilerin üçü de aynı zamanda vardır. DEHB'ye sahip çocuk ve ergenlerin büyük kısmı bu grupta yer alır. Erişkinler içinde aynı durumun geçerli olup olmadığı tam olarak bilinmemektedir.
2. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Dikkatsizliğin önde Geldiği Tip: En az altı aydır süregelen dikkatsizlik belirtileri vardır. Hiperaktivite ve impulsivite belirleri yoktur ya da 6'dan azdır.
3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Hiperaktivite-İmpulsivitenin Önde Geldiği Tip: En az altı aydır hiperaktivite-impulsivite belirtilerinin en az altısı süregeliyordur. Dikkatsizlik belirtileri yok ya da 6'nın altındadır (5).

DEHB-bileşik tipte, uygunsuz huzursuzluk, davranışsal ve duygusal engellenme eşiğinde düşme, farklı düzeylerde etkilenmiş dikkat yer alır. Bu belirtiler çocuğun hem ev hem okul yaşamında ciddi güçlüklerle neden olur. Yaşa bağlı kültür normlarına göre dürtülerini denetleme, aktivitelerini düzenleme, dikkat ve sosyal ilişkiler alanlarında sorunlar yaşarlar. Sıklıkla erişkin yaşama kadar devam eder (1). Her iki cinsiyette en sık görülen tiptir (5).

DEHB-dikkat eksikliğinin önde olduğu tipte, DSM-IV'ün dikkat eksikliği tanı ölçütleri vardır, ancak hiperaktivite ve dürtüsellik ölçütlerini tam olarak karşılamazlar. Bu çocukların dikkatin odaklanması, sürdürülmesi ve organizasyonu ile ilgili güçlükleri vardır. Aile ilişkileri ve sosyal alanda bazı güçlükleri olabilir ancak esas sorun okulda yaşanır. Öğretmenleri, bu çocukları sürekli geç kalan, organize olamayan, ödevlerini tamamlayamayan, rüyada gibi, unutkan olarak tanımlarlar. Dikkat sorunu farklı derecelerde performans kaybı, motivasyon eksikliği ve anlama güçlüğüne neden olabilir. Sonuç, kendi zekalarının altında başarıdır. Diğer iki tipten farklı olarak okula başlayana kadar belirti vermeyebilir ve genellikle ilk kez ilköğretim döneminde tanı alır (1). Kızlarda erkeklere göre daha sık görülür (5).

DEHB-hiperaktivitenin önde olduğu tipe dahil olan çocuklar dikkat eksikliği tanı ölçütlerini karşılamaz. Genellikle dikkat eksikliği alt tipinden daha erken tanı alırlar. Çocuktaki aşırı hareketlilik gelişim dönemi normlarına göre uygunsuzdur. DEHB'si olan bir çocuğun klinisyen tarafından ilk muayenesi sırasında hareketlilik gözlenmeyebilir. Genellikle okul ve evdeki durum sorgulanarak ortaya konur. Okul öncesi çocuklarda ilk muayene sırasında aktivite daha sık gözlenir. Okul öncesi dönemde DEHB'si olan çocuklar yapılandırılmış oyunları oynamakta güçlük çekerler. Yaş arttıkça motor aktivite azalabilir ve erişkinlikte yerini duygusal huzursuzluk alabilir (1,5). Engellenme eşikleri diğer tiplerden daha düşüktür. Erkeklerde kızlara göre daha sıktır (5).

2.1.2. EPİDEMİYOLOJİ

DEHB oldukça sık görüldüğü bilinmesine karşın, bugüne kadar yapılmış olan araştırmalarda farklı yöntem ve tanı koyma ölçütleri kullanıldığından, bu konuda kesin bir görüş birliği bulunmamaktadır (9). Yayınlanmış DSM-IV uyumlu çalışmalarda yaygınlık %0. 2-12. 2 arasında bildirilmiştir. DEHB en sık okul çağı çocuklarında görülür ve daha ileri yaşlarda yapılan çalışmalarda sıklık düşer (10,11). Gallucci ve ark. (12) İtalya'da 232 okul çağı çocuğunda, yaygınlığı DSM-III-R'a göre %3. 9, Benjasuwantep ve ark. (13) %6. 5 olarak bildirmişlerdir (14).

DSM-IV tanı ölçütleri kullanılmaya başladığından beri 3 alt tipin yaygınlığında %3-5 den %12'ye artış olmuştur (1). Bozukluk, erkeklerde kızlardan daha sıktır, erkek/kız oranı duruma bağlı olarak (örn: genel toplum örnekleme ya da klinik örneklem gibi) 4:1 ile 9:1 arasında değişmektedir (1). DEHB'nin, bu bozukluğu olan çocukların birinci dereceden kan bağı olan akrabalarında daha sık olduğu bulunmuştur. Olguların % 55'inde aile öyküsü vardır. Tek yumurta ikizlerinde eş zamanlı hastalanma oranları %51, çift yumurta ikizlerinde %33 dür (1,6). Aşırı hareketliliğin önde olduğu tip, okul öncesi dönemde yaygındır ve klinik DEHB olgularının %2'sini oluşturur. Bu

çocukların, ne kadarının sonraki dönemde dikkat eksikliği ölçütlerini de karşılayacağı açık değildir, çünkü dikkat sorunları genellikle kendini okulda belli eder (1,2).

Belirtiler sıklıkla ergenlik döneminde de vardır ve % 60 olguda erişkin yaşamda da devam eder. Belirtilerin sürekliliği ile ilgili belirleyiciler; ailede DEHB öyküsü, psikososyal durum, eşlik eden davranım bozukluğu, duygudurum bozukluğu ve anksiyete bozukluğunun varlığıdır (6).

Klinik temelli çalışmalarla toplum temelli çalışmalar arasında bazı farklılıklar bulunmaktadır. Klinik çalışmaların gösterdiği kadarı ile, aşırı hareketliliğin önde olduğu tip daha çok okul öncesi ve okulun erken yıllarında, bileşik tip ilk öğretimin orta yıllarında, dikkat eksikliğin önde olduğu tip ise ilk öğretimin son yılları ve lisede sık bulgu verir. Bu bilgiler toplum örneklemleri ile yapılan çalışmalarda doğrulanmamıştır. Aşırı hareketlilik yaşla azalır, dikkat eksikliği ise azalmaz. Klinik ve toplum örneklemleri çalışmalarda, eşlik eden anksiyete bozukluğu ve depresyon açısından fark bulunmamaktadır (1,2,15).

2.1.3. ETİYOLOJİ

DEHB'nin ortaya çıkma nedeni tam olarak bilinmemektedir. Etiyolojide, pek çok psikiyatrik bozuklukta olduğu gibi, biyopsikososyal nedenlerin ortak bir biçimde yer aldığı düşünülmektedir (16).

DEHB genetik özelliği olan ailesel bir bozukluktur (15). Bu genetik geçişin nasıl gerçekleştiği henüz belirlenememiştir (17). DEHB etiyojisinde genetik etkenlerin rolünü araştırmak için aile, ikiz, evlat edinme ve segregasyon analizi çalışmaları yapılmıştır (16). Bulgular açısından ikizler arasında oldukça yüksek ilişki vardır. Evlat edinilmiş ikizlerle yapılmış çalışmalarda, biyolojik ailede DEHB öyküsünün evlat edinen aileden daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bazı çalışmacılar DEHB'nin ailesel ve ailesel olmayan tiplerinin bulunduğunu, ailesel tipin daha çok genetik, ailesel olmayan tipin daha çok

çevresel nedenlerle ilişkili olduğunu savunmaktadır (7,18). Birinci ve ikinci derece akrabalarla yapılan aile çalışmaları hiperaktif çocukların ailelerinde antisosyal kişilik bozukluğu, dissosiyatif bozukluklar, duygudurum bozuklukları, alkol ve madde kötüye kullanımının daha sık olduğunu ortaya koymaktadır (2,7).

Pek çok güncel çalışmada, DEHB'nin ortaya çıkmasında DAT 1 ve DRD 4 genlerinin yüksek derecede ilişkili olduğu bildirilmiştir. DAT 1, metilfenidat ve benzer ilaçların dopamin taşınması üzerine etkilerinin sağlandığı protein bölgesidir. Bu hastalığın ortaya çıkmasında dopamin sistemi ve genotip arasında ilişki olduğunu destekleyen pekçok çalışma bulunmaktadır (19). DRD5 ile DEHB arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar da yazında mevcuttur (101). Ayrıca serotonin ve dopamin sistemleri arasındaki etkileşimin hastalığın ortaya çıkmasında rol aldığını ileri süren görüşler de vardır. Serotonin geninin de hastalığın ortaya çıkışında rolü olduğunu destekleyen çalışmalar vardır (20, 102). Hawi ve arkadaşları, DEHB'lilerde serotonin reseptörlerini içeren HTR (1B) ve HTR (2A) genlerini taradıkları çalışmalarının sonucunda serotonin sisteminin DEHB'nin ortaya çıkmasında önemli rolü olabileceğini ileri sürmüşlerdir, bu bilgiyi destekleyen başka çalışmalar da bulunmaktadır (21). Retz ve arkadaşlarının (22) yaptığı çalışmada DRD3 geni dürtüsellik ve DEHB'nin bazı davranışsal sorunları ile ilgili bulunmuştur. DEHB'nin ortaya çıkışında dopamin hidroksilaz ve monoaminoksidaz genlerinin de rolü olabileceğini ileri süren çalışmalar bulunmaktadır (23,24).

Morrison ve Stewart, DEHB'de poligenetik bir geçişi öngörürken, Faraone ve diğer bazı araştırmacılar, DEHB'nin ailesel dağılımının tek bir genin etkisi ile oluştuğunu savunmuşlardır. Genetik dışındaki risk faktörlerinin genetik yatkınlıkla nasıl bir etkileşim içinde olduklarını araştırmak için daha çok çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

DEHB'nin beyindeki bir zedelenme sonucu geliştiği biçimindeki düşünceler hastalığın tanımlanmasından bu yana öne sürülmektedir (8). Bilgisayarlı

beyin tomografisi sonuçları tutarsızdır. Korpus kallosumun iki ön bölgesi olan rostrum ve rostral cisim DEHB'li çocuklarda kontrol grubundan belirgin olarak küçük bulunmuştur. Bu bulgular frontal lob gelişim ve işlevinde bozukluk olduğu görüşünü desteklemektedir. Korpus kallosumun splenial bölgesinin normalden küçük olmasının dikkat sorunlarını açıklayabileceği ileri sürülmektedir. Ana belirtilerden olan dürtüsellüğün prefrontal korteksin dorsolateral kısmı ile ilişkili olabileceği bildirilmektedir (17,25).

Pek çok psikiyatrik bozuklukta olduğu gibi DEHB'nin etiyolojisinin araştırılmasında da, nörotransmitterler önemli bir yer almıştır. Özellikle DEHB tedavisinde kullanılan uyarıcı ilaçların nörotransmitterler üzerindeki etkileri bu görüşü desteklemektedir (26). En sık kullanılan ilaçlar olan uyarıcılar hem dopamin hem de norepinefrini etkilediğinden her iki sistemde bozukluk olabileceği görüşü hakimdir. Ancak durumdan sorumlu tek bir nörotransmitter belirlenememiştir (2,15,25). Bugüne kadar üzerinde en fazla durulan nörotransmitterler dopamin ve noradrenalin'dir. Birçok çalışmada, beyin omurilik sıvısı, kan ve idrarda dopamin, noradrenalin ve bu nörotransmitterlerin yıkım ürünlerinin, DEHB olanlarda sağlıklı kontrollerden düşük olduğu bulunmuştur (27). Dopamin motor ve limbik işlevlerin düzenlenmesinde rol alan nörotransmitterdir. Dopamin sisteminin etkilenmesi bilişsel fonksiyonlarda bozulmaya neden olmaktadır (28). Mezo-limbo-kortikal dopamin sistemindeki bozukluk davranış, dikkat ve dürtüsellikle, nigro-striatal dopamin sisteminde bozukluk yürütücü işlevler ve motor kontrol alanlarındaki belirtiler ile ilişkili bulunmuştur (29). DEHB tedavisinde etkili olduğu gösterilmiş olan selektif noradrenalin geri alım inhibitörlerinin prefrontal kortekste dopamin ve noradrenalin düzeyini artırarak etki sağlaması da bu görüşü destekler niteliktedir (30). Kafa travmasından sonra ortaya çıkan bilişsel ve davranışsal bulguların, beyinde katekolamin sisteminde ortaya çıkan bozulmaya bağlı olabileceği ileri sürülmektedir (31). Tek Foton Bilgisayarlı Tomografi (SPECT) çalışmalarında, DEHB'li çocukların bazal ganglionlarında bir dopaminerjik sistem bozukluğu olduğu (31), prefrontal korteks kan akımlarının farklılık gösterdiği (32) bildirilmiştir.

Belirtilenlerin yanısıra perinatal nedenler, nörolojik hastalıklar, diyet alerji, çevresel toksinler ve psikososyal sebeplerin de etiyolojide rol oynayabileceğine dair ifadeler yazında mevcuttur.

2.1.4. DEĞERLENDİRME

DEHB tanısı koymak, özgün bir tanısal test aracı olmadığı için kolay değildir. Sıklıkla eşlik eden başka bir bozukluk bulunduğu için tanı koymak daha da karmaşık bir hale gelebilir. DEHB ve diğer davranış sorunlarının tanısının konulması, olabildiğince fazla kaynaktan bilgi alınarak ve çeşitli değerlendirmeler sonucunda gerçekleştirilir. Anne-baba ve çocukla görüşme, anne-baba ve öğretmen tarafından çeşitli test ve ölçeklerin doldurulması DEHB tanısı konulurken uygulanan işlemlerdir (34, 35).

Genellikle aile ve öğretmenden alınan bilgiler çocukta davranım bozukluklarının tanımlanmasında yeterlidir. Bazen iki kaynaktan alınan bilgiler arasında uyumsuzluk olabilir. Bunun nedeni her bilginin elde edildiği, gözlemlerin yapıldığı yerlerin farklı olmasıdır, ancak bu durum duygulanım ile ilgili sorunlar için genellikle geçerli değildir. Anne ve babadaki psikopatoloji, aile tarafından doldurulan davranış raporlarını etkileyip yanıltabilir. Aile ve öğretmen raporları eşlik eden davranım bozukluğu ve kültürel farklılıklardan da etkilenebilir (7). Öğretmenden alınan bilgiler tanı ve tedavinin her aşamasında önemlidir. DEHB belirtilerinin klinik özelliklerinin, sınıf ve okul ortamında, çocuğun bireysel olarak değerlendirildiği ortamlara oranla çok daha belirginleştiği bilinmektedir (34). Öğretmen skalalarında bildirilen DEHB'nin derecesi ile hastalığın seyri arasında ilişki olduğunu ve eşlik eden bozuklukların belirlenmesinde yardımcı olduğunu bildiren çalışmalar vardır (36).

DEHB tanısında en önemli ilk aşamalar öykü ve fizik muayenedir. Öykü alınırken hastalığın ana belirtileri; dikkat süresi, yaşitlarına göre farklı ortamlarda hareketlilik, dürtüsellik, duygulanım ile ilgili farklılıklar ve davranış sorunları ayrıntılı olarak sorgulanır. Okul başarısı sorgulanırken, el yazısı,

okuma hızı ve niteliği, ev ödevleri, sınavlar, ders başarısı ve notlar, sınıf geçmekte zorlanıp zorlanmadığı öğrenilir. Sosyal becerilerini anlamak amacıyla arkadaşlık kurma ve sürdürme becerileri, arkadaş grup ve etkinlikleri, hobiler, spor ve diğer etkinlikler sorgulanır. Ayrıntılı gelişim öyküsü önemlidir. Yürüme, konuşma, tuvalet eğitimi yaşı, dil gelişim aşamaları, regresyon ve ketlenmenin varlığı araştırılır (34).

Anne baba ile yapılan ilk görüşmeden sonra çocukla görüşülür. Bu görüşme çocuğun yaşına, beceri düzeyine ve işbirliğine girip girmemesine göre değişiklik gösterir. Çocuğun genel görünümü, gelişimi ve davranışları gözlemlenir (34, 35). İlk görüşmede çocuk soruları doğru yanıtlamayabilir ya da genel davranış özelliklerini görüşme esnasında sergilemeyebilir. Çünkü pek çok çocuk, ailesi tarafından bir çocuk psikiyatristine getirildiğinin farkındadır (15). Küçük çocuklarla, çocuğun gelişimini, dikkat ve hareketliliğini anlamak için oyunlar oynanabilir. Daha büyük çocuklarda ise algı, dikkat, planlama ve organizasyon yeteneklerini değerlendirmeye yönelik oyunlar seçilir (15,34).

Hastalığın bulgularının belirlendiği bu görüşmelerden sonra ikinci basamak nedenlere yönelik öykünün tanımlanmasıdır. Gebelik ve doğum öyküsünde fetal aktivite, gebelik döneminde toksine maruz kalma, erken doğum, bebeklik döneminde kolik ya da huzursuzluk belirtilerinin varlığı, beslenme sorunları, geçirilen önemli hastalıklar, kafa travmasının varlığı sorgulanır (7). Aile ile ilgili nedenler araştırılırken ailedeki nörolojik (epilepsi, tik gibi) ve psikiyatrik bozukluklar, alkol-madde kullanım öyküsü, anne, baba ve kardeşlerde eğitim başarısı ve güçlükleri, ailedeki genetik bozukluklar sorgulanır (7,34).

Öykü tamamlandıktan sonra fizik muayene tanıdaki diğer basamaktır. Fizik ve nörolojik muayene yapılır. Nörolojik muayene sırasında özgün olmayan bulgular olabilir. Bunlar; silik nörolojik bulgular olarak adlandırılır; reflekslerde asimetri, minör koreateotik hareketler, tekrarlayıcı hareketleri hızlı yapamama ve koordinasyonda güçlük şeklindedir. Bu bulgular DEHB tanısı koymada

yardımcı değildir (97). Gelişim düzeyi taranırken, çocuğun ilgi duyduğu alanlarda konuşularak dil gelişim düzeyi ve becerisi belirlenir. Anlık ve uzak bellek değerlendirilir. Çizim testleri ile motor beceri test edilir (7).

Öykü ve fizik muayene sonucunda tanıda DEHB düşünülüyorsa yardımcı ölçekler kullanılır. Bunlar anne baba ya da öğretmenlere yönelik hazırlanmış olan soru listeleri şeklindedir. Tanı koyarken öğretmenden bilgi alınması son derece önemlidir. DEHB belirtilerinin sınıf ve okul ortamında, çocuğun bireysel olarak değerlendirildiği ortamlara göre çok daha belirginleştiği bilinmektedir. Öğretmene gönderilen soru listeleri yeterli olabilir ancak olanak varsa yüz yüze görüşmek çok daha faydalıdır (15,34).

Değerlendirmede son aşama laboratuvar incelemeleridir. EEG özellikle aile ve çocukta nöbet öyküsü varsa ya da öyküde organik temeli vurgulayan ayrıntılar varsa mutlaka yapılmalıdır (2). Beyin görüntülemesi her hastada gerekli değildir. Kafa travması ve eşlik eden nörolojik hastalıkların varlığında kullanılırlar. Anemi varlığını araştırmak için kan sayımı ve gerekirse demir değerleri incelenir. Tiroid fonksiyonlarının rutin değerlendirilmesi bazı araştırmacılar tarafından önerilir (33). DEHB için rutin bir genetik ve metabolik tarama yoktur. Eğer ilaç tedavisi başlanacaksa öncesinde karaciğer ve böbrek fonksiyonlarının değerlendirilmesi önerilir (1).

2.1.5. EŞ HASTALANIM

DEHB sıklıkla izole bir biçimde değil de, bir başka bozuklukla birlikte bulunur. Bozukluğu olan çocukların %50-80'inin en az bir başka bozukluğun tanı ölçütlerini de karşıladıkları görülmüştür (52). Öğrenme Güçlüğü (ÖG), Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB), anksiyete bozuklukları, depresyon, bipolar bozukluk sıkça görülen komorbid durumlardır (41). En sık eş hastalanım %40-80 ile DEHB ve diğer yıkıcı davranım bozuklukları arasında görülür (52). İlk çalışmalarda ÖG için oldukça yüksek prevalanslar bildirilirken son çalışmalarda bu oran biraz daha düşmüştür (53). DEHB'li çocukların

etkili bir öğrenme stratejisine sahip olmamalarına karşın, DEHB ve ÖG'nin sıklıkla birlikte bulunan farklı bozukluklar olduğu savunulmuştur (54)

Eş hastalanım, prognoz ve tedavi yaklaşımında çok önemli role sahiptir. Örneğin komorbid anksiyete bozukluğu durumunda stimülanlarla elde edilen tedavi cevabı düşerken, yan etki oranının arttığı bildirilmektedir (46,55). Bazı araştırmacılar da eş hastalanım ile DEHB belirtilerinin sürmesi arasında bir ilişki bulunduğunu bildirmişlerdir (56, 57).

2.1.6. GİDİŞ VE SONLANIM

Klasik DEHB, uzun sürelidir ve sıklıkla ömür boyu sürebilir. Motor hiperaktivite geç çocukluk veya erken gençlik döneminde kaybolur. Orta şiddette veya şiddetli rezidüel DEHB belirtileri (huzursuzluk, yerinde duramama, kıpırdanma) dışarıyla iyi uyum yapmış bazı erişkinlerde bile devam edebilir.

DEHB'nin klinik gidişini izlemek için, Amerika Birleşik Devletleri, Kanada ve bazı Avrupa ülkelerinde, DEHB olan çocukların sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı ve 2, 4, 8 ve 12 yıl gibi belirli aralıklarla değerlendirildiği uzun süreli izlem çalışmaları yapılmıştır. Bu araştırmaların sonucunda, çocukluklarında DEHB olanların % 80'inin ergenlik dönemlerinde de DEHB belirtilerini göstermeye devam ettikleri; bu çocukların %30-65'lik bölümünün ise erişkinlikte de DEHB belirtilerini taşıdıkları belirlenmiştir (34).

DEHB olan çocuklarda ileriki yıllarda başka psikiyatrik bozukluklar, kontrol grubuna göre çok yüksek oranda çıkmaktadır. Örneğin DEHB olan çocukların yaklaşık üçte birlik kısmında erişkin dönemde, alkol-madde kullanım bozukluğu, antisosyal kişilik özellikleri, depresyon ve anksiyete bozuklukları görülmüştür (1).

2.1.7. TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Uyarıcılar DEHB tedavisinde en sık kullanılan ilaçlardır. Uyarıcıların etki mekanizması, dopamin, noradrenalin taşınmasının artırılması şeklindedir. Katekolamin transferini artırma yolları; dopamin, noradrenalin geri alınımını engellemek, presinaptik dopamin, noradrenalin ve seratonin salınımını artırmak ve monoaminooksidaz enzimini inhibe etmek şeklindedir (6). Uyarıcı ilaçlar etki sürelerine göre kısa ve uzun etkili olmak üzere ayrılabilirler (1).

Uyarıcılar dışında, klinik çalışmalarda bupropion, atomoksetin, moklobemid gibi ilaçların etkinliği gösterilmiştir. Bir alfa adrenerjik agonist olan klonidin ve guanfasinde etkilidir. Bunların tamamı kognitif belirtiler üzerinde daha az etkili ancak eşlik eden belirtiler üzerinde daha çok etkilidir (1).

İmipramin ve desipramin DEHB tedavisinde kullanılan trisiklik antidepresanlardır (TSAD). Bu ajanlar DEHB'nin bilişsel belirtileri üzerine uyarıcılar kadar etkili değildir ancak uyarıcılara cevapsız hastalarda ikinci seçenek olarak kullanılırlar. DEHB ile birlikte anksiyete ve tik bozukluğu olan hastalarda olumlu etkileri olabilir (37).

DEHB'nin takip ve tedavisinde farmakolojik müdahale ile psikososyal müdahaleyi birleştiren çoklu yaklaşım modelleri en etkili yöntemler olarak bulunmuştur (58).

Psikososyal Müdahale; Aile Tedavisi, Davranış Yönetim Teknikleri, Okul Görüşmeleri, Risk Yönetimi, Bilişsel davranışçı tedavi, Sosyal Eğitim, Bireysel Psikoterapi ve Oyun Terapisi yaklaşımlarını içermektedir.

2.2. YAŞAM KALİTESİ

Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı sadece hastalık ya da bedensel güçsüzlüğün olmaması değil, tam bir fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hali olarak tanımlar. Bu tanım, geleneksel hasta yaklaşımına daha geniş bir boyut kazandırmıştır. Bu

çerçevede toplum sağlığının ölçümünde şimdiye kadar kullanılan geleneksel morbidite ve mortalite yaklaşımı ve beklenen yaşam süresi kavramlarının artık sağlıklılığın değerlendirilmesinde yeterli olmadığı, sağlık hizmeti ile ilgili girişimlerin değerlendirilmesinde yaşam kalitesinin ölçülmesinin zorunlu olduğu görüşü ileri sürülmüştür (59).

Tıbbın yalnızca patolojik bozuklukları hastalık olarak tanımlaması, sorunun bireysel düzeyde tanımlanmasını kısıtlamaktadır. Tıbbın hasta olarak tanımlamadığu bir kişi de kendini rahatsız hissedebilir. Sağlık durumunun ölçümü bunların tümünü kapsamalıdır. Hekimin değerlendirdiğu kişi hakkında vardığu yargı kadar kişinin kendini nasıl hissettiğu de önemlidir.

Yaşam kalitesi kişinin yaşadığu kùltür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri kapsayarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanır. Kişinin fiziksel sağlığı, ruh sağlığı, kişisel inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkisinden etkilenen geniş bir kavramdır. Bu, yaşam kalitesinin kùltürel, sosyal ve çevresel kavramlara iyice gömülmüş subjektif bir değerlendirme olduğu görüşünü yansıtmaktadır (60). Yaşam kalitesinin tanımı konusunda farklı yorumlar olsa da hayatın birçok boyutunu içermesi gerektiğu konusunda fikir birliğu mevcuttur. Yaşam kalitesi fiziksel, fonksiyonel, emosyonel ve sosyal faktörlerin kombinasyonundan oluşan bir iyilik hali olarak da tanımlanmaktadır.

Klinikte yaşam kalitesi hastalık ve tedavisinin hastanın algıladığu biçimde hasta üzerine olan etkisidir. Yaşam kalitesi ölçümü ise hastanın iyi bir yaşam sürme yeteneğini algılaması üzerine hastalık ve tedavinin net sonuçlarını bilimsel olarak analiz edilebilir koşullarda niceliksel olarak tanımlama çabasıdır. Yaşam kalitesi hastanın hastalık açasından değerlendirilen organik boyutuna psikososyal boyutu da katarak sağlığın değerlendirilmesi kavramını tamamlar.

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi yaklaşımı hastayı bütüncül olarak ele alma ve fiziksel, ruhsal ve sosyal açağan iyilik durumunu ölçme girişimi olarak ortaya

çıkılmıştır. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi bütüncül olarak yaşam kalitesinin bir alt bileşenidir. Bu nedenle bu iki kavram birbirleriyle yakından ilişkili kavramlardır.

2.2.1. DEHB ve YAŞAMKALİTESİ

DEHB’de çocuğun yaşamının akademik, sosyal ve duygusal alanlarında görülen yetersizlik ve sıkıntılar sonucunda çocukta özgüven azalması, mutsuzluk, başarısızlık ve bunlara bağlı olarak yaşam kalitesinde düşme, kişiler arası ve aile içi ilişkilerde bozulma, ruhsal iyilik halinin olumsuz yönde etkilenmesi söz konusudur. Bu nedenle, hastalığın çok boyutlu izlenmesinde klinik parametrelerin yanında psikososyal boyut giderek önem kazanmaktadır. Psikososyal boyuttaki yeterlilik ve yetersizliklerde en iyi yaşam kalitesi kavramı ile açıklanabilmektedir (61).

Pekçok diğer ruhsal bozuklukta olduğu gibi DEHB’de de tedavinin amacı belirtileri azaltmak, işlevselliği artırmak, çocuk ve yakın çevresinin iyilik halini sağlamaktır. Bununla beraber tedavi cevabını ölçmek çoğunlukla belirtilerdeki azalmayı değerlendirme üzerine odaklanmıştır. DEHB’ nin yaşamın diğer alanlarına olan etkilerine ilişkin araştırmalar ve DEHB’ de sağlıkla ilgili yaşam kalitesini değerlendirme amaçlı çalışmalar artış göstermektedir (62).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÖRNEKLEM

Bu çalışma, 2008 Şubat - 2008 eylül tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında gerçekleştirildi. Kliniğe ilk kez başvuran ve DEHB tanısı konan ve daha önce DEHB polikliniğinde takipte olan hastalardan bu çalışmaya gönüllü olarak katılacağını bildirmiş 150 çocuktan oluşan bir grup araştırma örneklemini oluşturmuştur. DEHB tanısı tüm olgularda DSM-IV tanı kriterlerine göre iki çocuk psikiyatristi tarafından konulmuştur. Çalışma örneklemine alınan 150 kişilik DEHB' li grup içinden eşlik eden başka tıbbi ve psikiyatrik rahatsızlığı olmayan (DB, KOKGB gibi DEHB ye sıklıkla eşlik eden bozuklukların dışında) 76 olgu ile çalışma yürütülmüştür. Kontrol grubunu ise, bir yaz okuluna devam eden, yaş, cinsiyet, ailenin gelir düzeyi, aile tipi ve benzeri sosyodemografik özellikler açısından DEHB grubuyla eşleştirilmiş, klinik başvurusu olmayan 150 çocuk oluşturmuştur. Bu çocukların psikopatolojik yönden değerlendirmelerini yapmak amacıyla ailelerinden Güçler ve Güçlükler ölçeğini doldurmaları istenmiştir. Bu ölçeğin sonuçlarına dayanarak herhangi bir psikiyatrik bozukluk yönünden yüksek riskli gruba girenler elenerek psikiyatrik bozukluğu olmadığı tespit edilen 59 çocuk ta kontrol grubu olarak belirlenmiştir.

Araştırma grubu dışlama ölçütleri

1. DEHB dışında başka bir psikiyatrik bozukluğun olması (DB, KOKGB gibi DEHB ye sıklıkla eşlik eden bozuklukların dışında)
2. Klinik olarak mental retardasyon düşünülmesi
3. Bilinen önemli bir fiziksel hastalığın olması.

Kontrol grubu dışlama ölçütleri

1. DEHB dahil herhangi bir psikiyatrik bozukluğun olması
2. Klinik olarak mental retardasyon düşünülmesi
3. Bilinen önemli bir fiziksel hastalığın olması.

3.2. Kullanılan araçlar

3.2.1. Demografik Bilgi Formu

Araştırma için araştırmacılar tarafından özel olarak hazırlanmış olan bu formda çocuğun yaşı, cinsiyeti, sosyoekonomik durumu, başka tıbbi rahatsızlıkları, okul başarısı, kullandığı ilaçlar doğum yeri, anne - baba yaşı, eğitim düzeyleri ve sağlık durumları yer almaktadır.

3.2.2. Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (Atilla Turgay, YDB-TDÖ)

DSM-IV ölçütlerine göre geliştirilmiştir. Ölçeğin DEHB belirtileri gruplarından dikkatsizliği sorgulayan 9, aşırı hareketliliği sorgulayan 6 ve dürtüsellliği sorgulayan 3 maddesi bulunmaktadır. Ölçekte, DSM –IV ölçütleri anlamları değiştirilmeden soru şekline çevrilmiştir. Ölçekteki maddeler 0-3 arasında değerlendirilmektedir. DEHB tanısı için 9 dikkat eksikliğini sorgulayan maddenin en az 6'sının 2 ya da 3; 9 hiperaktivite ve dürtüsellliği sorgulayan maddenin en az 6'sının 2ya da 3 olarak karşılanması gerekmektedir. KOKGB tanısı için 8 maddenin en az 4'ünün 2 ya da 3 olarak karşılanması, DB içinse 15 adet maddenin en az 2'sinin 6 ay ya da 1 yıl süre ile karşılanması gerekmektedir. Türkiye' de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ercan ve arkadaşları tarafından 2001 yılında yapılmıştır (92).

3.2.3. Kısa Form 36 (SF-36)

John E. Ware ve arkadaşları tarafından geliştirilen, yaşam kalitesini ölçmede kullanılan bir ölçektir (94). Bu ölçekte yaşamın; fiziksel işlevsellik, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık algısı, vitalite (canlılık), sosyal işlevsellik, emosyonel rol güçlüğü, ruhsal sağlık alanları sorgulanmaktadır. Özellikle fiziksel hastalığı olanlarda yaşam kalitesini ölçmek için geliştirilse de sağlıklı deneklerde ve psikiyatrik hastalığı olanlarda da başarıyla kullanılmaktadır. Sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu yönlerini de değerlendirebilen bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin bir toplam puanı yoktur; yalnızca 8 alt boyutun toplam puanı hesaplanır. Alt ölçeklerin puanları 0 ile 100 arasında değişmektedir ve yüksek puan iyi sağlık durumunu göstermektedir. Bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılmıştır (93).

3.2.4. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ)

İki - onsekiz yaşları arasındaki çocuk ve ergenlerin sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini ölçebilmek için Varni ve arkadaşları tarafından yaklaşık 15 yıllık çalışma sonucu 1999 yılında geliştirilmiş bir yaşam kalitesi ölçeğidir (95). Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği, 2-4, 5-7, 8-12, 13-18 yaşları arasındaki çocuk ya da ergenler için ebeveyn formu ve 5-7, 8-12, 13-18 yaşları arasındaki çocuk ya da ergenler için öz bildirim formu olmak üzere toplam 7 formdan oluşmaktadır. Ergen ve çocuk formları birbirine benzer olmasına rağmen, çocuk ve ergenlerin bilişsel gelişim düzeylerindeki farklılıktan dolayı çocuk formlarında daha basit sözcükler kullanılmıştır. Genel yaşam kalitesi ölçeklerinden olan ÇİYKÖ okul ve hastane gibi geniş popülasyonlarda, hem sağlıklı hem de hastalığı olan çocuk ve ergenlerde kullanımı uygun olan bir yaşam kalitesi ölçeğidir.

Bu ölçek çocuk ve ergenlerin son bir ayını sorgulamaktadır. Beş – yedi yaşları arasındaki çocuklar için 3 seçenekli, 8–18 yaşları arasındaki çocuk ve ergenler için 5 seçenekli likert tipi ölçek şeklinde geliştirilmiştir. Maddeler 0–100 arasında puanlanmaktadır. Sorunun yanıtı hiçbir zaman olarak işaretlenmişse 100, nadiren olarak işaretlenmişse 75, bazen olarak işaretlenmişse 50, sıklıkla olarak işaretlenmişse 25, hemen her zaman olarak işaretlenmişse 0 puan almaktadır. Puanlar toplanıp doldurulan madde sayısına bölünerek toplam puan elde edilmektedir. Ölçekte eksik doldurulan maddelerin olması halinde doldurulmuş maddelerin puanları toplanmakta ve işaretlenmiş madde sayısına bölünmektedir. Ölçeğin %50'sinden fazlası doldurulmamış ise ölçek değerlendirmeye alınmamaktadır. Sonuçta ÇİYKÖ toplam puanı ne kadar yüksek ise, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi de o kadar iyi algılanmaktadır.

ÇİYKÖ 23 maddeden oluşmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımladığı sağlıklılık halinin özellikleri olan fiziksel sağlık, duygusal işlevsellik ve sosyal işlevsellik alanlarını sorgulamaktadır. Bunun yanında okul işlevselliği de sorgulanmaktadır. Puanlama 3 alanda yapılmaktadır. İlk olarak ölçek toplam puanı (ÖTP), ikinci olarak fiziksel sağlık toplam puanı (FSTP), üçüncü olarak duygusal, sosyal ve okul işlevselliğini değerlendiren madde puanlarının hesaplanmasından oluşan psikososyal sağlık toplam puanı (PSTP) hesaplanmaktadır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği 2008 yılında Memik ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (96).

3.2.5. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)

Ailenin işlevlerini hangi alanlarda yerine getirdiği ya da getiremediğini ailelerin algılamalarına göre değerlendirmeyi sağlayan bir ölçektir. ADÖ, toplam 60 madde ve 7 alt ölçekten oluşmaktadır. Bunlar problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü, ve genel işlevlerdir. Seçenekler aynen katılıyorum, büyük ölçüde katılıyorum, biraz katılıyorum, hiç katılmıyorum şeklinde dört grupta toplanmıştır. Aile

bireyleri her maddenin ailelerini ne kadar tanımladığını 1 ile 4 puan arasında derecelendirir, okudukları test maddelerinden kendilerine en uygun olanı işaretlemeleri istenir. Elde edilen puanlar her alt boyut için toplanarak ortalaması alınır. Her bir ölçek puanındaki artma işlevsellikte daha çok bozulmayı gösterir. Kuramsal olarak 2 ayırt edici bir sayıdır ve 2 nin üzerindeki puan ortalamaları aile işlevlerinde sağlıksızlığa doğru gidişin bir göstergesi olarak kabul edilmiştir.

ADÖ, ABD’de Brown Üniversitesi ve Butler hastanesi tarafından 1983 yılında geliştirilmiştir (98). Ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirliği Bulut tarafından 1990 yılında yapılmıştır (83).

3.2.6. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA)

Goodman tarafından geliştirilen bu ölçek kişinin yeterlilik alanlarını ve sorun davranışlarını belirlemek amacıyla kullanılır (99). Bazıları olumlu bazıları olumsuz davranış özelliklerini sorgulayan 25 soru içerir. Bu sorular kendi içinde 5 alt başlıkta toplanmıştır: 1. Davranış sorunları, 2. Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik 3. Duygusal sorunlar, 4. Akran sorunları, 5. Sosyal davranışlar. Her alt başlık kendi içinde değerlendirildiği gibi ilk dört başlığın toplamı ‘toplam güçlük puanını’vermektedir. Ölçekten alınan toplam puan 0-40 arasındadır. Sosyal davranışlar alt ölçeğinin dışında yüksek puan o alan için bir sorunu gösterir. Verilere dayanılarak duygudurum bozuklukları (anksiyete, depresyon vb), davranış bozuklukları, hiperaktivite ve dikkat bozuklukları tanısı için DSM-IV veya ICD-10 sınıflamalarına göre düşük risk, orta risk, yüksek risk oranları tespit edilmektedir. Yüksek risk grubuna girenlerin %25-60’ı, orta risk grubuna girenlerin %10-15’i, düşük risk grubuna girenlerinde %1-4 ü ilgili tanıyı almaktadırlar. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Güvenir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (100).

3.3. Uygulama

Çalışma için Etik Kurul Onayı alınmıştır. Aileler çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve gönüllü olanlar çalışmaya katılmıştır. Olguların değerlendirilmesi tez yürütücüsü olan araştırma görevlisi ve ikinci bir çocuk psikiyatristi tarafından farklı oturumlarda yapıldı. Eşlik eden tıbbi ve psikiyatrik durumlar tıbbi anamnez, fizik muayene, kullanılan ölçekler ve DSM-IV tanı kriterlerine göre yapılan klinik görüşme ile belirlendi. DEHB ve Kontrol gruplarındaki çocuk ve anababalara ilgili ölçekler verildi. Kontrol grubunda yer alan çocukların psikopatolojik yönden değerlendirmelerini yapmak amacıyla ailelerinden Güçler ve Güçlükler ölçeğini doldurmaları istendi. Bu ölçeğin sonuçlarına dayanarak herhangi bir psikiyatrik bozukluk yönünden yüksek riskli gruba girenler elenerek kontrol grubu oluşturuldu. Araştırma grubunda ise eşlik eden tıbbi rahatsızlığı ve psikiyatrik bozukluğu (DB, KOKGB gibi DEHB' ye sıklıkla eşlik eden bozuklukların dışında) olanlar çalışmaya alınmadı.

3.4. İstatistiksel Değerlendirme

Analizler "SPSS 11. 5 for Windows" programı kullanılarak yapıldı. Sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında Student t-testi, kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare analizi kullanıldı. Devamlı verilerde ilişki düzeyini belirlemek için Pearson ve Spearmann bağıntı analizleri kullanıldı. Alfa değeri 0. 05'in altında olduğunda istatistiksel anlamlılığın olduğu kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. Demografik özellikler

Çalışmamıza alınan 76 DEHB hastasının 54'ü (%71. 1) erkek, 22'si (%28. 9) kız, kontrol grubu olan 59 olgunun, 37'si (%62. 7) erkek, 22'si (%37. 3) kız idi. Cinsiyet oranları açısından her iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($X^2=1. 052$, $p=0. 305$).

DEHB tanılı 76 hastanın 27' sinde (% 35.5) KOKGB eşhastalanımı saptandı hiçbir hastada DB saptanmadı.

DEHB tanılı 76 hastanın yaş ortalaması 10.47 ve kontrol grubu olan 59 hastanın yaş ortalaması 10.44 idi. Her iki grup arasında yaş ortalamaları açısından istatistiksel anlamlı fark bulunmadı ($p=0. 934$) (tablo 4. 1).

Tablo 4.1. DEHB ve Kontrol grubunda yaş ortalamaları.

	N	Ortalama	S. S
DEHB	76	10. 47	2. 375
KONTROL	59	10. 44	2. 184

T TESTİ, $t=0. 083$ $df=133$; $p=0,934$

Çalışmamıza alınan iki gruba ait olguların anne ve babalarının eğitim süreleri açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (tablo 4. 2, tablo4. 3).

Tablo 4.2. DEHB ve Kontrol grubunda anne eğitim sürelerinin (yıl) karşılaştırılması.

	N	Ortalama	S. S
DEHB	76	9. 4737	3. 21444
KONTROL	59	8. 4915	4. 55379

T TESTİ, t=1. 468 df=133;p=0,144

Tablo 4.3. DEHB ve Kontrol grubunda baba eğitim sürelerinin (yıl) karşılaştırılması.

	N	Ortalama	S. S
DEHB	76	10. 8816	3. 42137
KONTROL	59	10. 6271	3. 87252

T TESTİ, t=0. 405 df=133;p=0,686

Ailelerin gelir düzeyleri açısından her iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (Tablo 4. 4).

Tablo 4.4. DEHB ve Kontrol grubunda aile gelir düzeyi dağılımları.

	DEHB	KONTROL	TOPLAM
KÖTÜ	2 (%2. 6)	3 (%5. 1)	5 (%3. 7)
ORTA	58 (%76. 3)	40 (%67. 8)	98 (%72. 6)
İYİ	16 (%21. 1)	16 (%27. 1)	32 (%23. 7)
TOPLAM	76 (%100)	59 (%100)	135 (%100)

$\chi^2=1. 387$, df=2, p=0. 500

Ailelerin çocuk sayılarına bakıldığında iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (Tablo4. 5).

Tablo 4.5. DEHB ve Kontrol grubunda çocuk sayılarının karşılaştırılması.

ÇOCUK SAYISI	N	Ortalama	S. S
DEHB	76	2. 20	0. 783
KONTROL	59	2. 32	0. 899

T TESTİ, t=-0. 860 df=133;p=0,392

4.2. Sağlık Durumlarının Karşılaştırılması

DEHB ve Kontrol gruplarındaki anne ve babaların düzenli olarak ilaç kullanmalarını gerektirecek bir tıbbi rahatsızlık yönünden aralarında istatistiksel fark bulunamadı (Tablo 4. 6,4. 7).

Tablo 4.6. DEHB ve Kontrol grubunda annede tıbbi rahatsızlık.

	DEHB	KONTROL	TOPLAM
Sağlık sorunu var	14 (%18. 4)	13 (%22)	27 (%20)
Sağlık sorunu yok	62 (%81. 6)	46 (%78)	108 (%80)
Toplam	76 (%100)	59 (%100)	135 (%100)

$X^2=0. 271$, df=1, p=0. 603

Tablo 4.7. DEHB ve Kontrol grubunda babada tıbbi rahatsızlık.

	DEHB	KONTROL	TOPLAM
Sağlık sorunu var	8 (%10. 5)	12 (%20. 3)	20 (%14. 8)
Sağlık sorunu yok	68 (%89. 5)	47 (%79. 7)	115 (%85. 2)
Toplam	76 (%100)	59 (%100)	135 (%100)

$X^2=2. 534$, df=1, p=0. 111

DEHB ve kontrol gruplarındaki çocuklar karşılaştırıldığında ameliyat geçirmiş olma ve kaza öyküsü yönünden bir fark saptanmadı (Tablo4. 8,4. 9).

Tablo 4.8. DEHB ve Kontrol grubundaki çocuklarda ameliyat öyküsü.

	DEHB	KONTROL	TOPLAM
Ameliyat öyküsü var	18 (%23. 7)	8 (%13. 6)	26 (%19. 3)
Ameliyat öyküsü yok	58 (%76. 3)	51 (%86. 4)	109 (%80. 7)
Toplam	76 (%100)	59 (%100)	135 (%100)

$\chi^2=2.190$, $df=1$, $p=2.190$

Tablo 4.9. DEHB ve Kontrol grubundaki çocuklarda kaza öyküsü.

	DEHB	KONTROL	TOPLAM
Kaza öyküsü var	4 (%5. 3)	2 (%3. 4)	6 (%4. 4)
Kaza öyküsü yok	72 (%94. 7)	57 (%96. 6)	129 (%95. 6)
Toplam	76 (%100)	59 (%100)	135 (%100)

Fisher's Exact Test: $p=0.696$

4.3. Akademik Performans Karşılaştırılması

DEHB' si olan gruba, kontrol grubu yıllık karne ortalamaları esas alınarak ders başarısı açısından karşılaştırıldı ve iki grup arasında anlamlı fark saptandı (Tablo4. 10).

Tablo 4.10. DEHB ve Kontrol grubunda ders başarısı karşılaştırılması

	N	Ortalama	S. S
DEHB	76	3. 71	0. 950
KONTROL	59	4. 69	0. 565

T TESTİ, $t=-7.490$ $df=133$; $p=0,000$

DEHB' si olan grupla, kontrol grubu okul devamsızlığı açısından karşılaştırıldıklarında ardaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (Tablo 4. 11).

Tablo 4.11. DEHB ve Kontrol grubunda okul devamsızlığı karşılaştırılması.

	N	Ortalama	S. S
DEHB	76	4. 54	4. 700
KONTROL	59	2. 32	3. 042

T TESTİ, t=3. 147 df=133;p=0,002

4. 4 Yaşam Kaliteleri ve Aile İşlevlerinin Karşılaştırılması

Yaşam kalitesi ve aile işlevlerini değerlendirmek amacıyla ana babalara verilen ölçeklerin %85 oranında sadece anneler tarafından doldurulmuş olması nedeniyle bu ölçeklere ilişkin veri analizleri annelerin doldurduğu formlar üzerinden yapılmıştır.

Kısa Form 36 (SF-36)' ya göre, DEHB ve Kontrol gruplarındaki çocukların ailelerinin yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde; Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol Güçlüğü, Sosyal Fonksiyon ve Emosyonel Güçlük alt ölçek puanlarında istatistiksel açıdan fark saptanmadı. Ağrı Puanı, Genel Sağlık, Vitalite Enerji ve Mental Sağlık alt ölçek puanları ise Kontrol grubunda anlamlı derecede daha yüksek bulundu (Tablo4. 12).

Tablo 4.12. DEHB ve Kontrol gruplarında ailelerin yaşam kalite verilerinin (SF-36) ortalama ve standart sapma değerleri.

	DEHB (n=76)	KONTROL (n=59)	T	P
Fiziksel Fonksiyon	83. 22±17. 75	83. 89±18. 10	-0. 217	0. 828
Fiziksel Rol Güçlüğü	75±33. 41	82. 62±26. 77	-1. 432	0. 154
Ağrı Puanı	65. 72±24. 14	74. 62±20. 88	-2. 253	0. 026
Genel Sağlık	55. 88±19. 42	69. 67±20. 57	-3. 989	0. 000
Vitalite Enerji	57. 96±23. 62	66. 10±19. 71	-2. 132	0. 035
Sosyal Fonksiyon	76. 31±22. 96	79. 66±21	-0. 871	0. 385
Emosyonel Güçlük	73. 68±35. 40	74. 57±34. 09	-0. 148	0. 883
Mental Sağlık	61. 42±18. 78	69. 22±18. 42	-2. 413	0. 017

Student t-Testi

DEHB ve Kontrol gruplarında aile değerlendirme ölçeği puanları karşılaştırıldığında; Problem Çözme, İletişim, Roller, Duygusal Tepki Verebilme, Gereken İlgiyi Gösterme, Genel İşlevler puanları, DEHB grubunda anlamlı olarak yüksek (olumsuz) saptandı. Davranış Kontrolü alanında ise iki grup arasında fark saptanmadı (Tablo4. 13).

Tablo 4.13. DEHB ve Kontrol gruplarında Aile Değerlendirme Ölçeği verilerinin ortalama ve standart sapma değerleri.

	DEHB (n=76)	KONTROL (n=59)	T	P
Problem Çözme	1. 99±0. 63	1. 74±0. 55	2. 421	0. 017
İletişim	1. 98±0. 59	1. 72±0. 73	2. 342	0. 021
Roller	2. 21±0. 42	1. 95±0. 40	3. 497	0. 001
Duygusal Tepki Verebilme	1. 78±0. 64	1. 55 ±0. 44	2. 283	0. 024
Gereken İlgiyi Gösterme	2. 23±0. 36	2. 07±0. 29	2. 830	0. 005
Davranış Kontrolü	2. 16±0. 37	2. 07±0. 29	1. 649	0. 102
Genel İşlevler	1. 86±0. 62	1. 49±0. 65	3. 353	0. 001

Student t-Testi

DEHB ve Kontrol gruplarında Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (Çocuk Formu) verileri değerlendirildiğinde; Psikososyal Sağlık Puanı ve Ölçek Toplam Puanı alanlarında DEHB grubunda anlamlı derecede düşüklük saptandı. Fiziksel Toplam Puanda iki grup arasında bir fark saptanmadı (Tablo 4-14).

Tablo 4.14. DEHB ve Kontrol gruplarında ÇİYKÖ (Çocuk) verilerinin ortalama ve standart sapma değerleri.

	DEHB N=76	KONTROL N=59	T	P
Fiziksel Toplam Puan	77. 53±16. 85	80. 33±18. 13	-0. 926	0. 356
Psikososyal Sağlık Puanı	69. 76±15. 7	85. 02±11. 59	-6. 227	0. 000
Ölçek Toplam Puanı	72. 13±15. 02	83. 35±13. 10	-4. 548	0. 000

Student t-testi

DEHB ve Kontrol gruplarında Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (Anababa Formu) verileri değerlendirildiğinde; Psikososyal Sağlık Puanı ve Ölçek Toplam Puanı alanlarında DEHB grubunda anlamlı derecede düşüklük saptandı. Fiziksel Toplam Puanda iki grup arasında bir fark saptanmadı (Tablo 4-15).

Tablo 4.15. DEHB ve Kontrol gruplarında ÇİYKÖ (Anababa) verilerinin ortalama ve standart sapma değerleri.

	DEHB N=76	KONTROL N=59	t	P
Fiziksel Toplam Puan	74. 91±18. 34	79. 33±18. 35	-1. 388	0. 167
Psikososyal Sağlık Puanı	65. 75±15. 06	83. 81±12. 11	-7. 509	0. 000
Ölçek Toplam Puanı	69. 06±14. 32	81. 92±13. 15	-5. 385	0. 000

Student t-testi

5. TARTIŞMA

Yazında DEHB'li çocukların ailelerinin yaşam kalitelerini değerlendiren çalışma sayısı kısıtlıdır. Bu konuya olan ilgi son yıllarda artış göstermektedir. DEHB'li çocukların ailelerinde yaşam kalitesini ölçmeye yönelik özgün ölçek geliştirme çabaları gözlemlenmektedir (61).

Süregen hastalığı olan çocuklarda davranışsal sorunların toplum örnekleme göre daha sık görüldüğüne ilişkin bilgiler yazında yer almaktadır (91). Bu sorunların hastalığa uyum çabaları ve/veya hastalığın doğrudan etkileri sonucunda oluştuğuna yönelik farklı görüşler bulunmaktadır (63).

Çalışmamızda temel olarak özbeöz bildirim ölçekleriyle, DEHB'si olan çocuklar ve ailelerinde yaşam kalitesi ve aile işlevleri araştırılıp, bu veriler kontrol grubuyla karşılaştırılmış ve elde edilen sonuçlar kaynaklardaki bilgiler doğrultusunda tartışılmıştır.

Bu araştırmaya toplam 135 çocuk katılmıştır. Bunlardan DEHB olan 76 çocuk araştırma grubunu oluştururken, DEHB olmayan ve klinik başvurusu bulunmayan bir örneklemden seçilen 59 kişi de kontrol grubunu oluşturmuştur. Çalışmaya alınan bütün çocuklar 7-16 yaş aralığında olup, yaşlarına uygun sınıflarda eğitimlerini sürdürmekte, hiçbir özel eğitim almamaktadır.

Çalışmamıza alınan DEHB grubunda erkek/kız oranı 2.4 olarak bulunmuştur. Bu oran bozukluğun erkeklerde 2-5 kat daha sık görüldüğü biçimindeki yazın bilgisiyle uyumludur (64).

DEHB grubundaki hastalar alt tiplere göre bakıldığında hastaların %53.9'u dikkat eksikliğinin önde olduğu tip, %34.2'si bileşik tip, %11.8'i de hiperaktif-impulsif tip şeklinde ayrılmaktaydı. Yazın bilgilerine göre klinik örneklemden sık görülen alt tip bileşik tip olup bunu sırasıyla dikkat eksikliğinin önde

olduğu tip ve hiperaktif impulsif tip izlemektedir (65). Bu oranlar toplum temelli çalışmalar için geçerlidir. Bizim örneklemimizdeki yaş ortalamasının 10 yaşın üzerinde olması ve dikkat eksikliğinin ön planda olduğu DEHB alt tipinin daha ileri yaşta görülür olması bizim örneklemimizdeki alt tip dağılımını etkilemiş olabilir.

Yazında DEHB'si olan çocukların %50-80'inin en az bir başka bozukluğun tanı ölçütlerini de karşıladıkları bildirilmektedir (66). DEHB'de en sık eş hastalanımın diğer yıkıcı davranış bozuklukları ile olduğunu bildiren araştırmalar bulunmaktadır (67,66). Örneklemimizdeki DEHB'li çocukların da büyük oranda ek yıkıcı davranım bozuklukları sergilemesi yazın bilgileriyle uyumludur.

Çalışmamızda yaşam kalitesini değerlendirmede kullandığımız Kısa Form 36 ölçeğinin verilerine göre iki gruptaki ailelerin yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde; Fiziksel Fonksiyon altölçeği puanlarında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır. Klassen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da DEHB'nin, ailenin ruhsal sağlığına olumsuz etkilerinin olduğu, ama fiziksel sağlıklarını etkilemediği saptanmıştır (62). Ağrı puanı, Genel Sağlık, Vitalite Enerji ve Mental Sağlık alt ölçeklerinde DEHB grubunda anlamlı derecede düşüklük saptanmıştır. Bir çalışmada DEHB'si olan çocukların anne ve babalarının DEHB'si olmayanlara oranla ebeveynlik rolleri konusunda daha fazla memnuniyetsiz oldukları saptanmıştır (68). Yazındaki bazı çalışmalarda DEHB'li çocukların ailelerinde psikopatoloji oranlarının arttığı, çocukta DEHB'nin olmasının annedeki depresyonun öngörücülerinden olduğu belirtilmektedir (65). DEHB'si olan okul öncesi dönem çocuklarının, ailelerin sıradan isteklerine ve davranışsal önerilerine yaşıtlarına göre daha az olumlu yanıt verdiği ve bunun da ebeveynlik stresini artırdığına ilişkin çalışmalar bulunmaktadır (69). DEHB sosyal iletişim alanlarında önemli sorunlar ortaya çıkarmaktadır. DEHB'si olan çocuklar aileleriyle de sorunlu ilişkiler geliştirebilmekte ve bu ilişki örüntülerinin geç ergenlik dönemine kadar sürebildiği gösterilmektedir (49). Bu olumsuz etkileşimin çocuk ve aile üzerine zararlı etkileri olmakta, DEHB'li çocukların aileleri, artmış ebeveynlik stresi

yaşamakta, alkol kötüye kullanımı, evlilik çatışması ve depresyon gibi durumları yaşama eğilimleri daha yüksek bulunmaktadır (70).

Çalışmamızda yaşam kalitesini değerlendirmede kullandığımız Kısa Form 36 ölçeğinin Fiziksel Rol Güçlüğü ve Sosyal Fonksiyon alt ölçeklerinde DEHB grubu, kontrol grubuna göre daha düşük puan alsa bile bu farkların istatistiksel bir anlam taşımadığı belirlenmiştir. Emosyonel Güçlük alt ölçeğinde ise puanlar iki grupta birbirlerine yakın bulunmuştur. Ölçeğin Mental Sağlığı değerlendiren alt ölçeğinde DEHB'li grup anababalarının olumsuz anlamda farklar göstermesi DEHB'si olan çocuğa sahip olmanın anababalara daha çok mental sağlık açısından zorlayıcı etkisi olduğunu belirlemiştir. Öte yandan ebeveynlerin kendi ruh sağlıklarının bozuk olmasının da DEHB'li çocukların ele alınması ve zorluklarıyla başetmelerini güçleştirmiş olabileceği, sonuç olarak anababa ve çocuk arasındaki etkileşimin karşılıklı doğası unutulmamalıdır.

Çalışmamızda Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi- Çocuk formu verilerine göre DEHB olan gruptaki çocukların yaşam kaliteleri, kontrol grubuna göre Psikososyal Sağlık Altölçekpuanı ve Ölçek Toplam Puanı anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Fiziksel Sağlık Alt Ölçeği Puanı ise iki grup arasında anlamlı bir fark göstermemiştir. Yazın bilgilerine baktığımızda, Matza ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da DEHB grubunda Psikososyal ölçek puanları Fiziksel Sağlık altölçek puanlarına göre daha düşük olarak saptanmış ve tedaviyle psikososyal alanlarda ilerleme olduğu belirlenmiştir (70). DEHB'nin özellikle yaşam kalitesinin psikososyal ölçek puanlarını kötü etkilediği başka çalışmalarda da göze çarpmaktadır (62). Yazında yeni tanı almış DEHB'li çocukların, astımı olan çocuklar ve sağlıklı çocuklara göre psikososyal alanlarda sorunlar yaşadıklarını destekleyen araştırmalar bulunmaktadır (71). Sawyer ve arkadaşlarının çalışmasında da DEHB'si olan çocukların yaşam kalitelerinin genel anlamda daha kötü olduğu belirtilmiştir (72). DEHB'li çocukların psikososyal alt ölçek puanlarında düşüklük olduğu ama fiziksel sağlık alt ölçek puanlarda bir fark olmadığını belirleyen araştırmalar da bizim araştırma bulgularımızla paralellik

göstermektedir (73). Varni ve arkadaşlarının çalışmasında ise Psikososyal Sağlık Puanı, Fiziksel Sağlık Puanına göre daha düşük olsa da istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (74). DEHB de yaşam kalitesini değerlendiren 10 araştırmanın gözden geçirildiği bir yayında da, bozukluğun özellikle psikososyal sağlığı etkilediği belirtilmiştir (62).

DEHB'si olan ergenlerde benlik gelişiminin olumsuz yönde etkilendiğine ilişkin bulgular saptanmıştır (75). DEHB'li ergenlerde eğitim ve mesleki alanlarda başarısızlık, sık iş değiştirme, madde kötüye kullanımı/bağımlılığına eğilim ve otoriteyle çatışma yaşama sıklığı açısından olumsuz özelliklerin belirlendiği çalışmalar bulunmaktadır (76).

Çalışmamızda bir önceki eğitim dönemine ilişkin not ortalamaları temel alınarak okul başarıları değerlendirildiğinde, DEHB grubunda not ortalaması 3.71, kontrol grubunda ise not ortalaması 4.69 olarak saptanmıştır. Çocukların okul devamsızlık süreleri karşılaştırıldığında da DEHB grubunda 4.54 gün, kontrol grubunda ise 2.32 gün devamsızlık olduğu belirlenmiştir. İstatistiki olarak anlamlı olan bu farklar DEHB'li çocukların akademik olarak yaşitlarına oranla olumsuz özellikler taşıyabildiğini, okul başarıları ve devam süreleri açısından sorunlar yaşayabileceklerini bildiren yazın verileriyle uyumlu bulunmuştur (62,69, 77). DEHB'de beklenin altında akademik başarı ve eğitime ilişkin olumsuz sonuçların kalıcılık gösterdiği, bu çocukların okul devamsızlık sürelerinin fazla olduğu, okulu daha uzun sürede bitirme ve düşük not ortalamasıyla mezun olma gibi nedenlerden dolayı sosyal pozisyonlarının daha düşük olduğunu bildiren araştırmalar da (78,79,80) göz önüne alınırsa, akademik başarı ve yaşam kalitesi arasındaki karşılıklı etkileşim daha iyi anlaşılmaktadır.

Çalışmamızda Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği-Anababa Formu verilerine göre DEHB olan gruptaki çocukların yaşam kaliteleri, kontrol grubuna göre Psikososyal Sağlık Altölçek Puanı ve Ölçek Toplam Puanı açısından anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Fiziksel Sağlık Altölçek Puanı ise iki grup arasında anlamlı bir fark göstermemiştir. Anne Baba

formlarından alınan veriler, çocuklardan alınan verilerle uyum göstermiştir. Bastiaansen ve arkadaşlarının çalışmasında da anababa verileriyle, çocuk verileri paralellik göstermiştir (81). Eiser ve Morse'ın 2001 yılında çocukluk çağındaki süregen rahatsızlıklarda yaşam kalitesini değerlendirdikleri araştırmalarında anababa ile çocuk verileri fiziksel rahatsızlık alanında, psikososyal alana göre daha çok uyumluluk göstermiştir (82). Bizim çalışmamızda da anababa ve çocuk verilerine bakıldığında iki grupta da fiziksel sağlık alt ölçek puanlarının aynı uyumu gösterdiği belirlenmiştir.

Psikiyatrik sorunları olan çocukların anababalarında ruhsal bozuklukların sık olduğu düşünüldüğünde, bu çocukların ailelerinde aile içi işlevselliğin de olumsuz etkilenmesi beklenen bir durumdur. Sağlıklı ve işlevlerini yerine getirebilen aileler, sorunlarını çözebilen, birbirine duygusal olarak bağlı, rolünü etkili biçimde yerine getirebilen, dolaysız bir iletişim biçimini benimseyen ailelerdir. Sağlıksız ailelerin en önemli özelliği ise, iletişim işlevinin bozuk, üyeler arası ilişkilerin kopuk ve kurallara bağlı olmasıdır. Bu özelliği taşıyan ailelerde belirli roller belirli kişilerin üzerine yüklenmiştir (83).

DEHB'si olan çocuklar olmayanlarla karşılaştırıldığında, yıkıcı, impulsif ve olumsuz davranışlara bağlı olarak iletişim içinde oldukları sosyal ağdaki kardeş, öğretmen ve yaşıtları gibi önemli insanlarla olan ilişkilerinde zorluklar yaşamaktadırlar (70). Bu durumun aile içi ilişkilere de yansıtacağı ve sorunlu ilişki örüntülerinin geç ergenlik dönemine kadar devam edebileceği gösterilmiştir (84).

Çalışmamızda Aile Değerlendirme Ölçeği verilerine bakıldığında, Problem Çözme ve İletişim alanlarında her iki grubun puanlarının da 2 nin altında olmasına karşın (2 ve üzeri sağlıksız) DEHB grubunda Problem Çözme, İletişim altölçeği puanlarının kontrol grubuna göre istatistiki olarak anlamlı fark gösterdiği belirlenmiştir. Duygusal Tepki Verebilme ve Genel İşlevler alanlarında da her iki grubun puanlarının 2'nin altında olduğu ama DEHB grubu ile Kontrol grubu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Gereken İlgii Gösterme alt ölçeğinde, her iki grubun puanları

2'nin üzerinde olmasına karşın DEHB grubunun puanının istatistiksel olarak anlamlı bir yüksek değeri olduğu saptanmıştır. Roller alt ölçeği puanlarında kesme puanına göre istatistiksel anlamlı fark varken, Davranış Kontrolü alt ölçeği puanlarında ise iki grup arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Pekcanlar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada DEHB'li çocukların aile işlevleri normal sınırlar içerisinde bulunmuştur (85). Yine aynı çalışmada DEHB + Davranım Bozukluğu olan çocukların ailelerinde iletişim alanlarında problemler olduğu tespit edilmiştir. Özcan ve arkadaşları ise yaptıkları bir çalışmada Aile Değerlendirme Ölçeği – Davranış Kontrolü altölçeği puanlarını, DEHB+KOKGB olan grupta sadece DEHB olan gruba göre anlamlı derecede daha yüksek bulmuşlardır (86). Aile Değerlendirme Ölçeğinin Roller ve Davranış Kontrolü altölçek puanlarında DEHB+KOKG ve DEHB+DB gruplarında DEHB grubuna göre anlamlı fark bulunan veriler yazında görülebilir (87). Davranış sorunları olan bir çocuğa sahip olmanın sosyal güçlüklerle ve ebeveynlik stresinin artmasına yol açabileceği, Yıkıcı Davranım Bozukluğu olan çocuklara sahip olan ebeveynlerin aile çevrelerinin daha az destekleyici, daha fazla stresli, romantik ilişkilerinin daha problemlili ve ebeveynin başedebilme becerilerinin daha düşük olduğunu belirleyen araştırmalar bulunmaktadır (61). Satake ve arkadaşlarının çalışmasında, DEHB'ye eşlik eden DB ve/veya KOKGB olan çocukların ailelerinin sadece DEHB'si olan ve Kontrol grubundaki ailelere oranla kişiler arası ilişkilerinin daha çatışmalı ve daha az organize olduğu saptanmıştır (88). Yazındaki çalışmalar genellikle bu durumla birlikte saptanan aile işlevlerindeki bozukluğun DEHB'den çok eşlik eden KOKGB ile ilişkili olduğunu bildirmektedir. Escobar ve arkadaşlarının araştırmasında, yeni tanı almış DEHB'li çocukların, astımı olan çocuklar ve sağlıklı çocuklarla karşılaştırıldıklarında, DEHB li çocukların aileleriyle daha kötü iletişimlerinin olduğu, günlük yaşamda daha sık problemler yaşadıkları belirtilmiştir (71). Mazza ve arkadaşlarının çalışmasında da DEHB semptomlarının aile işlevlerini kötü şekilde etkilediği saptanmıştır (70). Bizim çalışmamızda ise DEHB grubunda KOKGB eşlik edip etmemesine göre aile değerlendirme alt ölçeği puanlarında anlamlı bir fark saptanamamıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuklar ve ailelerinin yaşam kalitelerinin, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olmayan çocuklar ve aileleriyle karşılaştırıldığı bu çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

1. Çalışmamızda anababaların yaşam kalitesini değerlendirmek üzere uyguladığımız SF-36 ölçeğinin sonuçlarına göre iki grup arasında Fiziksel Fonksiyon alt ölçek puanlarında bir fark bulunmamıştır.
2. Çalışmamızda anababaların yaşam kalitesini değerlendirmek üzere uyguladığımız SF-36 ölçeğinin sonuçlarına göre iki grup arasında Emosyonel Güçlük alt ölçek puanlarında bir fark bulunmamıştır.
3. DEHB grubunda kontrol grubuyla karşılaştırıldığında anababaların yaşam kalitesini değerlendiren SF-36 ölçeğinin Ağrı alt ölçek puanlarında anlamlı derecede düşüklük bulunmuştur.
4. DEHB grubunda kontrol grubuyla karşılaştırıldığında anababaların yaşam kalitesini değerlendiren SF-36 ölçeğinin Genel Sağlık alt ölçek puanlarında anlamlı derecede düşüklük bulunmuştur.
5. DEHB grubunda kontrol grubuyla karşılaştırıldığında anababaların yaşam kalitesini değerlendiren SF-36 ölçeğinin Vitalite Enerji alt ölçek puanlarında anlamlı derecede düşüklük bulunmuştur.
6. DEHB grubunda kontrol grubuyla karşılaştırıldığında anababaların yaşam kalitesini değerlendiren SF-36 ölçeğinin Mental Sağlık alt ölçek puanlarında anlamlı derecede düşüklük bulunmuştur.
7. DEHB grubunun, anababaların yaşam kalitesini değerlendiren SF-36 ölçeğinin Fiziksel Rol Güçlüğü ve Sosyal Fonksiyon alt ölçeği puanları kontrol grubuna göre daha düşük olmakla birlikte anlamlı bulunmamıştır.

8. ÇİYKÖ çocuk ölçeğinde DEHB grubunda Psikososyal Sağlık Puanı ve Ölçek Toplam Puanı alt ölçek puanlarında kontrol grubuna göre anlamlı düşüklük bulunmuştur.
9. ÇİYKÖ çocuk Fiziksel Sağlık Puanı alt ölçek puanında iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır.
10. Çalışmamızda geçen seneki not ortalamaları karşılaştırıldığında DEHB grubunda not ortalaması 3. 71, kontrol grubunda ise not ortalamasının 4. 69 olduğu görülmüş olup fark anlamlı bulunmuştur.
11. Çalışmamızda geçen seneki devamsızlık süresine bakıldığında, DEHB grubunda 4. 54 gün, kontrol grubunda ise 2. 32 gün olarak saptanmış olup iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.
12. ÇİYKÖ- anababa Fiziksel Sağlık alt ölçeği puanlarında iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır.
13. ÇİYKÖ –anababa Psikososyal sağlık puanı ve Ölçek Toplam Puanı altölçek puanları DEHB’si olan grupta anlamlı derecede düşük bulunmuştur.
14. ADÖ verilerine bakıldığında, Problem Çözme ve İletişim alt ölçeklerinde her iki grubun puanlarının da 2’nin altında olmasına karşın (2 ve üzeri sağlıklı) DEHB grubunda Problem Çözme, İletişim altölçeği puanlarının kontrol grubuna göre istatistiki olarak anlamlı fark gösterdiği belirlenmiştir.
15. ADÖ’de Duygusal Tepki Verebilme ve Genel İşlevler altölçeklerinde her iki grubun puanlarının 2’ nin altında olduğu ama DEHB grubu ile Kontrol grubu arasındaki farkın istatistiksel anlamlı olduğu bulunmuştur.
16. ADÖ’de Gereken İlgiyi Gösterme alt ölçeğinde, her iki grubun puanlarının 2’nin üzerinde olduğu ancak DEHB grubunun puanının istatistiksel anlamlı olacak şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
17. ADÖ’de Roller alt ölçeğinde DEHB grubunda anlamlı derecede yükseklik bulunmuştur.

18. ADÖ Davranış Kontrolü altölçeğinde iki grup arasında bir fark bulunamamıştır.

DEHB çocukluk çağının sık görülen nöropsikiyatrik bozukluklarından. DEHB'si olan çocukların psikososyal açıdan gerekli desteği almalarının ve bozukluğun çocuğun ailesi ve çevresine getirdiği sorunların etkin biçimde ele alınmasının çok önemli olduğu düşüncesindeyiz. Araştırmamızda yaşam kalitesini ve aile işlevlerini değerlendirmek üzere anne ve babalara ayrı ayrı ölçekler verilmiş olmasına karşın ölçeklerin büyük bir oranda anneler tarafından doldurulduğu belirlenmiştir. Bu nedenle araştırmada veri analizleri annelerin doldurduğu ölçekler üzerinden yapılmıştır. Bu da çalışmanın sonuçlarının anne baba için genellenebilirliğini kısıtlamaktadır. Çalışmamızda kardeşler gibi aile sisteminin diğer bireylerine ilişkin bir değerlendirme yapılmaması araştırmamızın kısıtlılık alanlarından biridir. Ayrıca DEHB grubundaki hastalar ilk başvuru veya takip edilen hasta şeklinde ayrıştırılmadıklarından homojen bir grup elde edilmemiş olması sonuçların genellenebilirliğini kısıtlayabilir. Bu kısıtlılıklarına karşın DEHB'si olan çocukların ve annelerinin yaşam kalitelerinin kontrol grubuna oranla daha düşük olduğunu saptadığımız bu çalışma, DEHB tedavisinde çok yönlü yaklaşımın önemini vurgulaması açısından önemli bulunmuştur.

Sonuç olarak, DEHB tedavisinde bozukluğun etkilerinin çok boyutlu doğası dikkate alınmalıdır. İzlem sürecinde sadece kategorik tanı koyarken sorgulanan bulguların azalması değil, bozukluğun yaşamın diğer alanlarına olan etkilerini de ele alan bir yaklaşım benimsenmelidir. Psikososyal boyuttaki yeterlilik ve yetersizliklerde yaşam kalitesi kavramı ile açıklanabileceğinden bu alanda yapılacak kapsamlı araştırmaların konunun daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

7. ÖZET

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklar ve Ailelerinde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

AMAÇ: Bu çalışmada, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuklarda ve bu çocukların ailelerinde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve rahatsızlığın psikososyal boyutunun incelenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına başvuran Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısını ilk defa alan veya bu tanıyla takip edilen yaşları 7-16 aralığında olan 76 çocukla, önceden klinik başvurusu olmayan bir örneklemden seçilmiş, yaş ve cinsiyet gibi özellikler bakımından hasta grubuyla eşleştirilmiş 59 kişiyi içeren kontrol grubu çalışmaya alınmıştır. Katılımcıların tümüne Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Çocuk Formu (ÇİYKÖ-Ç), Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Anababa Formu (ÇİYKÖ-AB), Kısa Form 36 (SF-36), Güçler ve Güçlükler Anketi (SDQ), Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği Atilla Turgay (YDB-TDÖ) ve Aile Değerlendirme Ölçekleri verildi. Gruplar arasındaki farklar belirlenmeye çalışıldı. Elde edilen verileri değerlendirmek için Ki Kare, T testleri ve bağıntı analizleri kullanıldı.

SONUÇ: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan çocukların okul başarıları daha kötü ve okula devamsızlık süresi daha fazla bulunmuştur. SF-36 verilerine göre DEHB li grupta Ağrı, Genel Sağlık, Vitalite Enerji, Mental Sağlık altölçek puanlarında kontrol grubuna göre anlamlı fark saptanmıştır. Fiziksel Fonksiyon, Emosyonel Güçlük, Fiziksel Rol Güçlüğü ve Sosyal Fonksiyon altölçek puanlarında ise iki grup arasında fark bulunmamıştır. ÇİYKÖ çocuk ölçeğinde Psikososyal Sağlık Puanı ve Ölçek Toplam Puanı alt ölçeklerinde DEHB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düşüklük bulunmuştur. ÇİYKÖ çocuk Fiziksel Sağlık Puanı altölçeğinde ise iki grup arasında fark saptanmamıştır. ÇİYKÖ- anababa Fiziksel Sağlık alt ölçeği puanlarında iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır. ÇİYKÖ –anababa Psikososyal sağlık puanı ve Ölçek Toplam Puanı DEHB'si olan grupta anlamlı derecede düşük bulunmuştur. ADÖ verilerine bakıldığında, Problem Çözme, İletişim, Duygusal Tepki Verebilme, Genel İşlevler, Gereken İlgiyi Gösterme ve Roller Altölçeklerinde iki grup arasında anlamlı fark olduğu, Davranış Kontrolü Altölçeğinde ise iki grup arasında fark olmadığı saptanmıştır.

TARTIŞMA: Bu çalışmada DEHB'li çocuklar ve ailelerinde yaşam kalitesinin değerlendirildiği bazı alanlarda kontrol grubuna oranla daha olumsuz bir

durum sergiledikleri belirlenmiştir. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları kliniklerinde DEHB'nin klinik yönü kadar psikososyal boyutu da gözardı edilmemelidir.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: ÇİYKÖ, Çocuk, DEHB, SF-36, Yaşam Kalitesi

8. ABSTRACT

Evaluating Quality of Life in Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Their Families.

OBJECTIVE: The purpose of this study is to evaluate quality of life in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and their families and to identify the effects of the psychosocial distress associated with the disorder.

METHODS: Seventy-six children and adolescents that were referred to Ankara University School of Medicine Department of Child and Adolescent Psychiatry, aged 7 to 16, with ADHD and age and gender matched 59 control children, who never referred to a child psychiatry clinic were included in study. All of the participants were administered to The Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL), Short Form 36 (SF36), Strengths and Difficulties Questionnaire, Turgay Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV)-Based Child and Adolescent Behavior Disorders Screening and Rating Scale (T-DSM-IV-S) and Mc Master Family Assessment Device (FAD). The differences between the groups were tried to be documented. Chi square and t tests were used in order to analyze the data.

RESULTS: Children with ADHD show worse results in school achievements and have more school absence. In SF-36, children with ADHD group show statistically significant differences in Pain, General Health, Vital Energy, Mental Health, subscale scores compared to the control group. There were no statistically significant differences in Physical Functioning, Emotional Difficulty, Physical Role Difficulty, Social Role functioning subscale between the groups. PedsQL-child scale, Psychosocial Health subscale and Total Scale Scores of ADHD patients were significantly lower than control group. There was no significant difference between the two groups in PedsQL-child Physical Health Subscale score. PedsQL-parent Physical Health subscale scores showed no significant differences. PedsQL parent, Psychosocial Health Scores and Total Scale Scores of ADHD group were significantly lower than control group. In Mc Master Family Assessment Device (FAD) results; there were significant differences in Problem Solving, Communication, Roles, Affective Responsiveness, Affective Involvement subscale scores, and there was no significant difference in Behavior Control subscale score between two groups.

DISCUSSION: The results of this study suggest that children with ADHD and their families have poorer quality of life in some of the domains. In child and

adolescent psychiatric clinics, psychosocial aspects of ADHD must be taken into account as well as its clinical aspects.

KEYWORDS: ADHD, Child, Life Quality, PedsQL, SF-36,

9. KAYNAKLAR

1. Weis M, Weis G. Attention deficit hyperactivity disorder. In: Lewis M (ed). Child and Adolescent Psychiatry (3. ed). Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, 2002: 645-670.
2. Canat Ş. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. Güleç C, Köroğlu E (ed). Psikiyatri Temel Kitabı (1. baskı). Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1998: 1119-1131.
3. Laurence L, Greenhill MD. Attention-deficit hyperactivity disorder in children. In: Garfinkel BD, Carlson GA, Weller EB (eds). Psychiatric Disorders in Children and Adolescent (1. ed). Philadelphia, W. B. Saunders Company, 1990: 183-193.
4. Graham P. Child Psychiatry (2. ed). New York, Oxford University Press, 1991: 148-157.
5. Şenol S, Şener, Köroğlu E. Genellikle ilk kez bebeklik, çocukluk ya da ergenlik döneminde tanısı konan bozukluklar. Köroğlu E (ed). DSM-IV Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (4. baskı). Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1994: 43-149.
6. Cyr M, Brown CS. Current drug therapy recommendations for the treatment attention deficit hyperactivity disorder. In: Palmer KJ (ed). Topics in Pediatric Psychiatry (1. ed). Hong Kong, Adis Boks, 2000: 69-79.
7. Waslick B, Greenhill L. Attention deficit hyperactivity disorder. In: Wiener J, Dulcan M (eds). Text Book of Child and Adolescent Psychiatry (3. ed). Washington DC, American Psychiatric Press, 2004: 485-509.
8. Barkley RA. ADHD and The Nature of Self Control. New York, The Guilford Press, 1997: 29-65.

9. Cohen P, Cohen J, Kasen S. et al. An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence. *J Child Psychol Psychiatry*. 1993; 34:851-867.
10. Burd L, Klug MG, Coumbe MJ, Kerbeshian J. Children and adolescents with attention deficit-hyperactivity disorder: 1. Prevalence and cost of care. *J Child Neurol*. 2003;18 (8):555-561.
11. Vasconcelos MM, Werner JJr, Malheiros AF, Lima DF, Santos IS, Barbosa JB. Attention-deficit/hyperactivity disorder prevalence in an inner city elementary school. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003; 61 (1):67-73.
12. Gallucci F, Bird HR, Berondi C, Gallai V, Franner P, Weinberg A. Symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in an Italian school sample: findings of a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1993; 32 (5):1051-1058.
13. Benjasuwntep B, Raungdaraganon N, Visudhiphan P. Prevalence and clinical characteristics of attention deficit hyperactivity disorder among primary school students in Bangkok. *Journal of Associated Thai*. 2002; 85 (4):1232-1240.
14. Pineda DA, Lopera F, Palacio JD, Ramirez D, Henao GC. Prevalence estimation of attention-deficit/hyperactivity disorder: differential diagnoses and comorbidities in a Colombian sample. *Int J Neurosci*. 2003; 113 (1):49-71.
15. Ercan ES, Aydın C. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Özellikleri-Tedavisi Çocuklarda ve Erişkinlerdeki Belirtileri (11. baskı). İstanbul, Gendaş A. Ş, 2005:25-63.
16. Turgay A. Gençlerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*. 1997; 3: 413-453.
17. Castellanos FX. Neuroimaging of attention deficit hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*. 1997; 6 (2): 383-411.

18. Sharp WS, Gottesman RF, Greenstein DK, Ebens CL, Rapaport JL, Castellanos FX. Monozygotic twins discordants for attention-deficit/hyperactivity disorder: ascertainment and clinical characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003; 42 (1):93-97.
19. Kirley A, Hawi Z, Phil M, Daly G, McCarron M, Mullins C et al. Dopaminergic system genes in ADHD. *Neuropsychopharmacology*. 2002; 27 (4):607-619.
20. Quist JF, Barr CL, Schachar R, Roberts W, Malone M, Tannock R et al. The serotonin 5-HT1B receptor gene and attention deficit hyperactivity disorder. *Mol Psychiatry*. 2003; 8 (1):98-102.
21. Hawi Z, Dring M, Kirley A, Foley D, Kent L, Craddock N et al. Serotonergic system and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a potential susceptibility locus at the 5-HT (1B) receptor gene in 273 nuclear families from a multi-centre sample. *Mol Psychiatry*. 2002; 7 (7):718-725.
22. Retz W, Rosler M, Supprian T, Retz-Junginger P, Thome J. Dopamine D3 receptor gene polymorphism and violent behavior: relation to impulsiveness and ADHD-related psychopathology. *Journal Neural Transm*. 2003; 110 (5):561-572.
23. Smith KM, Daly M, Fischer M, Yiannoutsos CT, Bauer L, Barkley R et al. Association of the dopamine beta hydroxylase gene with attention deficit hyperactivity disorder: genetic analysis of the Milwaukee longitudinal study. *American Med Genet*. 2003; 15;119B (1):77-85.
24. Thapar A. Association analysis of monoamine oxidase A and attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Med Genet*. 2003; 1;116B (1):84-89.

25. Yeo RA, Hill DE, Campbell RA, Vigil J, Petropoulos H, Hart B et al. Proton magnetic resonance spectroscopy investigation of the right frontal lobe in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003; 42 (3):303-310.
26. Cantwell DP. Attention deficit disorder: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996; 35 (8): 978-987.
27. Castellanos FX, Rapoport JL. Etiology of attention deficit hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*. 1992; 1: 373-384.
28. Nieoullon A. Dopamine and the regulation of cognition and attention. *Prog Neurobiology*. 2002; 67 (1):53-88.
29. Dewey D, Kaplan BJ, Crawford SG, Wilson BN. Developmental coordination disorder: associated problems in attention, learning and psychosocial adjustment. *Hum Mov Sci*. 2002; 21 (5-6):905-918.
30. Stahl SM. Neurotransmission of cognition, part 3. Mechanism of action of selective NRIs: both dopamine and norepinephrine increase in prefrontal cortex. *J Clin Psychiatry*. 2003; 64 (3):230-231.
31. Konrad K, Gauggel S, Schurek K. Catecholamine functioning in children with traumatic brain injuries and children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Brain Res Cogn*. 2003; 16 (3):425-433.
32. Oner, O., Oner, P., Aysev, A., Kucuk, O., & Ibis, E. (2005). Regional cerebral blood flow in children with ADHD: changes with age. *Brain Dev*, 27(4), 279-285.
33. Elia J, Gulatta C, Rose SR, Mavin B, Rapoport JL. Thyroid function and attention-deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1994; 33 (2):169-172.

34. Ercan ES, Aydın C. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. Ekşi A (ed). Ben Hasta Değilim Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü (1. baskı). İstanbul, Nobel Tıp Kitap Evleri LTD. STİ, 1999: 270-284.
35. Tahiroğlu Yolga A: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların sosyodemografik özellikleri, eşlik eden bozukluklar ve tedavi yaklaşımları. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fak. Adana 2003 (yayınlanmamış), s. 2-35.
36. McGee R, Prior M, Williams S, Smart D, Sison A. The long-term significance of teacher-rated hyperactivity and reading ability in childhood: findings from two longitudinal studies. J Child Psychol Psychiatry. 2002; 43 (8): 1004-1017.
37. Pliszka SR. Non-stimulant treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. CNS Spectr. 2003; 8 (4):253-258.
38. Faraone, S. V., Biederman, J., Weiffenbach, B., Keith, T., Chu, M. P., Weaver, A., et al. (1999). Dopamine D4 gene 7-repeat allele and attention deficit hyperactivity disorder. Am J Psychiatry, 156 (5), 768-770
39. Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (Çev: E. Köroğlu). Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1996.
40. Shaffer, D. (1994). Attention deficit hyperactivity disorder in adults. Am J Psychiatry, 151 (5), 633-638.
41. Newcorn, J. H., Halperin, J. M., Schwartz, S., Pascualvaca, D., Wolf, L., Schmeidler, J., et al. (1994). Parent and teacher ratings of attention-deficit hyperactivity disorder symptoms: implications for case identification. J Dev Behav Pediatr, 15 (2), 86-91.

42. Corkum, P., Rimer, P., & Schachar, R. (1999). Parental knowledge of attention-deficit hyperactivity disorder and opinions of treatment options: impact on enrollment and adherence to a 12-month treatment trial. *Can J Psychiatry*, 44 (10), 1043-1048.
43. Pliszka, S. R., McCracken, J. T., & Maas, J. W. (1996). Catecholamines in attention-deficit hyperactivity disorder: current perspectives. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35 (3), 264-272.
44. Solanto, M. V. (1998). Neuropsychopharmacological mechanisms of stimulant drug action in attention-deficit hyperactivity disorder: a review and integration. *Behav Brain Res*, 94 (1), 127-152.
45. Kuntsi, J., & Stevenson, J. (2000). Hyperactivity in children: a focus on genetic research and psychological theories. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 3 (1), 1-23.
46. Swanson, J., Kinsbourne, M., Roberts, W., & Zucker, K. (1978). Time-response analysis of the effect of stimulant medication on the learning ability of children referred for hyperactivity. *Pediatrics*, 61 (1), 21-29.
47. Barkley, R. A., Grodzinsky, G., & DuPaul, G. J. (1992). Frontal lobe functions in attention deficit disorder with and without hyperactivity: a review and research report. *J Abnorm Child Psychol*, 20 (2), 163-188.
48. Faraone, S. V., Biederman, J., Weiffenbach, B., Keith, T., Chu, M. P., Weaver, A., et al. (1999). Dopamine D4 gene 7-repeat allele and attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*, 156 (5), 768-770.
49. Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C., & Smallish, L. (1991). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria--III. Mother-child interactions, family conflicts and maternal psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*, 32 (2), 233-255.

50. Bullinger, M., & Ravens-Sieberer, U. (1995). [General principles, methods and areas of application of quality of life research in children]. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*, 44 (10), 391-399.
51. Dolgun G, Savaşer S, Yazgan Y (2005). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan 8-12 Yaş Grubu Çocuklarda Yaşam Kalitesi Ölçeğinin (DEHB-YKÖ) Geliştirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 1:39-52
52. Jensen, P. S., Martin, D., & Cantwell, D. P. (1997). Comorbidity in ADHD: implications for research, practice, and DSM-V. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36 (8), 1065-1079.
53. Semrud-Clikeman, M., Filipek, P. A., Biederman, J., Steingard, R., Kennedy, D., Renshaw, P., et al. (1994). Attention-deficit hyperactivity disorder: magnetic resonance imaging morphometric analysis of the corpus callosum. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33 (6), 875-881.
54. Shaywitz, B. A., Fletcher, J. M., & Shaywitz, S. E. (1997). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Adv Pediatr*, 44, 331-367.
55. Tannock, R., Ickowicz, A., & Schachar, R. (1995). Differential effects of methylphenidate on working memory in ADHD children with and without comorbid anxiety. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34 (7), 886-896.
56. Gittelman, R., Mannuzza, S., Shenker, R., & Bonagura, N. (1985). Hyperactive boys almost grown up. I. Psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry*, 42 (10), 937-947.
57. Hart, E. L., Lahey, B. B., Loeber, R., Applegate, B., & Frick, P. J. (1995). Developmental change in attention-deficit hyperactivity disorder in boys: a four-year longitudinal study. *J Abnorm Child Psychol*, 23 (6), 729-749
58. Kelly, D. P., & Aylward, G. P. (1992). Attention deficits in school-aged children and adolescents. Current issues and practice. *Pediatr Clin North Am*, 39 (3), 487-512.

59. Younossi, Z. M., & Guyatt, G. (1998). Quality-of-life assessments and chronic liver disease. *Am J Gastroenterol*, 93 (7), 1037-1041.
60. The WHOQOL Group. The development of the World Health Organisation quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, eds. *Quality of Life Assessment: International Perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag, 1994: 41-57
61. Landgraf, J. M., Rich, M., & Rappaport, L. (2002). Measuring quality of life in children with attention-deficit/hyperactivity disorder and their families: development and evaluation of a new tool. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 156 (4), 384-391.
62. Klassen, A. F., Miller, A., & Fine, S. (2004). Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 114 (5), e541-547.
63. Pless, I. B. (1984). Clinical assessment: physical and psychological functioning. *Pediatr Clin North Am*, 31 (1), 33-45.
64. Faraone, S. V., Biederman, J., Weiffenbach, B., Keith, T., Chu, M. P., Weaver, A., et al. (1999). Dopamine D4 gene 7-repeat allele and attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*, 156 (5), 768-770.
65. Faraone, S. V., Biederman, J., Chen, W. J., Milberger, S., Warburton, R., & Tsuang, M. T. (1995). Genetic heterogeneity in attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): gender, psychiatric comorbidity, and maternal ADHD. *J Abnorm Psychol*, 104 (2), 334-345.
66. Jensen, P. S., Martin, D., & Cantwell, D. P. (1997). Comorbidity in ADHD: implications for research, practice, and DSM-V. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36 (8), 1065-1079.
67. Newcorn, J. H., Halperin, J. M., Schwartz, S., Pascualvaca, D., Wolf, L., Schmeidler, J., et al. (1994). Parent and teacher ratings of attention-

deficit hyperactivity disorder symptoms: implications for case identification. *J Dev Behav Pediatr*, 15 (2), 86-91.

68. Podolski, C. L., & Nigg, J. T. (2001). Parent stress and coping in relation to child ADHD severity and associated child disruptive behavior problems. *J Clin Child Psychol*, 30 (4), 503-513.
69. Harpin, V. A. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Arch Dis Child*, 90 Suppl 1, i2-7.
70. Matza, L. S., Rentz, A. M., Secnik, K., Swensen, A. R., Revicki, D. A., Michelson, D., et al. (2004). The link between health-related quality of life and clinical symptoms among children with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Dev Behav Pediatr*, 25 (3), 166-174.
71. Escobar, R., Soutullo, C. A., Hervas, A., Gastaminza, X., Polavieja, P., & Gilaberte, I. (2005). Worse quality of life for children with newly diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children. *Pediatrics*, 116 (3), e364-369.
72. 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. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41 (5), 530-537.

73. Hakkaart-van Roijen, L., Zwirs, B. W., Bouwmans, C., Tan, S. S., Schulpen, T. W., Vlasveld, L., et al. (2007). Societal costs and quality of life of children suffering from attention deficient hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 16 (5), 316-326.
74. Varni, J. W., & Burwinkle, T. M. (2006). The PedsQL as a patient-reported outcome in children and adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: a population-based study. *Health Qual Life Outcomes*, 4, 26.
75. Krueger, M., & Kendall, J. (2001). Descriptions of self: an exploratory study of adolescents with ADHD. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*, 14 (2), 61-72.
76. Able, S. L., Johnston, J. A., Adler, L. A., & Swindle, R. W. (2007). Functional and psychosocial impairment in adults with undiagnosed ADHD. *Psychol Med*, 37 (1), 97-107.
77. Rodriguez, A., Jarvelin, M. R., Obel, C., Taanila, A., Miettunen, J., Moilanen, I., et al. (2007). Do inattention and hyperactivity symptoms equal scholastic impairment? Evidence from three European cohorts. *BMC Public Health*, 7, 327.
78. Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2002). The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *J Abnorm Psychol*, 111 (2), 279-289.
79. Mannuzza, S., Klein, R. G., Bessler, A., Malloy, P., & LaPadula, M. (1993). Adult outcome of hyperactive boys. Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry*, 50 (7), 565-576.

80. Weiss, G., Hechtman, L., Milroy, T., & Perlman, T. (1985). Psychiatric status of hyperactives as adults: a controlled prospective 15-year follow-up of 63 hyperactive children. *J Am Acad Child Psychiatry*, 24 (2), 211-220.
81. 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. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43 (2), 221-230.
82. Eiser, C., & Morse, R. (2001). Can parents rate their child's health-related quality of life? Results of a systematic review. *Qual Life Res*, 10 (4), 347-357.
83. Bulut I (1990) Aile Değerlendirme Ölçeği El Kitabı Özgüzeliş Matbaası, Ankara
84. Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C., & Smallish, L. (1991). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria--III. Mother-child interactions, family conflicts and maternal psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*, 32 (2), 233-255.
85. Pekcanlar A, Turgay A, Miral S (1999); Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Aile İşlevleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*,6: 99-107
86. Özcan C, Oflaz F, Türkbay T (2003) dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğu ve binişik karşıt olma karşıt gelme bozukluğu olan çocukların anne-babalarının empati düzeylerinin karşılaştırılması. *Çocuk ve Gençlik ruh sağlığı dergisi*,10: 108-114
87. Kilic, B. G., & Sener, S. (2005). [Family functioning and psychosocial characteristics in children with attention deficit hyperactivity disorder with comorbid oppositional defiant disorder or conduct disorder]. *Turk Psikiyatri Derg*, 16 (1), 21-28.

88. Satake, H., Yamashita, H., & Yoshida, K. (2004). The family psychosocial characteristics of children with attention-deficit hyperactivity disorder with or without oppositional or conduct problems in Japan. *Child Psychiatry Hum Dev*, 34 (3), 219-235.
89. Szatmari, P., Offord, D. R., & Boyle, M. H. (1989). Correlates, associated impairments and patterns of service utilization of children with attention deficit disorder: findings from the Ontario Child Health Study. *J Child Psychol Psychiatry*, 30 (2), 205-217.
90. Kendall, J. (1999). Sibling accounts of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Fam Process*, 38 (1), 117-136.
91. Boekaerts, M., & Roder, I. (1999). Stress, coping, and adjustment in children with a chronic disease: a review of the literature. *Disabil Rehabil*, 21 (7), 311-337.
92. Ercan ES, Amado S, Somer O ve ark. (2001) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve yıkıcı davranım bozuklukları için bir test bataryası geliştirme çalışması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 8: 132-138
93. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N ve ark. (1999) SF-36'nın Türkçe için güvenilirliği ve geçerliliği. *Ege Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi*.
94. Ware JE, Sherbourne CD (1992) The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30:473-83.
95. Varni JW, Seid M, Rode CA (1999) The PedsQL: measurement model for the Pediatric Quality of Life Inventory. *Med Care*, 37:126-139.
96. NÇ Memik, B Ağaoğlu, A Coşkun, I Karakaya. (2008) Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 8-12 Yaş Çocuk Formunun Geçerlik ve Güvenirliği. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi* 2008;15(2):87-98

97. Hare WA, Inverso M J, Yolton RL. Neuropathology of the hyperkinetic child. J Am Optom Assoc. 1980; 51 (1):27-30.
98. Epstein NB, Bolwin LM, Bishop DS (1983) The McMaster Family Assessment Device. Marital and Family Therapy, 9: 171-180.
99. Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. Br J Psychiatry, 177, 534-539.
100. T Güvenir, A Özbek, B Baykara, H Arkar, B Şentürk, S İncekaş (2008) Güçler ve Güçlükler Anketi'nin (GGA) Türkçe Uyarlamasının Psikometrik Özellikleri. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi;15(2):65-74
101. Lowe, N., Kirley, A., Hawi, Z., Sham, P., Wickham, H., Kratochvil, C. J., et al. (2004). Joint analysis of the DRD5 marker concludes association with attention-deficit/hyperactivity disorder confined to the predominantly inattentive and combined subtypes. Am J Hum Genet, 74(2), 348-356.
102. Zoroglu, S. S., Erdal, M. E., Alasehirli, B., Erdal, N., Sivasli, E., Tutkun, H., et al. (2002). Significance of serotonin transporter gene 5-HTTLPR and variable number of tandem repeat polymorphism in attention deficit hyperactivity disorder. Neuropsychobiology, 45(4), 176-181.

EK – 1

BİLGİ FORMU

1. Çocuğunuzun Adı Soyadı
2. Sınıfı
3. Doğum tarihi (gün, ay, yıl):
4. Doğum yeri:
5. Anne eğitimi: a) ilkokul b) ortaokul c) lise d) yüksekokul
6. Anne işi:.....
7. Annede sağlık sorunu var mı? (varsa nedir).....
8. Baba eğitimi: a) ilkokul b) ortaokul c) lise d) yüksekokul
9. Baba işi:.....
10. Babada sağlık sorunu var mı? (varsa nedir?).....
11. Ekonomik durum: a) kötü b) orta c) iyi
12. Kaç çocuğunuz var?.....

Çocuğunuzun Sağlığıyla İlgili Sorular

1. Çocuğunuzun düzenli ilaç almasını ya da tedavi olmasını gerektiren fiziksel bir hastalığı var mı?
Var ise ne:.....
2. Çocuğunuz daha önce ameliyat oldu mu?
Evet ise belirtiniz:.....
3. Çocuğunuz daha önce hiç kaza geçirdi mi?
Evet ise belirtiniz:.....
4. Çocuğunuz aşağıdaki ilaçlardan birisini kullanıyor mu?
a) Ritalin b) Concerta c) Risperdal d) Tofranil e) diğerf) Kullanmıyor
Kullanıyorsa bu ilacı ne kadar zamandır kullanıyor.....

Okulla ilgili sorular:

1. Genel olarak okulla arası nasıl?
a) Çok iyi okula gitmek onu mutlu ediyor.
b) İyi, okuldan memnun.
c) Orta şikayeti yok.
d) Kötü, okula gitmek sıkıntı veriyor.
e) Çok kötü, okula gitmek mutsuz ediyor.
2. İlk karnedeki not ortalaması kaç?
3. Geçen yıl sınıf geçme ortalaması kaçtı?.....
4. Geçen yıl kaç gün devamsızlığı oldu?
Devamsızlık nedenleri nelerdi?

EK – 2

AÇIKLAMA:İlişikte aileler hakkında 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, sizin ailenize ne derecede uyduğuna karar veriniz. Önemli olan, sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür. **Her cümle için 4 seçenek söz konusudur** (*Aynen Katılıyorum/ Büyük Ölçüde Katılıyorum/ Biraz Katılıyorum/ Hiç Katılmıyorum*)

Her cümlenin yanında 4 seçenek için de ayrı yerler ayrılmıştır. Size uygun seçeneğe (X) işareti koyunuz. Her cümle için uzun, uzun düşünmeyiniz. **Mümkün olduğu kadar** çabuk ve samimi cevaplar veriniz. Kararsızlığa düşerseniz, ilk aklınıza gelen doğrultusunda hareket ediniz. **Lütfen her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.**

CÜMLELER:	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
1.Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.	()	()	()	()
2.Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.	()	()	()	()
3.Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenlerini bilir.	()	()	()	()
4.Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler.	()	()	()	()
5.Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler.	()	()	()	()
6.Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz.	()	()	()	()
7.Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız.	()	()	()	()
8.Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız.	()	()	()	()
9.Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınırız.	()	()	()	()
10.Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız.	()	()	()	()
11.Evde dertlerimizi üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz.	()	()	()	()
12.Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uygularız.	()	()	()	()
13.Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğimizde bizi dinlerler.	()	()	()	()
14.Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir.	()	()	()	()
15.Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur.	()	()	()	()
16.Ailemizin üyeleri, birbirlerine hoşgörülü davranırlar.	()	()	()	()
17.Evde herkes başına buyruktur.	()	()	()	()
18.Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler.	()	()	()	()

19.Ailede bazılarımız, duygularımızı belli etmeyiz.	()	()	()	()
20.Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz.	()	()	()	()
21.Ailecek, korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınırız.	()	()	()	()
22.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz.	()	()	()	()
23.Gelirimiz (ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor.	()	()	()	()
24.Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.	()	()	()	()
25.Bizim ailede herkes kendini düşünür.	()	()	()	()
26.Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz.	()	()	()	()
27.Evimizde banyo ve tuvalet bir türlü temiz durmaz.	()	()	()	()
28.Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz.	()	()	()	()
29.Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir.	()	()	()	()
30.Ailemizde, her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır.	()	()	()	()
31.Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	()	()	()	()
32.Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.	()	()	()	()
33.Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışırız.	()	()	()	()
34.Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz.	()	()	()	()
35.Evde genellikle söylediklerimizle, söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.	()	()	()	()
36.Aile içinde birbirimize hoşgörölü davranırız	()	()	()	()
37.Evde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacaksa ilgi gösteririz.	()	()	()	()
38.Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz.	()	()	()	()
39.Ailemizde sevgi ve şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır.	()	()	()	()
40.Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız.	()	()	()	()
41.Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur.	()	()	()	()
42.Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterir.	()	()	()	()
43.Evde birbirimize karşı açık sözlüyüzdür.	()	()	()	()
44.Ailemizde hiçbir kural yoktur.	()	()	()	()
45.Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir.	()	()	()	()
46.Aile içinde, herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz.	()	()	()	()

47.Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz.	()	()	()	()
47.Bizim evde aklınıza gelen her şey olabilir.	()	()	()	()
49.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz.	()	()	()	()
50.Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz.	()	()	()	()
51.Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	()	()	()	()
52.Sinirlenince birbirimize küseriz.	()	()	()	()
53.Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez.	()	()	()	()
54.Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz.	()	()	()	()
55.Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir.	()	()	()	()
56.Aile içinde birbirimize güveniriz.	()	()	()	()
57.Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz.	()	()	()	()
58.İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz.	()	()	()	()
59.Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz.	()	()	()	()
60.Problemimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.	()	()	()	()

EK – 3

SF - 36

(NOT:aşağıdaki soruları anne veya baba kendi sağlığını düşünerek cevaplandıracaktır)

Çocuğunuzun adı soyadı:

Tarih:

- Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?
a) Mükemmel b) Çok İyi c) iyi d) Orta e) Kötü
- Bir yıl öncesine karşılaştığınızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?
a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi
b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi
c) Bir yıl öncesine göre hemen hemen aynı
d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü
e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü
- Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler			
Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler			
Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma			
Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
Merdivenle bir kat çıkma			
Eğilme veya diz çökme			
Bir-iki kilometre yürüme			
Birkaç sokak öteye yürüme			
Bir sokak öteye yürüme			
Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			

- Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?		
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)		

5. Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İşinizi veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?
- a) Hiç etkilemedi
b) Biraz etkiledi
c) Orta derecede etkiledi
d) Oldukça etkiledi
e) Aşırı etkiledi
7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?
- a) Hiç b) Çok hafif c) Hafif d) Orta e) Şiddetli f) Çok şiddetli.
8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?
- a) Hiç etkilemedi
b) Biraz etkiledi
c) Orta derecede etkiledi
d) Oldukça etkiledi
e) Aşırı etkiledi

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak, seçiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
Çok sinirli bir insan oldunuz mu?						
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?						
Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?						
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?						
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

a) Her zaman b) Çoğu zaman c) Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.					
Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.					
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.					
Sağlığım mükemmel.					

EK – 4

ÇOCUK VE ERGENLERDE DAVRANIM BOZUKLUKLARI İÇİN DSM-4'E DAYALI TARAMA VE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (Dr.Atilla Turgay, Eylül 1995)

Davranış sorunları ya da bozukluklarına çocukluk ve ergenlik döneminde oldukça sık rastlanmaktadır. Bu tarama ve değerlendirme ölçeği, Amerika Psikiyatri Derneği'nce ruhsal bozuklukların değerlendirilmesinde kullanılan en son tanı ölçütlerine ve Dr.Turgay'ın konuya ilişkin araştırma bulgularına dayanmaktadır.

Aşağıdaki sorular şu an değerlendirmesini yaptığınız çocuğun / gencin sık rastlanan davranış sorunlarının bazılarını gözden geçirecek ve değerlendirecektir. Lütfen her bir soruda size en uygun gelen seçeneği işaretleyin.

SOYADI:

ADI:

YAŞ:

CİNSİYET:

BUGÜNÜN TARİHİ:

FORMU DOLDURAN KİŞİNİN ÇOCUK / GENCE OLAN YAKINLIĞI:

Telif hakkı Integrative Therapy Institute'a aittir. Dr.Atilla Turgay'ın izni ile kullanılmaktadır. Atilla Turgay M.D. , Clinical Director, Scarborough General Hospital, Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health Division

I.BÖLÜM

A.DİKKATSİZLİK

Sorun	Sorun Derecesi			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
1.Dikkatini ayrıntılara vermez ya da okul ödevlerinde, işinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.	0	1	2	3
2.Üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı oyunlarda dikkatini sürdürmede zorluk çeker.	0	1	2	3
3.Kendisine doğrudan hitap edildiğinde dinlemiyormuş gibi görünür.	0	1	2	3
4.Yönergeleri gerektiği gibi izlemez ve okul ödevlerini ufak tefek işleri ya da iş yerindeki görevlerini tamamlayamaz.	0	1	2	3
5.Görev ve etkinliklerini düzenlemekte güçlük çeker.	0	1	2	3
6.Uzun süreli dikkat gerektiren işlerden (okul ödevi, ev ödevi gibi) kaçınır bunlardan hoşlanmaz ve bunlara karşı isteksizdir.	0	1	2	3
7.Üzerine aldığı görev ya da etkinlikler için gerekli olan eşyaları(kalem, kitap oyuncak araç-gereç gibi) kaybeder	0	1	2	3
8.Dikkati kolayca dağılır.	0	1	2	3
9.Günlük etkinliklerde unutkanır	0	1	2	3

IA bölümünde karşılanan ölçüt sayısı

...../

IA bölümünden alınan toplam puan

...../

B.AŞIRI HAREKETLİLİK- DÜRTÜSELLİK

AŞIRI HAREKETLİLİK

Sorun

Sorun Derecesi

	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
10.Elleri ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanır.	0	1	2	3
11.Sınıfta ya da oturması gereken diğer durumlarda yerinde oturamaz	0	1	2	3
12.Uygun olmayan durumlarda sağa sola koşturur ya da tırmanır(gençlerde ya da erişkinlerde huzursuzluk ile sınırlı olabilir)	0	1	2	3
13.sakince oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker	0	1	2	3
14.Hep hareket halindedir ya da sanki motor takılmış gibi davranır.	0	1	2	3
15.Çok konuşur	0	1	2	3

DÜRTÜSELLİK

Sorun

Sorun Derecesi

	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
16.Sorulan soru tamamlanmadan yanıt verir	0	1	2	3
17.Sirasını beklemekte güçlük çeker	0	1	2	3
18.Başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer(başkalarının konuşmaları ya da oyunlarına burnunu sokar)	0	1	2	3

IB bölümünde karşılanan ölçüt sayısı	/9
IB bölümünden alınan toplam puan	/27
IA ve IB bölümlerinde karşılanan ölçüt sayısı	/18
Bölüm IA ve IB'nin toplam puanı	/54

II. BÖLÜM

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

II bölümde karşılanan ölçüt sayısı

...../8

II bölümde alınan toplam puan

...../24

Sorun	III.BÖLÜM			
	Sorun Derecesi			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
A.İnsanlara ve hayvanlara karşı saldırganlık				
27.Kabadayılık eder,tehdit eder gözdağı verir.	0	1	2	3
28.Kavga döğüş başlatır.	0	1	2	3
29.Eşyalarına ciddi biçimde fiziksel zarar verecek silah (sopa,taş,kırık şişe bıçak tabanca v.b.)kullanır	0	1	2	3
30.İnsanlara fiziksel olarak acımasız davranır	0	1	2	3
31.Hayvanlara fiziksel olarak acımasız davranır.	0	1	2	3
32.Başkalarının gözü önünde hırsızlık (saldırarak soygun,çanta kapıp kaçma tehditle soyma,silahlı soygun)yapar	0	1	2	3
33.Başka birisini cinsel etkinlikte bulunmak için zorlar	0	1	2	3
B.Mala zarar verme				
34.Ciddi hasar vermek amacıyla yangın çıkarır.	0	1	2	3
35.Başkaların malına mülküne isteyerek zarar verir.(yangın çıkarma dışında)	0	1	2	3
C.Dolandırıcılık ya da hırsızlık				
36.Başkalarının evine binasına ya da aracına zorla girer	0	1	2	3
37.Bir şey elde etmek, bir çıkar sağlamak ya da sorumluluklarından kaçmak için yalan söyler(başkalarını aldatır)	0	1	2	3
38.Hiçkimse görmeden değerli şeyler çalar (mağazalardan mal çalma,sahtekarlık)	0	1	2	3

D.Kuralları ciddi biçimde bozma

39.13 yaşından öncesinden başlayarak ailesinin yasaklarına karşın geceyi dışarıda geçirir.	0	1	2	3
40.Anne babasının ya da onların yerini tutan kişilerin evinde yaşarken en az iki kez geceleyin evden kaçtı (ya da uzun süreli dönmemişse bir kez)	0	1	2	3
41.13 yaş öncesinden başlayarak okuldan kaçır	0	1	2	3

III.bölümde karşılanan toplam ölçüt sayısı/ 15

III.bölümden alınan toplam puan/ 45

I. II. III bölümlerde karşılanan toplam ölçüt sayısı/ 41

Her üç bölümden alınan toplam puan/123

EK.5

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ EBEVEYN FORMU (ANNE-BABA)

Çocuğunuzun Adı:

Soyadı:

Tarih:

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

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

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

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

Fiziksel işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Bir bloktan fazla yürümek	0	1	2	3	4
2. Koşmak	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak	0	1	2	3	4
5. Kendi başına duş ya da banyo yapmak	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak	0	1	2	3	4
7. Acısının ya da ağrısının olması	0	1	2	3	4
8. Düşük enerji düzeyi	0	1	2	3	4
Duyusal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissetmek	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissetmek	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissetmek	0	1	2	3	4
4. Uyku ile ilgili zorluklar	0	1	2	3	4
5. Kendisine ne olacağı konusunda endişe duymak	0	1	2	3	4
Sosyal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Yaşlıtları ile geçimi	0	1	2	3	4
2. Yaşlıtlarının onunla arkadaş olmak istememesi	0	1	2	3	4
3. Yaşlıtları tarafından alay edilmesi	0	1	2	3	4
4. Yaşlıtlarının yapabildiği şeyleri yapamaması	0	1	2	3	4
5. Yaşlıtları ile oyun oynarken geri kalması	0	1	2	3	4
Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Sınıfta dikkatini toplayamaması	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unütması	0	1	2	3	4
3. Derslerinden geri kalması	0	1	2	3	4
4. Kendini iyi hissetmediği için okula gidememesi	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiği için okula gidememesi	0	1	2	3	4

EK.6

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ÇOCUK FORMU

Ad Soyad:

Tarih:

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

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

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.
Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

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

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

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

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

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

EK.7

GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (SDQ-Tur)

AB 4-16

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamasanız ya dasize anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı çocuğunuzun son 6 ay içindeki davranışlarını göz önüne alarak veriniz.

Çocuğunuzun Adı:

Doğum Tarihi:

Kız / Erkek

Doğru Değil Kısmen Doğru Kesinlikle Doğru

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

Belirtmek istediğiniz başka düşünce ya da duygunuz var mı?

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

Hayır	Evet-Biraz	Evet-Oldukça Ciddi	Evet-Çok Ciddi
☐	☐	☐	☐
Eğer yanıtlınız "evet" ise, lütfen aşağıdaki bu güçlüklerle ilişkin soruları yanıtlayınız.			
Bu güçlükler ne zamandır var?			
1 aydan az	1 - 5 ay	6 - 12 ay	Bir yıldan fazla
☐	☐	☐	☐
Bu güçlükler çocuğunuzun sıkıntıya sokuyor ya da moralini bozuyor mu?			
Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
☐	☐	☐	☐
Bu güçlükler aşağıdaki alanlarda, çocuğunuzun günlük yaşamını etkiliyor mu?			
Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
Ev yaşamı	☐	☐	☐
Arkadaş ilişkileri	☐	☐	☐
Sınıf içi öğrenme	☐	☐	☐
Boş zaman etkinlikleri	☐	☐	☐
Bu güçlükler size ya da ailenize zorluk yaratıyor mu?			
Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
☐	☐	☐	☐

İmza:

Tarih:

Anne / Baba / Diğer (lütfen belirtiniz)

Yardımlarınız için teşekkür ederiz

© Robert Goodman, 2005