

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI

**DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU
OLAN ADÖLESANLARIN KATILIM DÜZEYLERİNİN
ADÖLESAN VE EBEVEYN BAKIŞ AÇILARI YÖNÜNDEN
UYUMU**

Seda MÜFTÜOĞLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2023 ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI

**DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU
OLAN ADÖLESANLARIN KATILIM DÜZEYLERİNİN
ADÖLESAN VE EBEVEYN BAKIŞ AÇILARI YÖNÜNDEN
UYUMU**

Seda MÜFTÜOĞLU

YÜKSEK LİSANS

DANIŞMAN
Doç. Dr. Özgün KAYA KARA

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

2023-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

17/05/2023

İmza

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Özgün KAYA KARA
(Akdeniz Üniversitesi)

Üye : Doç. Dr. Sebahat Yaprak ÇETİN
(Akdeniz Üniversitesi)

Üye : Doç. Dr. Sedef ŞAHİN
(Hacettepe Üniversitesi)

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Seda MÜFTÜOĞLU

İmza

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Özgün KAYA KARA

İmza

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim sürecimde, bilgi birikimi ve deneyimleri ile yoluma ışık tutan, samimi ilgisi ve sonsuz anlayışıyla her daim yardımını esirgemeyen, çalışma titizliğine hayran olduğum ve danışman hocam olmasından dolayı kendimi çok mutlu ve şanslı hissettiğim Sayın Doç. Dr. Özgün KAYA KARA'ya;

Tez çalışmamın özellikle klinik safhasında her türlü bilgi ve desteği ile yanımda olan, kendileri ile çalışma fırsatım olduğu için kendimi şanslı hissettiğim Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bölüm Başkanı Sayın Doç. Dr. Koray KARA'ya ve diğer çalışanlarına ve bu çalışmada yer alan herkese;

İhtisasım boyunca bilgi, deneyim ve desteklerini samimiyetle paylaşan Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Öğretim Üyesi Sayın Doç. Dr. S. Yaprak ÇETİN'e ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ergoterapi Bölümü Öğretim Üyesi Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hasan Atacan TONAK'a;

Tez çalışmamda desteği ve yardımlarını esirgemeyen arkadaşlarım Fzt. Saniye YARDIM ve Uzm. Fzt. Elif Nur TAŞÇIOĞLU'na;

Bugünlere gelmemde en çok emeği olan, hayatımın her anına anlam katıp beni hep iyiye ve güzele yönlendiren, sonsuz desteği ve dualarıyla kendimi hep güçlü hissettiren, kızı olmaktan gurur duyduğum canım annem Nuran TURAN'a ve daima özlenen merhum babam Ziyattin TURAN'a;

Attığım her adımda yanımda olan, tecrübeleriyle beni hayata karşı hazırlayıp sevgi ve desteklerini hiç esirgemeyen büyük zenginliğim ablalarım Arzu YERLİKAYA, Elif YILMAZ ve abim Melih TURAN ve ailelerine;

Tanıştığım günden beri hayatımı güzelleştiren, sevgisi, ilgisi ve yardımını her zaman hissettiğim ve eşi olmaktan onur duyduğum değerli eşim Musa Emin MÜTFÜOĞLU ve başta ikinci annem Ayşe Sıddıka MÜFTÜOĞLU olmak üzere değerli ailesine ve bir gülümsemesi ile içimi huzurla dolduran, varlığına hep şükrettiğim biricik kızım Meryem Nil MÜFTÜOĞLU'na müteşekkirim.

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan adölesanların katılım düzeylerini hem kendi hem de ebeveynlerinin bakış açısıyla ölçmek ve bu ölçüm sonuçları arasındaki uyumu incelemektir. Ayrıca aynı prosedürü sağlıklı yaşlılarına da uygulayıp sonuçları karşılaştırmaktır.

Yöntem: Çalışmaya 12-17 yaşları arasında 61 DEHB'li ve 66 sağlıklı adölesan katıldı. Bu adölesanların katılım düzeyini belirlemek için hem adölesan hem de adölesanın ebeveyni tarafından Katılım ve Çevre Ölçeği-Çocuklar ve Gençler (*Participation and Environment Measure Children and Youth/PEM-CY*) ölçeği dolduruldu. DEHB semptomlarını belirlemek için ise adölesanların ebeveynleri tarafından doldurulan Conners Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği Yenilenmiş Uzun Form (*Conners Parent Rating Scale Revised Long Version/CEDÖ Y/U*) ölçeği kullanıldı. Ayrıca adölesanların sosyodemografik bilgileri de kayıt altına alındı.

Bulgular: Katılım düzeyi incelendiğinde, DEHB'li adölesanların katılım düzeyinin sağlıklı yaşlılarına göre genel olarak daha az olduğu gösterildi. Ayrıca, DEHB'li adölesanlar ve ebeveynlerinin PEM-CY sonuçları arasındaki uyumun ev, okul ve toplum ortamlarında sağlıklı adölesan ve ebeveyni arasındaki uyumdan daha düşük olduğu bulundu. Son olarak, ölçeğin kendi içindeki katılım sıklığı, dahil olma derecesi ve değişim isteği kategorilerinden her ortam için en düşük uyum değişim isteği kategorisindeydi.

Sonuç: DEHB'li adölesanların katılım düzeyi sağlıklı yaşlılarına göre daha düşüktür. DEHB'li adölesanlar ve ebeveynlerinin PEM-CY sonuçları arasındaki uyum sağlıklı adölesanlar ve ebeveynlerinin PEM-CY sonuçları arasındaki uyumdan daha azdır.

Anahtar Kelimeler: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, PEM-CY, adölesan, ebeveyn, katılım, uyum.

ABSTRACT

Objective: The purpose of the study is to compare self-reported and parent-reported measures of adolescent participation in extracurricular activities for children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). It's also about evaluating the same method on people who are otherwise healthy and contrasting the outcomes.

Method: Sixty-one adolescents with ADHD and sixty-six healthy peers aged 12-17 years participated in the study. In order to determine the participation level of these adolescents, the Participation and Environment Measure Children and Youth/PEM-CY scale was completed by both the adolescent and their parent. Conners Parent Rating Scale Revised Long Version/CEDÖ Y/U scale filled in by parents of adolescents was used to determine ADHD symptoms. In addition, the sociodemographic information of the adolescents was also recorded.

Results: When the participation level was examined, it was shown that the participation level of adolescents with ADHD was generally lower than their healthy peers. In addition, the agreement between adolescents with ADHD and their parents PEM-CY results was found to be lower than that between adolescents without ADHD and their parents in home, school, and community settings. Finally, the PEM-CY scale includes the categories of frequency of participation, extent of involvement, and desire for change. The lowest fit among these categories was found in desire for change.

Conclusion: Adolescents with ADHD have a lower level of participation than their healthy peers. The agreement between adolescents with ADHD and their parents' PEM-CY results is less than between adolescents without ADHD and their parents' PEM-CY outcomes.

Key words: Attention deficit hyperactivity disorder, PEM-CY, adolescent, parent, participation, agreement.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
TABLolar DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiii
SİMGELER ve KISALTMALAR	xiv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Tanımı	3
2.2. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Tarihçesi	3
2.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Epidemiyolojisi	5
2.4. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Etiyolojisi	6
2.5. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Teşhisi	12
2.6. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Tedavisi	14
2.6.1 Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Farmakolojik Tedavisi	15
2.6.2 Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Farmakolojik Olmayan Tedavisi	16
2.7. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna Eşlik Eden Bozukluklar	17
2.8.1 Uluslararası İşlevsellik, Yeti-yitimi ve Sağlık Sınıflandırması	20
2.8.2 Katılım	22
2.9. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Katılım	25
2.10. Adölesan ve Ebeveyn Çatışması	25
3. GEREÇ ve YÖNTEM	28
3.1. Araştırmanın Etik İlkeleri	28
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	28
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	28
3.3.1. DEHB’li Adölesanlar için Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri	28

3.3.2. DEHB’li Olmayan Adölesanlar için Çalışmadan Çıkarılma Kriterleri	29
3.3.3. Sağlıklı Adölesanlar için Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri	29
3.3.4. DEHB’li Adölesanlar için Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri	29
3.4. Değerlendirme Parametreleri	29
3.4.1 Sosyodemografik Form	29
3.4.2 Katılım Ve Çevre Ölçeği-Çocuklar Ve Gençler (Participation and Enviroment Measutement Child and Youth/PEM-CY)	30
3.4.3 Conners Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği- Yenilenmiş Uzun Form (Conners Parent Rating Scale Revised Long Version/CEDÖ Y/U)	33
3.5. İstatistiksel Analiz	34
4. BULGULAR	33
4.1. Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri	33
4.2. DEHB’li ve Sağlıklı Adölesanların Conners Ölçeği Sonuçları	38
4.3. DEHB’li ve Sağlıklı Adölesanların Katılım Sonuçları	40
4.4. DEHB’li ve Sağlıklı Adölesanların PEM-CY Ölçeğine Göre Aktivite Bazındaki Sonuçları	42
4.5. DEHB’li ve Sağlıklı Adölesanların PEM-CY Sonuçları Arasındaki Uyum	66
5. TARTIŞMA	90
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	102
KAYNAKLAR	104
EKLER	121
Ek-1 Etik Kurul Onay Formu	121
ÖZGEÇMİŞ	123

TABLÖLER DİZİNİ

Tablo 2.1.	DEHB'nin anatomik, fonksiyonel, nörofizyolojik, nörokimyasal ve genetik bağlantıları: kısaltılmış bir özet	11
Tablo 2.2.	Dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu DSM-5 kriterleri	13
Tablo 2.3.	Dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu ICD-11 kriterleri	14
Tablo 2.4.	Genellikle DEHB olarak yanlış teşhis edilen durumlar (azalan bir sıklık düzeni)	18
Tablo 2.5.	Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile ilişkili bilişsel alanlar	19
Tablo 2.6.	Katılımı ölçeği ölçekler	24
Tablo 3.1.	Çocuklar ve Gençler için Katılım ve Çevre ölçümü özet puanları	32
Tablo 3.2.	Kappa (κ) değerlerinin yorumlanması	35
Tablo 4.1.	Katılımcıların sosyodemografik özellikleri 1	36
Tablo 4.2.	Katılımcıların sosyodemografik özellikleri 2	37
Tablo 4.3.	DEHB'li ve sağlıklı adölesanların, DEHB semptomları alt ölçekleri değerlerinin karşılaştırılması	39
Tablo 4.4.	DEHB'li ve sağlıklı adölesanların PEM-CY sonuçları	41
Tablo 4.5.	DEHB'li ve sağlıklı adölesanların ev ortamındaki aktivitelere katılım sıklığı sonuçları	43
Tablo 4.6.	DEHB'li ve sağlıklı adölesanların ev ortamındaki aktivitelere dahil olma derecesi sonuçları	45
Tablo 4.7.	DEHB'li ve sağlıklı adölesanların ev ortamındaki aktivitelerde ailenin değişim isteği sonuçları	47
Tablo 4.8.	DEHB'li ve sağlıklı adölesanların ev ortamının sonuçları	49

Tablo 4.9.	DEHB’li ve sağlıklı adölesanların okul ortamındaki aktivitelere katılım sıklığı sonuçları	51
Tablo 4.10.	DEHB’li ve sağlıklı adölesanların okul ortamındaki aktivitelere dahil olma derecesi sonuçları	53
Tablo 4.11.	DEHB’li ve sağlıklı adölesanların okul ortamındaki aktivitelere ailenin değişim isteği sonuçları	55
Tablo 4.12.	DEHB’li ve sağlıklı adölesanların okul ortamı sonuçları	57
Tablo 4.13.	DEHB’li ve sağlıklı adölesanların toplum ortamındaki aktivitelere katılım sıklığı sonuçları	59
Tablo 4.14.	DEHB’li ve sağlıklı adölesanların toplum ortamındaki aktivitelere dahil olma derecesi sonuçları	61
Tablo 4.15.	DEHB’li ve sağlıklı adölesanların okul ortamındaki aktivitelere ailenin değişim isteği sonuçları	63
Tablo 4.16.	DEHB’li ve sağlıklı adölesanların toplum ortamı sonuçları	65
Tablo 4.17.	DEHB’li ve sağlıklı adölesanların ev aktivitelerindeki katılım sıklığı sonuçları arasındaki uyum	67
Tablo 4.18.	DEHB’li ve sağlıklı adölesanların ev aktivitelerindeki dahil olma derecesi sonuçları arasındaki uyum	69
Tablo 4.19.	DEHB’li ve sağlıklı adölesanların ev aktivitelerindeki ailenin değişim isteği sonuçları arasındaki uyum	71
Tablo 4.20.	DEHB’li ve sağlıklı adölesanların ev ortamı sonuçları arasındaki uyum	73
Tablo 4.21.	DEHB’li ve sağlıklı adölesanların okul aktivitelerine katılım sıklığı sonuçları arasındaki uyum	75
Tablo 4.22.	DEHB’li ve sağlıklı adölesanların okul aktivitelerine dahil olma derecesi sonuçları arasındaki uyum	77
Tablo 4.23.	DEHB’li ve sağlıklı adölesanların okul aktivitelerinde ailenin değişim isteği sonuçları arasındaki uyum	79
Tablo 4.24.	DEHB’li ve sağlıklı adölesanların okul ortamı sonuçları arasındaki uyum	81

Tablo 4.25.	DEHB’li ve sağlıklı adölesanların okul ortamı sonuçları arasındaki uyum	83
Tablo 4.26.	DEHB’li ve sağlıklı adölesanların toplum aktivitelerine dahil olma derecesi sonuçları arasındaki uyum	85
Tablo 4.27.	DEHB’li ve sağlıklı adölesanların toplum ortamındaki aktivitelerde ailenin değişim isteği sonuçları arasındaki uyum	87
Tablo 4.28.	DEHB’li ve sağlıklı adölesanların toplum ortamındaki aktivitelerde ailenin değişim isteği sonuçları arasındaki uyum	89



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1.	“Geschichte vom Zappel-Philipp” 1845. Baskısından	4
Şekil 2.2.	a) Normal beyin b) DEHB’den etkilenmiş beyin	7
Şekil 2.3.	DEHB ile ilişkili beyin devreleri	8
Şekil 2.4.	Çalışmada dahil edilen koordinatların dağılımı	9
Şekil 2.5.	ICF Temelli Değerlendirme Yöntemleri	21

SİMGELER ve KISALTMALAR

ACS:	Activity Card Sort
ADHD:	Attention deficit hyperactivity disorder
ASKp:	Activities Scale for Kids–Performance version
CAPE:	Children’s Assessment of Participation and Enjoyment
CASP:	Child and Adolescent Scale of Participation
CEDÖ Y/U:	Conners Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği Yenilenmiş Uzun Form
CHQ:	Child Health Questionnaire
CHORES:	Children Helping Out: Responsibilities, Expectations, and Supports
COVID-19:	Coronavirus Disease-19
CPRS:	Conners' Parent Rating Scale
DEHB:	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DSM:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FDA:	Food and Drug Administration
HRQoL:	Health Related Quality of Life
ICD:	International Classification of Disease
ICF:	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICF-CY:	International Classification of Functioning, Disability and Health Children and Youth Version
kg:	kilogram

m:	metre
MTA:	Multimodal Treatment Study of Children with ADHD
PACS:	Pediatric Activity Card Sort
PCPQ:	Pediatric Community Participation Questionnaire
PedsQL:	Pediatric Quality of Life Inventory
PEM-CY:	Participation and Environment Measure for Children and Youth
PODCI:	Pediatric Outcomes Data Collection Instrument
PmP:	Picture my participation
SP:	Serebral Palsi
SLF:	Superior longitudinal fasciculus
VKİ:	Vücut kitle indeksi
WHO:	World Health Organization

1. GİRİŞ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), yaşamın erken döneminde başlayan, çocuk veya adölesanların yaklaşık olarak %5'ini etkileyen ve nöro-gelişimsel bir bozukluktur (Association, 2013). Bu bozukluğun dikkatsizlik ve hiperaktivite/dürtüsellik olmak üzere iki temel semptomu vardır. Ayrıca, DEHB'li bireye birçok farklı bozukluğun da eşlik ettiği bilinmektedir (Association, 2013). Dolayısıyla DEHB, bireyin akademik, mesleki ve sosyal hayatını olumsuz etkilemektedir (Posner ve ark., 2020).

Katılım, bireyin gelişiminde oldukça önemli bir yere sahiptir. Katılım sayesinde, birey hayattan daha fazla zevk alabilir, yeni beceriler edinebilir, farklı insanlarla tanışabilir. Dolayısıyla katılım hayata olumlu katkılar sunmaktadır (Engel-Yeger ve Ziv-On, 2011). Katılımın önemi anlaşıldıkça bu konuda yapılan araştırmalar da hız kazanmaktadır (ICF-CY, 2007). Yapılan araştırmalar gösteriyor ki DEHB'li bireylerin katılım düzeyi sağlıklı yaşlılarına göre daha düşüktür (de Schipper ve ark., 2015; Shabat ve ark., 2021; Shimoni ve ark., 2010). Katılım düzeyi çeşitli birçok ölçek aracılığıyla ölçülmektedir (Oral, 2011). Bu ölçekler bazen bireyin kendisi tarafından bazen de başka birinin vasıtasıyla doldurulmaktadır. Çocuk veya adölesana yakınlığından dolayı ebeveyni iyi bir alternatif olarak görülmüştür.

Adölesan döneme giren bireyler eskiye göre daha bağımsız olmak isterler (Vangelisti, 2012). Adölesanların bu isteği ile ebeveynlerinin korumacı tavırları tarafından engellenebilir. Ayrıca adölesan dönemin kendi getirdiği hormonal ve psikolojik süreçler de bu dönemde adölesanın eskiye göre daha farklı davranışlar sergilemesine neden olur (Laursen ve ark., 1998). Bu dönemde adölesan ve ebeveyn arasında birçok farklı konuda çatışma görülmektedir (Lerner ve Steinberg, 2009). Ayrıca, adölesanın DEHB gibi bir bozukluğa sahip olmasının bu çatışmayı derinleştirdiği de bilinmektedir (Barkley ve ark., 1992; Edwards ve ark., 2001).

Literatür incelendiğinde, adölesan ve ebeveyn arasındaki uyum birçok farklı açıdan değerlendirilmiştir (Lifland ve ark., 2018) (Montes-Montes ve ark., 2021; Shimoni ve ark., 2010). Özellikle DEHB'li bireylerde yaşam kalitesini ölçen ölçeklerde çocuk veya adölesan ve ebeveyni arasındaki uyum araştırılmıştır (Eiser ve Morse, 2001;

Klassen ve ark., 2006). Ancak, bildiğimiz kadarıyla DEHB’li adölesanın katılım düzeyini hem adölesanın kendisi hem de ebeveni tarafından ölçen bir çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle bu çalışmanın amacı, DEHB’li adölesanın katılım düzeyinin PEM-CY ölçeği kullanılarak hem adölesanın kendisi hem de ebeveyni tarafından ölçülmesini sağlamaktır Ek olarak, bu prosedürü sağlıklı yaşlıları ve ebeveynine de uygulamaktır. Daha sonra bu ölçüm sonuçları arasındaki uyumu inceleyip karşılaştırmaktır.

H1: DEHB’li adölesanların ev, okul ve toplum ortamlarındaki katılım düzeyi, sağlıklı yaşlılarına göre daha düşüktür.

H2: DEHB’li adölesanların ve ebeveynlerinin PEM-CY sonuçları arasındaki uyum, sağlıklı adölesanlar ve ebeveynlerinin PEM-CY sonuçları arasındaki uyumdan daha azdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Tanımı

Nörogelişimsel bozukluklar, yaşamın erken döneminde başlayıp bireyin; kişisel, sosyal, akademik ve mesleki fonksiyonunda bozulmalara sebep olan gelişimsel eksikliklerle karakterize bir olgudur (Association, 2013). Psikiyatrik Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel Sınıflandırması Kitabı 5. Versiyonunda (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition/DSM-5*) nörogelişimsel bozukluklar; iletişim bozuklukları, özgül öğrenme bozukluğu, otizm spektrum bozukluğu, zihinsel yetersizlikler, motor bozukluklar, tik bozuklukları ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olarak kategorize edilmektedir (Association, 2013).

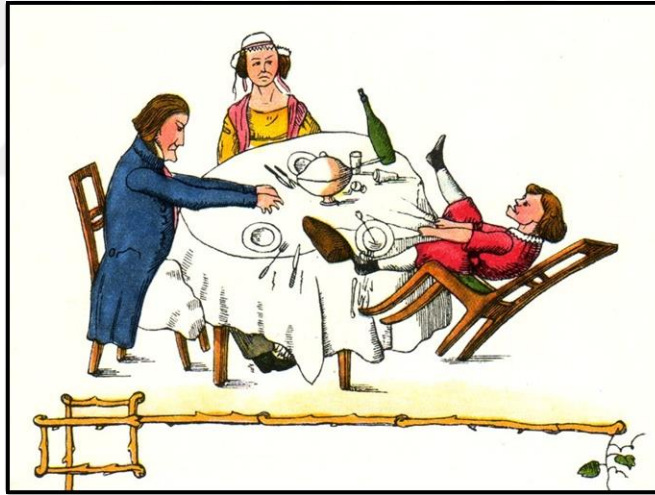
DEHB, çocuklukta erken ortaya çıkan, sık görülen, kalıcı nöro-psikiyatrik bir bozukluktur. Bu bozukluğun temel semptomları dikkatsizlik ve hiperaktivite/dürtüselliktir (Matthews ve ark., 2014). Bu semptomlardan dikkat eksikliği bilişsel, hiperaktivite/dürtüsellik ise davranışsal semptom olarak kategorize edilmektedir (Biederman ve Faraone, 2005). Dikkat eksikliği görevden kaçma, sabırsızlık, odaklanma problemleri ve düzensizlik şeklinde kendini gösterirken; hiperaktivite uygun olmayan ortamlardaki aşırı motor aktivite, aşırı kıpırdanma veya aşırı konuşma olarak ortaya çıkar. Yetişkinlerde hiperaktivite ise aşırı huzursuzluğa veya eylemleri sebebiyle başkalarını yıpratmaya sebep olur. Dürtüsellik ise önceden düşünülmeden o anda meydana gelen ve bireye zarar verme potansiyeli yüksek aceleci eylemleri kapsar (Association, 2013). Bu semptomlar bireyin fonksiyonunu veya gelişimini engeller. Semptomların iki veya daha fazla ortamda (örneğin; okul, ev...) mevcut olmasına ek olarak 6 aydan uzun sürmesi de gereken koşullardandır (Association, 2013).

2.2 Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Tarihçesi

DEHB, 200 yılı aşkın bir zamandır tanımlanmış olmasına rağmen araştırmalar ve literatür özellikle son 35 yılda belirgin bir ilerleme kaydetmiştir (Pastor, 2015). DEHB'ye dair semptomlar ilk defa 1775 yılında Alman doktor Melchior Adam Weikard tarafından, Der Philosophische Arzt'ta tanımlanmıştır (Barkley ve Peters, 2012). İskoç doktor Sir Alexander Crichton ise DEHB'ye benzeyen bir bozukluktan

bahsetmiştir. Crichton çalışmalarında ve 1789 da yayımlanan kitabında (An Inquiry into the Nature and Origin of Mental Derangement / Zihinsel Bozukluğun Doğası ve Kökeni Üzerine Bir Araştırma) dikkatin ve dikkatsizliğin tanımlarını yapmış fakat hiperaktiviteye değinmemiştir (Crichton, 2008).

Alman Doktor Heinrich Hoffmann ise 1845 yılında, 3 yaşındaki oğlu Carl Philipp için noel hediyesi olarak Struwwelpeter kitabını yazmıştır. Kitabın bazı bölümleride DEHB'ye dair atıflar bulunmaktadır. Özellikle "Fidgety Phil" yemek yerken kıpır kıpır olan bu sebeple masadaki yemeklerle birlikte yere düşen bir çocuğu tasvir etmekte ve bu çocuk ile ailesi arasındaki çatışmaya dikkat çekmektedir. Bu hikaye bize DEHB'nin daha eskilerden gelen bir bozukluk olduğuna dair bir ipuçı vermektedir (Thome ve Jacobs, 2004). Yine "Struwwelpeter" kitabının 5. baskısına eklenen "Johnny Look-in-the-air" bölümünde de dikkatsizlik belirtileri gösteren bir çocuğun öyküsü ele alınmıştır (Seidler, 2004).



Şekil 2.1. "Geschichte vom Zappel-Philipp" 1845. baskısından

İngiliz pediatrist Sir George Frederic Still (1868-1941) tarafından verilen dersler, pek çok yazar tarafından DEHB tarihinin bilimsel başlangıcı sayılmaktadır (Connors, 2000; Palmer ve Finger, 2001; Rafalovich, 2001). Dr. Still bu derslerde "ahlaki kontrol" kavramını ele alır. Dr. Still'e göre ahlaki kontrol, herkesin iyiliği fikrine uygun olan eylemin kontrolü olarak tanımlanır (Still, 1902).

Ahlaki kontrol eksikliğinin kimi semptomlarının DEHB ile bağlantılı olduğu belirtilmiştir. Özellikle doyumunu erteleme DEHB’li bireylerde büyük bir problem olarak değerlendirilir (Barkley, 2006) ve kendi ya da başkaları için sonucun iyi olup olmadığını düşünmeden hareket etme DEHB’nin ana semptomu olan dürtüsellik ile ilişkilendirilir (Still, 1902).

1952’de DSM’nin ortaya çıkmasıyla birlikte bozukluk Minimal Beyin Disfonksiyonu olarak adlandırılmıştır (DSM, 1952). Daha sonraları 1960’larda ise Minimal Beyin Disfonksiyonu olarak adlandırılan DEHB’nin dikkatsizlik, dürtüsellik ve hiperaktivite denen    temel semptomuna dikkat çekilmiştir. DSM-2 de çocukluk ve adölesan dönemdeki hiperkinetik reaksiyon olarak belirtilirken semptomların adölesan dönemde azaldığına vurgu yapılmıştır (Association, 1968). Yine 1980 yılında DSM-3 yayınlanması ile birlikte hiperaktiviteli ve hiperaktivitesiz dikkat eksikliği terimi ilk defa kullanılmıştır (American Psychiatric Association, 1980). 1987 yılındaki revizyonla birlikte nihayet DEHB olarak bozukluk tanımlanmıştır (Association, 2000). 1994 yılındaki DSM-4 kriterleri ile DEHB, 3 alt tipe ayrılmıştır. Bunlar; ağırlıklı olarak dikkatsiz, ağırlıklı olarak hiperkatif ve birleşik tiptir (Association, 1994). 2000 yılında revize edilen DSM-4 R de DEHB’ye dair bir değişiklik öngörülmemiştir (Association, 2000). DSM-4 kriterlerine göre oluşturulan alt tiplerin istikrarsız oluşu ve farklılığın durumsal bağlama, bilgi verenlere ve olgunlaşmaya bağlı ortaya çıktığı gösterilmiş ve bu sebeple DSM-5’te tip yerine ‘’sunu’’ kavramı kullanılmıştır (Willcutt ve ark., 2012). Bu bağlamda DEHB, DSM-5’e göre birleşik sunum (hem dikkatsizlik hem de hiperaktivite\d rt sellik semptomlarını karşılayan), ağırlıklı olarak dikkatsizlik (dikkatsizlik semptomları mevcut fakat hiperativite\d rt sellik karşılanmıyor) ve ağırlıklı olarak hiperaktif\d rt sel sunum (hiperaktivite\d rt sellik semptomları mevcut fakat dikkatsizlik semptomları karşılanmıyor) olmak üzere 3 ayrı sunumda incelenmiştir (Association, 2013).

Günümüzde ise klinisyenler tanıyı belirlerken DSM-5 kriterlerine göre n rogeleşimsel bozukluklar başlığı altında bulunan dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu kriterlerine göre teşhisi koymaktadırlar (Association, 2013).

2.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Epidemiyolojisi

DEHB’ye dair sağlık hizmetleri planlaması için DEHB’den etkilenen bireylerin sayısının doğru tahmin edilmesi oldukça önemlidir. Bu doğru tahmin, gerekli

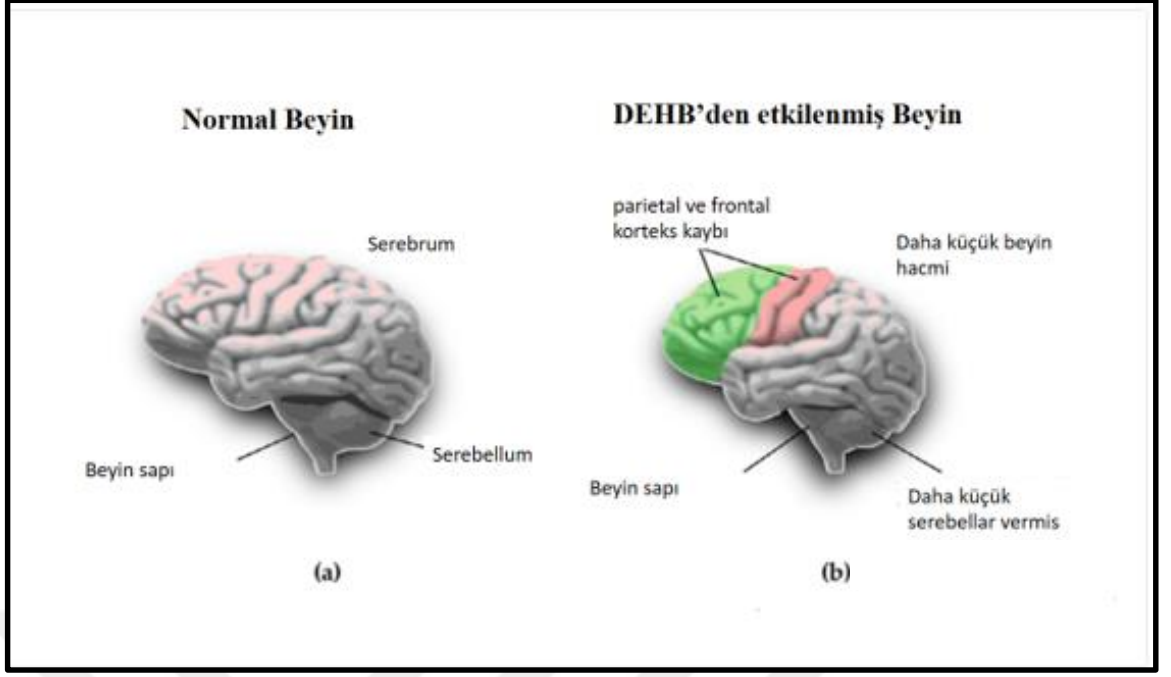
yatırımların yapılmasını sağlar. Ayrıca tanının farklı zaman ve farklı ülkelerdeki yaygınlık oranları; tanının geçerliliği, patofizyolojisi ve nedenleri için de birer ölçüt oluşturur (Polanczyk ve ark., 2015).

Dünya çapında 6 kıtadan ve farklı 35 ülkeden çocuk ve adölesanları inceleyen 102 çalışma (Polanczyk ve ark., 2007) ve daha sonra eklenen 41 çalışmanın (Polanczyk ve ark., 2015) sonucuna göre DEHB'nin görülme oranı %5,29 olarak bulunmuştur. Ayrıca DSM-5 incelendiğinde de çocukların %5'inde yetişkinlerin ise %2,5'inde DEHB görüldüğü ileri sürülmüştür (Association, 2013). Yine başka bir meta-analizde, DSM-5 ile uyumlu olarak 19-45 yaş arası yetişkinlerde DEHB prevalansının %2,5 olduğunu göstermiştir (Faraone ve ark., 2006). Bu sayısal verilerin yanı sıra yine DEHB'nin dünya genelinde depresyon ve anksiyeteden sonra en yaygın görülen üçüncü nöropsikiyatrik bozukluk olduğu da ileri sürülmüştür (Polanczyk ve ark., 2015). DEHB'nin cinsiyetler bazında da görülme sıklığı değişkendir. DEHB, erkeklerde kızlara oranla klinik olarak 3 veya 4 kat, epidemiyolojik çalışmalarda ise 2 kat daha fazla görülmektedir (Larsson ve ark., 2014).

Ayrıca DEHB'nin 3 alt sunumunda da farklı prevalans değerleri mevcuttur. Bu değerlere göre dikkat eksikliği sunumunun %18,3, hiperaktif/dürtüsel sunumun %8,3 ve kombine sunumun ise %70 yaygınlık oranları mevcuttur (Salvi ve ark., 2019).

2.4. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Etiyolojisi

DEHB'nin etiyolojisi tam olarak bilinmemekle beraber ilk hipotezler beyindeki beyaz ve gri maddenin hacmindeki azalmaya işaret etmiştir (Şekil 2.2). Bu azalma, DEHB'li bireyde kognitif süreçler, dikkat, motor planlama, yanıt oluşturma hızı ve diğer davranışsal durumlardan sorumlu tutulmuştur (Cortese, 2012). Farklı çalışmalarda ise DEHB'li bireylerin beyinlerinde en çok etkilenen alanların; prefrontal korteks, kaudat ve serebellum olduğu görülmektedir. Bu alanların birbirleri ile sıkı ilişki içinde olduğunu ve bu ilişki sayesinde dikkati, düşüncüyü, duyguları, davranışları ve eylemleri düzenlediği bilinmektedir (Arnsten ve Pliszka, 2011; Kesner ve Churchwell, 2011).



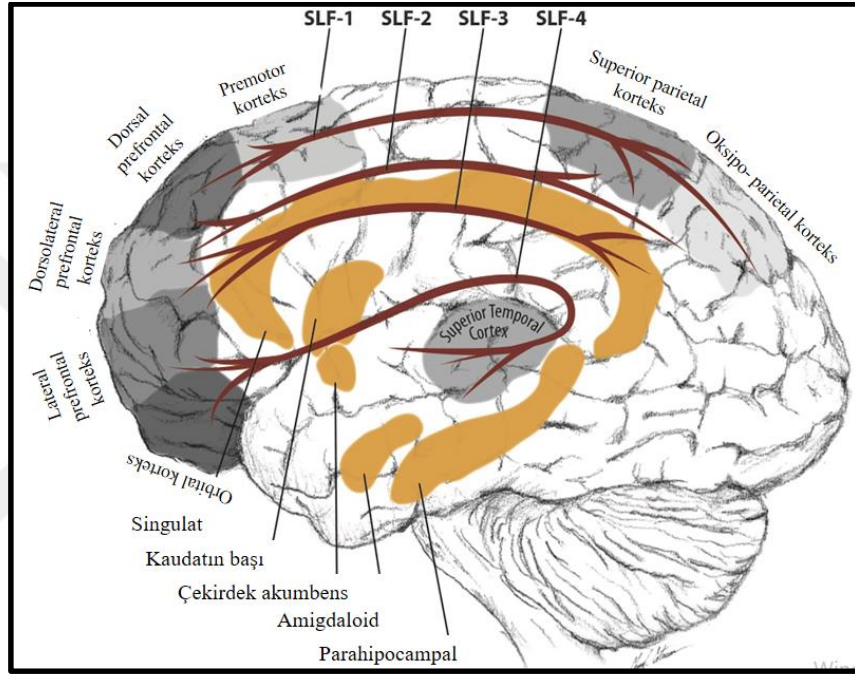
Şekil 2.2. a) Normal beyin b) DEHB'den etkilenmiş beyin (Tor ve ark. 2021).

Gerçekten de manyetik rezonans görüntüleme yöntemi ile DEHB'li bireylerin beyin gelişimleri hakkında fikir sahibi olunmuştur. Özellikle dikkat, bilişsel kontrol ve çalışma belleği gibi çoklu sinir sistemlerini içeren bölgelerdeki atipik beyin yapısı hakkında fikir birliği bulunmaktadır (Arnsten ve Rubia, 2012; Valera ve ark., 2007). Ayrıca prefrontal korteks, bazal ganglionlar, serebellum ve parieto-temporal alanlar başta olmak üzere DEHB'li bireylerin toplam beyin hacminde bir azalma olduğu gösterilmiştir (Castellanos ve ark., 2002). İlginç bir şekilde, bu hacim değişikliklerinin bireyin yetişkinliğe geçmesiyle azaldığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (Amico ve ark., 2011).

Shaw ve meslektaşları tarafından yapılan araştırma, prefrontal kortikal gelişimin sağlıklı kontrollere kıyasla DEHB'li bireylerde geciktiğini göstermiştir. Bu gelişim gecikmesi hem kortikal kalınlık hem de kortikal alan için geçerlidir. Özellikle en çok “yürütücü işlevler” denen kortikal alan etkilenmiştir (Castellanos ve ark., 2002; Shaw ve ark., 2012). Yine Shaw ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışma, kortikal olgunlaşmanın sağlıklı çocuklarda 7 yılda gerçekleşirken DEHB'li çocuklarda 10 yılda gerçekleştiğini belgelemiştir (Shaw ve ark., 2007).

Makroyapısal alanlardaki değişikliğin yanı sıra fronto-striatal (Bush ve ark., 2005) ve fronto-parietal (Fan ve Posner, 2004) ağlardaki işlev bozukluğunun da DEHB semptomlarına olumsuz etki ettiği belirtilmiştir.

Beyin devrelerine baktığımızda ise özellikle superior longitudinal fasciculus (SLF) ve kortiko limbik devrelerde fonksiyonel bozulmalar olduğu görülmektedir. SLF aşağıdaki şekilde de görüldüğü üzere (Şekil 2.3) ön lobu ön oksipitale, parietal ve arka temporal loblara bağlayan, dolayısıyla arka ve ön kortekslerin iletişimini sağlayan miyelinli aksonlardan oluşan kortikal demetlerdir. SLF'nin farklı görevleri olsa da temel olarak görsel ve motor koordinasyondan sorumludur. SLF daha spesifik olarak üç kısma bölünmüştür (Gehricke ve ark., 2017)

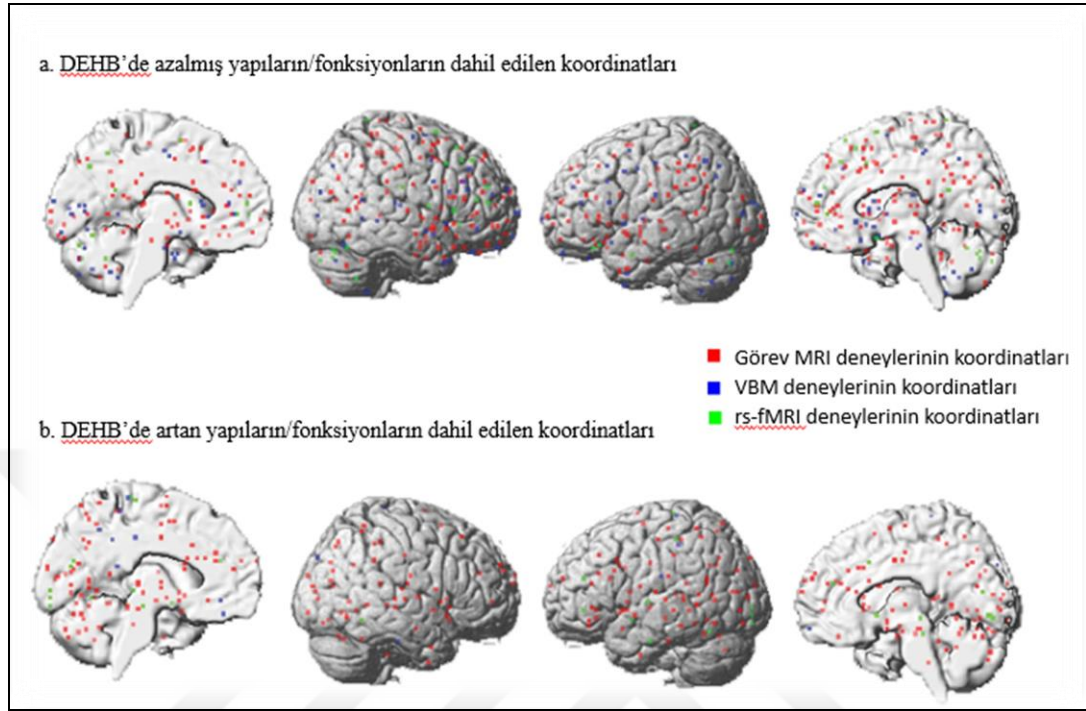


Şekil 2.3. DEHB ile ilişkili beyin devreleri (Gehricke ve ark. 2017).

Bunlardan ilki SLF I dikkat ağının bir parçasıdır. SLF II ise görsel-motor fonksiyona katkı da bulunurken SLF III ise dil artikülasyonu ile ilişkilidir ve DEHB'den etkilenen bireylerde bu bölümlerde daha düşük bağlantı bulunmuştur (Gehricke ve ark., 2017). Ayrıca kortiko-limbik yapılarıdaki atipik devrelerin DEHB'li bireylerde motivasyon eksikliği, dürtüsellik ve duygusallık ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Gehricke ve ark., 2017).

Ek olarak, 96 çalışmaya dayanan bir meta-analizde DEHB'li çocuk ve adölemlardaki beyin yapısal ve fonksiyonel değişiklikleri detaylı olarak verilmiştir (Samea ve ark., 2019). Bu meta-analize göre DEHB'li bireylerin beyindeki alanların

aktivasyonunların arttığı veya azaldığı bölgeler aşağıdaki Şekil 2.4'te belirtilmiştir (Samea ve ark., 2019).



Şekil 2.4. Çalışmada dahil edilen koordinatların dağılımı. (DEHB'li çocuklarda/adölesanlarda sağlıklı çocuklara/adölesanlara kıyasla yapısal/fonksiyonel değişiklikleri yansıtan koordinatlar dahildir. Rs-fMRI: dinlenme durumundaki fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme, görev-fMRI: görev tabanlı fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme, VBM: vösel bazlı morfometri) (Sameo ve ark. 2019).

Amino asit grup (GABA), amin grup (dopamin, epinefrin, norepinefrin, serotonin, histamin, asetilkolin), ve peptit grup (vasopresin) eksikliği veya aşırı kullanımının, DEHB'den etkilenen bireyler tarafından sergilenen davranışsal ve duygusal belirtilerden sorumlu olduğu düşünülmektedir (Feldman ve Reiff, 2014). Özellikle düşük epinefrin ve norepinefrin seviyeleri ile DEHB semptomlarında arasındaki ilişkinin güçlü olduğu kanıtlanmıştır (Wigal ve ark., 2003).

Genetik çalışmalara bakıldığında ise DEHB'li bireylerin birinci dereceden biyolojik akrabalarında bozukluğun görülme riskinin arttığı görülmektedir (Association, 2013). Bu da DEHB'nin katılsallığının işaretlerinden biridir (Association, 2013). DEHB'de katılsallık yüksektir ve çalışmalar tahmini olarak %70 ile %80 oranında kalıtsal ilişkiden bahseder (Faraone ve ark., 2005).

DEHB ile ilişkili bir diğer etken ise çevredir. Çevresel etmenlerin de DEHB ile ilişkili olduğu gösterilmektedir (Association, 2013). Özellikle prematürelilik ve düşük doğum ağırlığı ile DEHB arasında bir korelasyon görülmektedir (Nigg ve Breslau, 2007). Sigaraya maruziyet, stresli bir hamilelik süreci ve obezite gibi faktörlerin de DEHB'ye neden olduğu düşünülmektedir (Knopik ve ark., 2005). Yine yapay gıda boyalarının ve tatlandırıcıların ise DEHB'nin semptom şiddetini arttığı belirtilmektedir (McCann ve ark., 2007). Ebeveynlik tarzı ile DEHB arasında da bir bağlantı bulunmuştur (Harold ve ark., 2013). Bu bağlantı, sorunların artmasına ve zorlayıcı bir kısır döngüye neden olmasına daha çok etki etmektedir (Harold ve ark., 2013). Benzer şekilde, DSM-5'te de aile etkileşiminin DEHB'ye neden olmadığı sadece bozukluğun seyrini değiştirebileceğini ve ikincil problemlere neden olabileceği belirtilmiştir (Association, 2013).

Sonuç olarak, DEHB'nin; genetik, nörolojik ve çevresel etmenlerin farklı kombinasyonları sonucunda oluşan bir bozukluk olduğu söylenebilir (Akutagava-Martins ve ark., 2016) (Tablo 2.1).

Tablo 2.1. DEHB'nin anatomik, fonksiyonel, nörofizyolojik, nörokimyasal ve genetik bağlantıları: kısaltılmış bir özet: DEHB, dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu; DTI, difüzyon tensor görüntüleme; EEG, elektroensefalografi; fMRI, fonksiyonel MRI; G x Ç, gen-çevre; MRI, manyetik rezonans görüntüleme (Cortese, 2012).

Beyin anatomisindeki varyasyonlar (yapısal MRI bulguları)
Kontrollere kıyasla serebrum ve serebellar hacimde azalma
Kontrollere kıyasla frontostriatal alanlar, temporoparietal loblar, bazal ganglionlar, korpus kallozum, serebellum, amigdala, hipokampus ve talamusta gözlenen beyin anormallikleri
Kortikal incelme gibi diğer morfolojik değişiklikler
Yapısal bağlantıdaki değişiklikler (DTI bulguları)
Anormal kortikal gelişim ve/veya gecikmiş normal kortikal olgunlaşma
Beyin fonksiyonlarındaki varyasyonlar (fMRI bulguları)
Yönetici fonksiyonlar, kognitif, duyuşal, sensorimotor fonksiyonlar ve alternatif bölgelerdeki telafi edici hiperaktivasyonlarla ilgili ağlarda önemli hipoaktivasyon
Kontrollere karşı fonksiyonel bağlantının değişmiş/tehlikeli paterni, özellikle kusurlu-mod bağlantısı
Kontrollere kıyasla EEG kayıtlarında artan teta ve azalan beta frekansları (yüksek teta/beta güç oranları)
Olayla ilgili potansiyellerin, özellikle P300'ün kontrollere karşı daha az belirgin tepkileri ve daha uzun gecikmeleri
Nörokimyasal Faktörler
Dopaminerjik ve adrenerjik sistemlerin tutulumu
Serotonerjik ve kolinerjik sistemler de tutulabilir
Genetik ve Çevresel Faktörler
DEHB'de kalıtım yaklaşık %60-75 oranındadır
DA reseptörü, DA beta-hidroksilaz, sinaptozomla ilişkili protein 25, serotonin taşıyıcısı ve serotonin 1B reseptörünün izoformlarını kodlayan genlerin DEHB'de yer alması
- Pre-, peri- ve post-natal çevresel faktörler, DEHB etiyolojisinin %20-%25'inden sorumludur. -Daha çok düşük doğum ağırlığı/prematürelilik ve anne karnında sigara içmeye maruz kalma en çok ilişkilendirilir-
G x Ç etkileşimlerinin DEHB etiyolojisine olası katkısı (belirli çevresel faktörlerin neden olduğu gen ekspresyonundaki epigenetik değişiklikler)

2.5 Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Teşhisi

DEHB’de klinik tanının doğru bir şekilde belirlenmesi için mevcut ve daha eski semptomların ve fonksiyonel bozuklukların detaylı bir şekilde incelenmesi gerekmektedir. Ayrıca bireyden anamnez alırken tüm aile, gebelik ve gelişimsel hikaye alınmalıdır (Barkley, 2002).

DEHB’nin nörobiyolojik ve genetik temelleri hakkında bilgiler mevcut olsa da klinik uygulamada DEHB’yi tanımlayacak biyobelirteçler veya nesnel kriterler hala eksiktir. Bunun yanı sıra, yıllarca yapılan araştırmalardan sonra beklenenin aksine DSM-5 ve Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (*International Classification of Diseases 10 ve 11. Baskılar ICD-10/11*)’na göre tanı koymak için gerekli kriterler daralmamış veya spesifik bir hal almamıştır. Hatta daha geniş yaş aralığını kapsayacak şekilde genişlemiştir. Bu sebeple tanı koymak için klinisyenin uzmanlığı ve deneyimi daha çok önemli hale gelmiştir (Association, 2013; Organization, 2004, 2018).

DSM-5’e göre dikkatsizlik ve hiperaktivite ve dürtüsellik başlıkları altındaki semptomlardan 6’dan fazlasının 6 aydır sürmesi ve bu semptomların 12 yaşından önce ortaya çıkması gereklidir (Association, 2013). 17 yaş üstü olan adölesan ve yetişkin bireyler için ise hiperaktivite/dürtüsellik ve dikkat eksikliği başlığı altında toplanan kriterlerden en az 5’ini karşılıyor olması yeterlidir (Association, 2013).

Ek olarak bu semptomların iki veya daha fazla ortamda görülmesi gerekirken semptomların bireyin sosyal, mesleki ve akademik hayatını olumsuz yönde etkiliyor olması gerekmektedir (Association, 2013).

Tablo 2.2’de dikkatsizlik ve hiperaktivite/dürtüsellik semptomlarının varlığı için gereken kriterleri incelenmiştir.

Tablo 2.2. Dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu DSM-5 kriterleri

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı kriterlerinin beşinci baskısı (Posner, Polanczyk, and Sonuga-Barke 2020).

Dikkatsizlik	Hiperaktivite ve dürtüsellik
Genellikle ayrıntılara dikkat edemez veya okul ödevlerini yaparken dikkatsizliğinden dolayı hata yapar	Genellikle kıpır kıpırdır. Elleri veya ayaklarını hareket ettirir ya da oturduğu yerde kıvrılır
Genellikle oyun veya görevdeyken dikkatini vermekte sorun yaşar	Oturması beklendiği durumlarda genellikle oturduğu yerden ayrılır
Doğrudan onunla konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür	Uygun olmayan yerlerde genellikle koşturur veya tırmanır (adölesan veya yetişkinler içinse huzursuz olma durumu mevcuttur)
Çoğu zaman talimatları takip edemez ve günlük işleri, okul ödevlerini veya iş yerindeki işleri bitiremez (örneğin: odaklanamaz veya odağını kaybeder)	Çoğu zaman boş zaman aktivitelerinde veya bir oyunda sessiz kalamazlar
Genellikle görevlerini ve aktivitelerini düzenlemekte sıkıntı yaşar	Genellikle hareket halinde veya bir motor tarafından sürülüyor gibidir
Uzun süre mental çaba gerektiren görevlere (örneğin: okul ödevi ve ev ödevi) karşı genellikle ya kaçınır ya hoşlanmaz ya da isteksizdir	Genellikle çok konuşur
Aktivite ve görevler için gerekli olan eşyaları (örneğin: okul eşyaları, kalemler, kitaplar, araçlar, cüzdanlar, anahtarlar, evraklar, gözlükler ve cep telefonu) genellikle kaybeder.	Çoğu zaman bir sorunun tamamlanmasını beklemeden cevabı söyleyiverir
Genellikle dikkati kolayca dağılır	Genellikle sırasını beklemekte güçlük çeker
Günlük aktivitelerde genellikle unuttandır	Sıklıkla araya girer ve başkalarının sözünü keser (Örneğin: konuşmalar veya oyunlar)

Tablo 2.3. Dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu ICD-11 kriterleri
Uluslararası Hastalık Sınıflandırması kriterlerinin on birinci baskısı (Posner, Polanczyk, and Sonuga-Barke 2020).

Uluslararası Hastalık Sınıflandırması kriterlerinin on birinci baskısı
Dikkat eksikliği, hiperaktivite\dürtüsellik paterninin en az 6 ay süreyle devam ediyor olması
Tipik olarak erken veya orta çocukluk döneminde başlar
Semptomlar akademik, mesleki ve sosyal fonksiyonları etkiler

ICD-11’ de ise herhangi bir semptom sayısı, başlangıç yaşı ve süresi belirtilmemektedir (Organization, 2018) (Tablo 2.3).

Önem derecesi ise hafif, orta ve şiddetli olacak şekilde yine 3 başlığa ayrılmıştır (Association, 2013). DEHB tanısının, çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından konması gereklidir ("National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines," 2018).

2.6. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Tedavisi

DEHB, bireyin birden fazla işlevsel alanını etkiler. Bu alanlardan bazıları; akademik, sosyal, mesleki ve fiziksel sağlıktır. DEHB’nin bu çok yönlü etkisinden dolayı tedavi seçenekleri de kişiye özgü, çeşitli ve multidisiplinerdir. Ayrıca bozukluğun seyrine göre de tedavi seçenekleri değişebilir. Örneğin; çocukların tedavisinde ebeveyn uygulamaları daha önemliyken yetişkinlikte psikoeğitim daha verimli olabilir. Oysa yapılan bir çalışmaya göre DEHB’li bireylerin büyük bir kısmının herhangi bir tedavi almadığı belirtilmiştir (Wright ve ark., 2015).

Birçok ülke DEHB’nin tedavisinde psikositümülen ilaçların kullanımını tavsiye etmektedir (Canadian, 2018; Palacio ve ark., 2009; Pliszka ve Issues, 2007). Şayet semptomlar hafif ise psikoeğitim ve davranış yönetimi ile başlamak gerektiği de belirtilmektedir (Pliszka ve Issues, 2007). Fakat hangi tedavi yöntemi kullanılırsa kullanılsın DEHB’li bireyler için tedavi önerilmektedir çünkü erken ve etkili bir tedavi ilerleyen yaşlarda kişinin daha sağlıklı olmasını (Ann C Childress ve Sally A Berry, 2012) ve DEHB’li bireyin ebeveyni ve öğretmeni için de bir rahatlama sağladığı bilinmektedir (Elia ve ark., 1999).

Başlangıçta DEHB'nin yetersiz ebeveynliğin ikincil bir sonucu olarak ortaya çıktığının düşünülmesi yine tedavinin de davranışsal yaklaşımlar ile olacağını düşündürmüştür (Knouse ve Safren, 2010). Fakat DEHB'nin nörokimyasal bir temeli olması sadece davranışsal yaklaşımların yetersizliği ile sonuçlanmıştır. Birçok doktor davranışsal tedavi mi, farmakolojik tedavi mi veya bunların kombinasyonunun mu daha faydalı olduğu konusunda yeterli bilgiye sahip değildi. Bu konudaki kapsamlı araştırma (*Multimodal Treatment Study of Children with ADHD - MTA*) kafa karışıklığını gidermeyi amaçlamıştır (Group, 1999). Araştırmanın sonuçlarına göre DEHB semptomlarının yönetiminde ilaç tedavisi davranışsal terapilerden daha etkili bulunmuş ve bu iki tedavi yönteminin birlikte kullanılmasının yalnız ilaç tedavisine karşı bir üstünlüğü bulunamamıştır (Group, 1999, 2004).

Bununla birlikte, Pelham ve arkadaşlarının yaptığı çalışma, davranışsal terapilerin DEHB'nin tedavisinde kullanılan ilaçların düşük dozuyla benzer etkiye sahip olduğunu göstermiştir (Pelham ve ark., 2005). Bu nedenle ilaç kullanmaya karşı olan ebeveynler için veya semptomları şiddetli olmayan DEHB'li bireylerde davranışsal terapiler alternatif olarak düşünülmektedir (S. Pliszka, 2007). Bazı DEHB'li bireyler ise ilaçların etkisinden veya yan etkilerinden muzdariptir bu sebeple yine bu grupta da davranışsal terapiler faydalı olabilmektedir (S. Pliszka, 2007).

2.6.1 Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Farmakolojik Tedavisi

DEHB'nin farmakolojik tedavisi için, uyarıcı olan ve uyarıcı olmayan ilaçlar olarak iki kategori bulunur (Posner ve ark., 2020). Amerika Birleşik Devletleri'nde iki uyarıcı ilaç grubu ABD Gıda ve İlaç İdaresi (*Food and Drug Administration - FDA*) tarafından tüm yaş gruplarına önerilmiştir. Bu ilaçlar, 1930'lu yıllarda beri DEHB'nin tedavisi için kullanılan ilaç formülasyonu olan, amfetamin ve metilfenidat içermektedir. Bu uyarıcılar katekolaminlerin metabolizine neden olan monoamin oksidazı inhibe eder yani genel olarak sinapslardaki dopamin ve nöroepinefrin gibi nörotransmitterlerin düzeyinine etki eder (Pliszka, 2005). Araştırmalar bu iki ilaç grubunun da DEHB'nin tedavisinde eşit etkisi olduğunu göstermektedir (S. R. Pliszka, 2007).

Örneğin, Cortese ve arkadaşlarının 10.000 fazla DEHB'li çocuk ve adölesanı içeren meta-analizinde metilfenidat ve amfetaminlerin semptomların üzerindeki etkisi benzer ve orta ila büyük etkiye sahip olduğu klinisyenler ve öğretmenler tarafından belirtilmiştir (Cortese ve ark., 2018). Yine aynı meta-analizde 8000'den fazla yetişkin

için de metilfenidat ve amfetaminlerin semptomlar üzerinde orta düzeyde bir etkisi bulunmuştur (Cortese ve ark., 2018). Bu ilaçların uzatılmış salınım ve anında salınım formları da mevcuttur ve benzer etkinlik göstermelerine rağmen uzatılmış salınım formunun bazı açılardan daha fazla avantajları vardır (Spencer ve ark., 2006; Wilens ve ark., 2006).

Bu uyarıcıların, DEHB'nin tedavisinin yanı sıra uzun kullanımları hem fiziksel zarar hem de bağımlılık gibi yan etkilere sebep olduğundan kullanımları zaman zaman tartışmalara da sebep olmuştur (Nutt ve ark., 2007). En belirgin yan etkiler; iştahsızlık, uykusuzluk, ağız kuruluğu ve mide bulantısıdır (Schachter ve ark., 2001). En çok yan etki görülme olasılığı daha küçük çocuklarda olmakla beraber adölesan ve yetişkinlerde de benzer yan etkiler görülmektedir (Greenhill ve ark., 2006).

DEHB'nin tedavisinde kullanılan bu uyarıcı ilaçların aynı zamanda; kötü madde kullanımını (Mannuzza ve ark., 2008), majör depresif bozukluk, karşı gelme bozukluğu ve anksiyete bozukluklarının ortaya çıkmasını (Biederman ve ark., 2009) ve saldırganlık ve anti-sosyal davranışı (Connor ve ark., 2002) azalttığı bilinmektedir.

2.6.2 Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Farmakolojik Olmayan Tedavisi

Farmakolojik olmayan tedavi multidisipliner tedavinin bir parçası, ilaç tedavisinin yetersiz kaldığı durumlarda ek bir tedavi desteği veya farklı klinik alanlardan uyarlanmış yeni bir yaklaşım türü olabilir (UK, 2018). Farmakolojik olmayan tedavi metotları özellikle küçük yaşta DEHB'den etkilenen çocuklar için veya ailenin, klinisyenin ve ulusal kuruluşların ilaç kullanmaya karşı olduğu durumlarda tercih edilir (Wright ve ark., 2015).

Her ne kadar MTA çalışmasının sonuçlarına göre yalnızca metilfenidat alan grup ile hem metilfenidat hem de psikososyal tedavi alan grubunun DEHB semptomlarında benzer bir iyileşme olsa da farklı fonksiyonel alanlarda farmakolojik olmayan tedavinin etkisi yalnız metilfenidat alan gruba göre daha üstün olduğu gösterilmiştir (Group, 1999). Ayrıca Pliszka ve arkadaşlarının yaptığı çalışmanın sonuçları da kombine tedavinin yalnızca farmakolojik tedaviye tercih edilmesi gerektiğini onaylar niteliktedir (S. Pliszka, 2007).

Dikkat ve yürütücü fonksiyonları harekete geçiren interaktif oyunların da DEHB semptomlarında iyileşme sağladığı gösterilmiştir (Cortese ve ark., 2015).

Egzersiz müdahalesinin DEHB semptomlarındaki etkisini inceleyen çalışmalar, egzersizin genellikle DEHB semptom şiddetini azalttığı ve bireye olumlu katkılar sağladığını göstermiştir. Örneğin, Cerillo-Urbina ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışma kısa süreli aerobik egzersiz müdahalesinin DEHB’li çocuklarda semptomları ve davranış bozukluklarını hafifletilmesi için alternatif olabileceğini bildirmişlerdir (Cerrillo-Urbina ve ark., 2015). Yine başka bir çalışmada 6 haftalık yüksek yoğunluklu aralıklı eğitim sayesinde; motor yeterlilik, antropometrik parametreler, serum adiponektin seviyeleri ve insulin direnci indeksi üzerine olumlu etkileri olduğu belirtilmiştir (Torabi ve ark., 2018). Sun-Kyoung Lee ve arkadaşları tarafından yapılan randomize kontrolü bir çalışmada ise 12 haftalık kombinasyon egzersiz programının (ip atlama ve top egzersizleri) DEHB’li çocukların vücut kompozisyonu, genel zindelik düzeyi ve nörotransmisyon düzeyinde olumlu bir etkiye sahip olduğu ileri sürülmüştür (Lee ve ark., 2015).

Ek olarak, DEHB ve dopamine arasında bir ilişki bulunmaktadır (Feldman ve Reiff, 2014). Egzersiz müdahalelerinin dopamin üzerindeki etkilerini bildiren çalışmalar nedeniyle egzersiz ile DEHB semptomlarında bir iyileşme olacağını belirtilmektedir (Newsholme, 1987; Tantillo ve ark., 2002).

DEHB’li olan çocuklar beklenenden daha kiloludur (Hanć ve Cortese, 2018). Bu konu üzerinde yapılan araştırmalarda ise DEHB bozukluğuna sahip bireylerde daha yüksek yağ değeri veya yüksek vücut kitle indeksi bulunmuştur (Ptáček ve ark., 2010) (Waring ve Lapane, 2008). Bu sebeple DEHB’li bireylerin obeziteye yatkın olduğu söylenmiştir. Bu sebeple diyet tedavilerinin olumlu etkileri vardır fakat bu etkilerin küçük olduğu bildirilmiştir (Stevenson ve ark., 2014).

2.7. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna Eşlik Eden Bozukluklar

DEHB nörogelişimsel bir bozukluktur. Sıklıkla diğer psikiyatrik ve nörogelişimsel bozukluklarla birlikte görülmektedir (Larson ve ark., 2011). DEHB en çok; özgül öğrenme bozukluğu, karşıt gelme bozukluğu, davranış bozukluğu, majör depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları, gelişimsel koordinasyon bozukluğu, uyku bozuklukları ve kötü madde kullanımı gibi bir veya daha fazla bozuklukla birlikte

seyreder. Bu sebeple sıklıkla yanlış teşhis edilir. Tablo 2.4'te DEHB olarak teşhis edilen diğer bozukluklar sıralanmıştır. DEHB'nin bu heterojen yapısı, bozukluktan etkilenen bireyin hayatını daha karmaşık ve zorlu bir hale getirir (Kessler ve ark., 2005; Landgren ve ark., 1998).

Tablo 2.4. Genellikle DEHB olarak yanlış teşhis edilen durumlar (azalan bir sıklık düzeni) (Bonati ve ark. 2018).

Öğrenme bozukluğu
Uyku bozukluğu
Karşı gelme bozukluğu
Anksiyete bozukluğu
Zihinsel yetersizlik
Konuşma bozukluğu, duygudurum bozukluğu, tik bozukluğu ve iletişim bozukluğu
Otizm spektrum bozukluğu
Gelişimsel koordinasyon bozukluğu

DEHB'li bireylerde sosyal ilişkilerde sorunlar ve madde bağımlılığı da düşük benlik saygısı ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca dürtüsellik paterni, motorlu taşıt kazalarında ve spontan cinsel ilişki (daha genç gebelik ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar) sayısında bir artmaya neden olur (A. C. Childress ve S. A. Berry, 2012). Dahası dürtüsellik ve yavaş bilgi işleme hızları standart testlerden daha düşük puan almalarına, okul başarılarının düşük olmasına ve dolayısıyla okulu bırakmalarının nedeni sayılabilir (A. C. Childress ve S. A. Berry, 2012).

DEHB'nin belirtilerinin yaklaşık %60 ile %80'i yetişkinlikte de devam eder ve bu DEHB'nin adölesan dönemden sonra kendiliğinden biten bir bozukluk olduğu kanısı ile çelişir (A. C. Childress ve S. A. Berry, 2012).

DEHB'nin çeşitli kognitif eksiklikler ile ilişkisi Tablo 2.5'te gösterilmiştir.

Tablo 2.5. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile ilişkili bilişsel alanlar (Posner, Polanczyk, and Sonuga-Barke 2020)

Uyarılma: eyleme veya davranışsal aktivasyona hazırlık
Yürütücü işlevler: karar verme, planlama ve çalışma belleği dahil olmak üzere çok çeşitli üst düzey bilişsel süreçler
Davranışsal ketleme: bir tepkiyi dizginleme ya da başka bir, genellikle daha otomatik tepki lehine zorlama kapasitesi
Motivasyon: subjektif tespitler temelinde potansiyel değere sahip sonuçların peşinden koşmak
Set değiştirme: yeni çevresel talepleri karşılamak için davranış kalıplarını değiştirmek (örneğin, yeni kurallara veya beklentilere uyum sağlamak)
Çalışma belleği: Bilginin zihinsel işleyişine izin veren (örneğin, zihinsel aritmetik) ve genellikle bir tür yürütme işlevi olarak kabul edilen kısa süreli bellek

Örneğin, bir laboratuvar çalışmasında DEHB’li bireyler sağlıklı kontroller ile kıyaslandığında davranışsal ketleme (behavioural inhibition), işleyen bellek (working memory), değişim ayarlaması (set-shifting), planlama ve organizasyon gibi yürütücü işlevlerde daha kötü performans göstermişlerdir (Brown, 2008; Posner ve ark., 2013).

Yürütücü işlev eksikliği DEHB’li bireylerde oldukça heterojen bir dağılım göstermektedir. Örnek olarak bazı bireylerde yaygın olarak yürütücü işlev bozukluğu varken başka bir bireyde farklı yürütücü işlevde önemli derecede bozukluk varken diğer yürütücü işlevlerde bir bozukluk olmayabilir. Dahası bazı DEHB’li bireylerde hiç yürütücü işlev bozukluğu görülmeyebilir (Nigg ve ark., 2005) (Castellanos ve ark., 2006).

Motor bozukluk ve DEHB arasındaki ilişkiyi ele alan birçok çalışma bulunmaktadır (Kooistra ve ark., 2005). Örneğin; DEHB’li çocukların yaklaşık %50’sinin motor becerilerinin yaşlarına kıyasla daha az olduğu bulunmuştur (Tervo ve ark., 2002). Yine farklı bir çalışmaya göre de DEHB’li çocukların %30-70’inin motor kontrol sorunları olduğu ve bunun da nörodavranışsal gelişimdeki problemlere katkı yaptığı bilinmektedir (Tseng ve ark., 2004). Motor sorunları olan çocuklar ve adölesanlar fiziksel aktiviteden kaçınma, obeziteye yatkınlık, odaklanma problemleri, düşük benlik

saygısı, okul ve sosyal ilişkilerde bozukluk gibi birçok sorunla karşı karşıya kalabilirler (Venetsanou ve ark., 2007). Konicarova ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise DEHB'si olan erkek çocuklarının kontrol grubuna göre postüral ve yürüme dengesinin daha bozuk olduğu ileri sürülmüştür (Konicarova ve ark., 2014).

2.8. Uluslararası İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlık Sınıflandırması ve Katılım

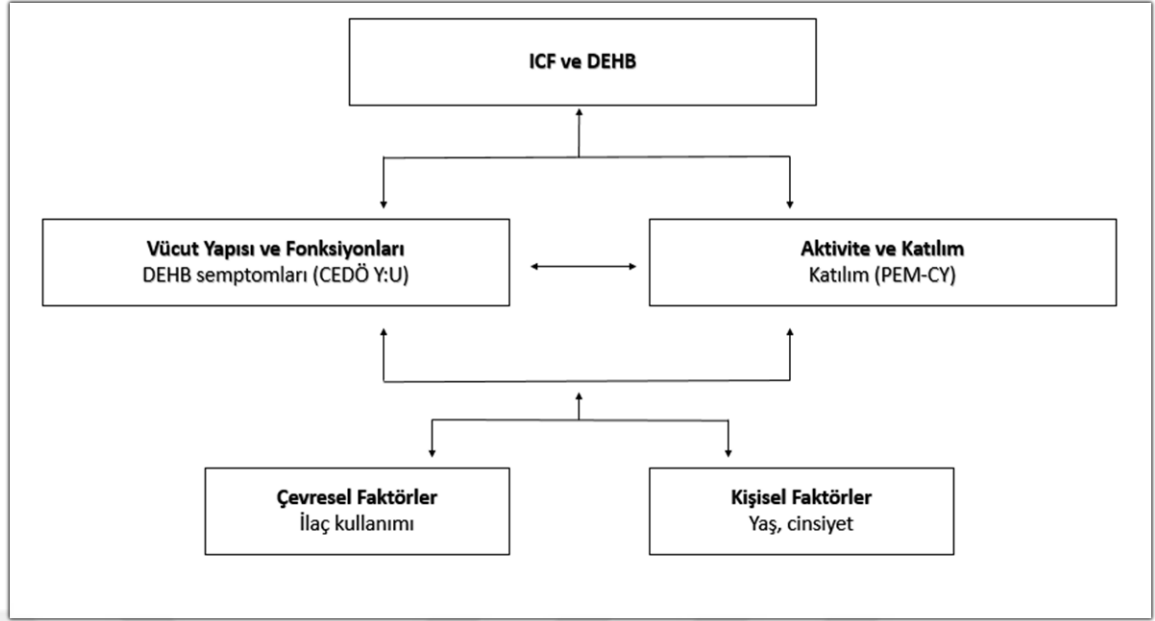
2.8.1. Uluslararası İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlık Sınıflandırması

Uluslararası İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlık Sınıflandırması (*International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF*) uluslararası sınıflandırma ailesinin bir üyesi olarak Dünya Sağlık Örgütü (*World health organization- WHO*) tarafından geliştirilmiştir (DIN, 2001). ICF'in genel amacı sağlık ve sağlıkla ilişkili diğer alanlar için ortak ve belirli biçime uygun bir dil oluşturmak ve bu alanlar arasındaki iletişimi daha verimli bir hale getirmektir (DIN, 2001).

ICF, sadece sağlık alanında değil birçok farklı disipline de yardımcı olmaktadır. Bunun için başta sağlıkla ilişkili alanlar dahil olmak üzere eğitim, politika, sigortacılık, sosyal güvenlik, ekonomi gibi alanlarda bulunmaktadır (DIN, 2001).

ICF'in evreni düşünüldüğünden daha geniştir. Yetiyitimi olan insanlar için daha sık kullanılsa da ICF tüm insanlar için kullanılmaktadır (DIN, 2001).

ICF iki temel başlık altında kapsamını belirler. Bunlardan ilki birinci bölüm olan işlevler ve yetiyitimidir. İkinci bölüm ise bağlamsal etmenleri içerir. Bu iki bölüm de kendi içerisinde tekrar iki bölüme ayrılır. Bunlar birinci bölüm için; vücut, etkinlikler ve katılım iken ikinci bölüm için; çevresel etmenler ve kişisel etmenlerdir (DIN, 2001) (Şekil 2.5).



Şekil 2.5. ICF Temelli Değerlendirme Yöntemleri

ICF kullanımının yaygınlaşması ve çocuklar ve gençler için çıkarılan farklı versiyonunun sonucunda (*Uluslararası İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlık Sınıflandırması Çocuklar ve Gençler - International Classification of Functioning, Disability and Health Children and Youth - ICF-CY*) temel bileşenlerinin ölçümü için yeni araçların tasarlanmasına ihtiyaç duyulmuştur. Bu bileşenlerden önemli iki tanesi katılım ve çevredir. Bu iki bileşen oldukça kapsamlı ve dolayısıyla da karmaşıktır (W. Coster ve ark., 2011).

Katılımın çok boyutlu olduğu ve bu nedenle tüm yönlerini kapsayan tek bir ölçeğin olmadığı düşünülmektedir (Morris ve ark., 2005). Ayrıca, çevrenin katılımı etkilediği fakat bu etkileşimin de çok boyutlu olduğu ve bu nedenle çevreyi ölçen anketlerin de yetersiz olabileceği vurgulanmaktadır (W. Coster ve ark., 2011).

Katılımın ve çevrenin birarada bulunduğu kapsamlı ve uygulanabilir bir ölçüm aracına olan ihtiyaç sebebiyle Coster ve arkadaşları tarafından Katılım ve Çevre Ölçeği-Çocuklar ve Gençler (PEM-CY) geliştirilmiştir (W. Coster ve ark., 2011). PEM-CY, ebeveyn/bakıcı tarafından doldurulan çocuk ve gençlerin ev, okul ve toplum ortamlarında katılımını değerlendiren bir ölçektir (Coster ve ark., 2012). Ek olarak

PEM-CY'nin bileşenleri ICF-CY'nin "faaliyetler" ve "katılım" bölümlerinin 5,6,8,9. bölümleri incelenerek düzenlenmiştir (W. Coster ve ark., 2011).

PEM-CY, ABD ve Kanada'dan 576 engelli ve engelsiz çocuğa bakım verenlerlerce web tabanlı bir format sayesinde geliştirilmiştir. Bakım verenlerin İngilizce biliyor olması ve 5 ila 17 yaş arasındaki çocuk\gencin ebeveyni veya yasal vasisi olması yeterli bulunmuştur (W. Coster ve ark., 2011).

PEM-CY hem engelsiz hem de fiziksel, bilişsel, duygusal ve sosyal işlevleri etkilenenler de dahil olmak üzere her türlü engeli olan çocuk ve genci kapsayacak şekilde geliştirilmiştir. Bu nedenle soru ve yanıtlar her iki grup için de anlaşılır olması gözetilmiştir (W. Coster ve ark., 2011). PEM-CY, Çocuklar için Aktivite Ölçeği–Performans versiyonu (*Activities Scale for Kids–Performance version ASKp, Children Helping Out: Responsibilities, Expectations, and Supports CHORES*), Pediatrik Etkinlik Kartı Sıralaması (*Pediatric Activity Card Sort PACS*), Pediatrik Toplum Katılım Anketi (*Pediatric Community Participation Questionnaire PCPQ*), and Okul Öncesi Etkinlik Kartı Sıralaması (*Preschool Activity Card Sort Preschool ACS*.) ile kıyaslandığında katılıma dair daha fazla madde içerdiği gösterilmiştir (Chien ve ark., 2014). Ayrıca ICF-CY kodlarıyla bağlantısı bakımından da en yüksek içerik yoğunlukluğuna sahip ölçeklerden biridir (Chien ve ark., 2014). Dahası, PEM-CY, 9 katılım alanının hepsini kapsamaktadır (Chien ve ark., 2014). Bu özelliği sayesinde Çocuk ve Ergen Katılım Ölçeği (*Child and Adolescent Scale of Participation CASP*) ile birlikte, katılımın tüm alanlarını ölçen iki araçtan biri olmuştur (Chien ve ark., 2014). Katılımın çok boyutlu doğası ve yaşam alanlarının genişliği göze alındığında PEM-CY'nin bu özellikleri onun önemini ortaya koymaktadır.

2.8.2 Katılım

ICF'e göre katılım dokuz yaşam alanını (bilgi öğrenme ve uygulama, genel görevler ve talepler, iletişim, değişkenlik, kişisel bakım, ev hayatı, kişilerarası etkileşim ve iletişim, temel yaşam alanları, topluluk sosyal ve kent yaşamı) kapsayan yaşam durumuna katılım olarak tanımlanır (DIN, 2001). Whiteneck ve Dijkers' e göre ise etkinlik ve katılım farklı kavramlara işaret ederler. Etkinlik bireysel performans düzeyini gösterirken katılım toplumsal performansı belirtmektedir (Whiteneck ve Dijkers, 2009).

ICF, günlük yaşam aktivitelerine katılımın önemi ve değerlendirilmesi için araştırmacılar ve klinisyenler tarafından sıkça başvuru alan temel kaynaklardan biridir. Bu kaynak, aynı zamanda çocuklar ve gençler için genişletilmiş ve bu sebeple çocuk ve gençlerin katılımının araştırılması daha da önemli bir hale gelmiştir (Organization, 2007).

ICF teşhisin; engellilik, günlük performans ve katılım arasındaki ilişkinin göz önüne alarak belirlenmesi gerektiğini vurgulamıştır (DIN, 2001). Ayrıca rehabilitasyon programları planlanırken temel hedeflerden biri de bireyin günlük yaşam aktivitelerine olan katılımını arttırmaktır (Law, 2002). Çünkü çocukluk ve gençlik döneminde günlük yaşam aktivitelerine dahil olmak gelişimi oldukça olumlu etkiler (Engel-Yeger ve Ziv-On, 2011). Yeni yetenek ve beceriler kazanabilmek, yaşam deneyimlerini zengin kılabilme için bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde daha aktif bir rol alması gerekmektedir (Engel-Yeger ve Ziv-On, 2011). Ayrıca ICF-CY günlük yaşam aktivitelerine katılımı sağlık ve esenliğin önemli bir bileşeni olarak görmüştür (ICF-CY, 2007). Katılım, bireylerin diğer insanlarla anlamlı ilişkiler geliştirmesinin de önemli bir yoludur (Rogoff, 2003). Üstelik engelli bireylerin katılımının da öneminin giderek arttığı bildirilmektedir (Şahin ve ark., 2020).

Çevresel faktörler; fiziksel, sosyal ve davranışsal çevreleri içerir ve bireyin günlük yaşamını etkiler (ICF-CY, 2007). Özellikle engelli bireylerin katılım düzeyi bu çevresel faktörler tarafından belirlenir (W. Coster ve ark., 2011; Şahin ve ark., 2020).

Katılımı ölçen pek çok ölçek bulunmaktadır. Bu ölçekler bazılarının isimleri genel ölçekler ve özel ölçekler başlığı altında Tablo 2.6'da verilmiştir.

Tablo 2.6. Katılımı ölçen ölçekler (Oral 2011).

Genel Ölçekler
Participation And Enviroment Measutement Child ve Youth (PEM-CY)*
Assessment of Life Habits (LIFE-H)
Craig Handicap Assessment and Reporting Technique (CHART)
Craig Hospital Inventory of Environmental Factors (CHIEF) *
Community Activities Checklist (CAC)
Community Health Environment Checklist (CHEC)
Facilitators and Barriers: Survey of Environmental Influences on Participation Among People with Lower Limb Mobility Impairments and Limitations (FABS/M)
Impact on Participation and Autonomy Questionnaire (IPA)
London Handicap Scale (LHS)
Participation Measure for Post Acute Care (PM-PAC)
Participation Objective, Participation Subjective (POPS)
Participation Scale/P-scale *
Participation Survey /Mobility (PARTS/M)
Perceived Handicap Questionnaire (PHQ)
Rehabilitation Activities Profile (RAP)
Reintegration to Normal Living İndex (RNLI)
Social Functional Autonomy Measurement System (social SMAF)
WHO Disability Assessment Schedule II (WHODAS II) *
Özel Ölçekler
Brain Injury Community Rehabilitation Outcome 39 (BICRO 39) scales
Community Integration Measure (CIM)
Community Integration Questionnaire (CIQ)
Mayo Portland Adaptability Inventory (MPAI-4)
Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI) *
Social Integration Survey (SIS)
Subjective Index of Physical and Social Outcome (SIPSO)
Sydney Psychosocial Reintegration Scale (SPRS)

*Türkçe'ye çevrilmiştir

2.9. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Katılım

DEHB’li çocuklarda ve adölesanlarda görülen bilişsel ve motor alandaki yetersizlikler çocukların ve adölesanların günlük yaşam aktivitelerine katılımını azaltmakta ve bu durumda sebep-sonuç döngüsünü kısır bir hale sokmaktadır (de Schipper ve ark., 2015). Bununla birlikte, bazı çalışmalar, yetişkinlikte bile DEHB’li bireylerin %30-87’sinin günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılığının devam ettiğini belirtmektedir ((Ruiz-Pérez ve ark., 2018; Williams ve ark., 2015).

Diğer araştırmacılar tarafından yapılan çalışmalarda da DEHB’li bireylerin günlük yaşam aktivitelerine katılımının daha az olduğu ve sosyal, fiziksel ve beceri gerektiren etkinlikler ile resmi etkinliklere katılımlarının tipik gelişim gösteren akranlarından az olduğu bildirilmiştir (Engel-Yeger ve Ziv-On, 2011; Mimouni-Bloch ve ark., 2018; Shimoni ve ark., 2010).

Bunlara ek olarak, DEHB’li çocukların yaşitlarına göre daha fazla bilgisayar oyunu oynadığını ve internette daha fazla zaman geçirdiğini gösterilmiştir (Bioulac ve ark., 2008). Yine spor aktivitelerine de motor zorluklar sebebiyle katılımlarının az olduğu belirtilmiştir (Kiluk ve ark., 2009).

Ayrıca çalışmalar, DEHB’li çocukların sosyal ilişkilerinde başarısız olduklarını ve sosyal uyum becerilerinde zorluk yaşadıklarını göstermektedir (Hurt ve ark., 2007; Normand ve ark., 2011). DEHB’li çocuklar beraber oyun oynama, farklı bakış açısına sahip olma, öz düzenleme gibi alanlarda zayıf sosyal becerileri, uygun olmayan davranışları nedeniyle zorluk yaşarlar. Bunlar çeşitli sosyal aktivitelere katılımlarını olumsuz yönde etkiler ve uzun dönemde sosyal izolasyon ve akranları tarafından reddedilmeye neden olabilir (Hoza, 2007). Bu bulgular ışığında DEHB, bazı araştırmacılar tarafından “sosyal bir özür” olarak tanımlanmıştır (Gentschel ve McLaughlin, 2000).

2.10. Adölesan ve Ebeveyn Çatışması

Adölesanlar için aile-çocuk ilişkisi oldukça önemlidir. Adölesan dönemde, adölesanlar biyolojik, kognitif ve nörolojik değişimleri hızla geçirirler (Crone ve ark., 2016). Bu değişimler ise psikolojik işlevsellikte ve ilişkiler üzerinde oldukça etkilidir (Collins ve Steinberg, 2006).

Çatışma, iki veya daha fazla kişinin birbirleriyle uyumsuz hedeflere sahip olması olarak tanımlanır (Kriesberg, 2007). Çocukluk çağını geride bırakıp adölesan döneme giren gençler eskiye oranla daha bağımsız olmayı isterler (Vangelisti, 2012). Bu istek adölesan ve ebeveyn arasında bir çatışmaya sebep olabilir. Örneğin, adölesanların özerklik ve daha az ebeveyn kontrolü için çabalaması, adölesanın ventral efektif sistem ve prefrontal korteks gelişiminden daha önce gerçekleşmektedir (Crone ve ark., 2016). Bağımsız olmayı talep etme dışında adölesan dönemde gelişmekte olan duygusal öz düzenleme ebeveyn-adölesan çatışmasını derinleştirir (Laursen ve ark., 1998).

Çatışmanın yoğunluğu hakkındaki bilgiler genellikle adölesan bakış açısıyla verilmekle beraber birçok çalışma, çatışmanın adölesan dönem boyunca azaldığını göstermektedir (Shanahan ve ark., 2007). Fakat bazı çalışmalara göre de çatışmanın yoğunluğu dönemlere ayrılmaktadır. Bu dönemlere göre adölesan dönemin ilk zamanlarında çatışma artmakta ortalarına doğru ise azalmaktadır (De Goede ve ark., 2009). Adölesanların ebeveynleri ile en çok çatıştığı konuların başında ise ev işleri, kişisel temizlik, arkadaşlar, sosyal yaşam ve okul çalışmaları gibi tipik günlük aile meseleleri gelmektedir (Lerner ve Steinberg, 2009).

Çok fazla çatışmanın adölesanın hayatını olumsuz etkilediği söylenebilir. Bu olumsuz etki; daha çok dışa yönelim ve içselleştirme problemleri, daha düşük özgüven, daha düşük esenlik, okula uyumda problemler ve daha yüksek oranda kötü madde kullanımı olarak örneklendirilmektedir (Tucker ve ark., 2003). Çatışmanın hem ebeveyn hem de adölesanın hayatında oldukça ağır tecrübelerden biri olduğu bilinse de bu çatışmanın aile ilişkilerini daha eşitlikçi bir temele dayandırması da beklenebilir (Branje, 2018). Daha eşitlikçi aile ilişkileri için ise ebeveynlerin otoritelerini kademeli olarak azaltmaları gerekir. Fakat genellikle adölesanlar ebeveynlerinin izin verdiklerinden daha fazla bağımsız olmak isterler. Bu istek çatışmanın oluşumuna katkıda bulunur (Deković ve ark., 1997). Baumrind, 3 farklı ebeveyn tutumundan bahseder. Bunlar; otoriter, izin verici ve demokratik tutum olarak sıralanmaktadır. Otoriter tutumda bulunan ebeveynler daha kontrolcüdür ve adölesanın isteklerini daha az oranda kabul ederler. İzin verici tutumda bulunan ebeveynlerin ise adölesanlar üzerindeki kontrolü daha azdır ve adölesanın isteklerini kabüle daha yatkınlardır. Demokratik tutum gösteren ebeveynler ise adölesanın isteklerini yüksek oranda kabul ederken yüksek oranda kontrol de etmektedir. (Baumrind, 1971). Ebeveynin bulunduğu topluma göre

farklı çocuk yetiştirme tutumları görülmektedir (Recebov, 2000). Örneğin; Amerika'daki ebeveynler Türkiyedeki ebeveynlerine göre çocuklarının daha küçük yaşta bağımsız olması gerektiğini belirtmektedir. (ŞANLI ve Öztürk, 2015). Türk anneleri daha disiplinli bir ebeveynlik sergilerken Batılı annelerin, Türk annelere göre daha az itaatkarlık beklediği söylenmiştir (Durgel ve Yağmurlu, 2014). Yine başka bir çalışmada, Türk adölesanlarının ailelerini Amerika'lı adölesanlara göre daha otoriter ve daha az hoşgörülü olarak değerlendirdikleri gösterilmiştir (Dinn ve Sunar, 2017). Bu bulgular, Türk aile yapısının adölesan üzerinde daha yüksek kontrol uyguladığını işaret etmektedir. Bu farklılığın sebebinin ise kültürel farklılıklar olması muhtemeldir (Recebov, 2000). Ayrıca aynı kültürde bulunan fakat farklı sosyodemografik özelliklere sahip ebeveynlerde bile ebeveynlik tutumu farklı bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Örneğin bir araştırmada ebeveynin yaşının, eğitim düzeyinin, cinsiyetinin, aylık ortalama gelirin, ebeveynin bakmakla yükümlü olduğu çocuk sayısının, ebeveynin modern/geleneksel yaşam tarzının ebeveynlik tutumu üzerindeki farkı gösterilmiştir (Canatan, 2020). Çatışma DEHB bağlamında incelendiğinde, aile ortamı ya koruyucu bir faktör ya da bir risk faktörü olarak gösterilmiştir (Burt ve ark., 2003). Ayrıca yapılan çalışmalar gösteriyor ki DEHB varlığında ebeveyn-çocuk ilişkisi bozulmakta (Barkley ve ark., 1992) ve ebeveyn-çocuk iletişimi de daha olumsuz ve çelişkili bir hal almaktadır (Edwards ve ark., 2001).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Etik İlkeleri

“ Dikkat eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan Adölesanların Katılım Düzeylerinin Adölesan ve Ebeveyn Bakış Açıları Yönünden Uyumı” adlı çalışma DEHB’si olan ve olmayan adölesanların katılım düzeylerini hem adölesan hem de birinci dereceden bakım vereni tarafından ölçülmesini amaçlayan kesitsel bir çalışmadır. Bu çalışmanın yapılabilmesi adına Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 06/01/2022 tarihinde gerekli onay alındı. (2021-339) (EK-1).

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışmamız Antalya ilinde bulunan Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Ocak-Eylül 2022 tarihleri arasında yapıldı.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu çalışma, Antalya ilinde bulunan Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran, çocuk ve ergen psikiyatristi tarafından alt tipine bakılmaksızın DSM-5 kriterlerine göre DEHB tanısı almış ve çalışmaya katılmayı kabul eden 12-17 yaş arası adölesanlar ve ebeveynleri ile ve yine 12-17 yaş arası sağlıklı adölesanlar ve ebeveynlerinin katılımı ile yapıldı.

Çalışmaya başlamadan önce hem adölesanlara hem de ebeveynlere asgari bilgilendirilmiş gönüllü olur formu okunmuş ve kabul edenlerce imzalandı.

3.3.1. DEHB’li Adölesanlar için Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:

- Alt tip fark etmeksizin çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından DEHB tanısı almış olan,
- 12-17 yaş arasında olan,
- Değerlendirme ölçümleri için talimatları takip edebilecek kognitif beceriye sahip olan,
- Anadili Türkçe olan,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan,

- Asgari bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu okumuş ve imzalamış olan,

3.3.2. DEHB’li Olmayan Adölesanlar için Çalışmadan Çıkarılma Kriterleri:

- Otizm spektrum bozukluğu, psikotik semptomlar, depresyon gibi herhangi bir psikiyatrik tanı almış olan,
- Kafa travması, serebral palsi, epileptik nöbetler, görme ve konuşma bozukluğu gibi ortopedik veya nörolojik bir bozukluğa sahip olan,
- Son 6 aydır farklı bir psikiyatrik tanı nedeni ile medikal tedavi alan,
- Anadili Türkçe olmayan,
- Türkçe okuma-yazma becerisine sahip olmayan.

3.3.3. Sağlıklı Adölesanlar için Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:

- 12-17 yaş arası sağlıklı gelişim gösteren çocuklar,
- Herhangi bir psikiyatrik ve nörolojik bir tanısı olmayan,
- Anadili Türkçe olan,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan,
- Asgari bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu okumuş ve imzalamış olan.

3.3.4. DEHB’li Adölesanlar için Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:

- Herhangi bir nöropsikiyatrik bozukluk nedeniyle medikal tedavi almış olan,
- Çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler aileler ve adölesanlar,
- Anadili Türkçe olmayan,
- Türkçe okuma-yazma becerisine sahip olmayan.

3.4 Değerlendirme Parametreleri

Bireylerin 3 farklı form üzerinden bilgileri alınmıştır. Bu formlar; sosyodemografik form: Katılım Ve Çevre Ölçeği-Çocuklar Ve Gençler (*Participation And Environment Measurement Child ve Youth/Pem-CY*) ve Connors Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği-Yenilenmiş Uzun Form (*Connors Parent Rating Scale Revised Long Version/CEDÖ Y/U*).

3.4.1 Sosyodemografik Form

Bireylerin sosyodemografik bilgileri 20 sorudan oluşan sosyodemografik form doldurularak alınmıştır. Bu 20 sorunun içeriği: bilgilerin toplandığı tarih, tanı, adölesanın adı-soyadı, doğum tarihi, cinsiyeti, doğum şekli, doğum yaşı, ailenin

kaçıncı çocuğu olduğu, kardeş sayısı, okul bilgileri, anne baba arasında akrabalık ilişkisinin olup olmadığı, anne ve babanın yaşı, adölesanın ek bir sorunun olup olmadığı, annenin ilk bebeğini doğurduğu yaş ve çalışmaya katılan adölesanı doğurduğu yaş, annenin hamilelik öyküsü, ailenin maddi durumu ve adölesanın özel bir eğitim alıp almadığı sorularıdır.

3.4.2 Katılım Ve Çevre Ölçeği-Çocuklar Ve Gençler (*Participation and Enviroment Measutement Child & Youth/PEM-CY*)

PEM-CY; ev, okul ve toplum olmak üzere üç ortamı inceler ve her ortamı, “katılım ve çevre” olarak iki bölümde ele alır (Coster ve ark., 2012). Katılım bölümü, ev ortamında 10, okul ortamında 5 ve toplumsal ortamda 10 madde içerir. Katılım bölümünde, katılımın çeşitli boyutlarını ölçmek için üç farklı ölçek kullanılmaktadır: katılım sıklığı (her gün ile hiçbir zaman arasında değişen sekiz seçenekle çocuk ne sıklıkta katıldı), dahil olma derecesi (çocuğun aktiviteye katılırken ne kadar dahil olduğu) ve değişim isteği (ebeveynler çocuğun bu tür bir faaliyete katılımında bir değişiklik görmek istiyor mu: evet veya hayır).

Çevre öğeleri, belirli bir ortamdaki fiziksel, bilişsel ve sosyal ortamlarla ilişkili faktörlerdir (çevrenin özellikleri çocuğun ev/okul/toplumsal ortamındaki etkinliklere katılmasına yardımcı olur mu veya zorlaştırır mı?). Katılımcılardan belirli faktörlerin çocukların katılımını teşvik edip etmediğini ve algılanan destekleyici kaynakların (örneğin para, bilgi ve malzemeler) mevcut olup olmadığını bildirmeleri istenir (Coster ve ark., 2010).

PEM-CY’nin yapılan çalışmalar ile 5-17 yaş arası çocuklar ve gençler için güvenilir ve geçerli bir ölçüm olduğu da doğrulanmıştır (Cronbach’s alpha= 0.68-0.96, sınıf içi korelasyon katsayıları= 0.76-0.96) (W. Coster ve ark., 2011).

PEM-CY’nin türkçe versiyonu için psikometrik özelliklerini araştıran ilk araştırma Kaya-Kara ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Kaya Kara ve ark., 2020). Kaya-Kara ve arkadaşları tarafından öncelikle McMaster Üniversitesindeki PEM-CY ekibinen gerekli izin alınmış daha sonra da ileri ve geri çeviri yöntemiyle kültürel adaptasyon yapılmıştır (Kaya Kara ve ark., 2020). İlk aşamada bağımsız iki profesyonel PEM-CY’yi İngilizce’den Türkçe’ye çevirmiştir. İkinci aşama ise bu iki çeviri arasındaki

fikir birliğinin oluşmasıdır. Üçüncü aşamada iki dile sahip ve anadili İngilizce olan birinin bu Türkçe'ye çevrilmiş PEM-CY'nin yeniden İngilizce'ye çevrilmesi aşamasıdır. Dördüncü aşamada yeniden İngilizceye çevrilmiş PEM-CY ölçeğinin, PEM-CY'yi geliştirenler tarafından incelenmesini içerir. Beşinci aşamada uzmanlar tarafından Türkçe versiyon gözden geçirilir. Altıncı aşamada ise PEM-CY'nin son hali engelli (n=30) ve engelsiz (n=30) çocuklarda tüm maddelerin anlaşılabilirliği ve kültürel uyumu açısından Türk ebeveynlerine uygulanmıştır (Kaya Kara ve ark., 2020). Çalışmayı 410 ebeveyn tarafından tamamlanmış ve 105 kişi ise test-tekrar test için 2 hafta sonra yeniden anketleri doldurmuştur. Türkçe PEM-CY'nin psikometrik analiz çalışmasına göre, 178 engeli olmayan ve 210 engeli olan çocuğu içeren PEM-CY'nin orta ile çok güçlü iç tutarlılığı ve test-tekrar testi güvenilirliği bulunmuştur (Cronbach's alpha= 0.67-0.93, sınıf içi korelasyon katsayıları= 0.67-0.80) (Kaya Kara ve ark., 2020).

PEM-CY için özet puanlar oluşturulmuş ve bu puanlar sayesinde araç daha pratik bilgiler sağlamıştır (Tablo 3.1). Bu özet puanlardan ilki katılımın sıklığıdır ve bu çocuk veya gencin katılım sıklığının genel göstergesidir. İkinci özet puan dahil olma derecesidir. Bu çocuk veya gencin faaliyetlere ne ölçüde katıldığını gösterir. Üçüncü katılımdaki değişim isteğidir. Bu özet puan ise mevcudiyetin memnuniyet seviyesini belirler. Dört, beş ve altıncı özet puanlar çevresel öğelere göre belirlenir. Çevrenin toplam desteği çevrenin o ortama katılımının ne derece etkilediğine dair genel bir gösterge verir. Çevrenin desteği katılım için hangi çevrenin algılandığını, çevre kaynak özet puanı ise katılımın gerçekleşmesi için kaynakların derecesini belirtir (W. Coster ve ark., 2011).

Tablo 3.1. Çocuklar ve Gençler için Katılım ve Çevre ölçümü özet puanları (Coster ve ark. 2011a)

Bölüm	Özet Puanı	Gerekçe
Katılım sıklığı	% Mümkün olan maksimum ('hiçbir zaman' dışındaki tüm puanların toplamının puan sayısına bölümü) % Katılımcı hiç ('hiçbir zaman' dışında sıklıkta yanıtlanan öğelerin sayısının, puanlanan toplam öğe sayısına bölümü)	Bu ortamdaki faaliyetlere katılım sıklığının genel bir göstergesini sağlar. Daha yüksek puanlar, etkinlikler arasında daha fazla sıklığı gösterir. Yüzde, çocuğun katıldığı etkinliklerin bir göstergesidir. Bunun tersi (%hiçbir zaman) önemli ölçüde sınırlı katılımın potansiyel bir göstergesidir
Dahil olma derecesi	Aktiviteler arası ortalama seviye (ebeveynlerin sıklık için 'hiçbir zaman' yanıtını vermedikleri dışındaki tüm maddelerin ortalaması)	Çocuğun sosyal katılım da dahil olmak üzere faaliyetlere ne ölçüde katıldığına dair bir gösterge sağlar. Daha yüksek puanlar, faaliyetler arasında daha fazla katılımı gösterir
Katılım: değişim isteği	% Değişim ('evet, değişiklik' yanıtlarının sayısı, puanlanan toplam öğe sayısına bölünür)	Mevcut katılımı ilgili dolaylı bir memnuniyet göstergesi sağlar
Çevre: toplam destek	% Mümkün olan maksimum (derecelendirmelerin toplamı, derecelendirilen öğe sayısına bölünür)	Çevrenin o ortama katılımı ne ölçüde desteklediğine dair küresel bir gösterge sağlar.
Çevre: destek	% Mümkün olan maksimum (destek öğesi derecelendirmelerinin toplamı, derecelendirilen öğe sayısına bölünür)	Çocuğun katılımını desteklemek için hangi çevrenin algılandığına dair genel bir gösterge sağlar.
Çevre: kaynaklar	% Mümkün olan maksimum (derecelendirilen öğe sayısına bölünen kaynak öğesi derecelendirmelerinin toplamı)	Ailenin, çocuğun katılımını desteklemek için yeterli kaynaklara sahip olduğunu ne ölçüde algıladığının genel bir göstergesini sağlar.

3.4.3 Conners Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği- Yenilenmiş Uzun Form (*Conners Parent Rating Scale Revised Long Version/CEDÖ Y/U*)

Bu ölçeğin ilk hali olan Conners Ebeveyn Derecelendirme Anketi (*Conners' Parent Rating Scale-CPRS*) psikiyatrik ortamlara ayaktan başvuran bir çocuğun ailesinden alınan ve çocuğun psikiyatrik durumlarını ölçmeye yarayan detaylı bir ölçüm aracıydı. Bu araç uyku problemleri, yeme problemleri, öfke sorunu, arkadaş edinme sorunları ve sosyal problemler vb. konuları ölçmeyi amaçlarken daha sonrasında DEHB'nin semptomlarını da içeren ek bir kategori ile genişletilmiştir. (Conners ve ark., 1998).

Zamanla, davranışsal problemleri taramak ve değerlendirmek (Horn ve ark., 1987) için ayrıca yıkıcı davranış problemlerinde ilaç kullanımını değerlendirmek (Fischer ve Newby, 1991) için kullanılan CRPS oldukça popüler bir hale gelmiştir. Bu nedenle, CRPS hem klinisyenler hem de araştırmacılar tarafından yaygın bir şekilde kullanılmıştır. Fakat yine de farklı sebeplerden dolayı (örneğin, ölçeğin kaygı ve depresyon gibi önemli ölçütlere gereği kadar odaklanmaması) CRPS'nin güncellenmesi ve yeniden standardizasyona ihtiyaç duyulmuştur (Conners ve ark., 1998).

3-17 yaş arası 2200 öğrencinin katılımıyla revizyon çalışmaları başlamıştır. Kanada ve Amerika Birleşik Devletleri'nden yaklaşık 200 okul çalışmaya dahil olmuştur. Özel eğitim sınıflarındaki çocuk ve adölesanlar hariç olabildiğince çok kişiye ulaşmak hedeflenmiştir (Conners ve ark., 1998). Revizyon sonucunda, Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği - Revize Edilmiş (*The Conners' Parent Rating Scale – Revised CPRS-R*) oluşturulmuş ve önceki versiyonlara oranla daha iyi psikometrik özelliklere sahip bir ölçek olmuştur. CPRS-R'nin iki formu mevcuttur. Bunlar 80 soruluk ve bakım veren tarafından 20 dakikada doldurabilen Conners Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği - Yenilenmiş Uzun Form - *CEDÖ Y/U* (*Conners Parent Rating Scale Revised Long Version/ CPRS-R:L*) ve 27 soruluk, bakım veren tarafından 5 ila 10 dakikada tamamlanabilen Conners Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği - Yenilenmiş Kısa Form - *CEDÖ Y/K* (*Conners Parent Rating Scale Revised Short Version/ CPRS-R:S*). Ölçeğin daha az madde içeriğine rağmen DEHB ile ilgili davranışları saptamada daha kapsamlı bir ölçüm sağlanmış ve bu da DEHB'li bireylerin tespitini kolaylaştırmıştır (Conners ve ark., 1998).

Dahası, CRPS-R hem DEHB sempomlarını hem de komorbid durumları tespit etmek için farklı kategorileri barındırır. Dolayısıyla bu kapsamlı değerlendirme aracı klinisyenin odaklanması gereken yeri de göstermektedir (Conners ve ark., 1998). Ayrıca, CRPS-R tedaviyi izlemek ve tedavi sonucunun değerlendirilmesi amacıyla da kullanılabilir (Conners ve ark., 1998).

DEHB'li bireylerde problemli davranışlarının incelenmesinde klinik değerlendirmenin yanı sıra ölçeği çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları hekimi tarafından değerlendirilecektir. Bu ölçekte ana veya babaya son bir ayı düşünerek maddelere puan vermesi istenir. Bu puanlar 0-Hiç doğru değil (Hiçbir zaman, nadiren), 1-Biraz doğru (Bazen), 2-Oldukça doğru (Çoğu kez, Sık sık) ve 3-Çok doğru (Pek çok kez, Çok sık sık) manasına gelmektedir (Conners ve ark., 1998). CEDÖ-Y/U, Bilişsel problemler-Dikkatsizlik (10 madde), Karşı gelme (12 madde), Kaygı- Utangaçlık (8 madde), Sosyal Problemler (5 madde) ve Psikosomatik (6 madde) olmak üzere yedi alt ölçekten meydana gelmektedir (Kaner ve ark.). CEDÖ-YU'nun Cronbach alfa katsayıları 0.55-0.85, test-yeniden test güvenilirlik katsayıları 0.35-0.73 arasındadır. Ayrıca Türkçe uyarlamasını araştıran çalışmalar tarafından Türk kültürü için uygun bir ölçek olduğu da bulunmuştur (Analiz sonucu elde edilen uyum indeks değerleri RMSEA= 0.04; RMR= 0.04; GFI= 0.90; AGFI= 0.89) (Kaner ve ark.).

3.5 İstatistiksel Analiz

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için SAS 9.4 programı kullanılmıştır. Araştırmanın ölçümle belirlenen nicel değişkenleri için tanımlayıcı istatistikler olarak ortalama ve standart sapma, sayımla belirlenen nitel değişkenler için ise tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde şeklinde gösterilmiştir. Kullanılan verilerin öncelikle normal dağılıma uygunluk testleri Shapiro-Wilk testi ve çarpıklık katsayılarının incelenmesi ile yapılmıştır. Yapılan testler sonucu verilerin normal dağılım gösterdiği anlaşılmıştır ve istatistiksel analizde parametrik testler kullanılmıştır. İki kategorili değişkenler arasındaki ikili karşılaştırmalarda bağımsız gruplar arası t testi uygulanmıştır. Aynı ölçeğin adölesan ve ebeveenden elde edilen ölçümlerini karşılaştırmak için bağımlı gruplar arası veya eşli gözlem t-testi uygulanmıştır. Nitel tipteki değişkenler arasındaki ilişkiyi ortaya koymak için Ki-Kare analizi yapılmıştır. Adölesan ve ebeveynin katılım parametrelerini değerlendirmeleri arasındaki uyumu Kappa testi ile değerlendirildi. Weighted Kappa katsayılarının

sınıflandırılması Tablo 3.2’de gösterilmiştir. Çalışmanın tamamında anlamlılık düzeyi olarak 0.05 değeri kabul edilmiştir.

Tablo 3.2. Kappa (κ) değerlerinin yorumlanması (Kılıç, 2015).

κ değeri	Yorum
< 0	Şansa bağlı olabilecek uyumdan daha kötü uyum olması
0.01 — 0.20	Önemsiz düzeyde uyum olması
0.21 — 0.40	Zayıf düzeyde uyum olması
0.41 — 0.60	Orta düzeyde uyum olması
0.61 — 0.80	İyi düzeyde uyum olması
0.81 — 1.00	Çok iyi düzeyde uyum olması

4. BULGULAR

4.1 Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan adölesanlar ve sağlıklı adölesanlardan oluşan grupların sosyodemografik ve klinik özellikleri arasındaki karşılaştırma Tablo 4.1 ve Tablo 4.2’de verildi. Grupların fiziksel özellikleri arasında (yaş, boy, vücut ağırlığı, VKİ ve cinsiyet) ve sosyodemografik özellikler açısından (ilaç kullanımı, preterm risk ve ailenin medeni durumu hariç) anlamlı bir fark gözlenmedi. (Tablo 4.1, Tablo 4.2)

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

	Sağlıklı (N=66)	DEHB (N=61)	Genel (N=127)	t	p
Yaş (yıl)	14.30 ± 1.81	13.79 ± 1.76	14.06 ± 1.80	1.62	0.106
Boy (cm)	161.2 ± 9.9	162.2 ± 12.6	161.6 ± 11.2	-0.51	0.607
Kilo (kg)	53.30 ± 11.73	54.70 ± 11.56	53.97 ± 11.62	-0.67	0.501
VKİ (kg\m2)	20.31 ± 2.87	20.69 ± 3.29	20.49 ± 3.07	-0.68	0.496
Tanı alma yaşı	0.0 ± 0.0	8.02 ± 3.66	3.85 ± 4.75	-17.79	0.0001
Gestasyonel yaş (hafta)	38.82 ± 1.74	38.54 ± 2.71	38.69 ± 2.25	0.69	0.49
Doğum kilosu (kg)	3126 ± 515	3223 ± 547	3172 ± 530	-1.04	0.302
Kardeş sayısı	1.409 ± 0.859	1.279 ± 1.185	1.346 ± 1.026	0.71	0.476
Anne yaşı	39.86 ± 5.28	40.28 ± 5.64	40.06 ± 5.44	-0.43	0.669
Baba yaşı	44.05 ± 4.73	45.00 ± 6.81	44.50 ± 5.82	-0.92	0.358

cm: santimetre, kg: kilogram VKİ: vücut kitle indeksi, m: metre. p<0.05 bağımsız gruplar arası t testi için anlamlı kabul edildi.

Tablo 4.2. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

	Sağlıklı (N=66)	DEHB (N=61)	Genel (N=127)	χ^2	p
Cinsiyet, n (%)				0.51	0.471
Kız	20 (30.3%)	15 (24.6%)	35 (27.6%)		
Erkek	46 (69.7%)	46 (75.4%)	92 (72.4%)		
İlaç Kullanımı, n (%)				50.23	0.0001
Hayır	66 (100.0%)	27 (44.3%)	93 (73.2%)		
Evet	0 (0.0%)	34 (55.7%)	34 (26.8%)		
Doğum Şekli, n (%)				1.07	0.299
Normal	32 (48.5%)	24 (39.3%)	56 (44.1%)		
Sezaryen	34 (51.5%)	37 (60.7%)	71 (55.9%)		
Gebelik Hastalık, n (%)				6.59	0.01
Yok	57 (86.4%)	41 (67.2%)	98 (77.2%)		
Var	9 (13.6%)	20 (32.8%)	29 (22.8%)		
Preterm Risk, n (%)				6.96	0.008
Yok	63 (95.5%)	49 (80.3%)	112 (88.2%)		
Var	3 (4.5%)	12 (19.7%)	15 (11.8%)		
Okul, n (%)				0.56	0.452
Ortaokul	27 (40.9%)	29 (47.5%)	56 (44.1%)		
Lise	39 (59.1%)	32 (52.5%)	71 (55.9%)		
Yaşadığı Yer, n (%)				0.18	0.664
İl	31 (47.0%)	31 (50.8%)	62 (48.8%)		
İlçe + köy	35 (53.0%)	30 (49.2%)	65 (51.2%)		
Anne Eğitim Düzeyi, n (%)				0.83	0.84
İlkokul	21 (31.8%)	16 (26.2%)	37 (29.1%)		
Ortaokul	10 (15.2%)	8 (13.1%)	18 (14.2%)		
Lise	21 (31.8%)	21 (34.4%)	42 (33.1%)		
Üniversite	14 (21.2%)	16 (26.2%)	30 (23.6%)		
Baba Eğitim Düzeyi, n (%)				1.6	0.658
İlkokul	11 (16.7%)	12 (19.7%)	23 (18.1%)		
Ortaokul	5 (7.6%)	8 (13.1%)	13 (10.2%)		
Lise	29 (43.9%)	22 (36.1%)	51 (40.2%)		
Üniversite	21 (31.8%)	19 (31.1%)	40 (31.5%)		
Ailesinin Medeni Durumu, n (%)				13.98	0.0002
Evli	65 (98.5%)	47 (77.0%)	112 (88.2%)		
Boşanmış	1 (1.5%)	14 (23.0%)	15 (11.8%)		
Sosyo-ekonomik Düzey, n (%)				1.58	0.453
Ortalamanın altında	4 (6.1%)	3 (4.9%)	7 (5.5%)		
Ortalama	19 (28.8%)	24 (39.3%)	43 (33.9%)		
Ortalamanın üstünde	43 (65.2%)	34 (55.7%)	77 (60.6%)		

DEHB: dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, χ^2 : Ki-kare p<0.05 ki-kare testi için anlamlı kabul edildi.

4.2 DEHB’li ve Sağlıklı Adölesanların Conners Ölçeği Sonuçları

Çalışmaya katılan tüm DEHB’li ve sağlıklı adölesanların ebeveynleri tarafından doldurulan CEDÖ-Y/U ölçeğinin sonuçlarına bakıldığında iki grup arasında tüm alt ölçeklerde (Karşı Gelme Alt Ölçeği, Bilişsel Problemler\Dikkatsizlik Alt Ölçeği, Hiperaktivite Alt Ölçeği, Kaygı-Utangaçlık Alt Ölçeği, Mükemmelliyetçilik Alt Ölçeği, Sosyal Problemler Alt Ölçeği, Psikosomatik Alt Ölçeği, DEHB İndeksi Alt Ölçeği, Conners Global İndeksi Huzursuzluk İmpulsivite Alt Ölçeği, Conners Global İndeksi Duygusal Değişkenlik Alt Ölçeği, Conners Global İndeksi Duygusal Değişkenlik Alt Ölçeği, Conners Global İndeksi Toplam Alt Ölçeği, DSM-IV Semptomları Dikkatsizlik Alt Ölçeği, DSM-IV Semptomları Hiperaktivite\Dürtüsellik Alt Ölçeği, DSM-IV Semptomları Toplam Alt Ölçeği) anlamlı bir fark bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.3)

Ölçeğin puanlaması dikkate alındığında yine tüm alt ölçeklerde (Karşı Gelme Alt Ölçeği, Bilişsel Problemler\Dikkatsizlik Alt Ölçeği, Hiperaktivite Alt Ölçeği, Kaygı-Utangaçlık Alt Ölçeği, Mükemmelliyetçilik Alt Ölçeği, Sosyal Problemler Alt Ölçeği, Psikosomatik Alt Ölçeği, DEHB İndeksi Alt Ölçeği, Conners Global İndeksi Huzursuzluk İmpulsivite Alt Ölçeği, Conners Global İndeksi Duygusal Değişkenlik Alt Ölçeği, Conners Global İndeksi Duygusal Değişkenlik Alt Ölçeği, Conners Global İndeksi Toplam Alt Ölçeği, DSM-IV Semptomları Dikkatsizlik Alt Ölçeği, DSM-IV Semptomları Hiperaktivite\Dürtüsellik Alt Ölçeği, DSM-IV Semptomları Toplam Alt Ölçeği) DEHB’li adölesanların puanları sağlıklı yaşlılarından daha yüksekti. DEHB’li adölesanların sağlıklı yaşlılarından klinik olarak daha düşük bir seviyede oldukları gösterildi (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. DEHB’li ve sağlıklı adölesanların, DEHB semptomları alt ölçekleri değerlerinin karşılaştırılması

	Sağlıklı (N=66)	DEHB (N=61)	Genel (N=127)	t	p
Karşı Gelme Alt Ölçeği	7.803 ± 5.263	13.18 ± 7.49	10.39 ± 6.95	-4.71	0.0001
Bilişsel Problemler \ Dikkatsizlik Alt Ölçeği	5.318 ± 5.559	20.98 ± 7.97	12.84 ± 10.39	-12.93	0.0001
Hiperaktivite Alt Ölçeği	2.500 ± 2.531	9.689 ± 7.091	5.953 ± 6.344	-7.72	0.0001
Kaygı-Utangaçlık Alt Ölçeği	4.818 ± 4.275	7.115 ± 5.768	5.921 ± 5.157	-2.56	0.0116
Mükemmelliyetçilik Alt Ölçeği	3.970 ± 3.033	6.082 ± 4.466	4.984 ± 3.920	-3.14	0.0021
Sosyal Problemler Alt Ölçeği	2.015 ± 2.508	4.803 ± 4.057	3.354 ± 3.611	-4.70	0.0001
Psikosomatik Alt Ölçeği	2.333 ± 2.186	4.311 ± 3.788	3.283 ± 3.207	-3.64	0.0004
DEHB İndeksi Alt Ölçeği	7.258 ± 6.803	22.97 ± 8.06	14.80 ± 10.81	-11.90	0.0001
Conners Global İndeksi Huzursuzluk İmpulsivite Alt Ölçeği	4.242 ± 3.451	9.770 ± 5.074	6.898 ± 5.108	-7.23	0.0001
Conners Global İndeksi Duygusal Değişkenlik Alt Ölçeği	2.318 ± 2.192	3.902 ± 2.925	3.079 ± 2.680	-3.47	0.0007
Conners Global İndeksi Toplam Alt Ölçeği	6.561 ± 4.772	13.67 ± 7.33	9.976 ± 7.074	-6.53	0.0001
DSM-IV Semptomları Dikkatsizlik Alt Ölçeği	4.530 ± 3.904	17.13 ± 6.02	10.58 ± 8.07	-14.09	0.0001
DSM-IV Semptomları Hiperaktivite\Dürtüsellik Alt Ölçeği	3.212 ± 3.106	10.82 ± 7.09	6.866 ± 6.595	-7.93	0.0001
DSM-IV Semptomları Toplam Alt Ölçeği	7.758 ± 5.972	27.95 ± 11.33	17.46 ± 13.50	-12.70	0.0001

DEHB: dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, DSM-IV: mental bozuklukların tanısı ve istatistiksel el kitabı 4. Basım.

4.3 DEHB'li ve Sağlıklı Adölesanların Katılım Sonuçları

DEHB'li adölesanların ve sağlıklı adölesanların ev ortamındaki katılımını değerlendirmek için kullandığımız PEM-CY ölçeğinin sonuçlarına göre; ev ortamındaki aktivitelere katılım sıklığı, ev ortamındaki aktivitelere dahil olma derecesi ve ailenin ev ortamındaki aktivitelere katılımındaki değişim isteği arasında anlamlı bir fark bulundu. Ayrıca ev ortamındaki çevre sonuçlarına bakıldığında ise destekler, ev ortamındaki engeller ve ev ortamındaki yardımcıları DEHB'li adölesanlar ve sağlıklı yaşlıları arasında anlamlı bir fark gözlemlendi ($p<0.05$) (Tablo 4.4).

Okul ortamındaki katılım sonuçlarına göre; okul ortamındaki aktivitelere katılım sıklığı, okul ortamındaki aktivitelere dahil olma derecesi arasında anlamlı bir fark bulundu. Ayrıca okul ortamındaki çevre sonuçlarına bakıldığında ise engeller, yardımcıları ve tüm destekler alt başlıklarında DEHB'li adölesanlar ve sağlıklı yaşlıları arasında anlamlı bir fark gözlemlendi ($p<0.05$) (Tablo 4.4).

Toplum ortamındaki katılım sonuçlarına göre; toplum ortamındaki aktivitelere katılım sıklığı ve toplum ortamındaki aktivitelere dahil olma derecesi arasında anlamlı bir fark bulundu. Ayrıca toplum ortamındaki çevre sonuçlarına göre ise engeller, yardımcıları ve tüm destekler alt başlıklarında DEHB'li adölesanlar ve sağlıklı yaşlıları arasında anlamlı bir fark gözlemlendi ($p<0.05$) (Tablo 4.4)

Tablo 4.4. DEHB’li ve sağlıklı adölesanların PEM-CY sonuçları

		Sağlıklı (N=66) X±SD	DEHB (N=61) X±SD	Genel (N=127) X±SD	t	p
EV ORTAMI						
Katılım	<i>Sıklığı</i>	5.698 ± 0.525	5.448 ± 0.817	5.578 ± 0.690	2.07	0.0401
	<i>Dahil olma derecesi</i>	4.053 ± 0.473	3.508 ± 0.801	3.791 ± 0.704	4.71	0.0001
	<i>Ailenin değişim isteği</i>	23.03 ± 17.00	40.98 ± 23.78	31.65 ± 22.35	-4.92	0.0001
Çevre						
	<i>Destekler</i>	47.10 ± 17.45	57.24 ± 18.66	51.97 ± 18.68	-3.17	0.0019
	<i>Engeller</i>	4.167 ± 8.555	7.787 ± 9.607	5.906 ± 9.219	-2.25	0.0265
	<i>Yardımcılar</i>	91.48 ± 7.92	87.02 ± 10.29	89.34 ± 9.37	2.75	0.0069
	<i>İmkanlar</i>	90.40 ± 13.42	92.08 ± 12.12	91.21 ± 12.79	-0.74	0.4636
	<i>Tüm destekler</i>	91.12 ± 7.26	88.71 ± 7.55	89.96 ± 7.47	1.83	0.0689
OKUL ORTAMI						
Katılım	<i>Sıklığı</i>	2.967 ± 0.856	1.652 ± 1.452	2.335 ± 1.348	6.27	0.0001
	<i>Dahil olma derecesi</i>	3.124 ± 0.926	1.521 ± 1.354	2.354 ± 1.400	7.84	0.0001
	<i>Ailenin değişim isteği</i>	52.12 ± 26.46	56.39 ± 33.57	54.17 ± 30.04	-0.80	0.4254
Çevre						
	<i>Destekler</i>	43.40 ± 15.67	49.18 ± 17.15	46.18 ± 16.59	-1.98	0.0496
	<i>Engeller</i>	3.119 ± 6.544	9.450 ± 9.976	6.160 ± 8.920	-4.26	0.0001
	<i>Yardımcılar</i>	91.86 ± 6.57	83.42 ± 11.53	87.81 ± 10.17	5.12	0.0001
	<i>İmkanlar</i>	93.37 ± 8.04	92.76 ± 7.21	93.08 ± 7.63	0.45	0.6535
	<i>Tüm destekler</i>	92.57 ± 5.99	87.82 ± 7.70	90.29 ± 7.24	3.90	0.0002
TOPLUM ORTAMI						
Katılım	<i>Sıklığı</i>	2.605 ± 0.686	2.202 ± 0.961	2.411 ± 0.850	2.74	0.0071
	<i>Dahil olma derecesi</i>	2.771 ± 0.607	2.044 ± 0.888	2.422 ± 0.836	5.42	0.0001
	<i>Ailenin değişim isteği</i>	50.76 ± 23.49	47.21 ± 24.37	49.06 ± 23.89	0.83	0.4056
Çevre						
	<i>Destekler</i>	44.79 ± 12.81	46.31 ± 13.90	45.52 ± 13.31	-0.64	0.5226
	<i>Engeller</i>	3.883 ± 5.231	10.45 ± 10.50	7.037 ± 8.803	-4.51	0.0001
	<i>Yardımcılar</i>	94.50 ± 5.71	81.66 ± 11.48	88.33 ± 11.00	8.07	0.0001
	<i>İmkanlar</i>	68.54 ± 4.17	69.48 ± 4.79	68.99 ± 4.48	-1.18	0.2422
	<i>Tüm destekler</i>	83.14 ± 3.46	76.33 ± 7.13	79.87 ± 6.48	6.93	0.0001

4.4 DEHB’li ve Sağlıklı Adölesanların PEM-CY Ölçeğine Göre Aktivite Bazındaki Sonuçları

4.4.1 DEHB’li ve Sağlıklı Adölesanların Ev Ortamındaki Aktivitelere Katılım Sıklığı Sonuçları

Sağlıklı adölesanlar ve ebeveynleri ile DEHB’li adölesanlar ve ebeveynlerinin aktivitelere katılım sıklığı sorularına verilen cevaplar incelendi. Sağlıklı adölesanlar ve ebeveynlerin cevaplarına incelendiğinde ev işleri ve okul hazırlıkları (ev ödevi değil)_aktivitelerine verilen cevaplar arasında anlamlı bir fark bulundu ($p<0.05$). Her iki aktivitede de adölesanlar katılım sıklığının daha fazla olduğunu belirtti (Tablo 4.5).

DEHB’li adölesanlar ve ebeveynlerinin cevapları incelendiğinde ise bilgisayar ve video oyunları ve okul hazırlıkları (ev ödevi değil) cevapları arasında anlamlı bir fark görüldü ($p<0.05$). Bilgisayar ve video oyunlarında ebeveynler, okul hazırlıkları (ev ödevi değil) aktivitesinde ise adölesanların daha fazla katılım sıklığı belirtti (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. DEHB’li ve sağlıklı adölesanların ev ortamındaki aktivitelere katılım sıklığı sonuçları

Ev ortamındaki aktiviteler	Sağlıklı Adölesanlar ve Ebeveyni arasındaki fark					DEHB’li Adölesanlar ve Ebeveyni arasındaki fark				
	<i>Katılım Sıklığı</i>					<i>Katılım Sıklığı</i>				
	Sağlıklı Adölesan X±SD	Ebeveyn X±SD	t	p	Cohen’s d	DEHB’li Adölesan X±SD	Ebeveyn X±SD	t	p	Cohen’s d
1. Bilgisayar ve video oyunları	3.5±0.37	3.9±0.39	-1.33	0.18	0.16	5.54±0.29	6.04±0.26	-2.02	0.04	0.25
2. Ev içi oyunları	3.6±2.22	3.4±2.67	0.89	0.37	0.11	2.68±2.67	2.49±2.54	0.46	0.64	0.06
3. Sanatlar, el işleri, müzik ve hobiler	6.2±0.18	6,07±0.19	0.84	0.4	0.1	5.59±0.27	4.96±0.34	1.63	0.1	0.2
4. Tv, videolar, ve DVDler izleme	6±0.22	5.9±0.27	0.60	0.54	0.07	5.95±0.23	5.4±0.3	1.56	0.12	0.2
5. Diğer insanlar ile birarada olma	6.5±0.17	6.6±0.12	-0.88	0.37	0.1	6.5±1.14	6.49±1.17	0.07	0.94	0.01
6. Teknoloji kullanarak sosyalleşme	5.9±0.21	6.2±0.16	-1.38	0.17	0.17	5.09±0.33	5.49±0.31	-0.94	0.34	0.12
7. Ev işleri	5.9±0.13	5.6±0.14	2.19	0.03	0.27	5.37±0.26	5.27±0.28	0.33	0.73	0.04
8. Kişisel bakım	6.9±0.02	6.7±0.12	1.75	0.08	0.21	6.72±0.12	6.78±0.06	-0.46	0.64	0.05
9. Okul hazırlıkları (ev ödevi değil)	6±0.13	5.5±0.21	2.69	0.009	0.33	5.44±0.3	4.42±0.33	2.67	0.01	0.34
10. Ev ödevi	6.04±0.16	5.6±0.22	1.84	0.07	0.22	5.55±0.27	4.91±0.35	1.93	0.05	0.24

SD: Standart sapma, Cohen’s d: Cohen’in etki büyüklüğü ölçümü, Paired t test için p<0.05 anlamlı kabul edildi.

4.4.2 DEHB’li ve Sağlıklı Adölesanların Ev Ortamındaki Aktivitelere Dahil Olma Derecesi Sonuçları

Sağlıklı adölesanlar ve ebeveynleri ile DEHB’li adölesanlar ve ebeveynlerinin aktivitelere dahil olma derecesi sorularına verilen cevaplar incelendi. Sağlıklı adölesanlar ve ebeveynlerin cevaplarına incelendiğinde ev içi oyunlar, teknoloji kullanarak sosyalleşme ve okul hazırlıkları (ev ödevi değil)_aktivitelerine verilen cevaplar arasında fark bulundu ($p<0.05$). Ev içi oyunlar ve okul hazırlıkları (ev ödevi değil) aktivitelerinde adölesanlar dahil olma derecelerinin daha fazla olduğunu, teknoloji kullanarak sosyalleşme aktivitesinde ise ebeveynler dahil olma derecesinin daha fazla olduğunu belirtti (Tablo 4.6).

DEHB’li adölesanlar ve ebeveynlerinin cevapları incelendiğinde ise bilgisayar ve video oyunları, sanatlar, el işleri, müzik ve hobiler ve diğer insanlar ile birarada olma cevapları arasında anlamlı bir fark görüldü. Bilgisayar ve video oyunları aktivitesinde ebeveynler, sanatlar, el işleri, müzik ve hobiler ve diğer insanlar ile birarada olma aktivitelerinde ise adölesanların daha fazla dahil olma derecesi belirttiği gösterildi (Tablo 4.6)

Tablo 4.6. DEHB’li ve sağlıklı adölesanların ev ortamındaki aktivitelere dahil olma derecesi sonuçları

Ev ortamındaki aktiviteler	Sağlıklı Adölesanlar ve Ebeveyni arasındaki fark					DEHB’li Adölesanlar ve Ebeveyni arasındaki fark				
	<i>Dahil Olma Derecesi</i>					<i>Dahil Olma Derecesi</i>				
	Sağlıklı Adölesan X±SD	Ebeveyn X±SD	t	p	Cohen’s d	DEHB’li Adölesan X±SD	Ebeveyn X±SD	t	p	Cohen’s d
1. Bilgisayar ve video oyunları	2.84±0.29	3.01±0.29	-0.69	0.49	0.08	3.93±0.22	4.49±0.18	-2.92	0.005	0.37
2. Ev içi oyunları	3.69±0.23	2.81±0.26	3.04	0.003	0.37	2.29±0.28	2.26±0.28	0.08	0.93	0.01
3. Sanatlar, el işleri, müzik ve hobiler	4.57±0.13	4.57±0.13	0	1	0.00	4.16±0.19	3.49±0.24	2.69	0.009	0.34
4. Tv, videolar, ve DVDler izleme	4.06±0.18	4.18±0.19	-0.75	0.45	0.09	3.95±0.18	3.72±0.22	0.78	0.43	0.1
5. Diğer insanlar ile birarada olma	4.53±0.12	4.54±0.11	-0.11	0.9	0.01	4.22±0.15	3.49±0.19	3.34	0.001	0.42
6. Teknoloji kullanarak sosyalleşme	4.25±0.16	4.48±0.14	-2.07	0.04	0.25	3.59±0.24	3.85±0.22	-0.885	0.38	0.11
7. Ev işleri	3.48±0.16	3.16±0.17	1.98	0.05	0.24	2.93±0.22	2.37±0.21	2.27	0.02	0.29
8. Kişisel bakım	4.83±0.05	4.63±0.11	1.74	0.08	0.21	4.04±0.17	4.29±0.15	-1.20	0.23	0.15
9. Okul hazırlıkları (ev ödevi değil)	4.22±0.14	3.81±0.18	2.82	0.006	0.34	3.19±0.24	2.8±0.25	1.35	0.18	0.17
10. Ev ödevi	4.01±0.15	3.74±0.18	1.79	0.07	0.22	2.73±0.22	2.24±0.23	2	0.05	0.25

SD: Standart sapma, Cohen’s d: Cohen’in etki büyüklüğü ölçümü, Paired t test için p<0.05 anlamlı kabul edildi.

4.4.3 DEHB’li ve Sağlıklı Adölesanların Ev Ortamındaki Aktivitelerde Ailenin Değişim İsteği Sonuçları

Sağlıklı adölesanlar ve ebeveynleri ile DEHB’li adölesanlar ve ebeveynlerinin ev ortamındaki aktivitelerde değişim isteği sorularına verilen cevaplar incelendi. Sağlıklı adölesanlar ve ebeveynlerin cevaplarına incelendiğinde Bilgisayar ve video oyunları, Tv, videolar, ve DVDler izleme, Teknoloji kullanarak sosyalleşme, Kişisel bakım, Okul hazırlıkları (ev ödevi değil) ve Ev ödevi aktivitelerine verilen cevaplar arasında anlamlı bir fark bulundu ($p<0.05$). Ebeveynler adölesanlara göre daha yüksek değişim isteği belirtti (Tablo 4.7).

DEHB’li adölesanlar ve ebeveynlerinin cevapları incelendiğinde ise bilgisayar ve video oyunları, ev içi oyunlar, sanatlar, el işleri, müzik ve hobiler ve Diğer insanlar ile birarada olma cevapları arasında fark görüldü. Bilgisayar ve video oyunları aktivitesinde ebeveynler, sanatlar, el işleri, müzik ve hobiler ve diğer insanlar ile birarada olma, ev işleri ve okul hazırlıkları (ev ödevi değil) aktivitelerine verilen cevaplar arasında anlamlı bir fark bulundu ($p<0.05$). Ebeveynler adölesanlara göre daha yüksek değişim isteği belirtti (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. DEHB’li ve sağlıklı adölesanların ev ortamındaki aktivitelerde ailenin değişim isteği sonuçları

Ev ortamındaki aktiviteler	Sağlıklı Adölesanlar ve Ebeveyni arasındaki fark						DEHB’li Adölesanlar ve Ebeveyni arasındaki fark					
	<i>Ailenin Değişim İsteği</i>						<i>Ailenin Değişim İsteği</i>					
	Sağlıklı Adölesan		Anne		χ^2	<i>p</i>	DEHB’li Adölesan		Anne		χ^2	<i>p</i>
	n	%	n	%			n	%	n	%		
1. Bilgisayar ve video oyunları	12	18.2	30	45.5	0.98	0.001	38	62.3	50	82.2	3.84	0.012
2. Ev içi oyunları	19	28.8	23	34.8	0.61	0.55	26	42.6	50	82.2	0.21	0.000
3. Sanatlar, el işleri, müzik ve hobiler	15	22.7	24	36.4	7.7	0.64	25	41	40	65.6	1.72	0.02
4. Tv, videolar, ve DVDler izleme	13	19.7	31	47	0.004	0.002	22	36.1	34	55.7	0.45	0.058
5. Diğer insanlar ile birarada olma	8	12.1	12	18.2	6.19	0.38	20	32.8	32	52.5	1.87	0.02
6. Teknoloji kullanarak sosyalleşme	13	19.7	32	48.5	0.18	0.001	25	41	34	55.7	0.31	0.13
7. Ev işleri	34	51.5	41	62.1	8.91	0.18	29	47.5	43	70.5	0.76	0.013
8. Kişisel bakım	4	6.1	15	22.7	6.62	0.003	12	19.7	21	34.4	0.34	0.093
9. Okul hazırlıkları (ev ödevi değil)	12	18.2	29	43.9	18.71	0.000	15	24.6	34	55.7	0.96	0.001
10. Ev ödevi	22	33.3	35	53	5.14	0.015	38	62.3	45	73.8	0	0.248

χ^2 : Ki kare, Cohen’s d: Cohen’in etki büyüklüğü ölçümü, Ki-kare test için $p < 0.05$ anlamlı kabul edildi.

4.4.4 DEHB’li ve Sağlıklı Adölesanların Ev Ortamının Etkisi Sonuçları

Sağlıklı adölesanlar ve ebeveynleri ile DEHB’li adölesanlar ve ebeveynlerinin aktivitelerde ev ortamının etkisi sorularına verilen cevaplar incelendi. Sağlıklı adölesanlar ve ebeveynlerin cevaplarına incelendiğinde evdeki ekipmanlar ve bilgi sorularına verilen cevaplar arasında anlamlı bir fark bulundu ($p<0.05$). Adölesanlar annelerine göre her iki çevresel desteğin katkısının daha az olduğunu belirtti (Tablo 4.8).

DEHB’li adölesanlar ve ebeveynlerinin cevapları incelendiğinde ise aktiviteler için fiziksel gereksinim, aktiviteler için kognitif gereksinim ve diğer kişilerin evde tutum ve davranışları cevapları arasında anlamlı bir fark görüldü. Her üç soruda da adölesanların daha fazla puan verdiği bulundu (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. DEHB’li ve sağlıklı adölesanların ev ortamının sonuçları

Ev ortamı	Sağlıklı Adölesanlar ve Ebeveyni arasındaki fark					DEHB’li Adölesanlar ve Ebeveyni arasındaki fark				
	Sağlıklı Adölesan X±SD	Ebeveyn X±SD	t	p	Cohen’s d	DEHB’li Adölesan X±SD	Ebeveyn X±SD	t	p	Cohen’s d
1. Fiziksel düzen	3.43±0.11	3.42±0.11	0.12	0.90	0.01	3.26±0.11	3.32±0.11	-0.41	0.68	0.05
2. Duyusal kalite	3.24±0.12	3.33±0.11	-0.66	0.50	0.08	2.85±0.12	2.62±0.14	1.25	0.21	0.16
3. Aktiviteler için fiziksel gereksinim	3.15±0.1	3.24±0.11	-0.69	0.49	0.08	2.8±0.11	2.96±0.12	-1.20	0.23	0.15
4. Aktiviteler için kognitif gereksinim	3.01±0.11	3.24±0.12	-1.44	0.15	0.17	1.96±0.12	1.44±0.09	3.28	0.002	0.42
5. Aktiviteler için sosyal gereksinim	2.95±0.08	3±0.09	-0.45	0.6	0.05	2.77±0.08	2.29±0.1	3.73	0.000	0.47
6. Aile bireyleri ile olan ilişki	2.86±0.1	2.93±0.09	-0.77	0.43	0.09	2.68±0.09	2.45±0.09	1.81	0.07	0.23
7. Diğer kişilerin, evde tutum ve davranışları	3.54±0.07	3.54±0.07	0	1	0.00	3.45±0.09	3.19±0.11	2.16	0.03	0.27
8. Evdeki hizmetler	3.39±0.07	3.34±0.08	0.59	0.55	0.07	3.08±0.05	2.96±0.06	1.72	0.09	0.22
9. Evdeki ekipmanlar	2.71±0.06	2.83±0.05	-2.04	0.04	0.25	2.83±0.05	2.86±0.05	-0.42	0.67	0.05
10. Bilgi	2.71±0.07	2.84±0.04	-2.24	0.02	0.27	2.81±0.05	2.85±0.05	-0.57	0.56	0.07
11. Zaman	2.69±0.06	2.8±0.05	-1.47	0.14	0.18	2.63±0.07	2.54±0.07	1.28	0.2	0.16
12. Para	2.72±0.06	2.75±0.05	-0.63	0.53	0.07	2.75±0.06	2.65±0.08	1.09	0.27	0.14

SD: Standart sapma, Cohen’s d: Cohen’in etki büyüklüğü ölçümü, Paired t test için p<0.05 anlamlı kabul edildi.

4.4.5 DEHB’li ve Sağlıklı Adölesanların Okul Ortamındaki Aktivitelere Katılım Sıklığı Sonuçları

Sağlıklı adölesanlar ve ebeveynleri ile DEHB’li adölesanlar ve ebeveynlerinin okul ortamındaki aktivitelere katılım sıklığı sorularına verilen cevaplar incelendi. Sadece sağlıklı adölesanlar ve ebeveynlerinin okulda özel görevler sorusuna verilen cevapları arasında anlamlı bir fark bulundu ($p<0.05$). Adölesanların bu soruya ebeveyllerine göre daha yüksek puan verdiği gösterildi (Tablo 4.9).



Tablo 4.9. DEHB’li ve sağlıklı adölesanların okul ortamındaki aktivitelere katılım sıklığı sonuçları

Okul ortamındaki aktiviteler	Sağlıklı Adölesanlar ve Ebeveyni arasındaki fark					DEHB’li Adölesanlar ve Ebeveyni arasındaki fark				
	<i>Katılım Sıklığı</i>					<i>Katılım Sıklığı</i>				
	Sağlıklı Adölesan X±SD	Ebeveyn X±SD	t	Paired t test, p-value	Cohen’s d	DEHB’li Adölesan X±SD	Ebeveyn X±SD	t	Paired t test, p-value	Cohen’s d
1. Sınıf aktiviteleri	4.25±0.28	3.92±0.29	1.7	0.09	0.2	1.75±0.33	1.67±0.29	0.2	0.84	0.02
2. Okul gezileri ve okul etkinlikleri	1.15±0.17	1.04±0.15	0.7	0.48	0.08	0.62±0.19	0.52±0.15	0.47	0.63	0.06
3. Okulun sponsor olduğu takımlar, klüpler ve organizasyonlar	1.66±0.26	1.39±0.26	1.05	0.29	0.13	0.85±0.24	0.59±0.2	0.97	0.33	0.12
4. Sınıf dışında yaşutlarıyla birlikte olma	6.1±0.12	5.83±0.17	1.77	0.08	0.21	4.39±0.38	4.18±0.35	0.6	0.54	0.07
5. Okulda özel görevler	1.65±0.22	0.96±0.18	3.42	0.001	0.42	0.63±0.17	0.83±0.19	-0.86	0.38	0.11

SD: Standart sapma, Cohen’s d: Cohen’in etki büyüklüğü ölçümü, Paired t test için p<0.05 anlamlı kabul edildi.

4.4.6 DEHB’li ve Sağlıklı Adölesanların Okul Ortamındaki Aktivitelere Dahil Olma Derecesi Sonuçları

Sağlıklı adölesanlar ve ebeveynleri ile DEHB’li adölesanlar ve ebeveynlerinin okul ortamındaki aktivitelere dahil olma derecesi sorularına verilen cevaplar incelendi. Sınıf aktiviteleri ve okulda özel görevler cevaplar arasında anlamlı bir fark bulundu ($p<0.05$). Adölesanların bu sorulara ebeveynlerine göre daha yüksek puan verdiği gösterildi (Tablo 4.10).



Tablo 4.10. DEHB’li ve sağlıklı adölesanların okul ortamındaki aktivitelere dahil olma derecesi sonuçları

Okul ortamındaki aktiviteler	Sağlıklı Adölesanlar ve Ebeveyni arasındaki fark					DEHB’li Adölesanlar ve Ebeveyni arasındaki fark				
	<i>Dahil Olma Derecesi</i>					<i>Dahil Olma Derecesi</i>				
	Sağlıklı Adölesan X±SD	Ebeveyn X±SD	t	p	Cohen’s d	DEHB’li Adölesan X±SD	Ebeveynb X±SD	t	p	Cohen’s d
1. Sınıf aktiviteleri	3.81±0.21	3.24±0.24	2.65	0.01	0.32	1.6±0.27	1.57±0.27	0.08	0.92	0.01
2. Okul gezileri ve okul etkinlikleri	2.48±0.3	2.59±0.3	-0.35	0.72	0.04	0.83±0.22	0.88±0.23	-0.2	0.84	0.02
3. Okulun sponsor olduğu takımlar, klüpler ve organizasyonlar	1.95±0.29	1.62±0.28	1.26	0.2	0.15	0.83±0.22	0.72±0.21	0.4	0.68	0.05
4. Sınıf dışında yaşutlarıyla birlikte olma	4.77±0.09	4.57±0.14	1.98	0.05	0.24	3.21±0.29	3.22±0.26	-0.05	0.95	0.007
5. Okulda özel görevler	2.59±0.27	1.57±0.26	3.66	0.000	0.45	1.11±0.25	1.54±0.28	-1.31	0.19	0.16

SD: Standart sapma, Cohen’s d: Cohen'in etki büyüklüğü ölçümü, Paired t test için $p < 0.05$ anlamlı kabul edildi.

4.4.7 DEHB’li ve Sağlıklı Adölesanların Okul Ortamındaki Aktivitelerde Ailenin Değişim İsteği Sonuçları

Sağlıklı adölesanlar ve ebeveynleri ile DEHB’li adölesanlar ve ebeveynlerinin okul ortamındaki aktivitelerde değişim isteği sorularına verilen cevaplar incelendi. Sağlıklı adölesanlar ve ebeveynlerin cevaplarına incelendiğinde sınıf aktiviteleri cevabı arasında anlamlı bir fark bulundu ($p<0.05$). Ebeveynler adölesanlara göre daha yüksek değişim isteği belirtti (Tablo 4.11).

DEHB’li adölesanlar ve ebeveynlerinin cevapları incelendiğinde ise sınıf aktiviteleri, okul gezileri ve okul etkinlikleri, okulun sponsor olduğu takımlar, klüpler ve organizasyonlar ve sınıf dışında yaşatlarıyla birlikte olma aktivitelerine verilen cevaplar arasında anlamlı bir fark bulundu ($p<0.05$). Ebeveynler adölesanlara göre daha yüksek değişim isteği belirtti (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. DEHB’li ve sağlıklı adölesanların okul ortamındaki aktivitelerde ailenin değişim isteği sonuçları

Okul ortamındaki aktiviteler	Sağlıklı Adölesanlar ve Ebeveyni arasındaki fark						DEHB’li Adölesanlar ve Ebeveyni arasındaki fark					
	<i>Ailenin Değişim İsteği</i>						<i>Ailenin Değişim İsteği</i>					
	Sağlıklı Adölesan		Ebeveyn		χ^2	<i>p</i>	DEHB’li Adölesan		Ebeveyn		χ^2	<i>p</i>
	n	%	n	%			n	%	n	%		
1. Sınıf aktiviteleri	28	42.4	42	63.6	2.71	0.013	34	55.7	52	85.2	0.51	0.001
2. Okul gezileri ve okul etkinlikleri	52	78.8	47	71.2	3.9	0.359	44	72.1	57	93.4	4.73	0.001
3. Okulun sponsor olduğu takımlar, klüpler ve organizasyonlar	43	65.2	37	56.1	0.21	0.362	37	60.7	55	90.2	1.43	0.001
4. Sınıf dışında yaşatlarıyla birlikte olma	34	36.4	14	21.1	0.32	0.076	27	44.3	38	62.3	7.59	0.027
5. Okulda özel görevler	25	37.9	25	37.9	3.29	1	30	49.2	49	80.3	1.5	0.000

χ^2 : Ki kare, Cohen’s d: Cohen’in etki büyüklüğü ölçümü, Ki-kare test için $p < 0.05$ anlamlı kabul edildi.

4.4.8 DEHB’li ve Sağlıklı Adölesanların Okul Ortamın Sonuçları

Sağlıklı adölesanlar ve ebeveynleri ile DEHB’li adölesanlar ve ebeveynlerinin aktivitelerinde okul ortamının etkisi sorularına verilen cevaplar incelendi. Sağlıklı adölesanlar ve ebeveynlerin cevaplarına incelendiğinde duyusal kalite ve yaşlılar ile ilişki sorularına verilen cevaplar arasında anlamlı bir fark bulundu ($p<0.05$). Ebeveynler adölesanlara göre her iki çevresel desteğin katkısının daha fazla olduğunu belirtti (Tablo 4.12).

DEHB’li adölesanlar ve ebeveynlerinin cevapları incelendiğinde ise aktiviteler için fiziksel gereksinim, aktiviteler için kognitif gereksinim, yaşlılar ile ilişki, toplu taşıma, programlar ve hizmetler ve para sorularına verilen cevaplar arasında anlamlı bir fark görüldü ($p<0.05$). Adölesanların ebeveynlerine göre daha fazla puan verdiği bulundu (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. DEHB’li ve sağlıklı adölesanların okul ortamı sonuçları

Okul ortamı	Sağlıklı Adölesanlar ve Ebeveyni arasındaki fark					DEHB’li Adölesanlar ve Ebeveyni arasındaki fark				
	Sağlıklı Adölesan X±SD	Ebeveyn X±SD	t	p	Cohen’s d	DEHB’li Adölesan X±SD	Ebeveyn X±SD	t	p	Cohen’s d
1. Fiziksel düzen	3.81±0.07	3.77±0.08	0.59	0.55	0.07	3.14±0.12	3.06±0.14	0.44	0.66	0.05
2. Duyusal kalite	3.19±0.13	3.53±0.11	-2.43	0.01	0.29	2.31±0.15	2.34±0.16	-0.14	0.88	0.01
3. Hava şartlar	3.51±0.1	3.57±0.1	-0.049	0.62	0.06	2.86±0.14	3.03±0.15	-0.91	0.36	0.11
4. Fiziksel gereksinim	3.22±0.1	3.33±0.1	-1.09	0.27	0.13	2.77±0.11	2.72±0.13	0.3	0.76	0.03
5. Aktiviteler için kognitif gereksinim	2.86±0.11	2.89±0.12	-0.19	0.84	0.02	2.08±0.12	1.34±0.09	5.42	0	0.69
6. Aktiviteler için sosyal gereksinim	3.03±0.07	3.04±0.08	-0.17	0.85	0.02	2.81±0.08	2.31±0.11	3.41	0.001	0.43
7. Aile bireyleri ile olan ilişki	3.06±0.08	3.15±0.07	-1.35	0.18	0.16	2.85±0.06	2.65±0.09	1.72	0.09	0.22
8. Yaşıtlar ile ilişki	2.92±0.08	3.12±0.07	-2.5	0.01	0.3	2.8±0.08	2.29±0.11	3.59	0.001	0.46
9. Okulun güvenliği	3.31±0.09	3.18±0.1	1.21	0.22	0.15	2.7±0.12	2.9±0.11	-1.46	0.14	0.18
10. Kişisel ulaşım	3.24±0.09	3.22±0.1	0.19	0.84	0.02	3.44±0.09	3.27±0.12	1.08	0.28	0.13
11. Toplu taşıma	3.3±0.07	3.24±0.07	1.15	0.25	0.14	3.63±0.06	3.29±0.08	2.95	0.004	0.37
12. Proğramlar ve hizmetler	3.75±0.05	3.72±0.05	1	0.32	0.12	3.4±0.08	3.04±0.12	2.5	0.01	0.32
13. Okul ile ilişkili politikalar ve prosedürler	3.65±0.06	3.66±0.05	-0.33	0.74	0.04	3.42±0.07	3.19±0.11	1.94	0.05	0.24
14. Okuldaki ekipmanlar	2.51±0.08	2.56±0.07	-0.59	0.55	0.07	2.54±0.09	2.32±0.09	1.81	0.07	0.23
15. Bilgi	2.6±0.08	2.68±0.06	-1.15	0.25	0.14	2.6±0.08	2.63±0.09	-0.3	0.76	0.03
16. Zaman	2.78±0.05	2.78±0.05	0	1	0.00	2.55±0.07	2.52±0.08	0.32	0.74	0.04
17. Para	2.75±0.06	2.66±0.06	1.93	0.05	0.23	2.83±0.04	2.55±0.09	2.96	0.004	0.38

SD: Standart sapma, Cohen’s d: Cohen’in etki büyüklüğü ölçümü, Paired t test için p<0.05 anlamlı kabul edildi.

4.4.9 DEHB’li ve Sağlıklı Adölesanların Toplum Aktivitelerine Katılım Sıklığı Sonuçları

Sağlıklı adölesanlar ve ebeveynleri ile DEHB’li adölesanlar ve ebeveynlerinin toplum aktivitelerinde katılım sıklığı sorularına verilen cevaplar incelendi. Sağlıklı adölesanlar ve ebeveynlerin cevaplarına incelendiğinde sınıflar ve dersler (okuldaki düzenlenenler değil) cevapları arasında anlamlı bir fark bulundu ($p<0.05$). Adölesanlar ebeveynlerine göre daha fazla katılım sıklığı olduğunu belirtti (Tablo 4.13).

DEHB’li adölesanlar ve ebeveynlerinin cevapları incelendiğinde ise organize edilmiş fiziksel aktiviteler cevapları arasında anlamlı bir fark görüldü ($p<0.05$) Adölesanlar ebeveynlerine göre daha fazla katılım sıklığı olduğunu bildirdi (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. DEHB’li ve sağlıklı adölesanların toplum ortamındaki aktivitelere katılım sıklığı sonuçları

Toplum ortamındaki aktiviteler	Sağlıklı Adölesanlar ve Ebeveyni arasındaki fark					DEHB’li Adölesanlar ve Ebeveyni arasındaki fark				
	<i>Katılım Sıklığı</i>					<i>Katılım Sıklığı</i>				
	Sağlıklı Adölesan X±SD	Ebeveyn X±SD	t	p	Cohen’s d	DEHB’li Adölesan X±SD	Ebeveyn X±SD	t	p	Cohen’s d
1. Çevredeki yakın yerler	5.24±0.15	5.31±0.14	-0.47	0.63	0.05	5.06±0.2	4.96±0.23	0.35	0.72	0.04
2. Toplumsal organizasyonlar	1.69±0.18	1.45±0.15	1.5	0.13	0.18	0.95±0.2	0.7±0.17	1.19	0.23	0.15
3. Organize edilmiş fiziksel aktiviteler	3.65±0.28	3.5±0.29	0.73	0.46	0.09	3.01±0.33	1.9±0.32	2.73	0.008	0.35
4. Yapılandırılmamış Fiziksel aktiviteler	4.36±0.28	4.12±0.29	0.99	0.32	0.12	4.44±0.31	3.8±0.32	2.08	0.04	0.26
5. Sınıflar ve dersler (okuldaki düzenlenenler değil)	1.53±0.31	1.12±0.27	2.14	0.03	0.26	1.36±0.31	1.18±0.28	0.57	0.56	0.07
6. Organizasyonlar, klüpler ve gönüllü veya liderlik aktiviteleri	0.42±0.15	0.25±0.1	1.52	0.13	0.18	0.47±0.18	0.32±0.15	0.72	0.47	0.09
7. Dini veya manevi toplantılar ve aktiviteler	2.45±0.32	2.37±0.31	0.3	0.76	0.03	1.72±0.3	1.45±0.28	0.76	0.44	0.09
8. Toplum içindeki diğer çocuklar ile birlikte olma	5.28±0.19	5.33±0.19	-0.19	0.84	0.02	3.9±0.35	3.31±0.34	1.65	0.1	0.21
9. Ücretli çalışma	0.34±0.14	0.21±0.1	1.69	0.09	0.2	0.67±0.21	0.77±0.23	0.35	0.72	0.1
10. Gece yatıları veya yolculuklar	1.04±0.14	0.9±0.13	1.11	0.26	0.13	0.4±0.11	0.57±0.14	1.19	0.23	0.12

SD: Standart sapma, Cohen’s d: Cohen’in etki büyüklüğü ölçümü, Paired t test için p<0.05 anlamlı kabul edildi.

4.4.10 DEHB’li ve Sağlıklı Adölesanların Toplum Aktivitelerine Dahil Olma Derecesi Sonuçları

Sağlıklı adölesanlar ve ebeveynleri ile DEHB’li adölesanlar ve ebeveynlerinin toplum aktivitelerinde dahil olma derecesi sorularına verilen cevaplar incelendi. DEHB’li adölesanlar ve ebeveynlerinin cevapları incelendiğinde organize edilmiş fiziksel aktiviteler cevapları arasında anlamlı bir fark görüldü ($p<0.05$) Adölesanlar ebeveynlerine göre daha fazla katılım sıklığı olduğunu belirtti (Tablo 14.).



Tablo 4.14. DEHB’li ve sağlıklı adölesanların toplum ortamındaki aktivitelere dahil olma derecesi sonuçları

Toplum ortamındaki aktiviteler	Sağlıklı Adölesanlar ve Ebeveyni arasındaki fark					DEHB’li Adölesanlar ve Ebeveyni arasındaki fark				
	<i>Dahil Olma Derecesi</i>					<i>Dahil Olma Derecesi</i>				
	Sağlıklı Adölesan X±SD	Ebeveyn X±SD	t	p	Cohen’s d	DEHB’li Adölesan X±SD	Ebeveyn X±SD	t	p	Cohen’s d
1. Çevredeki yakın yerler	4.63±0.07	4.66±0.59	-0.3	0.76	0.03	3.93±0.17	4.08±0.19	-0.56	0.57	0.07
2. Toplumsal organizasyonlar	3.3±2.3	3.24±0.28	0.23	0.81	0.02	1.36±0.26	1.24±0.25	0.41	0.68	0.05
3. Organize edilmiş fiziksel aktiviteler	3.81±0.25	3.66±0.26	0.72	0.47	0.08	2.98±0.29	2.06±0.3	2.51	0.01	0.32
4. Yapılandırılmamış Fiziksel aktiviteler	4.1±0.21	3.95±0.23	0.81	0.41	0.1	3.75±0.25	3.68±0.25	0.21	0.83	0.02
5. Sınıflar ve dersler (okuldaki düzenlenenler değil)	1.18±0.25	0.89±0.22	1.9	0.06	0.23	1.16±0.26	1.13±0.26	0.11	0.91	0.01
6. Organizasyonlar, klipler ve gönüllü veya liderlik aktiviteleri	0.57±0.19	0.48±0.17	0.62	0.53	0.07	0.39±0.15	0.45±0.18	-0.3	0.76	0.03
7. Dini veya manevi toplantılar ve aktiviteler	2.74±0.29	2.57±0.28	0.75	0.45	0.09	1.75±0.28	1.67±0.27	0.23	0.81	0.03
8. Toplum içindeki diğer çocuklar ile birlikte olma	4.62±0.11	4.71±0.11	-0.57	0.56	0.07	3.32±0.28	3.08±0.29	0.85	0.39	0.11
9. Ücretli çalışma	0.43±0.17	0.37±0.16	0.78	0.43	0.09	0.78±0.21	0.95±0.24	-0.85	0.39	0.11
10. Gece yatıları veya yolculuklar	2.28±0.29	2.34±0.29	-0.26	0.79	0.03	0.98±0.23	1.27±0.26	-0.82	0.41	0.1

SD: Standart sapma, Cohen’s d: Cohen’in etki büyüklüğü ölçümü, Paired t test için p<0.05 anlamlı kabul edildi.

4.4.11 DEHB’li ve Sağlıklı Adölesanların Toplum Aktivitelerinde Ailenin Değişim İsteği Sonuçları

Sağlıklı adölesanlar ve ebeveynleri ile DEHB’li adölesanlar ve ebeveynlerinin toplum ortamındaki aktivitelerde değişim isteği sorularına verilen cevaplar incelendi. Sağlıklı adölesanlar ve ebeveynlerin cevaplarına incelendiğinde toplumsal organizasyonlar , Sınıflar ve dersler (okuldaki düzenlenenler değil), dini veya manevi toplantılar ve aktiviteler ve gece yatıları veya yolculuklar cevapları arasında anlamlı bir fark bulundu ($p<0.05$). Sınıflar ve dersler (okuldaki düzenlenenler değil) ve dini veya manevi toplantılar ve aktiviteler sorularında ebeveynler adölesanlara göre daha yüksek değişim isteği belirtirken diğer sorularda adölesanlar daha yüksek değişim isteği belirtti (Tablo 4.11).

DEHB’li adölesanlar ve ebeveynlerinin cevapları incelendiğinde ise çevredeki yakın yerler, toplumsal organizasyonlar, organize edilmiş fiziksel aktiviteler, sınıflar ve dersler (okuldaki düzenlenenler değil), organizasyonlar, klüpler ve gönüllü veya liderlik aktiviteleri, dini veya manevi toplantılar ve aktiviteler ve toplum içindeki diğer çocuklar ile birlikte olma aktivitelerine verilen cevaplar arasında anlamlı bir fark bulundu ($p<0.05$). Ebeveynler adölesanlara göre daha yüksek değişim isteği belirtti (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. DEHB’li ve sağlıklı adölesanların okul ortamındaki aktivitelerde ailenin değişim isteği sonuçları

Toplum ortamındaki aktiviteler	Sağlıklı Adölesanlar ve Ebeveyni arasındaki fark						DEHB’li Adölesanlar ve Ebeveyni arasındaki fark					
	<i>Ailenin Değişim İsteği</i>						<i>Ailenin Değişim İsteği</i>					
	Sağlıklı Adölesan		Ebeveyn		χ^2	<i>p</i>	DEHB’li Adölesan		Ebeveyn		χ^2	<i>p</i>
	n	%	n	%			n	%	n	%		
1. Çevredeki yakın yerler	22	33.3	18	27.3	5.5	0.503	22	36.1	41	67.2	5.72	0.000
2. Toplumsal organizasyonlar	48	72.7	33	50	2.75	0.006	34	55.7	51	83.6	0.16	0.002
3. Organize edilmiş fiziksel aktiviteler	38	57.6	33	50	12.12	0.35	37	60.7	52	85.2	3.3	0.001
4. Yapılandırılmamış Fiziksel aktiviteler	37	56.1	27	40.9	6.01	0.06	27	44.3	37	60.7	0.04	0.11
5. Sınıflar ve dersler (okuldaki düzenlenenler değil)	30	45.5	54	81.8	0.98	0.000	32	52.5	52	85.2	0.41	0.000
6. Organizasyonlar, klüpler ve gönüllü veya liderlik aktiviteleri	30	45.5	34	51.5	0.51	0.61	32	52.5	52	85.2	2.71	0.001
7. Dini veya manevi toplantılar ve aktiviteler	39	59.1	51	77.3	12.27	0.008	25	41	42	68.9	2.45	0.002
8. Toplum içindeki diğer çocuklar ile birlikte olma	27	40.9	15	22.7	0.26	0.03	26	42.6	39	63.9	1.64	0.01
9. Ücretli çalışma	25	37.9	16	24.2	0.3	0.12	25	41	27	44.3	4.23	0.83
10. Gece yatıları veya yolculuklar	39	59.1	13	19.7	2.13	0.000	28	45.9	19	31.1	5.63	0.07

χ^2 : Ki kare, Cohen’s d: Cohen’in etki büyüklüğü ölçümü, Ki-kare test için $p < 0.05$ anlamlı kabul edildi.

4.4.12 DEHB’li ve Sağlıklı Adölesanların Toplum Ortamı Sonuçları

Sağlıklı adölesanlar ve ebeveynleri ile DEHB’li adölesanlar ve ebeveynlerinin aktivitelerde toplum ortamının etkisi sorularına verilen cevaplar incelendi. Sağlıklı adölesanlar ve ebeveynlerin cevaplarına incelendiğinde aktiviteler için sosyal gereksinim ve okulun güvenliği sorularına verilen cevaplar arasında anlamlı bir fark bulundu ($p<0.05$). Ebeveynler adölesanlara göre her iki çevresel desteğin katkısının daha fazla olduğunu belirtti (Tablo 4.16).

DEHB’li adölesanlar ve ebeveynlerinin cevapları incelendiğinde ise aktiviteler için fiziksel gereksinim, aktiviteler için kognitif gereksinim, yaşlılar ile ilişki, toplu taşıma, programlar ve hizmetler ve para sorularına verilen cevaplar arasında anlamlı bir fark görüldü ($p<0.05$). Adölesanların ebeveynlerine göre daha fazla puan verdiği bulundu (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. DEHB’li ve sağlıklı adölesanların toplum ortamı sonuçları

Toplum ortamı	Sağlıklı Adölesanlar ve Ebeveyni arasındaki fark					DEHB’li Adölesanlar ve Ebeveyni arasındaki fark				
	Sağlıklı Adölesan X±SD	Ebeveyn X±SD	t	p	Cohen’s d	DEHB’li Adölesan X±SD	Ebeveyn X±SD	t	p	Cohen’s d
1. Fiziksel düzen	3.92±0.03	3.96±0.03	-0.09	0.37	0.11	3.49±0.1	3.42±0.13	0.4	0.69	0.05
2. Duyusal kalite	3.5±0.11	3.69±0.08	-1.65	0.1	0.2	2.47±0.16	2.44±0.17	0.16	0.87	0.02
3. Hava şartlar	3.45±0.09	3.5±0.09	-0.03	0.69	0.04	2.67±0.13	2.7±0.14	-0.2	0.83	0.02
4. Fiziksel gereksinim	3.34±0.1	3.19±0.11	1.03	0.3	0.12	2.14±0.13	1.72±0.13	2.14	0.03	0.27
5. Aktiviteler için kognitif gereksinim	3.22±0.07	3.15±0.63	0.82	0.41	0.1	2.75±0.1	2.55±0.11	1.3	0.19	0.16
6. Aktiviteler için sosyal gereksinim	3±0.08	3.16±0.06	-2.17	0.03	0.26	2.8±0.08	2.4±0.11	3.16	0.002	0.4
7. Aile bireyleri ile olan ilişki	3.28±0.06	3.22±0.06	1	0.32	0.12	2.96±0.06	2.72±0.09	2.07	0.04	0.26
8. Yaşlılar ile ilişki	3.6±0.09	3.65±0.09	-0.37	0.7	0.04	2.85±0.13	2.98±0.15	-0.9	0.36	0.11
9. Okulun güvenliği	3.15±0.12	2.72±0.14	2.69	0.009	0.33	2.37±0.14	2.19±0.15	1.03	0.3	0.13
10. Kişisel ulaşım	2.69±0.08	2.63±0.07	1.27	0.2	0.15	3.01±0.08	2.65±0.11	2.43	0.01	0.31
11. Toplu taşıma	2.68±0.08	2.59±0.08	1.18	0.24	0.14	2.91±0.09	2.62±0.11	1.89	0.06	0.24
12. Programlar ve hizmetler	3.72±0.05	3.71±0.05	0.44	0.65	0.05	3.47±0.07	3±0.12	3.61	0.001	0.46
13. Okul ile ilişkili politikalar ve prosedürler	2.42±0.09	2.48±0.08	-0.78	0.43	0.09	2.39±0.09	2.44±0.1	-0.38	0.7	0.04
14. Okuldaki ekipmanlar	2.72±0.05	2.72±0.06	0	1	0.00	2.81±0.05	2.59±0.09	2.58	0.01	0.33
15. Bilgi	2.72±0.07	2.78±0.05	-0.94	0.35	0.11	2.59±0.07	2.49±0.09	0.94	0.34	0.12
16. Zaman	2.66±0.06	2.72±0.05	-1.42	0.15	0.17	2.77±0.05	2.57±0.09	2.26	0.02	0.29

SD: Standart sapma, Cohen’s d: Cohen’in etki büyüklüğü ölçümü, Paired t test için p<0.05 anlamlı kabul edildi.

4.5 DEHB’li ve Sağlıklı Adölesanların PEM-CY Sonuçları Arasındaki Uyum

4.5.1 DEHB’li ve Sağlıklı Adölesanların Ev Aktivitelerindeki Katılım Sıklığı Sonuçları Arasındaki Uyum

Sağlıklı adölesanlar ve ebeveynlerinin ev aktivitelerinde katılım sıklığı sonuçları arasındaki uyum incelendi. Bu sonuçlara göre; bilgisayar ve video oyunları ve Tv, videolar ve DVDler izleme aktivitelerinde (2) iyi düzeyde uyum bulundu. Ev içi oyunları, teknoloji kullanarak sosyalleşme, ev işleri, okul hazırlıkları (ev ödevi değil) ve ev ödevi aktivitelerinde (5) orta düzeyde uyum görüldü. Sanatlar, el işleri, müzik ve hobiler ve diğer insanlar ile birarada olma aktivitelerinde (2) zayıf düzeyde uyum mevcuttu. Kişisel bakım aktivitesinde (1) ise önemsiz düzeyde uyum vardı (Tablo 4.17).

DEHB’li adölesanlar ve ebeveynlerinin ev aktivitelerinde katılım sıklığı sonuçları arasındaki uyum incelendi. Bu sonuçlara göre; bilgisayar ve video oyunları aktivitesinde (1) orta düzeyde bir uyum bulundu. Sanatlar, el işleri, müzik ve hobiler, ev işleri, okul hazırlıkları (ev ödevi değil) ve ev ödevi aktivitelerinde (4) zayıf düzeyde uyum görüldü. Ev içi oyunları, Tv, videolar, ve DVDler izleme, diğer insanlar ile birarada olma, teknoloji kullanarak sosyalleşme ve kişisel bakım aktivitelerinde (5) önemsiz düzeyde uyum mevcuttu (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. DEHB’li ve sağlıklı adölesanların ev aktivitelerindeki katılım sıklığı sonuçları arasındaki uyum

Ev ortamındaki aktiviteler	Sağlıklı Adölesanlar ve Ebeveyni arasındaki uyum			DEHB’li Adölesanlar ve Ebeveyni arasındaki uyum		
	Katılım Sıklığı			Katılım Sıklığı		
	Absolute Agreement	Weighted Kappa (K) (%95 Güven aralığı)	P	Absolute Agreement	Weighted Kappa (K) (%95 Güven aralığı)	P
1. Bilgisayar ve video oyunları	% 72.6	0.64 (0.49-0.78)	<0.001	%57	0.49 (0.26-0.73)	<0.001
2. Ev içi oyunları	% 48	0.42 (0.25-0.59)	<0.001	%21	0.12 (-0.06-0.3)	0.23
3. Sanatlar, el işleri, müzik ve hobiler	% 37	0.33 (0.09-0.56)	<0.001	% 23	0.23 (0.01-0.03)	0.42
4. Tv, videolar, ve DVDler izleme	% 81	0.74 (0.57-0.9)	<0.0001	%17	0.14 (-0.04-0.32)	0.1
5. Diğer insanlar ile birarada olma	% 38	0.31 (-0.02-0.66)	<0.001	% 7.2	0.08 (-0.06-0.24)	0.31
6. Teknoloji kullanarak sosyalleşme	% 63	0.56 (0.33-0.78)	<0.001	% 17	0.15 (-0.04-0.34)	0.12
7. Ev işleri	% 54	0.44 (0.29-0.6)	<0.001	% 43	0.3 (0.11-0.49)	<0.001
8. Kişisel bakım	% 0.4	0.03 (-0.11-0.19)	0.57	% 3.6	0.09 (-0.09-0.29)	0.25
9. Okul hazırlıkları (ev ödevi değil)	% 49	0.51 (0.34-0.68)	<0.001	% 28	0.26 (0.05-0.46)	0.004
11. Ev ödevi	% 49	0.47 (0.33-0.61)	<0.001	% 44	0.31 (0.1-0.51)	<0.001

4.5.2 DEHB’li ve Sağlıklı Adölesanların Ev Aktivitelerindeki Dahil Olma Derecesi Sonuçları Arasındaki Uyum

Sağlıklı adölesanlar ve ebeveynlerinin ev aktivitelerinde dahil olma derecesi sonuçları arasındaki uyum incelendi. Bu sonuçlara göre; bilgisayar ve video oyunları aktivitesinde (1) iyi düzeyde uyum bulundu. Tv, videolar, ve DVDler izleme, Teknoloji kullanarak sosyalleşme Ev işleri, Okul hazırlıkları (ev ödevi değil) ve Ev ödevi aktivitelerinde (5) orta düzeyde uyum görüldü. Sanatlar, el işleri, müzik ve hobiler, diğer insanlar ile birarada olma ve Kişisel bakım aktivitelerinde (3) zayıf düzeyde uyum mevcuttu. Ev içi oyunları aktivitesinde (1) ise önemsiz düzeyde uyum vardı.

DEHB’li adölesanlar ve ebeveynlerinin ev aktivitelerinde dahil olma derecesi sonuçları arasındaki uyum incelendi. Bu sonuçlara göre; bilgisayar ve video oyunları aktivitesinde (1) orta düzeyde bir uyum bulundu. Sanatlar, el işleri, müzik ve hobiler, ev işleri, Kişisel bakım, okul hazırlıkları (ev ödevi değil) ve ev ödevi aktivitelerinde (5) zayıf düzeyde uyum görüldü. Ev içi oyunları, Tv, videolar, ve DVDler izleme, diğer insanlar ile birarada olma ve teknoloji kullanarak sosyalleşme aktivitelerinde (4) önemsiz düzeyde uyum mevcuttu.

Tablo 4.18. DEHB’li ve sağlıklı adölesanların ev aktivitelerindeki dahil olma derecesi sonuçları arasındaki uyum

Ev ortamındaki aktiviteler	Sağlıklı Adölesanlar ve Ebeveyni arasındaki uyum			DEHB’li Adölesanlar ve Ebeveyni arasındaki uyum		
	<i>Dahil olma derecesi</i>			<i>Dahil olma derecesi</i>		
	Absolute Agreement	Weighted Kappa (K) (%95 Güven aralığı)	P	Absolute Agreement	Weighted Kappa (K) (%95 Güven aralığı)	P
1. Bilgisayar ve video oyunları	% 67	0.63 (0.45-0.80)	<0.001	%52	0.41 (0.15-0.66)	<0.001
2. Ev içi oyunları	% 31	0.20 (0.11-0.50)	<0.001	%7.4	0.09 (-0.11-0.31)	0.35
3. Sanatlar, el işleri, müzik ve hobiler	% 35	0.30 (0.003-0.602)	<0.001	% 34	0.25 (0.07-0.42)	0.006
4. Tv, videolar, ve DVDler izleme	% 63	0.48 (0.26-0.70)	<0.001	%0.01	0.02 (-0.17-0.22)	0.8
5. Diğer insanlar ile birarada olma	% 40	0.37 (0.14-0.60)	<0.001	% 18	0.17 (-0.003-0.34)	0.02
6. Teknoloji kullanarak sosyalleşme	% 72	0.59 (0.39-0.80)	<0.001	% 20	0.18 (-0.01-0.37)	0.06
7. Ev işleri	% 56	0.45 (0.30-0.60)	<0.001	% 37	0.26 (0.09-0.42)	0.003
8. Kişisel bakım	% 24	0.26 (0.08-0.44)	<0.001	% 23	0.21 (-0.002-0.42)	0.02
9. Okul hazırlıkları (ev ödevi değil)	% 59	0.49 (0.34-0.64)	<0.001	% 32	0.24 (0.06-0.43)	0.009
10. Ev ödevi	% 58	0.46 (0.32-0.60)	<0.001	% 42	0.30 (0.13-0.47)	<0.001

4.5.3 DEHB’li ve Sağlıklı Adölesanların Ev Aktivitelerindeki Ailenin Değişim İsteği Sonuçları Arasındaki Uyum

Sağlıklı adölesanlar ve ebeveynlerinin ev aktivitelerinde ailenin değişim isteği sonuçları arasındaki uyum incelendi. Bu sonuçlara göre Okul hazırlıkları (ev ödevi değil) aktivitesinde (1) orta düzeyde uyum görüldü. Sanatlar, el işleri, müzik ve hobiler, diğer insanlar ile birarada olma, Ev işleri, Kişisel bakım ve Ev ödev aktivitelerinde (5) zayıf düzeyde uyum mevcuttu. Bilgisayar ve video oyunları, Ev içi oyunları, Tv, videolar, ve DVDler izleme ve Teknoloji kullanarak sosyalleşme aktivitesinde (4) ise önemsiz düzeyde uyum vardı (Tablo 4.19).

DEHB’li adölesanlar ve ebeveynlerinin ev aktivitelerinde ailenin değişim isteği sonuçları arasındaki uyum incelendi. Bu sonuçlara göre; bilgisayar ve video oyunları aktivitesinde (1) zayıf düzeyde uyum görüldü. Diğer tüm aktivitelerde (9) önemsiz düzeyde uyum mevcuttu (Tablo 4.19)

Tablo 4.19. DEHB’li ve sağlıklı adölesanların ev aktivitelerindeki ailenin değişim isteği sonuçları arasındaki uyum

Ev ortamındaki aktiviteler	Sağlıklı Adölesanlar ve Ebeveyni arasındaki uyum			DEHB’li Adölesanlar ve Ebeveyni arasındaki uyum		
	<i>Ailenin Değişim İsteği</i>			<i>Ailenin Değişim İsteği</i>		
	Absolute Agreement	Weighted Kappa (K) (%95 Güven aralığı)	p	Absolute Agreement	Weighted Kappa (K) (%95 Güven aralığı)	p
1. Bilgisayar ve video oyunları	% 10	0.09 (-0.09-0.29)	0.32	% 22	0.22 (-0.01-0.45)	0.05
2. Ev içi oyunları	% 9.7	0.09 (-0.14-0.34)	0.43	%4.2	0.04 (-0.13-0.21)	0.64
3. Sanatlar, el işleri, müzik ve hobiler	%32	0.32 (0.09-0.55)	0.006	%15	0.14 (-0.37-0.07)	0.19
4. Tv, videolar, ve DVDler izleme	% 0.7	0.007 (-0.2-0.19)	0.94	%8.2	0.08 (-0.31-0.15)	0.49
5. Diğer insanlar ile birarada olma	%30	0.29 (0-0.59)	0.013	%16	0.16 (-0.06-0.38)	0.17
6. Teknoloji kullanarak sosyalleşme	% 4.4	0.04 (-0.15-0.23)	0.66	% 7	0.06 (-0.17-0.30)	0.57
7. Ev işleri	% 36	0.35 (0.13-0.58)	0.003	% 10	0.10 (-0.12-0.32)	0.38
8. Kişisel bakım	% 24	0.24 (-0.01-0.50)	0.01	% 7.1	0.07 (-0.17-0.31)	0.55
9. Okul hazırlıkları (ev ödevi değil)	% 44	0.44 (0.25-0.63)	<0.001	% 10	0.10 (-0.09-0.3)	0.32
10. Ev ödevi	%26	0.25 (0.04-0.47)	0.023	% 0.2	0.002 (-0.24-0.24)	0.98

4.5.4 DEHB’li ve Sağlıklı Adölesanların Ev Ortamı Sonuçları Arasındaki Uyum

Sağlıklı adölesanlar ve ebeveynlerinin ev ortamı sonuçları arasındaki uyum incelendi. Bu sonuçlara göre; Diğer kişilerin, evde tutum ve davranışları ve para sorularında (2) iyi düzeyde uyum görüldü. Duyusal kalite, Aile bireyleri ile olan ilişki, Evdeki hizmetler, Evdeki ekipmanlar ve Bilgi sorularında (5) orta düzeyde uyum görüldü. Fiziksel düzen, Aktiviteler için fiziksel gereksinim, Aktiviteler için sosyal gereksinim ve Zaman sorusunda (4) zayıf düzeyde uyum mevcuttu. Aktiviteler için kognitif gereksinim sorusunda (1) ise önemsiz düzeyde uyum vardı (Tablo 4.20).

DEHB’li adölesanlar ve ebeveynlerinin ev ortamı sonuçları arasındaki uyum incelendi. Bu sonuçlara göre aktiviteler için sosyal gereksinim (1) zayıf düzeyde uyum görüldü. Diğer tüm aktivitelerde (9) önemsiz düzeyde uyum mevcuttu (Tablo 4.20)

Tablo 4.20. DEHB’li ve sağlıklı adölesanların ev ortamı sonuçları arasındaki uyum

Ev ortamı	Sağlıklı adölesanlar ve annelerinin ev ortamındaki ihtiyaç ve engellere uyumu			DEHB’li adölesanlar ve annelerinin ev ortamındaki ihtiyaç ve engellere uyumu		
	Absolute Agreement	Weighted Kappa (K) (%95 Güven aralığı)	P	Absolute Agreement	Weighted Kappa (K) (%95 Güven aralığı)	P
1. Fiziksel düzen	% 42	0.38 (0.16-0.59)	<0.001	%0.5	0.007 (-0.16-0.17)	0.94
2. Duyusal kalite	%39	0.41 (0.21-0.61)	<0.001	%9.6	0.11 (-0.06-0.29)	0.205
3. Aktiviteler için fiziksel gereksinim	%29	0.35 (0.15-0.56)	<0.001	%35	0.26 (0.07-0.45)	0.002
4. Aktiviteler için kognitif gereksinim	%14	0.17 (-0.008-0.35)	0.05	% 1.6	0.06 (-0.07-0.21)	0.39
5. Aktiviteler için sosyal gereksinim	%38	0.38 (0.19-0.58)	<0.001	%12	0.07 (-0.07-0.22)	0.32
6. Aile bireyleri ile olan ilişki	%51	0.407 (0.24-0.57)	<0.001	%10.9	0.11 (-0.05-0.29)	0.18
7. Diğer kişilerin, evde tutum ve davranışları	%71	0.69 (0.53-0.85)	<0.001	%33	0.41 (0.21-0.62)	<0.001
8. Evdeki hizmetler	%57	0.57 (0.41-0.73)	<0.001	%33	0.28 (0.03-0.54)	<0.001
9. Evdeki ekipmanlar	%49	0.44 (0.18-0.69)	<0.001	%3	0.01 (-0.2-0.22)	0.92
10. Bilgi	%52	0.40 (0.21-0.58)	<0.001	%42	0.30 (-0.05-0.67)	0.007
11. Zaman	%30	0.28 (0.06-0.51)	0.006	%47	0.35 (0.14-0.56)	0.001
12. Para	%66	0.61 (0.42-0.81)	<0.001	%24	0.23 (0.02-0.44)	0.024

4.5.5 DEHB’li ve Sağlıklı Adölesanların Okul Aktivitelerine Katılım Sıklığı Sonuçları Arasındaki Uyum

Sağlıklı adölesanlar ve ebeveynlerinin okul aktivitelerine katılım sıklığı sonuçları arasındaki uyum incelendi. Bu sonuçlara göre; sınıf aktiviteleri sorusunda (1) iyi düzeyde uyum görüldü. Okul gezileri ve okul etkinlikleri, Okulun sponsor olduğu takımlar, klüpler ve organizasyonlar, Sınıf dışında yaşlılarıyla birlikte olma ve Okulda özel görevler sorularında (4) orta düzeyde uyum görüldü. (Tablo 4.21).

DEHB’li adölesanlar ve ebeveynlerinin okul aktivitelerine katılım sıklığı sonuçları arasındaki uyum incelendi. Bu sonuçlara göre Sınıf dışında yaşlılarıyla birlikte olma sorusunda (1) orta düzeyde uyum görüldü. Okul gezileri ve okul etkinlikleri ve Okulun sponsor olduğu takımlar, klüpler ve organizasyonlar sorularında (2) zayıf düzeyde uyum bulundu. Sınıf aktiviteleri ve Okulda özel görevler aktivitelerinde ise (2) önemsiz düzeyde uyum mevcuttu (Tablo 4.21)

Tablo 4.21. DEHB’li ve sağlıklı adölesanların okul aktivitelerine katılım sıklığı sonuçları arasındaki uyum

Okul ortamındaki aktiviteler	Sağlıklı Adölesanlar ve Ebeveyni arasındaki uyum			DEHB’li Adölesanlar ve Ebeveyni arasındaki uyum		
	<i>Katılım Sıklığı</i>			<i>Katılım Sıklığı</i>		
	Absolute Agreement	Weighted Kappa (K) (%95 Güven aralığı)	P	Absolute Agreement	Weighted Kappa (K) (%95 Güven aralığı)	P
1. Sınıf aktiviteleri	% 76	0.61 (0.48-0.74)	<0.001	%17	0.12 (-0.06-0.32)	0.19
2. Okul gezileri ve okul etkinlikleri	% 58	0.44 (0.27-0.61)	<0.001	%30	0.23 (0.04-0.43)	0.01
3. Okulun sponsor olduğu takımlar, klüpler ve organizasyonlar	% 53	0.46 (0.28-0.64)	<0.001	%30	0.22 (-0.07-0.52)	0.026
4. Sınıf dışında yaşatlarıyla birlikte olma	% 46	0.44 (0.16-0.72)	<0.001	%55	0.47 (0.29-0.66)	<0.001
5. Okulda özel görevler	% 49	0.42 (0.25-0.60)	<0.001	% 23	0.19 (0.02-0.36)	0.026

4.5.6 DEHB’li ve Sağlıklı Adölesanların Okul Aktivitelerine Dahil Olma Derecesi Arasındaki Uyum

Sağlıklı adölesanlar ve ebeveynlerinin okul aktivitelerine katılım sıklığı sonuçları arasındaki uyum incelendi. Bu sonuçlara göre; sınıf aktiviteleri sorusunda, Okul gezileri ve okul etkinlikleri, Okulun sponsor olduğu takımlar, klüpler ve organizasyonlar, Sınıf dışında yaşlılarıyla birlikte olma sorularında (4) orta düzeyde uyum görüldü. Okulda özel görevler sorusunda ise (1) zayıf düzeyde uyum bulundu. (Tablo 4.22).

DEHB’li adölesanlar ve ebeveynlerinin okul aktivitelerine katılım sıklığı sonuçları arasındaki uyum incelendi. Bu sonuçlara göre; Okul gezileri ve okul etkinlikleri, Sınıf dışında yaşlılarıyla birlikte olma ve Okulda özel görevler sorularında (3) zayıf düzeyde uyum bulundu. Sınıf aktiviteleri ve Okulun sponsor olduğu takımlar, klüpler ve organizasyonlar sorularında ise (2) önemsiz düzeyde uyum mevcuttu (Tablo 4.22)

Tablo 4.22. DEHB’li ve sağlıklı adölesanların okul aktivitelerine dahil olma derecesi sonuçları arasındaki uyum

Okul ortamındaki aktiviteler	Sağlıklı Adölesanlar ve Ebeveyni arasındaki uyum			DEHB’li Adölesanlar ve Ebeveyni arasındaki uyum		
	<i>Dahil olma derecesi</i>			<i>Dahil olma derecesi</i>		
	Absolute Agreement	Weighted Kappa (K) (%95 Güven aralığı)	P	Absolute Agreement	Weighted Kappa (K) (%95 Güven aralığı)	P
1. Sınıf aktiviteleri	% 52	0.45 (0.26-0.63)	<0.001	% 9.2	0.07 (-0.14-0.28)	0.51
2. Okul gezileri ve okul etkinlikleri	% 50	0.48 (0.28-0.68)	<0.001	% 42	0.38 (0.13-0.63)	<0.001
3. Okulun sponsor olduğu takımlar, klüpler ve organizasyonlar	% 59	0.57 (0.38-.0.77)	<0.001	% 18	0.16 (-0.09-.0.41)	0.16
4. Sınıf dışında yaşutlarıyla birlikte olma	% 65	0.51 (0.22-0.81)	<0.001	% 43	0.38 (0.17-0.58)	<0.001
5. Okulda özel görevler	% 42	0.37 (0.205-0.55)	<0.001	% 25	0.22 (0-0.45)	0.04

4.5.7 DEHB’li ve Sağlıklı Adölesanların Okul Aktivitelerine Ailenin Değişim İsteği Sonuçları Arasındaki Uyum

Sağlıklı adölesanlar ve ebeveynleri ile okul aktivitelerinde ailenin değişim isteği sonuçları arasındaki uyum incelendi. Bu sonuçlara göre; okul gezileri ve okul etkinlikleri sorusu (1) arasında zayıf bir uyum görüldü. Sınıf aktiviteleri, okulun sporsor olduğu takımlar, klupler ve organizasyonlar ve sınıf dışında yaşlılarıyla birlikte olma sorularında (3) ise önemsiz bir uyum bulundu. Okulda özel görevler sorusunda (1) şansa bağlı olabilecek uyumdan daha kötü bir uyum mevcuttu (Tablo 4.23)

DEHB’li adölesanlar ve ebeveynlerinin okul aktivitelerinde ailenin değişim isteği sonuçları arasındaki uyum da incelendi. Bu sonuçlara göre; sınıf dışında yaşlılarıyla birlikte olma sorusunda (1) zayıf bir uyum görüldü. Okul gezileri ve okul etkinlikleri ve okulda özel görevler sorularında (2) önemsiz bir uyum bulundu. Sınıf aktiviteleri ve okulun sporsor olduğu takımlar, klupler ve organizasyonlar sorularında (2) şansa bağlı olabilecek uyumdan daha kötü bir uyum mevcuttu (Tablo 4.23)

Tablo 4.23. DEHB’li ve sağlıklı adölesanların okul aktivitelerindee ailenin değişim isteği sonuçları arasındaki uyum

Okul ortamındaki aktiviteler	Sağlıklı Adölesanlar ve Ebeveyni arasındaki uyum			DEHB’li Adölesanlar ve Ebeveyni arasındaki uyum		
	<i>Ailenin Değişim İsteği</i>			<i>Ailenin Değişim İsteği</i>		
	Absolute Agreement	Weighted Kappa (K) (%95 Güven aralığı)	P	Absolute Agreement	Weighted Kappa (K) (%95 Güven aralığı)	P
1. Sınıf aktiviteleri	%18	0.18 (-0.02-0.39)	0.09	% 7.1	-0.07 (-0.25-0.11)	0.47
2. Okul gezileri ve okul etkinlikleri	%24	0.23 (-0.016-0.49)	0.04	%20	0.20 (-0.032-0.43)	0.03
3. Okulun sponsor olduğu takımlar, klüpler ve organizasyonlar	% 5.7	0.05 (-0.18-0.29)	0.64	% 11	-0.108 (-0.26-0.04)	0.23
4. Sınıf dışında yaşutlarıyla birlikte olma	% 6.6	0.06 (-0.16-0.29)	0.56	% 33	0.33 (0.22-0.54)	0.006
5. Okulda özel görevler	% 22	-0.22 (-0.44-0.002)	0.07	%12	0.12 (-0.07-0.31)	0.22

4.5.8 DEHB’li ve Sağlıklı Adölesanların Okul Ortamı Sonuçları Arasındaki Uyum

Sağlıklı adölesanlar ve ebeveynleri ile okul ortamı sonuçları arasındaki uyum incelendi. Bu sonuçlara göre; programlar ve hizmetler sorusunda (1) çok iyi düzeyde uyum bulundu. Kişisel ulaşım, toplu taşıma, okul ile ilişkili politikalar ve prosedürler ve para sorularında (4) iyi düzeyde uyum görüldü. Fiziksel gereksinim, aktiviteler için sosyal gereksinim, aile bireyleri ile olan ilişki, yaşlılar ile ilişki, okuldaki ekipmanlar, bilgi ve zaman sorularında (7) orta düzeyde bir uyum bulundu. Fiziksel düzen, duyuşal kalite, hava şartları, aktiviteler için kognitif gereksinim ve okulun güvenliğı sorularında (5) zayıf uyum mevcuttu (Tablo 4.24)

DEHB’li adölesanlar ve ebeveynleri ile okul ortamı sonuçları arasındaki uyum incelendi. Bu sonuçlara göre; toplu taşıma ve okul ile ilişkili politikalar ve prosedürler sorularında (2) orta bir uyum bulundu. Hava şartları, okulun güvenliğı, kişisel ulaşım, programlar ve hizmetler, zaman ve para sorularında (6) zayıf bir uyum görüldü. Fiziksel düzen, fiziksel gereksinim, aktiviteler için kognitif gereksinim, aktiviteler için sosyal gereksinim, okuldaki ekipmanlar ve bilgi sorularında (6) önemsiz bir uyum bulundu. Duyuşal kalite, aile bireyleri ile olan ilişki ve yaşlılar ile ilişki sorularında (3) şansa bağı olabilecek uyumdan daha kötü bir uyum mevcuttu (Tablo 4.24).

Tablo 4.24. DEHB’li ve sağlıklı adölesanların okul ortamı sonuçları arasındaki uyum

Okul ortamı	Sağlıklı adölesanlar ve annelerinin ev ortamındaki ihtiyaç ve engellere uyumu			DEHB’li adölesanlar ve annelerinin ev ortamındaki ihtiyaç ve engellere uyumu		
	Absolute Agreement	Weighted Kappa (K) (%95 Güven aralığı)	P	Absolute Agreement	Weighted Kappa (K) (%95 Güven aralığı)	P
1. Fiziksel düzen	% 49	0.38 (0.02-0.74)	<0.001	% 8	0.11 (-0.08-0.306)	0.23
2. Duyusal kalite	%34	0.29 (0.07-0.51)	0.005	%9.4	-0.07 (-0.26-0.11)	0.46
3. Hava şartlar	%27	0.23 (-0.009-0.47)	0.04	%29	0.24 (0.5-0.43)	0.015
4. Fiziksel gereksinim	%59	0.54 (0.35-0.72)	<0.001	%20	0.15 (-0.02-0.33)	0.07
5. Aktiviteler için kognitif gereksinim	%19	0.24 (0.047-0.43)	0.007	%17	0.12 (-0.015-0.25)	0.073
6. Aktiviteler için sosyal gereksinim	%45	0.48 (0.29-0.68)	<0.001	%3.4	0.021 (-0.13-0.17)	0.77
7. Aile bireyleri ile olan ilişki	% 61	0.602 (0.41-0.78)	<0.001	% 4.7	-0.016 (-0.17-0.14)	0.85
8. Yaşlılar ile ilişki	%53	0.46 (0.29-0.62)	<0.001	%3.4	-0.02 (-0.13-0.09)	0.78
9. Okulun güvenliği	%35	0.40 (0.201-0.602)	<0.001	%34	0.31 (0.11-0.51)	<0.001
10. Kişisel ulaşım	%71	0.75 (0.59-0.92)	<0.0001	%9.6	0.23 (0.03-0.43)	0.01
11. Toplu taşıma	% 73	0.73 (0.58-0.89)	<0.001	%21	0.42 (0.23-0.61)	<0.001
12. Programlar ve hizmetler	% 84	0.84 (0.69-0.99)	<0.001	%10.4	0.31 (0.13-0.49)	<0.001
13. Okul ile ilişkili politikalar ve prosedürler	%75	0.77 (0.61-0.93)	<0.001	%30.9	0.45 (0.26-0.64)	<0.001
14. Okuldaki ekipmanlar	%53	0.43 (0.24-0.62)	<0.001	%23	0.16 (-0.05-0.37)	0.108
15. Bilgi	%59	0.51 (0.36-0.67)	<0.001	%23	0.16 (-0.04-0.37)	0.11
16. Zaman	%53	0.405 (0.14-0.66)	<0.001	%27	0.22 (-0.013-0.45)	0.03
17. Para	%70	0.65 (0.46-0.84)	<0.001	%16	0.25 (0.048-0.45)	0.004

4.5.9 DEHB’li ve Sağlıklı Adölesanların Toplum Aktivitelerine Katılım Sıklığı Sonuçları Arasındaki Uyum

Sağlıklı adölesanlar ve ebeveynleri ile toplum aktivitelerine katılım sıklığı sonuçları arasındaki uyum incelendi. Bu sonuçlara göre; sınıflar ve dersler (okuldaki düzenlenenler değil, dini veya manevi toplantılar ve aktiviteler ve ücretli çalışma sorularında (3) iyi düzeyde uyum görüldü. Organize edilmiş fiziksel aktiviteler, yapılandırılmamış fiziksel aktiviteler, organizasyonlar, klüpler ve gönüllü veya liderlik aktiviteleri ve gece yatıları veya yolculuklar sorularında (4) orta düzeyde uyum bulundu. Çevredeki yakın yerler ve toplum içindeki diğer çocuklar ile birlikte olma sorularında (2) zayıf düzeyde uyum vardı. toplumsal organizasyonlar sorusunda (1) önemsiz uyum mevcuttu (Tablo 4.25).

DEHB’li adölesanlar ve ebeveynleri ile toplum aktivitelerine katılım sıklığı sonuçları arasındaki uyum incelendi. Bu sonuçlara göre; ücretli çalışma sorusunda (1) iyi düzeyde uyum görüldü. Sınıflar ve dersler (okuldaki düzenlenenler değil) sorusunda (1) orta düzeyde uyum bulundu. Toplumsal organizasyonlar, yapılandırılmamış fiziksel aktiviteler, organizasyonlar, klüpler ve gönüllü veya liderlik aktiviteleri, dini veya manevi toplantılar ve aktiviteler ve toplum içindeki diğer çocuklar ile birlikte olma sorularında (5) zayıf düzeyde uyum vardı. Çevredeki yakın yerler, organize edilmiş fiziksel aktiviteler ve gece yatıları veya yolculuklar sorularında (3) önemsiz düzeyde uyum mevcuttu (tablo 4.25).

Tablo 4.25. DEHB’li ve sağlıklı adölesanların okul ortamı sonuçları arasındaki uyum

Toplum ortamındaki aktiviteler	Sağlıklı Adölesanlar ve Ebeveyni arasındaki uyum			DEHB’li Adölesanlar ve Ebeveyni arasındaki uyum		
	<i>Katılım Sıklığı</i>			<i>Katılım Sıklığı</i>		
	Absolute Agreement	Weighted Kappa (K) (%95 Güven aralığı)	P	Absolute Agreement	Weighted Kappa (K) (%95 Güven aralığı)	P
1. Çevredeki yakın yerler	%42	0.32 (0.17-0.47)	<0.001	%19	0.14 (-0.04-0.32)	0.06
2. Toplumsal organizasyonlar	%54	0.41 (0.28-0.55)	<0.001	%42	0.31 (0.108-0.51)	<0.001
3. Organize edilmiş fiziksel aktiviteler	%74	0.63 (0.50-0.77)	<0.001	%20	0.19 (0.003-0.37)	0.039
4. Yapılandırılmamış fiziksel aktiviteler	%64	0.55 (0.39-0.72)	<0.001	%51	0.37 (0.21-0.53)	<0.001
5. Sınıflar ve dersler (okuldaki düzenlenenler değil)	%78	0.73 (0.18-0.68)	<0.001	%45	0.43 (0.57-0.88)	<0.001
6. Organizasyonlar, klüpler ve gönüllü veya liderlik aktiviteleri	%64	0.54 (0.29-0.78)	<0.001	%29	0.23 (-0.09-0.55)	0.017
7. Dini veya manevi toplantılar ve aktiviteler	%69	0.61 (0.012-0.43)	<0.001	%30	0.22 (0.47-0.76)	0.016
8. Toplum içindeki diğer çocuklar ile birlikte olma	%25	0.25 (0.08-0.43)	<0.001	%47	0.35 (0.18-0.53)	<0.001
9. Ücretli çalışma	%80	0.74 (0.48-1.00)	<0.001	%86	0.73 (0.55-0.92)	<0.001
10. Gece yatıları veya yolculuklar	%61	0.55 (0.404-0.702)	<0.001	%23	0.13 (-0.09-0.36)	0.11

4.5.10 DEHB’li ve Sağlıklı Adölesanların Toplum Aktivitelerine Dahil Olma Derecesi Sonuçları Arasındaki Uyum

Sağlıklı adölesanlar ve ebeveynlerinin toplum aktivitelerine dahil olma derecesi sonuçları arasındaki uyum incelendi. Bu sonuçlara göre; ücretli çalışma sorusunda (1) çok iyi düzeyde uyum görüldü. Organize edilmiş fiziksel aktiviteler, sınıflar ve dersler (okuldaki düzenlenenler değil), organizasyonlar, klüpler ve gönüllü veya liderlik aktiviteleri, dini veya manevi toplantılar ve aktiviteler ve gece yatıları veya yolculuklar sorularında (5) iyi düzeyde uyum bulundu. Toplumsal organizasyonlar ve yapılandırılmamış fiziksel aktiviteler sorularında (2) orta düzeyde uyum vardı. Çevredeki yakın yerler ve toplum içindeki diğer çocuklar ile birlikte olma sorularında (2) önemsiz düzeyde uyum mevcuttu (Tablo 4.26).

DEHB’li adölesanlar ve ebeveynlerinin toplum aktivitelerine dahil olma derecesi sonuçları arasındaki uyum incelendi. Bu sonuçlara göre; ücretli çalışma sorusunda (1) iyi düzeyde uyum vardı. Toplum içindeki diğer çocuklar ile birlikte olma sorusunda (1) orta düzeyde uyum görüldü. Toplumsal organizasyonlar, organize edilmiş fiziksel aktiviteler, yapılandırılmamış fiziksel aktiviteler, sınıflar ve dersler (okuldaki düzenlenenler değil) sorularında (4) zayıf düzeyde uyum bulundu. Organizasyonlar, klüpler ve gönüllü veya liderlik aktiviteleri, dini veya manevi toplantılar ve aktiviteler ve gece yatıları veya yolculuklar sorularında (3) önemsiz düzeyde uyum vardı. çevredeki yakın yerler sorusunda (1) şansa bağlı olabilecek uyumdan daha kötü bir uyum mevcuttu (Tablo 4.26).

Tablo 4.26. DEHB’li ve sağlıklı adölesanların toplum aktivitelerine dahil olma derecesi sonuçları arasındaki uyum

Toplum ortamındaki aktiviteler	Sağlıklı Adölesanlar ve Ebevey)ni arasındaki uyum			DEHB’li Adölesanlar ve Ebevey)ni arasındaki uyum		
	<i>Dahil Olma Derecesi</i>			<i>Dahil Olma Derecesi</i>		
	Absolute Agreement	Weighted Kappa (K) (%95 Güven aralığı)	P	Absolute Agreement	Weighted Kappa (K) (%95 Güven aralığı)	P
1. Çevredeki yakın yerler	%8.8	0.13 (-0.11-0.37)	0.2	%1.9	-0.018 (-0.23-0.19)	0.83
2. Toplumsal organizasyonlar	%57	0.52 (0.22-0.72)	<0.001	%43	0.38 (0.16-0.609)	<0.001
3. Organize edilmiş fiziksel aktiviteler	%67	0.62 (0.42-0.82)	<0.001	%23	0.21 (0.014-0.42)	0.042
4. Yapılandırılmamış Fiziksel aktiviteler	%66	0.58 (0.36-0.806)	<0.001	%27	0.25 (0.011-0.50)	0.015
5. Sınıflar ve dersler (okuldaki düzenlenenler değil)	%79	0.78 (0.62-0.95)	<0.001	%39	0.36 (0.11-0.62)	0.002
6. Organizasyonlar, klüpler ve gönüllü veya liderlik aktiviteleri	%69	0.64 (0.36-0.92)	<0.001	%19	0.2 (-0.14-0.54)	0.079
7. Dini veya manevi toplantılar ve aktiviteler	%71	0.67 (0.51-0.83)	<0.001	%20	0.17 (-0.047-0.405)	0.109
8. Toplum içindeki diğer çocuklar ile birlikte olma	%11	0.13 (-0.05-0.32)	0.11	%50	0.43 (0.22-0.63)	<0.001
9. Ücretli çalışma	%89	0.87 (0.68-1.07)	<0.001	%66	0.61 (0.38-0.84)	<0.001
10. Gece yatıları veya yolculuklar	%69	0.64 (0.48-0.804)	<0.001	%1.9	0.024 (-0.19-0.24)	0.83

4.5.11 DEHB’li ve Sağlıklı Adölesanların Toplum Aktivitelerinde Ailenin Değişim İsteği Sonuçları Arasındaki Uyum

Sağlıklı adölesanlar ve ebeveynlerinin toplum aktivitelerinde ailenin değişim isteği sonuçları arasındaki uyum incelendi. Bu sonuçlara göre; organize edilmiş fiziksel aktiviteler sorusunda (1) orta düzeyde uyum görüldü. Çevredeki yakın yerler, yapılandırılmamış fiziksel aktiviteler ve dini veya manevi toplantılar ve aktiviteler sorularında (3) zayıf düzeyde uyum bulundu. Toplumsal organizasyonlar, toplum içindeki diğer çocuklar ile birlikte olma, ücretli çalışma ve gece yatıları veya yolculuklar sorularında (4) önemsiz düzeyde uyum vardı. Sınıflar ve dersler (okuldaki düzenlenenler değil) ve organizasyonlar, klüpler ve gönüllü veya liderlik aktiviteleri sorularında (2) şansa bağlı olabilecek uyumdan daha kötü uyum mevcuttu (Tablo 4.27).

DEHB’li adölesanlar ve ebeveynlerinin toplum aktivitelerinde ailenin değişim isteği sonuçları arasındaki uyum incelendi. Bu sonuçlara göre; çevredeki yakın yerler, ücretli çalışma ve gece yatıları veya yolculuklar sorularında (3) zayıf düzeyde uyum görüldü. Toplumsal organizasyonlar, organize edilmiş fiziksel aktiviteler, dini veya manevi toplantılar ve aktiviteler ve toplum içindeki diğer çocuklar ile birlikte olma sorularında (4) önemsiz düzeyde uyum bulundu. Yapılandırılmamış fiziksel aktiviteler, sınıflar ve dersler (okuldaki düzenlenenler değil) ve organizasyonlar, klüpler ve gönüllü veya liderlik aktiviteleri sorularında (3) şansa bağlı olabilecek uyumdan daha kötü uyum mevcuttu (Tablo 4.27).

Tablo 4.27. DEHB’li ve sağlıklı adölesanların toplum ortamındaki aktivitelerde ailenin değişim isteği sonuçları arasındaki uyum

Toplum ortamındaki aktiviteler	Sağlıklı Adölesanlar ve Ebeveyni arasındaki uyum			DEHB’li Adölesanlar ve Ebeveyni arasındaki uyum		
	<i>Ailenin Değişim İsteği</i>			<i>Ailenin Değişim İsteği</i>		
	Absolute Agreement	Weighted Kappa (K) (%95 Güven aralığı)	P	Absolute Agreement	Weighted Kappa (K) (%95 Güven aralığı)	P
1. Çevredeki yakın yerler	%28	0.28 (0.042-0.53)	0.019	%25	0.25 (0.06-0.44)	0.017
2. Toplumsal organizasyonlar	%18	0.18 (-0.16-0.24)	0.09	%4.1	0.042 (-0.029-0.39)	0.69
3. Organize edilmiş fiziksel aktiviteler	%42	0.42 (0.208-0.64)	<0.001	%19	0.19 (-0.02-0.406)	0.06
4. Yapılandırılmamış Fiziksel aktiviteler	%29	0.28 (0.07-0.507)	0.014	%2.5	-0.024 (-0.26-0.21)	0.84
5. Sınıflar ve dersler (okuldaki düzenlenenler değil)	%9	-0.089 (-0.26-0.09)	0.32	%1.9	-0.019 (-0.203-0.16)	0.84
6. Organizasyonlar, klüpler ve gönüllü veya liderlik aktiviteleri	%8.9	-0.08 (-0.32-0.15)	0.47	%15	-0.15 (-0.33-0.02)	0.09
7. Dini veya manevi toplantılar ve aktiviteler	%39	0.39 (0.18-0.609)	<0.001	%17	0.17 (-0.03-0.37)	0.11
8. Toplum içindeki diğer çocuklar ile birlikte olma	%5.9	0.058 (-0.16-0.28)	0.606	%15	0.15 (-0.07-0.37)	0.2
9. Ücretli çalışma	%6.6	0.065 (-0.16-0.29)	0.57	%26	0.26 (0.02-0.507)	0.039
10. Gece yatıları veya yolculuklar	%12	0.12 (-0.035-0.28)	0.144	%29	0.29 (-0.035-0.28)	0.018

4.5.12 DEHB’li ve Sağlıklı Adölesanların Toplum Ortamındaki Sonuçları Arasındaki Uyum

Sağlıklı adölesanlar ve ebeveylelerinin toplum ortamındaki sonuçları arasındaki uyum incelendi. Bu sonuçlara göre; programlar ve hizmetler sorusunda (1) çok iyi düzeyde uyum görüldü. Kişisel ulaşım ve para sorularında (2) iyi düzeyde uyum bulundu. Yaşlılar ile ilişki, toplumdaki diğer bireyler ile olan ilişki, toplu taşıma, bilgi ve ekipman ve malzemeler sorularında (5) orta düzeyde uyum vardı. Duyusal kalite, fiziksel gereksinim, aktiviteler için sosyal gereksinim, toplumun güvenliği ve zaman sorularında (5) zayıf düzeyde uyum görüldü. Aktiviteler için kognitif gereksinim ve hava şartları sorularında (2) önemsiz düzeyde uyum bulundu. Fiziksel düzen sorusunda (1) şansa bağlı olabilecek uyumdan daha kötü uyum mevcuttu (Tablo 4.28).

DEHB’li adölesanlar ve ebeveynlerinin toplum ortamındaki sonuçları arasındaki uyum incelendi. Bu sonuçlara göre; duyusal kalite, fiziksel gereksinim, yaşlılar ile ilişki, hava şartları, toplumun güvenliği, programlar ve hizmetler, ekipmanlar ve malzeme, zaman ve para sorularında (9) zayıf düzeyde uyum görüldü. Fiziksel düzen, aktiviteler için sosyal gereksinim, toplumdaki diğer bireyler ile olan ilişki, kişisel ulaşım , toplu taşıma ve bilgi sorularında (6) önemsiz düzeyde uyum bulundu. Aktiviteler için kognitif gereksinim sorusunda (1) şansa bağlı olabilecek uyumdan daha kötü uyum mevcuttu (Tablo 4.28).

Tablo 4.28. DEHB’li ve sağlıklı adölesanların toplum ortamındaki aktivitelerde ailenin değişim isteği sonuçları arasındaki uyum

Toplum ortamı	Sağlıklı Adölesanlar ve Ebeveyni arasındaki uyum			DEHB’li Adölesanlar ve Ebeveyni arasındaki uyum		
	Absolute Agreement	Weighted Kappa (K) (%95 Güven aralığı)	P	Absolute Agreement	Weighted Kappa (K) (%95 Güven aralığı)	P
1. Fiziksel düzen	%2.9	-0.022 (-0.05-0.01)	0.81	%11	0.071 (-0.13-0.27)	0.48
2. Duyusal kalite	%27	0.29 (0.05-0.52)	0.004	%31	0.28 (0.078-0.50)	0.008
3. Fiziksel gereksinim	%21	0.38 (0.07-0.41)	<0.001	%35	0.24 (0.17-0.60)	0.007
4. Aktiviteler için kognitif gereksinim	%8.8	0.14 (-0.05-0.33)	0.12	%7.7	-0.042 (-0.18-0.09)	0.62
5. Aktiviteler için sosyal gereksinim	%29	0.39 (0.2-0.59)	<0.001	%1.5	0.001 (-0.18-0.18)	0.98
6. Yaşlılar ile ilişki	%47	0.45 (0.26-0.63)	<0.001	%25	0.27 (0.09-0.45)	<0.001
7. Toplumdaki diğer bireyler ile olan ilişki	%57	0.58 (-0.12-0.18)	<0.001	%2.1	0.03 (0.38-0.78)	0.68
8. Hava şartlar	%11	0.11 (0.21-0.58)	0.28	%50	0.40 (-0.14-0.37)	<0.001
9. Toplumun güvenliği	%29	0.28 (0.065-0.44)	0.001	%32	0.25 (0.108-0.45)	0.007
10. Kişisel ulaşım	%80	0.78 (0.63-0.93)	<0.001	%6.5	0.12 (-0.05-0.309)	0.08
10. Toplu taşıma	%54	0.47 (0.28-0.67)	<0.001	%4.3	0.17 (-0.019-0.37)	0.029
11. Programlar ve hizmetler	%81	0.81 (0.65-0.97)	<0.001	%13	0.27 (0.12-0.42)	<0.001
12. Bilgi	%63	0.50 (0.37-0.63)	<0.001	%21	0.15 (-0.05-0.37)	0.13
13. Ekipman ve malzemeler	%54	0.56 (0.34-0.77)	<0.001	%29	0.27 (0.03-0.506)	0.003
14. Zaman	%53	0.33 (0.06-0.602)	0.001	%27	0.28 (0.078-0.49)	0.005
15. Para	%75	0.72 (0.56-0.88)	<0.001	%32	0.307 (0.11-0.503)	0.001

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, DEHB’li adölesanlar ve ebeveynlerinin bakış açısıyla PEM-CY sonuçları doğrultusunda adölesanın ev, okul ve toplum ortamlarındaki katılım düzeyi ölçüldü. Yine aynı prosedür doğrultusunda sağlıklı adölesanlar ve ebeveynleri tarafından da PEM-CY kullanılarak sağlıklı adölesanın ev, okul ve toplum ortamındaki katılım düzeyi değerlendirildi. Daha sonra bu ölçüm sonuçları (adölesan-ebeveyn) arasındaki uyum ayrıntılı olarak incelendi. Bu kesitsel çalışmanın sonucunda, gruplar kendi aralarında değerlendirildiğinde, DEHB’li adölesanların katılım düzeyi genel olarak hem adölesanların kendi hem de ebeveynlerinin sonuçlarına göre sağlıklı yaşıtlarından daha az bulundu. Ayrıca, DEHB’li adölesanlar ve ebeveynleri arasındaki uyumun sağlıklı adölesanlar ve ebeveynleri arasındaki uyumdan daha az olduğu da görüldü.

DEHB semptomları

DEHB’nin temel semptomları dikkatsizlik ve hiperaktivite/dürtüselliktir. Bu temel semptomların yanında DEHB’ye farklı bozukluklar da eşlik etmektedir (Association, 2013).

Beklediğimiz üzere, DEHB’li grup CEDÖ-Y/U’nun tüm alt ölçeklerinde (Karşı Gelme Alt Ölçeği, Bilişsel Problemler\Dikkatsizlik Alt Ölçeği, Hiperaktivite Alt Ölçeği, Kaygı-Utangaçlık Alt Ölçeği, Mükemmelliyetçilik Alt Ölçeği, Sosyal Problemler Alt Ölçeği, Psikosomatik Alt Ölçeği, DEHB İndeksi Alt Ölçeği, Conners Global İndeksi Huzursuzluk İmpulsivite Alt Ölçeği, Conners Global İndeksi Duygusal Değişkenlik Alt Ölçeği, Conners Global İndeksi Duygusal Değişkenlik Alt Ölçeği, Conners Global İndeksi Toplam Alt Ölçeği, DSM-IV Semptomları Dikkatsizlik Alt Ölçeği, DSM-IV Semptomları Hiperaktivite\Dürtüsellik Alt Ölçeği, DSM-IV Semptomları Toplam Alt Ölçeği) sağlıklı yaşıtlarına göre %68-287 daha yüksek puanlar aldı. Ek olarak, sağlıklı yaşıtlarına göre DEHB’li adölesanlarda farklı bozuklukların da (kaygı, utangaçlık vs.) eşlik ettiği gösterildi.

Literatür incelendiğinde, DEHB’li çocukların sağlıklı yaşıtlarına göre yürütücü fonksiyonları(Semrud-Clikeman ve ark., 2008), motor becerileri (Fliers ve ark., 2008), günlük yaşam aktivitelerine katılım düzeyleri (de Schipper ve ark., 2015; Kaya Kara ve

ark., 2021), yaşam kalitesi (Klassen ve ark., 2006) gibi alanlarda yetersizlikleri bulunmuştur. Daha önce yapılan çalışmalarda DEHB’li bireylerin sağlıklı yaşıtlarına kıyasla beyin hacmindeki özellikle prefrontal korteks, kaudat ve serebellumdaki hacimsel azalma gösterilmiştir. Bu alanlar dikkat, düşünce, davranışlar ve duyguların oluşumuna katkıda bulunur (Arnsten ve Pliszka, 2011; Kesner ve Churchwell, 2011). Ayrıca dopaminerjik ve noradrenerjik sistemdeki dengesizliğin de bu duruma yol açtığı düşünülmektedir (Arnsten, 2006). Dolayısıyla, sonuçlarımız literatürü destekler nitelikte olup DEHB’li adölesanların sağlıklı adölesanlardan klinik olarak daha alt bir düzeyde olduğunu göstermiştir.

Katılım

ICF, Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiştir (DIN, 2001). ICF katılımı 9 alanı kapsayan yaşam durumuna dahil olma olarak tanımlamaktadır (ICF-CY, 2007). Katılım birçok çalışmanın önemli bir araştırma konusu veya önemli bir sonuç ölçütünü oluşturmaktadır. Çünkü katılım sayesinde bireyin yetenekleri gelişir, öz güveni artar ve birey yeni beceriler edinir. Dolayısıyla katılım, sağlık ve esenliğe pozitif katkılar sunmaktadır. Katılım düşünüldüğünden daha kapsamlı ve çok boyutludur (Coster ve ark., 2012). Örneğin “katılımın sıklığı” nicel ve nesnel bir veri olurken “dahil olma derecesi” daha öznel yönleri içerir (Wendy Coster ve ark., 2011; Coster ve ark., 2010).

Bu çalışmada, DEHB’li adölesanlarının ve sağlıklı yaşıtlarının katılım düzeyini ölçmek için PEM-CY kullanıldı. Sonuçlar genel olarak DEHB’li adölesanların katılım düzeyinin sağlıklı adölesanlardan daha düşük olduğunu gösterdi. Örneğin, DEHB’li adölesanlar sağlıklı adölesanlara göre ev aktivitelerine katılım sıklığı %4,39, dahil olma derecesi %13,45 daha azdı. Fakat ailenin değişim isteği ise sağlıklı adölesanlara göre %112,68 daha fazlaydı. Okul aktivitelerine katılım sıklığı ise % 44,32, dahil olma derecesi % 51,31 daha düşüktü. Yine ailenin değişim isteği DEHB’li adölesanlarda sağlıklı adölesanlara göre %8,77 daha fazlaydı. Toplum aktivitelerindeki katılım sıklığı DEHB’li adölesanlarda %15,47, dahil olma derecesi %26,24 ve ailenin değişim isteği %6,99 daha azdı. Bulduğumuz bu sonuç literatürü destekler nitelikteydi (Montes-Montes ve ark., 2021; Shabat ve ark., 2021).

Örneğin yapılan bir çalışmada, 20 kişiden oluşan DEHB'li çocuklar Gelişimsel Koordinasyon Bozukluğu Günlük Aktiviteler Ölçeği (The Developmental Coordination Disorder Questionnaire-DCDDaily-Q)' ile değerlendirilmiştir (Montes-Montes ve ark., 2021). Kontrol grubunda gelişimsel koordinasyon bozukluğu %10 görülürken DEHB'li çocuklarda bu oran %75 olarak bulunmuştur. Ayrıca DEHB'li olan çocukların gelişimsel koordinasyon bozukluğu gösterme oranı sağlıklı yaşlılarına göre 27 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir. Bu da DEHB'li çocukların günlük yaşam aktivitelerine katılımının, sağlıklı yaşlılarına göre daha az olmasının nedeni olarak gösterilmiştir. Özellikle DEHB'li çocukların motor temelli kişisel bakım, ince motor, kaba motor ve genel günlük yaşam aktivitelerinde performanslarının ve katılımlarının düşük olduğu belirtilmiştir. Ayrıca bu spesifik sonuç, motor yeterlilik ile katılım düzeyi arasındaki ilişkiye de ışık tutmaktadır (Montes-Montes ve ark., 2021).

Başka bir çalışmada, 8-11 yaş grubundaki 50 İsrailli erkek çocuk ve sağlıklı yaşlıları Çocukların Katılımı ve Eğlenmenin Değerlendirmesi (Children's Assessment of Participation and Enjoyment - CAPE) anketi kullanılarak katılım düzeyi ölçülmüştür (Shimoni ve ark., 2010). CAPE, çocuğun kendi beyanı doğrultusunda doldurulmaktadır. Bu da katılımın öznel yönlerini aydınlatmak açısından avantajlıdır. Sonuçlar incelendiğinde, DEHB'li olan çocuklarda sağlıklı yaşlılarına göre katılım çeşitliliği, yoğunluğu ve eğlence açısından anlamlı farklar bulunmuştur. Bunların nedenleri yazarlar tarafından, DEHB'li çocuklardaki kısa dikkat süresi, huzursuzluk, düşük motivasyon, sosyal problemler, akademik problemler olarak sıralanmıştır (Shimoni ve ark., 2010).

Ayrıca, Shabat ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ise DEHB'li olan ve olmayan 65 katılımcının bulunduğu, 6-14 yaş arası çocuklarda ev, okul ve toplum ortamlarındaki katılımları PEM-CY kullanılarak ölçülmüştür. Ölçüm sonuçlarına bakıldığında ise DEHB'li bireylerin sağlıklı yaşlılarına göre katılım düzeylerinin daha düşük olduğu gösterilmiştir. Örneğin; DEHB'li çocuklar sağlıklı yaşlılarına kıyasla ev ortamındaki aktivitelere katılım sıklığı %5,1, ev ortamındaki aktivitelere dahil olma derecesi %18,60 azalmış ancak ev ortamdaki aktivitelerde ailenin değişim isteği %45 artmıştır. Yine okul ortamı için bakıldığında katılım sıklığı %5 daha fazla, dahil olma derecesi %10 daha az, ailenin değişim isteği %47,62 daha fazla bulunmuş. Son olarak toplum ortamı için bakıldığında katılım sıklığı %12,18 daha az, dahil olma derecesi

%13,02 daha az, ailenin değişim isteği %55,20 daha fazla bulunmuştur. Oranlara bakıldığında DEHB’li çocukların katılım düzeylerinin daha düşük olduğu anlaşılmaktadır. Çalışmanın sonuçlarına göre ailenin değişim isteğinin DEHB’li çocuklarda fazla olmasının ebeveynin çocuğunun katılım düzeyinden memnun olmadığını düşündürmektedir. Ayrıca yine bu çalışmaya göre ebeveynler, özellikle ev ve toplum ortamlarındaki katılım düzeylerinde değişim isteği belirtmiştir. Ek olarak, çalışma sonuçlarına göre katılımın çevresel faktörlerden etkilendiği de bildirilmiştir (Shabat ve ark., 2021).

Dahası, çalışmamız COVID-19 pandemisi dönemine denk gelmiştir. Bilindiği üzere bu dönemde yalnızca bir engeli veya bozukluğu olan kişiler için değil herkes için sosyal hayat kısıtlanmıştır. Kısıtlanmanın en çok olduğu alanlar ise okul ve toplum ortamı olmuştur. Bu çalışmaya göre de aktivitelere katılım sıklığı ve dahil olma dereceleri bakımından ev, okul ve toplum ortamı kıyaslandığında bu durum açıkça görünmektedir. Konu ile ilgili yapılan bir çalışma, DEHB’li çocukların COVID-19 pandemisinde sonra ev aktivitelerinde katılım sıklığının arttığı belgelemiştir (Kaya Kara ve ark., 2021). Ayrıca bu çalışma, DEHB’li çocukların ev aktivitelerine katılım sıklığını ile dahil olma derecesini artırmak ve ev ortamındaki engelleri önlemek için DEHB’li çocukların ebeveynleri ve kardeşleriyle kaliteli zaman geçirmesinin önemini vurgulamıştır (Kaya Kara ve ark., 2021).

Uyum

Özellikle pediatri alanındaki ölçümler çocuk veya adölesanın bakım vereni tarafından doldurulmaktadır. Bunun sebebi ise çocuk veya adölesanın bilişsel veya dilsel olarak yetersiz görülmesidir. Aksine 3 ila 8 yaş arasındaki çocukların derecelendirme ölçeklerini kullanabildikleri, genel cevap niteliğindeki kavramlara aşina oldukları ve bununla ilişkili kavramları yorumlayabildiklerini gösteren kanıtlar da mevcuttur (Cremeens ve ark., 2006). Kişinin kendini yorumlaması bazı öznel durumlar için esastır. Ayrıca ev dışında okul veya toplum gibi ortamlarda da ebeveynin yanı sıra bireyin kendi perspektifiyle katılımın değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Fakat DEHB’li çocukların bir anketi doldurmaları açısından belli sorunlar görölmüştür. Bunlar yukarıda bahsedilen sorunlara paralel olarak dilsel problemler, yeterli düzeyde kendini yansıtamama ve gerekli dikkat ve özenin gösterilememesi olarak sıralanabilir (Coghill ve ark., 2009; Danckaerts ve ark., 2010). Bu sebeple, ölçeği doldurma hususunda çocuğa veya adölesana yakınlığından

dolayı ebeveynler iyi bir alternatif olabilir. Dolayısıyla, ölçümler kimi zaman çocuk veya adölesan tarafından bizzat doldurulurken kimi zaman ise ebeveyni veya bakım vereni tarafından doldurulmaktadır. Hal böyleyken, en önemli sorunun “çocuk veya adölesanın ve ebeveyninin arasındaki uyumun ölçüsü” olduğu açıktır.

Güncel literatür incelendiğinde adölesan ve ebeveyn arasındaki uyum birçok farklı yönden incelenmiştir. Örneğin bir çalışmada, 8 ila 18 yaş arasında toplam 295 çocuk ve ebeveyni tarafından ameliyat sonrasında ağrı yoğunluğu (*11 puanlık sayısal derecelendirme ölçeği*) ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi (*Pediatirk Yaşam Kalitesi Envanteri-Pediatric Quality of Life Inventory*) ölçülmüştür. Sonuçlara göre ebeveynin ve çocuğun bildirimleri arasında iyi bir uyum görülmüştür (Lifland ve ark., 2018).

Klassen ve arkadaşları tarafından yapılan, DEHB’li 58 çocuk (10 ila 17 yaş arasında) ve ebeveynini içeren bir çalışmada ise ebeveyn ve çocuk arasındaki uyum yaşam kalitesi yönünden incelenmiştir. Bu çalışmada çocuğun yaşam kalitesi, çocuğun kendi ve ebeveyni tarafından Çocuk Sağlığı Anketi (Child Health Questionnaire-CHQ) kullanılarak ölçülmüştür. Ölçüm sonuçları incelendiğinde çocuklar, yaşam kalitelerini dört alanda ebeveynlerinden önemli ölçüde daha iyi ve birinde ise daha kötü olarak belirtmişlerdir. Ayrıca daha gözlemlenebilir yönleri (örneğin; fiziksel fonsksiyon, fiziksel rol ve bedensel ağrı) ölçen alanlarda uyum daha fazla bulunmuştur (Klassen ve ark., 2006). Bu da Eiser ve arkadaşları tarafında öne sürülen fiziksel sağlık açısından uyumun psikososyal sağlık açısından uyumdan daha fazla olduğu görüşünü desteklemektedir (Eiser ve Morse, 2001).

Yaşam kalitesini ölçen araştırmalara bakıldığında, sağlıklı çocukların ebeveynleri çocuklarını daha yüksek yaşam kalitesine sahip olarak belirtirken sağlık problemleri olan çocuklarda bu durum tam tersine bir sonuç göstermektedir (Eiser ve Morse, 2001). Ayrıca bu kapsamlı çalışmada, uyumun daha fazla olduğu alanlar daha dışa dönük, nesnel alanlar olarak gösterilmiştir. Bu dışa dönük alanları yürüme, koşma, saldırganlık, okul reddi ve hiperaktif davranış olarak sayılmaktadır. Aksine yorgunluk, ağrı, üzüntü ve endişe gibi daha öznel, duygu temelli alanlarda ise daha az uyum olduğu belirtilmiştir (Eiser ve Morse, 2001).

Diğer bir çalışmada Serebral Palsi (SP) tanısına sahip adölesanlar ve onlara bakım verenler dahil edilerek tasarlanmıştır (Büğüşan ve ark., 2018). Bu çalışmada adölesanın katılım düzeyi ölçülürken hem SP’li adölesana hem de adölesana bakım verene Pediatrik Veri Toplama Aracı (Pediatric Outcomes Data Collection Instrument-PODCI) anketi doldurtulmuştur. Sonuçlara bakıldığında adölesanların katılım düzeyleri, onlara bakım verenlerden daha iyi bir derecede bulunduğu gösterilmiştir. Ek olarak, adölesanlar ve bakım verenleri açısından yaşam kalitesi ile ilgi alanlar incelendiğinde orta ile daha az bir uyumun olduğu bulunmuştur (Büğüşan ve ark., 2018).

Lee ve arkadaşları tarafından yapılan 8 çalışma ve 16 bağımsız grubu içeren bir meta-analizde, DEHB’li çocuklar ve tipik gelişim gösteren çocuklar ile ebeveynleri arasında sağlıklı ilgili yaşam kalitesi (*Health Related Quality of Life – HRQOL*) bakımından uyum incelenmiştir. Meta-analizin sonucuna göre hem DEHB’li çocukların hem de sağlıklı yaşlıtlarının ebeveynleri çocukların kendi bildirdiklerinden daha kötü yaşam kalitesi (duygusal yaşam kalitesi dışında) düzeyi bildirmişlerdir (Lee ve ark., 2019).

a) Ev Ortamındaki Uyum

Sağlıklı adölesanlar ve ebeveynleri ile DEHB’li adölesanlar ve ebeveynlerinin ev aktivitelerine katılım sıklığı sorularına verilen cevaplar incelendiğinde, kişisel bakım sorusu hariç diğer tüm sorularda DEHB’li adölesanlar ve ebeveynleri arasındaki uyum sağlıklı yaşlıtlarına göre daha azdı. Shakila Dada ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, zihinsel engeli bulunan çocuklar ve birincil bakım verenleri tarafından çocuğun katılım sıklığı “katılımımı resimle (*Picture my participation-PmP*)” ile ölçülmüştür. PmP’deki uyumun en yüksek olduğu soru ise kişisel bakım olmuştur (Dada ve ark., 2020). Bizim çalışmamızda, bu çalışmanın aksine, kişisel bakım sorusu her iki grup içinde uyumun en az görüldüğü soru oldu (Sağlıklı adölesan-ebeveyn (%0.4), DEHB’li adölesan-ebeveyn (%3.6)). Bu çalışmada yaş ortalamasının daha yüksek olması ve dolayısıyla adölesanın bu aktiviteyi ebeveyninden bağımsız olarak yapıyor olabilmesi uyumun az olmasının olası sebebidir.

İki grup için ev ortamındaki aktivitelere dahil olma dereceleri arasındaki uyuma bakıldığında, sağlıklı adölesan ve ebeveynin arasındaki uyumun, her soruda DEHB’li adölesan ve ebeveyni arasındaki uyumdan daha fazla olduğu gösterildi. Fakat tv, videolar

ve DVDler izleme sorusunda sağlık adölesan-ebeveyn grubu arasındaki uyum %63 iken DEHB’li adölesan-ebeveyni grubunda bu uyumun %0.01’dir. Dolayısıyla bu aktivite için sağlıklı adölesan ve ebeveyni arasındaki uyum DEHB’li adölesan ve ebeveynin arasındaki uyumdan şaşırtıcı bir şekilde %629.900 kat daha fazlaydı.

Ev ortamındaki aktivitelerde değışim isteğı sorularına verilen cevaplarda, DEHB’li adölesan ve ebeveynleri bilgisayar ve video oyunları, tv, videolar ve DVDler izleme ve teknoloji kullanarak sosyalleşme soruları dışında diğler tüm sorularda sağlıklı adölesan ve ebeveynine göre daha yüksek bir uyum sergiledi. Ancak değışim isteğı, katılım sıklığı ve dahil olma derecesine göre uyumun daha az olduğı bir kategoriydi. Bunun nedeni, değışim isteğı kategorisinin, katılım sıklığı veya dahil olma derecesine göre daha öznel bir kategori olması ile alakalı olabileceğini düşündük. Aynı zamanda, adölesanın ve ebeveynin beklentilerinin farklı olmasından da kaynaklanabilir.

Ev ortamının, aktiviteler üzerindeki etkisinin uyumuna baktığımızda ise aktiviteler için fiziksel gereksinim sorusu dışında diğler tüm sorularda sağlıklı adölesan ve ebeveyninin uyumunun DEHB’li adölesan ve ebeveyn uyumundan %114,35 daha fazla olduğı gösterildi.

Özet olarak, ev ortamında, tüm alt başlıklarda sağlıklı adölesan ve ebeveyni arasındaki uyum, DEHB’li adölesan ve ebeveyni arasındaki uyumdan %99.42 daha fazlaydı. Grup kendi içinde değerlendirildiğinde ise en öznel kategori olan değışim isteğinin uyumunun en az olduğı gösterildi. En yüksek uyum ise dahil olma derecesi ve ikinci sırada katılım sıklığı ile sağlıklı adölesan ve ebeveyni arasındaki uyumdu. Bu yüksek uyumun hem adölesanın sağlıklı olması ile hem de kategorilerin daha gözlemlenebilir alanlar olması ile ilişkili olduğunu düşünöldü. Bu da daha önceden bahsedilen Klassen ve arkadaşlarının ileri sürdüğü ‘‘gözlemlenebilir yönleri (örneğin; fiziksel fonsksiyon, fiziksel rol ve bedensel ağırı) ölçen alanlarda uyumun daha fazla olması’’ bulgusunu desteklemektedir (Klassen ve ark., 2006).

b) Okul Ortamındaki Uyum

Okul ortamındaki aktivitelere katılım sıklığı sorularına verilen cevaplar arasındaki uyum incelendiğinde, sınıf dışında yaşlılarıyla birlikte olma sorusu dışında sağlıklı adölesan ve ebeveyninin uyumunun DEHB’li adölesan ve ebeveynin uyumundan % 81.94 daha fazla

olduğu gösterildi. Özellikle sınıf aktiviteleri sorusu sağlıklı adölesanlar ve ebeveynleri açısından uyumun en fazla olduğu (%76) soru iken DEHB'li adölesan ve ebeveyni açısından en az uyumun olduğu (%17) soru olmuştur. Sınıf aktiviteleri, kategorinin en kapsamlı sorusu olması DEHB'li grupta uyumun azalmasına neden olduğunu düşünüldü.

Dahil olma dereceleri için sağlıklı adölesan-ebeveyn grubunun her soruda DEHB'li adölesan-ebeveyn grubuna göre uyumu daha yüksek bulundu. Yine sınıf aktiviteleri sorusu DEHB'li adölesan-ebeveyn grubu için uyumun en düşük olduğu soruydu. Sınıf aktivelerinin çeşitliliğinin fazla olması uyumun daha düşük olmasına neden olmuş olması muhtemeldir. Engel-Yeger tarafından da belirtildiği gibi DEHB'li çocukların daha az sosyal destek, daha fazla stress, öğretmenlerinden ve ebeveynlerinden daha fazla olumsuz değerlendirmesi bulunur (Engel-Yeger ve Ziv-On, 2011). Adölesan sınıf ortamında dahil olma derecesini kendisi daha iyi ifade etmiş olabileceği gibi ebeveynin ve öğretmenin DEHB'li adölesana karşı olan önyargılarından kaynaklanabilir.

Değişim isteği sorularında ise diğer kategoriler gibi sağlıklı adölesan-ebeveyn grubunun uyumu 3 soruda daha fazla olmakla birlikte genel uyum DEHB'li adölesan-ebeveyn grubundan daha düşük bulunmuştur. Bunun olası açıklaması, aslında literatürde belirtildiği gibi DEHB'nin sosyal bir özür olmasından kaynaklanabilir.

Okul ortamı değerlendirildiğinde ise hava şartları sorusu dışında diğer tüm sorularda sağlıklı adölesan ve ebeveyninin verdiği cevaplar arasındaki uyum DEHB'li adölesan ve ebeveyninin verdiği cevaplar arasındaki uyumdan daha fazlaydı. Bilindiği üzere DEHB'li adölesanlar okul ortamında birçok sorunla karşılaşmaktadır (Ackermann-Stoletzky ve Stoletzky, 2004). Bu sorunların ebeveynin gözleminden uzakta, okulda yaşanıyor olması veya adölesanların bu sorunları, ebeveynlerinden gizlemesi muhtemeldir. Bu sebeple uyumun daha düşük olması şaşırtıcı değildir.

Özet olarak her kategori için sağlıklı adölesan ve ebeveyninin uyumunun DEHB'li adölesan ve ebeveyninin uyumundan %102.59 daha yüksek olduğu gösterildi. En yüksek uyum katılım sıklığı ve dahil olma derecesinde gösterilirken en düşük uyum ise değişim isteği kategorisindeydi. Ayrıca DEHB'li adölesanlar ve ebeveynleri arasında okul ortamı sorularında da uyum oldukça düşüktü.

c) Toplum Ortamındaki Uyum

Toplum ortamındaki aktivitelere katılım sıklığı sorularına verilen cevaplar arasındaki uyum incelendiğinde toplum içindeki diğer çocuklar ile birlikte olma ve ücretli çalışma soruları hariç diğer tüm sorularda sağlıklı adölesan ve ebeveyninin verdiği cevaplar arasındaki uyum DEHB’li adölesanlar ve ebeveynleri arasındaki uyumdan daha fazlaydı. Bu diğer bulgularımızı destekler nitelikteydi. Genel olarak sağlıklı adölesan ve ebeveynleri arasındaki uyum yüksekti. Ancak ev ve okul ortamıyla kıyaslandığında toplum ortamındaki uyumun daha yüksek olduğu görülmektedir. Toplum ortamı ebeveynin en çok kontrol etmek isteği ortam olabilir. Çünkü evde aile bireyleri ve okulda öğretmenler varken toplum ortamında adölesan daha bağımsızdır. Bu kontrol isteği uyumun daha fazla olmasının muhtemel sonucudur.

Toplum ortamındaki aktivitelere dahil olma dereceleri arasındaki uyuma bakıldığında toplum içindeki diğer çocuklar ile birlikte olma sorusu dışında diğer tüm sorularda sağlıklı adölesan ve ebeveyninin verdiği cevaplar arasındaki uyum DEHB’li adölesan ve ebeveyninin verdiği uyumdan daha yüksekti. İki grup içinde en yüksek uyum ücretli çalışma sorusunda bulundu (%89-%66). Bunun nedeninin aktivitenin kendisi ile alakalı olduğunu düşünüyoruz. Çünkü adölesan bir işte çalışıyorsa ailesinden bunu saklaması pek mümkün görünmemektedir. Ayrıca gece yatıları veya yolculuklar sorusunda sağlıklı adölesan ve ebeveyni arasındaki uyum %69 iken DEHB’li adölesan ve ebeveyni arasındaki uyum %1.9 idi. İki grup arasındaki bu büyük farkın nedeni (%165.18) DEHB’li adölesanlardaki karşıt gelme ve dürtüsellik davranışlarıdır.

Toplum ortamındaki aktivitelere de değişim isteği sorularına verilen cevaplar arasındaki uyuma bakıldığında toplum içindeki çocuklar ile birlikte olma, ücretli çalışma ve gece yatıları veya yolculuklar soru hariç diğer tüm sorularda sağlıklı adölesan ve ebeveyninin cevapları arasındaki uyum DEHB’li adölesan ve ebeveyni arasındaki uyumdan daha yüksekti. Ek olarak, diğer ortamlardaki gibi değişim isteğinin önelliği sebebi ile toplum ortamında da en düşük uyum bu kategoride bulundu.

Toplum ortamındaki fiziksel düzen, duysal kalite, fiziksel gereksinim, hava şartları, toplumun güvenliği soruları dışında sağlıklı adölesanlar ve ebeveynlerinin cevapları

arasındaki uyum DEHB’li adölesanların ve ebeveynlerinin arasındaki uyumdan daha yüksek idi.

Özet olarak toplum ortamında, sağlıklı adölesan ve ebeveyni arasındaki uyumun DEHB’li adölesan ve ebeveyn arasındaki uyumdan %79,36 daha yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca en yüksek uyum sağlıklı adölesan ve ebeveyni için katılım sıklığı kategorisindeyken (%61,1) en düşük uyum DEHB’li adölesan ve ebeveyn grubu ile değişim isteği (15,4) kategorisindeydi. Bu da ev ve okul ortamındaki sonuçları ile paralellik gösterir.

Uyumsuzluğa Dair Genel Yorum

Daha güçlü uyum bulan çalışmaların askine örneklem yaşının büyük olması (1 ila 17 yaş), uyumsuzluğun nedenlerinden biri olduğunu düşündürdü. Bu da 12 yaş üstü ergenlerin çocuklara kıyasla ebeveynleri ile daha az uyumlu olduğu çalışma bulgularını destekler nitelikteydi (Chang ve Yeh, 2005; Sheffler ve ark., 2009).

Çalışma sonuçları daha detaylı incelendiğinde ise DEHB’li adölesanlar ve ebeveynleri arasındaki uyumun sağlıklı adölesanlar ve ebeveynleri arasındaki uyumdan daha az olduğunu gördük. DEHB’li adölesanlarda artan ebeveyn-adölesan çatışmasının PEM-CY sonuçları arasındaki uyumu azalttığını düşünüyoruz. Örneğin, literatürde sonuçlarımızla uyumlu bir çalışmayı incelediğimizde, DEHB’si olan 83 adölesan, yalnızca DEHB’si olan (n=27) ve DEHB’sine karşı olma-karşıt gelme (KKG) bozukluğu eşlik eden (n=56) şeklinde iki gruba ayrılmıştır(Edwards ve ark., 2001). Bu iki grup hem birbirleriyle hem de kontrol grubuyla (n=77) karşılaştırılmıştır. Karşılaştırma parametreleri ise aile çatışması, aile inançları, anne uyumu ve çatışma sırasında veya sıradan bir durumda anne-adölesan gözlem sonucudur. Özetle sonuçları incelediğimizde, DEHB’li olan adölesanların kontrol grubuna göre daha fazla çatışma bildirdiği ayrıca KKG’nin eşlik ettiği DEHB’li ergenlerin ise yalnızca DEHB’li ergenlerden daha şiddetli bir çatışma yaşadığı gösterilmiştir (Edwards ve ark., 2001).

Daha küçük yaştaki çocuklar evde ve ebeveynleri ile birlikte daha fazla zaman geçirirler. Bu birliktelik de çocuk-ebeveyn uyumunu artırır. Adölesan dönem, fiziksel (nörobiyolojik ve pubertal değişimler), psikolojik (kimlik oluşumu ve ebeveynlerden bireyselleşme arzusu), sosyal (liseye geçiş, araba kullanma, romantik ilişkiler, iş bulma fırsatı) ile

karakterizedir. Bu döneme ait psikolojik faktörler, ebeveyn ve akran ilişkilerinde zorluğa yol açabilir (Morris ve ark., 2021). Bu durum ise adölesan-ebeveyn arasındaki uyumu azaltır.

DEHB’li çocuklar kendileri hakkında olduğundan daha iyi bir görüşe sahiplerdir. Buna pozitif illüzyon yanlılığı denir ve yetersizliğin arttığı alanlarda daha belirgindir. Dolayısıyla davranışlarını, yeteneklerini, performanslarını ve benlik kavramını abarttıkları bilinmektedir (Owens ve ark., 2007). Bu durum gerçeklikten uzaklaşmalarına neden olur ve ebeveyn ile uyumsuzluğunu artırır.

DEHB’nin temel semptomları dikkatsizlik ve hiperaktivite/dürtüselliktir (Association, 2013). Bu semptomlar DEHB’li adölesanın anketi hızlıca ve dikkatsizce doldurmasına neden olabilir. Bu nedenle anket sonuçları yanıltıcı olabilir ve adölesan-ebeveyn uyumunu azaltır.

Literatürde, DEHB’li çocukların ebeveynlerinde psikolojik problemlerin (depresyon, anksiyete vb.) görülme sıklığının fazla olduğunu ileri süren çalışmalar mevcuttur (Barkley ve ark., 1990; Biederman ve ark., 1992). Bu psikolojik problemler nedeniyle adölesan-ebeveyn iletişiminin bozulması ve ölçekteki uyumun azalması şaşırtıcı değildir. Bu argüman, diğerlerinin aksine uyumun az olmasının ebeveyn kaynaklı argümanı olarak gösterilebilir.

Bu çalışma, DEHB’li adölesanın katılımını DEHB’li adölesan ve ebeveyni tarafından PEM-CY ölçeği kullanarak ölçen, daha sonra bu ölçüm sonuçları arasındaki uyumu inceleyen ilk çalışmadır. Bu çalışmanın birkaç tane güçlü yanı bulunmaktadır. Literatürdeki çalışmaların çoğu 6-14 yaş grubundaki, özellikle fiziksel bozukluğu olan çocukların katılımlarını incelemeye odaklanmıştır. Bu nedenle, farklı kronik sağlık koşullarında adölesanların ve genç yetişkinlerin katılımlarını inceleyen çalışmalara ihtiyaç vardır (Anaby ve ark., 2013). Çalışmamız bu yönüyle de literatürdeki bir eksikliği kapatacaktır. Çalışmamızda DEHB’li adölesanların katılım düzeylerini belirlemek için adölesanlara ve ebeveynlerine PEM-CY uygulandı. PEM-CY, 5-17 yaş arasındaki çocukların ve adölesanların aktivitelere hem ne kadar sıklıkla hem de nasıl dahil olduğunu ailenin bakış açısıyla değerlendirir. PEM-CY’de katılımın en önemli parametrelerinden olan ‘dahil olma’ işlevselleştirilmiştir. Çocuğun aktivite dahil olma derecesini “Aktivite

boyunca kişinin ve diğerlerinin yaptığına çok fazla ilgi ve dikkat gösterir” şeklinde sorgulayarak hem motivasyonla hem de sosyal iletişimle ilişkilendirir. Bu özelliği ile PEM-CY, ICF’in 9 temel alt bölümünü içeren aynı zamanda da çevresel etkenleri sorgulayan eşsiz katılım değerlendirme ölçeklerinden biridir ve oldukça önemli bilgiler sunar (Imms ve ark., 2016). Ancak, PEM-CY’nin direk çocuğa sormak yerine aileden cevap alması ölçeğin kısıtlılıkları arasında gösterilebilir. Katılım dikkate alındığında dahil olma alt teması, etki, motivasyon, devamlılık ve sosyal iletişimi içermektedir (Anaby ve ark., 2013; Imms ve ark., 2016). Bunların etkin bir şekilde değerlendirilmesi ise bireyin direk olarak kendi cevabı ile mümkün olmaktadır. Bu nedenle çalışmamız, adölesanlardaki katılım sonuçlarının ailenin ve çocuğun bakış açısıyla sunarak literatürdeki önemli bir eksikliği tamamlayacak güçlü bir özgün değere sahiptir. Ayrıca diğer bir güçlü yönümüz DEHB’li adölesan ve ebeveyninin sonucunu sağlıklı yaşlıları ve ebeveynlerinin sonucuyla karşılaştırabilmemizdir. Bu karşılaştırma sayesinde, bu uyumsuzluğun sıradan bir adölesan-ebeveyn çatışmasının sonucu olmadığı görmekteyiz. DEHB’nin temel ve yan semptomlarının bu uyumsuzluğu artırdığını gösterdik. Çalışmanın ikinci güçlü yanı ise ölçeğin kontrolsüz bir şekilde doldurulmasının önüne geçmek için, hastane ortamında, farklı odalarda ve araştırmacılar eşliğinde doldurulmasıdır. Bu nedenle adölesan ve ebeveyni birbirinin verdiği cevabı görmeden ölçeği tamamlamışlardır.

Çalışmanın kısıtlılıkları arasında kesitsel bir çalışma olması yer alabilir. Çalışmaya katılanlar yalnızca bir hastaneye başvuran DEHB vakalarından oluşmaktadır. Ancak çalışmamızın gerçekleştiği hastane bölgemiz için referans bir merkez konumundadır. Ayrıca, bilindiği üzere DEHB oldukça heterojen bir bozukluktur (Association, 2013). Bu çalışmada DEHB’nin herhangi bir alt tip sınırlaması veya eşlik eden bir bozukluğun olup olmamasına bağlı bir ayırım gözetilmedi.

Sonuç olarak DEHB’li adölesanların katılım düzeyleri genel olarak sağlıklı yaşlılarına göre daha düşüktür. Ayrıca, DEHB’li adölesanlar ve ebeveynleri ile sağlıklı adölesanlar ve ebeveynlerinin PEM-CY ölçeği sonuçları arasındaki uyum incelendiğinde genel olarak, DEHB’li adölesanlar ve ebeveynleri arasındaki uyum daha düşüktür. Son olarak, PEM-CY’nin daha öznel yönleri araştıran kategorilerinde, değişim isteği gibi, uyum daha düşüktür.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmada, DEHB’li ve sağlıklı adölesanlarda DEHB semptomları ve eşlik eden bozuklukları ölçmek amacıyla CEDÖ Y/U kullanıldı. Daha sonra DEHB’li ve sağlıklı adölesanların katılım düzeyi PEM-CY ölçeği kullanılarak hem ebeveyn hem de adölesanın kendisi tarafından dolduruldu.

Çalışmanın sonunda ise şu sonuçları elde edildi;

1. DEHB’li adölesanlar sağlıklı yaşıtlarına göre CEDÖ Y/U’nun tüm alt ölçeklerinde %68-287 daha yüksek puan aldı. Bu nedenle, DEHB’li adölesanlar sağlıklı yaşıtlarına göre CEDÖ Y/U sonuçlarına göre klinik anlamda daha düşük bir düzeydedir.

2. DEHB’li adölesanların ev, okul ve toplum ortamlarındaki katılım sıklığı, dahil olma derecesi, çevresel destekleri genel olarak sağlıklı yaşıtlarına göre daha düşüktür. Bu nedenle DEHB’li adölesanların ev, okul ve toplum ortamlarındaki katılımlarını arttırmaya yönelik rehabilitasyon yaklaşımları geliştirilmelidir.

3. DEHB’li adölesanlar ve ebeveynlerinin katılım sonuçları arasındaki uyum sağlıklı adölesanlar ve ebeveyni arasındaki uyumdan daha azdır. Bu durum DEHB’li adölesanlardaki anksiyete, dürtüsellik, huzursuzluk, karşıt gelme davranışları ile ilişkili olabilir. Gelecekteki çalışmalar DEHB semptomlarının adölesanın katılımına etkisini incelemelidir.

3.1 Ev ortamında; kişisel bakım sorusunda örneklem yaşının büyük olması nedeniyle diğer çalışmaların aksine bu çalışmada daha az uyum görüldü. Tv, videolar ve DVDler izleme sorusunda ise sağlıklı adölesan ve ebeveyni arasındaki uyum DEHB’li adölesan ve ebeveynin arasındaki uyumdan şaşırtıcı bir şekilde %629.900 kat daha fazlaydı.

3.2 Okul ortamında; sınıf aktiviteleri sorusu sağlıklı adölesanlar ve ebeveynleri açısından uyumun en fazla olduğu (%76) soru iken DEHB’li adölesan ve ebeveyni açısından uyumun en az olduğu (%17) soru oldu. Sınıf aktiviteleri, kategorinin en kapsamlı sorusu olması DEHB’li grupta uyumun azalmasına neden olduğu düşünüldü.

3.3 Toplum ortamı, ev ve okul ortamına göre uyumun en yüksek olduğu ortamdı. Ebeveynin adölesanı en çok kontrol etmek isteği ortamın toplum ortamı olması bu durumun muhtemel sonucudur. İki grup içinde en yüksek uyum ücretli çalışma sorusunda bulundu (%89-%66). Bu yüksek uyumun nedeni ise adölesanın bir işte çalışırken ailesinden bunu saklamasının pek mümkün olmamasıdır.

4. PEM-CY ölçeğinde katılım sıklığı, dahil olma derecesi ve değişim isteği kategorileri incelendiğinde, en düşük uyum değişim isteği kategorisinde gözlenmiştir. Bu durum, DEHB'nin aynı zamanda sosyal bir bozukluk olduğunun göstergesidir.

5. Katılım düzeyini arttırmaya yönelik rehabilitasyon programı planlanırken bireyin kendisinden veri toplamak önemlidir. Özellikle katılımın değerlendirmesinde “dahil olma” parametresinin incelenmesi elzemdir. Dahil olma, motivasyon, sebat etme, sosyal etkileşim, kültürel beklentiler gibi birçok faktörden etkilenen çocuğun aktiviteye katılım tecrübesini yansıtır. Bu nedenle de katılımın değerlendirilmesinde özellikle adölesan dönem için öz bildirim ölçeklerinin kullanılması son derece önemlidir.

KAYNAKLAR

- Ackermann-Stoletzky, K., and Stoletzky, C. Das ADS-Handbuch: Therapiemöglichkeiten und Praxishilfen für Eltern und Pädagogen, Brendow, 2004.
- Akutagava-Martins, G. C., Rohde, L. A., and Hutz, M. H. Genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder: an update. *Expert Rev Neurother*, 2016;16(2); 145-156.
- American Psychiatric Association, A. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Vol. 3). American Psychiatric Association Washington, DC. 1980.
- Amico, F., Stauber, J., Koutsouleris, N., and Frodl, T. Anterior cingulate cortex gray matter abnormalities in adults with attention deficit hyperactivity disorder: a voxel-based morphometry study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 2011;191(1), 31-35.
- Anaby, D., Hand, C., Bradley, L., DiRezze, B., Forhan, M., DiGiacomo, A., ve Law, M. The effect of the environment on participation of children and youth with disabilities: a scoping review. *Disabil Rehabil*. 2013; 35(19); 1589-1598.
- Arnsten, A. F., and Pliszka, S. R. Catecholamine influences on prefrontal cortical function: relevance to treatment of attention deficit/hyperactivity disorder and related disorders. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*. 2011; 99(2); 211-216.
- Arnsten, A. F., and Rubia, K. Neurobiological circuits regulating attention, cognitive control, motivation, and emotion: disruptions in neurodevelopmental psychiatric disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2012; 51(4); 356-367.
- Association, A. P. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 1968
- Association, A. P. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). 1994
- Association, A. P. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.). 2000.
- Association, A. P. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub. 2013.

- Barkley, R. A. Major life activity and health outcomes associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of clinical psychiatry*. 2002; 63, 10-15.
- Barkley, R. A. The relevance of the still lectures to attention-deficit/hyperactivity disorder: a commentary. *Journal of Attention Disorders*. 2006; 10(2); 137-140.
- Barkley, R. A., Anastopoulos, A. D., Guevremont, D. C., and Fletcher, K. E. Adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: Mother-adolescent interactions, family beliefs and conflicts, and maternal psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1992; 20(3); 263-288.
- Barkley, R. A., DuPaul, G. J., and McMurray, M. B. (1990). Comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria. *J Consult Clin Psychol*. 1990; 58(6); 775-789.
- Barkley, R. A., and Peters, H. The earliest reference to ADHD in the medical literature? Melchior Adam Weikard's description in 1775 of "attention deficit" (*Mangel der Aufmerksamkeit, Attentio Volubilis*). *Journal of Attention Disorders*. 2012; 16(8); 623-630.
- Baumrind, D. Current patterns of parental authority. *Developmental psychology*. 1971; 4(1p2); 1.
- Biederman, J., and Faraone, S. V. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*. 2005; 366(9481); 237-248.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Keenan, K., Benjamin, J., Krifcher, B., Moore, C., Sprich-Buckminster, S., Ugaglia, K., Jellinek, M. S., Steingard, R., and Ve ark Further evidence for family-genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder. Patterns of comorbidity in probands and relatives psychiatrically and pediatrically referred samples. *Arch Gen Psychiatry*. 1992; 49(9); 728-738.
- Biederman, J., Monuteaux, M. C., Spencer, T., Wilens, T. E., and Faraone, S. V. (2009). Do stimulants protect against psychiatric disorders in youth with ADHD? A 10-year follow-up study. *Pediatrics*. 2009; 124(1); 71-78.
- Bioulac, S., Arfi, L., and Bouvard, M. P. Attention deficit/hyperactivity disorder and video games: A comparative study of hyperactive and control children. *European Psychiatry*. 2008; 23(2); 134-141.
- Branje, S. Development of parent-adolescent relationships: Conflict interactions as a mechanism of change. *Child Development Perspectives*, 2018; 12(3); 171-176.

- Brown, T. E. (2008). ADD/ADHD and Impaired Executive Function in Clinical Practice. *Curr Psychiatry Rep.* 2008; 10(5); 407-411.
- Burt, S. A., Krueger, R. F., McGue, M., and Iacono, W. Parent-child conflict and the comorbidity among childhood externalizing disorders. *Archives of general psychiatry.* 2003; 60(5); 505-513.
- Bush, G., Valera, E. M., and Seidman, L. J. Functional neuroimaging of attention-deficit/hyperactivity disorder: a review and suggested future directions. *Biological psychiatry.* 2005; 57(11); 1273-1284.
- Büğüşan, S., Kahraman, A., Elbasan, B., and Mutlu, A. Do adolescents with cerebral palsy agree with their caregivers on their participation and quality of life? *Disability and health journal.* 2018; 11(2); 287-292.
- Canadian, A. Resource Alliance (CADDRA): Canadian ADHD Practice Guidelines. Toronto, Ontario: CADDRA. 2018.
- Canatan, K. Geleneksel ve modern ailelerde çocuk yetiştirme tutumları. *İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi.* 2020; 8(16); 151-165.
- Castellanos, F. X., Lee, P. P., Sharp, W., Jeffries, N. O., Greenstein, D. K., Clasen, L. S., Blumenthal, J. D., James, R. S., Ebens, C. L., and Walter, J. M. (2002). Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Jama.* 2002; 288(14); 1740-1748.
- Castellanos, F. X., Sonuga-Barke, E. J., Milham, M. P., and Tannock, R. (2006). Characterizing cognition in ADHD: beyond executive dysfunction. *Trends Cogn Sci.* 2006; 10(3); 117-123.
- Cerrillo-Urbina, A. J., García-Hermoso, A., Sánchez-López, M., Pardo-Guijarro, M. J., Santos Gómez, J. L., and Martínez-Vizcaíno, V. (2015). The effects of physical exercise in children with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized control trials. *Child Care Health Dev.* 2015; 41(6); 779-788.
- Chang, P. C., and Yeh, C. H. Agreement between child self-report and parent proxy-report to evaluate quality of life in children with cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer.* 2005; 14(2); 125-134.

- Chien, C. W., Rodger, S., Copley, J., and Skorka, K. Comparative content review of children's participation measures using the International Classification of Functioning, Disability and Health-Children and Youth. *Arch Phys Med Rehabil.* 2014; 95(1); 141-152.
- Childress, A. C., and Berry, S. A. Pharmacotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder in adolescents. *Drugs.* 2012; 72(3); 309-325.
- Childress, A. C., and Berry, S. A. Pharmacotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder in adolescents. *Drugs.* 2012; 72(3); 309-325.
- Coghill, D., Danckaerts, M., Sonuga-Barke, E., and Sergeant, J. Practitioner review: Quality of life in child mental health--conceptual challenges and practical choices. *J Child Psychol Psychiatry.* 2009; 50(5); 544-561.
- Collins, W., and Steinberg, L. Adolescent development in interpersonal context. Social, emotional and personality development. *Handbook of child psychology.* In: New York: Wiley. 2006.
- Conners, C. K. Attention-deficit/hyperactivity disorder—historical development and overview. *Journal of Attention Disorders.* 2000.
- Conners, C. K., Sitarenios, G., Parker, J. D., and Epstein, J. N. The revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R): factor structure, reliability, and criterion validity. *Journal of Abnormal Child Psychology.* 1998; 26(4); 257-268.
- Connor, D. F., Glatt, S. J., Lopez, I. D., Jackson, D., and Melloni Jr, R. H. Psychopharmacology and aggression. I: A meta-analysis of stimulant effects on overt/covert aggression-related behaviors in ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2002; 41(3); 253-261.
- Cortese, S. The neurobiology and genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): what every clinician should know. *European journal of paediatric neurology.* 2012; 16(5); 422-433.
- Cortese, S., Adamo, N., Del Giovane, C., Mohr-Jensen, C., Hayes, A. J., Carucci, S., Atkinson, L. Z., Tessari, L., Banaschewski, T., and Coghill, D. Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry.* 2018; 5(9); 727-738.

- Cortese, S., Ferrin, M., Brandeis, D., Buitelaar, J., Daley, D., Dittmann, R. W., Holtmann, M., Santosh, P., Stevenson, J., and Stringaris, A. Cognitive training for attention-deficit/hyperactivity disorder: meta-analysis of clinical and neuropsychological outcomes from randomized controlled trials. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2015; 54(3); 164-174.
- Coster, W., Bedell, G., Law, M., Khetani, M. A., Teplicky, R., Liljenquist, K., Gleason, K., and KAO, Y. C. Psychometric evaluation of the Participation and Environment Measure for Children and Youth. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2011; 53(11); 1030-1037.
- Coster, W., Bedell, G., Law, M., Khetani, M. A., Teplicky, R., Liljenquist, K., Gleason, K., and Kao, Y. C. (2011). Psychometric evaluation of the Participation and Environment Measure for Children and Youth. *Dev Med Child Neurol*. 2011; 53(11); 1030-1037.
- Coster, W., Law, M., Bedell, G., Khetani, M., Cousins, M., and Teplicky, R. Development of the participation and environment measure for children and youth: conceptual basis. *Disabil Rehabil*. 2012; 34(3), 238-246.
- Coster, W., Law, M., Bedell, G., and Teplicky, R. Participation and environment measure for children and youth (PEM-CY). Boston, MA: Boston University. 2010.
- Creameens, J., Eiser, C., and Blades, M. Characteristics of health-related self-report measures for children aged three to eight years: a review of the literature. *Quality of Life Research*. 2006; 15(4); 739-754.
- Crichton, A. An inquiry into the nature and origin of mental derangement: on attention and its diseases. *J Atten Disord*. 2008; 12(3); 200-204; discussion 205-206.
- Crone, E. A., van Duijvenvoorde, A. C., and Peper, J. S. Annual Research Review: Neural contributions to risk-taking in adolescence—developmental changes and individual differences. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2016; 57(3); 353-368.
- Dada, S., Andersson, A. K., May, A., Andersson, E. E., Granlund, M., and Huus, K. Agreement between participation ratings of children with intellectual disabilities and their primary caregivers. *Res Dev Disabil*. 2020; 104, 103715.
- Danckaerts, M., Sonuga-Barke, E. J., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Döpfner, M., Hollis, C., Santosh, P., Rothenberger, A., Sergeant, J., Steinhausen, H. C., Taylor, E., Zuddas, A., and Coghill, D. The quality of life of children with attention

- deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010; 19(2), 83-105.
- De Goede, I. H., Branje, S. J., and Meeus, W. H. Developmental changes in adolescents' perceptions of relationships with their parents. *Journal of youth and adolescence*. 2009; 38(1), 75-88.
- de Schipper, E., Lundequist, A., Willems, A. L., Coghill, D., De Vries, P. J., Granlund, M., Holtmann, M., Jonsson, U., Karande, S., and Levy, F. A comprehensive scoping review of ability and disability in ADHD using the International Classification of Functioning, Disability and Health-Children and Youth Version (ICF-CY). *European child and adolescent psychiatry*. 2015; 24(8); 859-872.
- Deković, M., Nool, M. J., and Meeus, W. Expectations regarding development during adolescence: Parental and adolescent perceptions. *Journal of youth and adolescence*, 1997; 26(3); 253-272.
- DIN, P. C. B. International classification of functioning, disability and health. 2001.
- Dinn, A. A., and Sunar, D. Çocuk yetiştirme tutumları ve bağıntılarının kültür içi ve kültürlerarası karşılaştırılması. *Türk Psikoloji Dergisi*. 2017; 32(79); 95-110.
- DSM, I. Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders. In: American Psychiatric Association, Washington. 1952.
- Durgel, E., and Yağmurlu, B. Türk göçmen ailelerde sosyalleştirme hedefleri ve ana babalık: Okul öncesi döneme detaylı bakış. *Türk Psikoloji Yazıları*. 2014; 17(34); 3-12.
- Edwards, G., Barkley, R. A., Laneri, M., Fletcher, K., and Metevia, L. Parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2001; 29(6); 557-572.
- Eiser, C., and Morse, R. Quality-of-life measures in chronic diseases of childhood. *Health technology assessment (Winchester, England)*. 2001; 5(4); 1-157.
- Elia, J., Ambrosini, P. J., and Rapoport, J. L. Treatment of attention-deficit-hyperactivity disorder. *New England Journal of Medicine*. 1999; 340(10); 780-788.
- Engel-Yeger, B., and Ziv-On, D. The relationship between sensory processing difficulties and leisure activity preference of children with different types of ADHD. *Research in developmental disabilities*. 2011; 32(3); 1154-1162.

- Fan, J., and Posner, M. Human attentional networks. *Psychiatrische Praxis*. 2004; 31(S 2); 210-214.
- Faraone, S. V., Biederman, J., and Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med*. 2006; 36(2); 159-165.
- Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A., and Sklar, P. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*. 2005; 57(11); 1313-1323.
- Feldman, H. M., and Reiff, M. I. (2014). Clinical practice. Attention deficit-hyperactivity disorder in children and adolescents. *N Engl J Med*. 2014; 370(9); 838-846.
- Fischer, M., and Newby, R. F. Assessment of stimulant response in ADHD children using a refined multimethod clinical protocol. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 1991; 20(3); 232-244.
- Gehricke, J.-G., Kruggel, F., Thampipop, T., Alejo, S. D., Tatos, E., Fallon, J., and Muftuler, L. T. The brain anatomy of attention-deficit/hyperactivity disorder in young adults—a magnetic resonance imaging study. *PloS one*. 2017; 12(4); e0175433.
- Gentschel, D. A., and McLaughlin, T. Attention deficit hyperactivity disorder as a social disability: Characteristics and suggested methods of treatment. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*. 2000; 12(4); 333-347.
- Greenhill, L., Kollins, S., Abikoff, H., McCracken, J., Riddle, M., Swanson, J., McGough, J., Wigal, S., Wigal, T., and Vitiello, B. Efficacy and safety of immediate-release methylphenidate treatment for preschoolers with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2006; 45(11); 1284-1293.
- Group, M. C. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of general psychiatry*. 1999; 56(12); 1073-1086.
- Group, M. C. National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow-up: 24-month outcomes of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2004; 113(4); 754-761.

- Hanć, T., and Cortese, S. Attention deficit/hyperactivity-disorder and obesity: a review and model of current hypotheses explaining their comorbidity. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2018; 92; 16-28.
- Harold, G. T., Leve, L. D., Barrett, D., Elam, K., Neiderhiser, J. M., Natsuaki, M. N., Shaw, D. S., Reiss, D., and Thapar, A. Biological and rearing mother influences on child ADHD symptoms: revisiting the developmental interface between nature and nurture. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2013; 54(10); 1038-1046.
- Horn, W. F., Ialongo, N., Popovich, S., and Peradotto, D. Behavioral Parent Training and Cognitive-Behavioral Self-Control Therapy With ADD-H Children: Comparative and Combined Effects. *Journal of Clinical Child Psychology*. 1987; 16(1); 57-68.
- Hoza, B. Peer functioning in children with ADHD. *Journal of pediatric psychology*. 2007; 32(6); 655-663.
- Hurt, E. A., Hoza, B., and Pelham, W. E. Parenting, family loneliness, and peer functioning in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2007; 35(4); 543-555.
- ICF-CY, W. International classification of functioning, disability and healthy, children and youth version. Geneva: World Health Organization. 2007.
- Imms, C., Adair, B., Keen, D., Ullenhag, A., Rosenbaum, P., ve Granlund, M. 'Participation': a systematic review of language, definitions, and constructs used in intervention research with children with disabilities. *Dev Med Child Neurol*. 2016; 58(1); 29-38.
- Kaner, S., Büyüköztürk, Ş., Işeri, E., Ak, A., Ve Özaydın, L. Conners Anababa Dereceleme Ölçeği Yenilenmiş Uzun Formu: Faktör Yapısı, Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2011; 18(1).
- Kaya Kara, O., Tonak, H. A., Kara, K., Sonbahar Ulu, H., Kose, B., Sahin, S., and Kara, M. Z. (2021). Home participation, support and barriers among children with attention-deficit/hyperactivity disorder before and during the COVID-19 pandemic. *Public Health*. 2021; 196; 101-106.
- Kaya Kara, O., Turker, D., Kara, K., and Yardimci-Lokmanoglu, B. N. Psychometric properties of the Turkish version of Participation and Environment Measure for Children and Youth. *Child: Care, Health and Development*. 2020; 46(6); 711-722.

- Kesner, R. P., and Churchwell, J. C. An analysis of rat prefrontal cortex in mediating executive function. *Neurobiology of learning and memory*. 2011; 96(3); 417-431.
- Kessler, R. C., Adler, L. A., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Faraone, S. V., Greenhill, L. L., Jaeger, S., Secnik, K., Spencer, T., Ustün, T. B., and Zaslavsky, A. M. Patterns and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder persistence into adulthood: results from the national comorbidity survey replication. *Biol Psychiatry*. 2005; 57(11); 1442-1451.
- Kılıç, S. Kappa testi. *Journal of Mood Disorders*. 2015; 5(3).
- Kiluk, B. D., Weden, S., and Culotta, V. P. Sport participation and anxiety in children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 2009; 12(6); 499-506.
- Klassen, A. F., Miller, A., and Fine, S. Agreement between parent and child report of quality of life in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Care Health Dev*. 2006; 32(4); 397-406.
- Knopik, V. S., Sparrow, E. P., Madden, P. A., Bucholz, K. K., Hudziak, J. J., Reich, W., Slutske, W. S., Grant, J. D., McLaughlin, T. L., and Todorov, A. Contributions of parental alcoholism, prenatal substance exposure, and genetic transmission to child ADHD risk: a female twin study. *Psychological medicine*. 2005; 35(5); 625-635.
- Knouse, L. E., and Safren, S. A. Current status of cognitive behavioral therapy for adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics*. 2010; 33(3); 497-509.
- Konicarova, J., Bob, P., and Raboch, J. Balance deficits and ADHD symptoms in medication-naïve school-aged boys. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2014; 10, 85.
- Kooistra, L., Crawford, S., Dewey, D., Cantell, M., and Kaplan, B. J. Motor correlates of ADHD: contribution of reading disability and oppositional defiant disorder. *Journal of learning disabilities*. 2005; 38(3); 195-206.
- Kriesberg, L. *Constructive conflicts: From escalation to resolution*. Rowman and Littlefield. 2007.
- Landgren, M., Kjellman, B., and Gillberg, C. Attention deficit disorder with developmental coordination disorders. *Arch Dis Child*. 1998; 79(3); 207-212.

- Larson, K., Russ, S. A., Kahn, R. S., and Halfon, N. (2011). Patterns of comorbidity, functioning, and service use for US children with ADHD, 2007. *Pediatrics*. 2011; 127(3); 462-470.
- Larsson, H., Sariaslan, A., Långström, N., D'Onofrio, B., and Lichtenstein, P. Family income in early childhood and subsequent attention deficit/hyperactivity disorder: a quasi-experimental study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014; 55(5); 428-435.
- Laursen, B., Coy, K. C., and Collins, W. A. Reconsidering changes in parent-child conflict across adolescence: a meta-analysis. *Child Dev*. 1998; 69(3); 817-832.
- Law, M. Participation in the occupations of everyday life. *American journal of occupational therapy*. 2002; 56(6); 640-649.
- Lee, S.-K., Lee, C.-M., and Park, J.-H. Effects of combined exercise on physical fitness and neurotransmitters in children with ADHD: a pilot randomized controlled study. *Journal of physical therapy science*. 2015; 27(9); 2915-2919.
- Lee, Y. C., Yang, H. J., Lee, W. T., and Teng, M. J. Do parents and children agree on rating a child's HRQOL? A systematic review and Meta-analysis of comparisons between children with attention deficit hyperactivity disorder and children with typical development using the PedsQL(TM). *Disabil Rehabil*. 2019; 41(3); 265-275.
- Lerner, R. M., and Steinberg, L. *Handbook of adolescent psychology, volume 1: Individual bases of adolescent development (Vol. 1)*. John Wiley and Sons, 2009.
- Lifland, B. E., Mangione-Smith, R., Palermo, T. M., and Rabbitts, J. A. Agreement Between Parent Proxy Report and Child Self-Report of Pain Intensity and Health-Related Quality of Life After Surgery. *Acad Pediatr*. 2018; 18(4); 376-383.
- Mannuzza, S., Klein, R. G., Truong, N. L., Moulton III, P. D., John L, Roizen, E. R., Howell, K. H., and Castellanos, F. X. Age of methylphenidate treatment initiation in children with ADHD and later substance abuse: prospective follow-up into adulthood. *American Journal of Psychiatry*. 2008; 165(5); 604-609.
- Matthews, M., Nigg, J. T., and Fair, D. A. (2014). Attention deficit hyperactivity disorder. *Curr Top Behav Neurosci*. 2014; 16; 235-266.
- McCann, D., Barrett, A., Cooper, A., Crumpler, D., Dalen, L., Grimshaw, K., Kitchin, E., Lok, K., Porteous, L., and Prince, E. Food additives and hyperactive behaviour in

- 3-year-old and 8/9-year-old children in the community: a randomised, double-blinded, placebo-controlled trial. *The lancet*. 2007; 370(9598); 1560-1567.
- Mimouni-Bloch, A., Offek, H., Rosenblum, S., Posener, I., Silman, Z., and Engel-Yeger, B. Association between sensory modulation and daily activity function of children with attention deficit/hyperactivity disorder and children with typical development. *Research in developmental disabilities*. 2018; 83; 69-76.
- Montes-Montes, R., Delgado-Lobete, L., and Rodríguez-Seoane, S. (2021). Developmental Coordination Disorder, Motor Performance, and Daily Participation in Children with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder. *Children (Basel)*. 2021; 8(3).
- Morris, C., Kurinczuk, J., and Fitzpatrick, R. Child or family assessed measures of activity performance and participation for children with cerebral palsy: a structured review. *Child: Care, Health and Development*. 2005; 31(4); 397-407.
- Morris, S., Sheen, J., Ling, M., Foley, D., ve Sciberras, E. Interventions for Adolescents With ADHD to Improve Peer Social Functioning: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Atten Disord*. 2021; 25(10); 1479-1496.
- National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines. (2018). In Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). 2018.
- Newsholme, E. Amino acids, brain neurotransmitters and a functional link between muscle and brain that is important in sustained exercise. *Advances in myochemistry*. 1987.
- Nigg, J. T., and Breslau, N. Prenatal smoking exposure, low birth weight, and disruptive behavior disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2007; 46(3); 362-369.
- Nigg, J. T., Willcutt, E. G., Doyle, A. E., and Sonuga-Barke, E. J. (2005). Causal heterogeneity in attention-deficit/hyperactivity disorder: do we need neuropsychologically impaired subtypes? *Biol Psychiatry*. 2005; 57(11); 1224-1230.
- Normand, S., Schneider, B. H., Lee, M. D., Maisonneuve, M.-F., Kuehn, S. M., and Robaey, P. How do children with ADHD (mis) manage their real-life dyadic

- friendships? A multi-method investigation. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2011; 39(2); 293-305.
- Nutt, D., King, L. A., Saulsbury, W., and Blakemore, C. Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *The lancet*. 2007; 369(9566), 1047-1053.
- Oral, A. Özürlülüğü olan bireylerin topluma yeniden entegrasyonu. 2011.
- (Y. G. K. Mehmet BEYOZOVA, Ed.). Güneş Tıp Kitabevleri.
- Organization, W. H. International Statistical Classification of Diseases and related health problems: Alphabetical index (Vol. 3). World Health Organization. 2004.
- Organization, W. H. International Classification of Functioning, Disability, and Health: Children and Youth Version: ICF-CY. World Health Organization. 2007.
- Organization, W. H. ICD-11 for mortality and morbidity statistics. (2018).
- Owens, J. S., Goldfine, M. E., Evangelista, N. M., Hoza, B., and Kaiser, N. M. (2007). A critical review of self-perceptions and the positive illusory bias in children with ADHD. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2007; 10(4); 335-351.
- Palacio, J. D., la Peña-Olvera, D., Palacios-Cruz, L., and Ortiz-León, S. Algoritmo latinoamericano de tratamiento multimodal del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a través de la vida. *Revista colombiana de psiquiatría*. 2009; 38; 35-65.
- Palmer, E. D., and Finger, S. An early description of ADHD (inattentive subtype): Dr Alexander Crichton and 'Mental Restlessness'(1798). *Child Psychology and Psychiatry Review*. 2001; 6(2); 66-73.
- Pastor, P. N. (2015). Association Between Diagnosed ADHD and Selected Characteristics Among Children Aged 4-17 Years, United States, 2011-2013. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and
- Pelham, W. E., Burrows-MacLean, L., Gnagy, E. M., Fabiano, G. A., Coles, E. K., Tresco, K. E., Chacko, A., Wymbs, B. T., Wienke, A. L., and Walker, K. S. (2005). Transdermal methylphenidate, behavioral, and combined treatment for children with ADHD. *Experimental and clinical psychopharmacology*. 2005; 13(2); 111.

- Pliszka, S. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007; 46(7); 894-921.
- Pliszka, S., and Issues, A. W. G. o. Q. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2007; 46(7); 894-921.
- Pliszka, S. R. The neuropsychopharmacology of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*. 2005; 57(11); 1385-1390.
- Pliszka, S. R. Pharmacologic treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: efficacy, safety and mechanisms of action. *Neuropsychology review*. 2007; 17(1); 61-72.
- Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., and Rohde, L. A. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007; 164(6); 942-948.
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., and Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2015; 56(3); 345-365.
- Posner, J., Polanczyk, G. V., and Sonuga-Barke, E. (2020). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*. 2020; 395(10222); 450-462.
- Posner, J., Rauh, V., Gruber, A., Gat, I., Wang, Z., and Peterson, B. S. (2013). Dissociable attentional and affective circuits in medication-naïve children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry Res*. 2013; 213(1); 24-30.
- Ptáček, R., Kuželová, H., Papežová, H., and Štěpánková, T. (2010). Attention deficit hyperactivity disorder and eating disorders. *Prague medical report*. 2010; 111(3); 175-181.
- Rafalovich, A. The conceptual history of attention deficit hyperactivity disorder: idiocy, imbecility, encephalitis and the child deviant, 1877? 1929. *Deviant Behavior*. 2001; 22(2); 93-115.

- Recebov, R. Algılanan ana-baba davranışları (kültürlerarası bir karşılaştırma). Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara, Türkiye. 2000.
- Rogoff, B. The cultural nature of human development. Oxford university press. 2003.
- Ruiz-Pérez, L. M., Palomo-Nieto, M., Gómez-Ruano, M. A., and Navia-Manzano, J. A. (2018). When we were clumsy: Some memories of adults who were low skilled in physical education at school. *J. Phys. Educ. Sports Manag.* 2018; 5; 30-36.
- Salvi, V., Migliarese, G., Venturi, V., Rossi, F., Torriero, S., Viganò, V., Cerveri, G., and Mencacci, C. (2019). ADHD in adults: clinical subtypes and associated characteristics. *Riv Psichiatri.* 2019; 54(2); 84-89.
- Samea, F., Soluki, S., Nejati, V., Zarei, M., Cortese, S., Eickhoff, S. B., Tahmasian, M., and Eickhoff, C. R. (2019). Brain alterations in children/adolescents with ADHD revisited: A neuroimaging meta-analysis of 96 structural and functional studies. *Neurosci Biobehav Rev.* 2019; 100; 1-8.
- Schachter, H. M., King, J., Langford, S., and Moher, D. (2001). How efficacious and safe is short-acting methylphenidate for the treatment of attention-deficit disorder in children and adolescents? A meta-analysis. *Cmaj.* 2001; 165(11); 1475-1488.
- Seidler, E. " Zappelphilipp" und ADHS-Von der Unart zur Krankheit. *Deutsches Arzteblatt-Arztliche Mitteilungen-Ausgabe A.* 2004; 101(5); 239-242.
- Shabat, T., Fogel-Grinvald, H., Anaby, D., and Golos, A. Participation Profile of Children and Youth, Aged 6-14, with and without ADHD, and the Impact of Environmental Factors. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18(2).
- Shanahan, L., McHale, S. M., Osgood, D. W., and Crouter, A. C. Conflict frequency with mothers and fathers from middle childhood to late adolescence: within-and between-families comparisons. *Developmental psychology.* 2007; 43(3); 539.
- Shaw, P., Eckstrand, K., Sharp, W., Blumenthal, J., Lerch, J., Greenstein, D., Clasen, L., Evans, A., Giedd, J., and Rapoport, J. Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proceedings of the national academy of sciences.* 2007; 104(49), 19649-19654.
- Shaw, P., Malek, M., Watson, B., Sharp, W., Evans, A., and Greenstein, D. (2012). Development of cortical surface area and gyrification in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry.* 2012; 72(3); 191-197.

- Sheffler, L. C., Hanley, C., Bagley, A., Molitor, F., and James, M. A. Comparison of self-reports and parent proxy-reports of function and quality of life of children with below-the-elbow deficiency. *JBJS*. 2009; 91(12), 2852-2859.
- Shimoni, M., Engel-Yeger, B., and Tirosh, E. (2010). Participation in leisure activities among boys with attention deficit hyperactivity disorder. *Res Dev Disabil*. 2010; 31(6); 1234-1239.
- Spencer, T. J., Wilens, T. E., Biederman, J., Weisler, R. H., Read, S. C., and Pratt, R. Efficacy and safety of mixed amphetamine salts extended release (Adderall XR) in the management of attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescent patients: a 4-week, randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group study. *Clinical therapeutics*. 2006; 28(2); 266-279.
- Stevenson, J., Buitelaar, J., Cortese, S., Ferrin, M., Konofal, E., Lecendreux, M., Simonoff, E., Wong, I. C., Sonuga-Barke, E., and Group, E. A. G. Research Review: The role of diet in the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder—an appraisal of the evidence on efficacy and recommendations on the design of future studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2014; 55(5), 416-427.
- Still, G. F. Some abnormal psychical conditions in children. *Lancet*. 1902.
- Şahin, S., Kara, Ö. K., Köse, B., and Kara, K. Investigation on participation, supports and barriers of children with specific learning disabilities. *Research in developmental disabilities*. 2020; 101, 103639.
- ŞANLI, D., and Öztürk, C. (2015). Anne babaların çocuk yetiştirme tutumları ve tutumlar üzerine kültürün etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2015; 8(4), 240-246.
- Tantillo, M., Kesick, C. M., Hynd, G. W., and Dishman, R. K. The effects of exercise on children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 2002.
- Tervo, R. C., Azuma, S., Fogas, B., and Fiechtner, H. Children with ADHD and motor dysfunction compared with children with ADHD only. *Developmental medicine and child neurology* 2002; 44(6); 383-390.
- Thome, J., and Jacobs, K. A. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a 19th century children's book. *European Psychiatry*. 2004; 19(5); 303-306.

- Torabi, F., Farahani, A., Safakish, S., Ramezankhani, A., and Dehghan, F. (2018). Evaluation of motor proficiency and adiponectin in adolescent students with attention deficit hyperactivity disorder after high-intensity intermittent training. *Psychiatry research*. 2018; 261; 40-44.
- Tseng, M. H., Henderson, A., Chow, S. M., and Yao, G. Relationship between motor proficiency, attention, impulse, and activity in children with ADHD. *Developmental medicine and child neurology*. 2004; 46(6), 381-388.
- Tucker, C. J., McHale, S. M., and Crouter, A. C. Dimensions of mothers' and fathers' differential treatment of siblings: Links with adolescents' sex-typed personal qualities. *Family Relations*. 2003; 52(1); 82-89.
- UK, N. G. C. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. 2018.
- Valera, E. M., Faraone, S. V., Murray, K. E., and Seidman, L. J. Meta-analysis of structural imaging findings in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*. 2007; 61(12); 1361-1369.
- Vangelisti, A. L. *The Routledge handbook of family communication*. Routledge. 2012.
- Venetsanou, F., Kambas, A., Aggeloussis, N., Serbezis, V., and Taxildaris, K. Use of the Bruininks–Oseretsky test of motor proficiency for identifying children with motor impairment. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2007; 49(11); 846-848.
- Waring, M. E., and Lapane, K. L. (2008). Overweight in children and adolescents in relation to attention-deficit/hyperactivity disorder: results from a national sample. *Pediatrics*. 2008; 122(1), e1-e6.
- Whiteneck, G., and Dijkers, M. P. (2009). Difficult to measure constructs: conceptual and methodological issues concerning participation and environmental factors. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2009; 90(11); S22-S35.
- Wigal, S. B., Nemet, D., Swanson, J. M., Regino, R., Trampush, J., Ziegler, M. G., and Cooper, D. M. (2003). Catecholamine response to exercise in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatric research*. 2003; 53(5); 756-761.
- Wilens, T. E., McBurnett, K., Bukstein, O., McGough, J., Greenhill, L., Lerner, M., Stein, M. A., Conners, C. K., Duby, J., and Newcorn, J. Multisite controlled study of OROS methylphenidate in the treatment of adolescents with attention-

- deficit/hyperactivity disorder. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 2006; 160(1); 82-90.
- Willcutt, E. G., Nigg, J. T., Pennington, B. F., Solanto, M. V., Rohde, L. A., Tannock, R., Loo, S. K., Carlson, C. L., McBurnett, K., and Lahey, B. B. Validity of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder symptom dimensions and subtypes. *Journal of abnormal psychology*. 2012; 121(4); 991.
- Williams, N., Thomas, M., and Kirby, A. The lived experiences of female adults seeking a diagnosis of Developmental Coordination Disorder. *The Dyspraxia Foundation Professional Journal*. 2015; 13, 21-31.
- Wright, N., Moldavsky, M., Schneider, J., Chakrabarti, I., Coates, J., Daley, D., Kochhar, P., Mills, J., Sorour, W., and Sayal, K. (2015). Practitioner review: pathways to care for ADHD—a systematic review of barriers and facilitators. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2015; 56(6); 598-617.

EKLER

EK-1 Etik Kurul Onay Formu

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU					
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		"Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Adölesanların Katılım Düzeylerinin Adölesan ve Ebeveyn Bakış Açları Yönünden Uyumu" 2020-339			
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU					
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	S.B.U. ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU			
	AÇIK ADRESİ:	Varlık Mah. Kazım Karabekir Cad. Muratpaşa /ANTALYA			
	TELEFON	0242 2494400 - 4217			
	FAKS				
	E-POSTA	etik.kurul.07@gmail.com			
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Koray KARA			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	SBÜ ANTALYA SUAM			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
Gözetimsel ilaç çalışması		☐			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		☐			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	İN VİTRO TIBBİ CİHAZLAR İLE YAPILAN PERFORMANS DEĞERLENDİRME ÇALIŞMALARI	☐			
	İlaç dışı klinik araştırma	☐			
	Diğer ise belirtiniz: Kesitsel Çalışma				
		TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	
		ULUSLARARASI ☐			
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	DEĞERLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama		
	AGORTA	☒			
	ARAŞTIRMA BİTÇESİ	☒			
	SEYERLİK MATERYAL TRANSFER FORMU	☐			
	PLAN	☐			
	VİLLER BÜLTENİ	☐			
	SONUÇ RAPORU	☐			
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐			
Etik Kurul Başkanı Unvanı/Adı/Soyadı: Uzm. Dr. İshak A. İSİK İmza:					
Not: Etik Kurul Başkanı, istenilen yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.					

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Adölesanların Katılım Düzeylerinin Adölesan ve Ebeveyn Bakış Açılarının Yönünden Uyumu" 2021-339	
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		
DRÖR:	☐	
Karar No:1/1	Tarih: 06/01/2022	
KARAR BELGELERİ	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve UYGUN bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.	
	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu
Başkanın Unvanı / Adı / Soyadı:	Uzm. Dr. İbrahim A. İŞİK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlgili	Kararlar *	İmza
Uzm. Dr. İbrahim A. İŞİK	Çocuk Gastroenteroloji	S.B.U. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☒ E ☐ K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Doç. Dr. Yeşim ÇEKİN	Tıbbi Mikrobiyoloji	S.B.U. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☐ E ☒ K	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	
Uz. Dr. Buket GÜNGÖR	Tıbbi Farmakoloji	Antalya İI Sağlık Müdürlüğü	☐ E ☒ K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Aysel UYSAL	Radyasyon Hastalıkları ve Doğan	S.B.U. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☐ E ☒ K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Dr. Öğr. Üyesi Fatih SELVİ	Acil Tıp	S.B.U. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☒ E ☐ K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Dr. Öğr. Üyesi Ömer Faruk KILIÇASLAN	Ortopedi	S.B.U. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☒ E ☐ K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Dr. Öğr. Üyesi Nurettin Meri BATU	Halkla İlişkiler ve Tanıtım	S.B.U. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☐ E ☒ K	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	
Müh. Yusuf YETGİN	Biyoetik Müh.	S.B.U. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☒ E ☐ K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Uzm. Dr. Keşer ERDOĞAN	Halk Sağlığı	S.B.U. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☐ E ☒ K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Dr. Ecir Özlem BATU	Eczacı	Serbest Eczacı	☐ E ☒ K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Av. Ender Arif YILDIZ	Hukuk	Antalya İI Sağlık Müdürlüğü	☒ E ☐ K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Dr. Öğr. Üyesi Kemal EYVAZ	Genel Cerrahi	S.B.U. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☒ E ☐ K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Doç. Dr. Alpaslan YAVUZ	Radyoloji	S.B.U. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☒ E ☐ K	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	
Doç. Dr. Mehmet ÖZEN	Aile Hekimliği	S.B.U. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☒ E ☐ K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	

* Toplantıda Bulunan

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Uzm. Dr. İbrahim A. İŞİK
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, başkanın yer almadığı her toplantıda imza atmalıdır.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Seda	Uyruğu	
Soyadı	Müftüoğlu	Tel no	
Doğum tarihi		e-posta	

Eğitim Bilgileri

Mezun olduğu kurum	Mezuniyet yılı
Lise	
Lisans	
Yüksek Lisans	

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce		

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)

Burslar-Ödüller:

Yayınlar ve Bildiriler: