



**T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI**

**DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU
TANISI ALAN ERGENLERDE TEDAVİ ÖNCESİ VE
SONRASINDA DEPRESYON, ANKSİYETE VE YAŞAM
KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Canan KUYGUN KARCI

**TEZ DANIŞMANI:
Prof. Dr. Fevziye TOROS**

Mersin 2013



**T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI**

**DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU
TANISI ALAN ERGENLERDE TEDAVİ ÖNCESİ VE
SONRASINDA DEPRESYON, ANKSİYETE VE YAŞAM
KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Canan KUYGUN KARCI

**TEZ DANIŞMANI:
Prof. Dr. Fevziye TOROS**

Mersin 2013

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini esirgemediğim, yol gösteren ve sürekli destek olan hocalarım Prof. Dr. Fevziye Toros ve Yrd. Doç. Dr. Özalp Ekinci'ye,

Tezimin ve asistanlığımın başlangıcından itibaren desteğini her daim hissettiğim, mesleğimi çok sevmemde büyük etkisi olan tez danışmanım Prof. Dr. Fevziye Toros'a,

Çukurova Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi rotasyonum sırasında ve sonrasında bana sonsuz katkıları bulunan hocalarım Prof. Dr. Ayşe Avcı, Doç. Dr. Ayşegül Yolga Tahiroğlu ve Yrd. Doç. Dr. Gonca Gül Çelik'e ve beraber çalışmaktan, tanımaktan büyük zevk aldığım asistan arkadaşlarıma,

Psikiyatri eğitimim sırasında emeği geçen hocalarım Prof. Dr. M. Kemal Yazıcı, Prof. Dr. Aylin Ertekin Yazıcı, Prof. Dr. Şenel Tot Acar, Doç. Dr. Ayşe Devrim Başterzi'ye ve beraber çalıştığım asistan arkadaşlarıma,

Çocuk nörolojisi rotasyonunda eğitimime yaptığı katkı ve destek için Prof. Dr. Çetin Okuyaz'a,

Dostlukları ile her zaman yanımda olan Dr. Elçin Özsin ve Dr. Nazlı Çelenk'e, verileri toplama aşamasındaki destekleri için Dr. Veli Yıldırım, Dr. Gülen Güler ve benim için poliklinik sekreterinden çok daha fazlası olan Müjgan Özaslanlar'a,

Eğitimimin başlangıcından itibaren beraber çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca, her zaman, her türlü yanımda olan aileme,

Varlığı ile hayatıma anlam katan, bu zor süreçte bana sonsuz destekte bulunan sevgili eşim Dr. İbrahim Karcı'ya sonsuz teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

Dr. Canan KUYGUN KARCI

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

ÖZET	5
İNGİLİZCE ÖZET	6
1. GİRİŞ VE AMAÇ	7
2. GENEL BİLGİLER	9
2.1. DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU	9
2.1.1. Tanım ve Tarihçe	9
2.1.2. Tanı Ölçütleri	10
2.1.3. Epidemiyoloji.....	13
2.1.4. Etyoloji	13
2.1.4.1. Genetik	13
2.1.4.2. Çevresel Faktörler	14
2.1.4.3. Nörobiyoloji.....	15
2.1.5. Klinik Özellikler	15
2.1.6. Eş Tanı	17
2.1.7. Ayırıcı Tanı	17
2.1.8. Tedavi	17
2.1.8.1. Uyarıcı İlaçlar	18
2.1.8.2. Uyarıcı Olmayan İlaçlar	18
2.2. Yaşam Kalitesi	19
2.2.1. Yaşam Kalitesi Ölçekleri	21
2.2.1.1. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği	22

2.3. DEHB ve Yaşam Kalitesi	22
2.4. DEHB Tedavisi ve Yaşam Kalitesi	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM	27
3.1. Örneklem Seçimi	27
3.2. Yöntem	27
3.3. Gereçler	28
3.3.1. Sosyodemografik Form	28
3.3.2. Çocuklar İçin Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği	28
3.3.3. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği	28
3.3.4. Conner's Anababa Değerlendirme Ölçeği	29
3.3.5. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği	29
3.3.6. İstatistiksel Analiz	29
4. BULGULAR	31
4.1. Sosyodemografik Verilere İlişkin Bulgular	31
4.2. Kullanılan Ölçeklere İlişkin Bulgular	40
5. TARTIŞMA	64
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	71
KAYNAKLAR	73
SİMGELER VE KISALTMALAR	91
ŞEKİLLER VE RESİMLER	92
TABLolar	93
EKLER	
EK-1 Sosyodemografik Form	
EK-2 Çocuklar İçin Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği	
EK-3 Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği	
EK-4 Conner's Anababa Değerlendirme Ölçeği	
EK-5 Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği	

ÖZET

DEHB çocukluk çağında en sık görülen ruhsal bozukluklardan birisidir. Yaşam kalitesini bozan kronik bir bozukluktur ve DEHB tedavisi ile yaşam kalitesinde de iyileşme olduğunu gösteren yayınlar mevcuttur.

Bu çalışmada DEHB'nin ergen yaşam kalitesi üzerine etkisinin ve tedavi ile yaşam kalitesindeki değişikliklerin gözlenmesi amaçlanmıştır. DEHB'ye sıklıkla eşlik eden anksiyete ve depresyon belirtilerinin yaşam kalitesine etkisi ve DEHB tedavisi ile bu belirtilerdeki değişiklikler de incelenmiştir.

Bu amaçlarla 1 Haziran 2012 - 1 Ekim 2012 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran hastalardan yeni DEHB tanısı almış 13-18 yaş arası, en az 3 ay DEHB tedavisine devam etmiş olan ergenler çalışmaya dahil edildi. Ergenlerin arşiv dosyaları taranarak tedavi öncesinde ve 3 ay sonrasında uygulanan Çocuklar için depresyon ölçeği, Çocuklar için sürekli kaygı ölçeği, Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği ergen ve ebeveyn formu ve Conner's anababa değerlendirme ölçeği puanları hesaplandı.

DEHB'nin yaşam kalitesi üzerine özellikle de psikososyal işlevsellik üzerine olumsuz etkileri olduğu saptandı. DEHB'nin tedavisi ile yaşam kalitesi puanlarında fiziksel işlevsellik puanı hariç yükselme gözlemlendi. Ergen ve ebeveyn formu karşılaştırıldığında, ergen formunda puanların ebeveyn formuna oranla daha yüksek olduğu gösterildi. Tedavi öncesinde ve sonrasında erkek ergenlerin kızlara kıyasla yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu saptandı.

DEHB'nin tedavisi ile yaşam kalitesindeki değişiklikleri saptamak, DEHB tedavisinin önemini vurgulamak, tedavi sonuçlarını değerlendirmek ve etkin, çok yönlü tedavi planları oluşturmak açısından önemli bir yer tutmaktadır.

Anahtar sözcükler: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, yaşam kalitesi, metilfenidat

ABSTRACT

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is one of the most common psychiatric disorders in childhood. ADHD is a chronic condition and impacting on quality of life. There are many studies which showed that treatment of ADHD causes improvement on quality of life.

In this study, impact of ADHD on quality of life and changes in quality of life with treatment of ADHD is examined. Impact of comorbid anxiety and depression symptoms on quality of life and changes in these symptoms with treatment of ADHD is searched.

Adolescent (13-18 years) whom newly diagnosed as ADHD at Mersin University Child and Adolescent Psychiatry Department between 1 June 2012 and 1 October 2012, choosed for this study. Adolescent must continue ADHD treatment at least 3 months. Data is gained from adolescent's files over Children's Depression Inventory, State/Trait Anxiety Inventory for Children, Conner's Parent Rating Scale and Paediatric Quality of Life Inventory: Parent and Adolescent version (PedsQL-P and A).

Negative impact of ADHD on quality of life, especially psychosocial functioning, is detected in this study. After treatment of ADHD, all PedsQL scores improved except physical functioning score. When PedsQL adolescent version compared with parent version, adolescent version scores were better than parent version scores. Male adolescent's PedsQL scores were better than females either before treatment or after treatment.

Detection of impact of ADHD treatment on quality of life is important for emphasizing treatment of ADHD, utilizing treatment outcomes and creating multimodal, effective treatment design.

Key words: Attention deficit hyperactivity disorder, Methylphenidate, Paediatric Quality of Life Inventory

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), benzer gelişim düzeyindeki bireylerle karşılaştırıldığında daha sık, sürekli ya da şiddetli dikkat eksikliği - disorganizasyon ve/veya hiperaktivite - dürtüsellik belirtileri ile karakterize gelişimsel bir bozukluktur¹.

DEHB, çocuk ruh sağlığı alanında en sık karşılaşılan ve en çok araştırılan bozukluklardan biridir. Okul çağı çocuklarındaki sıklığının %3 ila %8 arasında değiştiği ve erkeklerde daha sık görüldüğü bildirilmiştir².

DSM-IV' e göre tanı için en az iki işlevsellik alanında bozulma ve semptomlarda 7 yaşından önce başlama kriteri gerekmektedir.¹ DEHB kognitif, akademik, sosyal ve emosyonel başta olmak üzere birçok alanda yetersizliğe yol açmaktadır³.

Tedavi anlayışının “yaşamı sürdürmek” ten çok “sağlığı iyileştirmek” e yönlenmesinden beri, hem fiziksel hem mental sağlığın iyileştirilmesinde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi gittikçe önem kazanmıştır⁴. Kronik bir bozukluk olan DEHB'nin yaşam kalitesi üzerine etkilerini araştıran çok sayıda çalışma mevcuttur⁵.

DEHB ile ilişkili olarak yaşam kalitesinde düşme gözlemlendiği ve DEHB'nin tedavisi ile yaşam kalitesinin de iyileştiği bildirilmiştir⁶. Aynı zamanda, semptom şiddeti ve komorbid ruhsal bozukluk tanısının varlığı da yaşam kalitesini etkilemektedir⁷.

DEHB tedavisinin yaşam kalitesi ile değerlendirilmesi, bu bozukluğun sadece klinik semptomlarla yakalanamayacak psikososyal sonuçlarını gözlemlemek açısından faydalı olmaktadır⁸.

DEHB'nin tedavisi ile yaşam kalitesinde de iyileşmeyi gösteren literatürden yola çıkarak Mersin Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde DEHB tanısı alan 13-18 yaş arası ergenlerde çalışma yürütülmüştür.

Bu çalışmamızda, DEHB'nin ergenin yaşam kalitesi üzerine etkilerinin değerlendirilmesi ve tedavi öncesi ve sonrası yaşam kalitesinin karşılaştırılması, tedavinin yaşam kalitesi üzerine etkilerinin araştırılması amaçlanmaktadır.

Aynı zamanda DEHB ile beraber görülebilen depresyon ve anksiyete belirtilerinin taranması, bu belirtilerin de ergenin yaşam kalitesi üzerine etkilerinin değerlendirilmesi de çalışmanın amaçlarındandır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

2.1.1. Tanım ve Tarihçe

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), dikkat eksikliği - disorganizasyon ve/veya hiperaktivite - dürtüsellik belirtilerinin benzer gelişim düzeyindeki bireylerle karşılaştırıldığında daha sık, sürekli ya da şiddetli yaşanması ile karakterize gelişimsel bir bozukluktur¹.

DEHB tanımlaması uzun zamandır tıp literatüründe yer almaktadır. İlk olarak Alman psikiyatrist Heinrich Hoffmann 19.yüzyılın sonlarına doğru, dürtüsellik ve hiperaktivite ile karakterize davranış sergileyen çocukları tanımlamıştır. Bu davranışsal problemi “dürtüsel delilik (impulsive insanity)” veya “yetersiz engellenme (defective inhibition)” olarak adlandırmıştır. 1902 yılında pediatriist George Still ‘The Lancet’ isimli yayınında, motor ajitasyon, dikkat problemleri, dürtü kontrolünde zorluklar ve derhal ödüllendirme ihtiyacı olan çocukları tanımlamıştır. Bu çocukların davranışsal sorunlarının nedeninin ‘diğerlerini düşünmeme’ olduğu ileri sürülmüş ve bozukluk “moral kontrol defekti” olarak adlandırılmıştır. Sonraki dekadlarda (Hohman, 1922, Kahn & Cohen, 1934), sendromun beyin lezyonları ile ilişkili olduğu düşünülmüş ve “minimal beyin hasarı” olarak tanımlanmıştır. Daha sonra bütün çocuklarda beyin lezyonu olmayabileceğinden yola çıkarak Clements ve Peters 1962 yılında “minimal beyin disfonksiyonu” terimini kullanmıştır. 1970’li yıllara doğru ‘hiperaktivite’ terimi bozukluğun semptomu olarak kullanılmaya başlanmıştır⁹.

İlk olarak Dünya Sağlık Örgütü’nün ICD-9’da “Çocukluk çağı hiperkinetik sendromu” ve Amerikan Psikiyatri Birliği’nin DSM-II’de “çocukluk çağı hiperkinetik reaksiyonu” olarak yer almıştır. Sonradan ICD-10’da “hiperkinetik bozukluk” olarak değişmiştir. 1980 yılından sonra dikkat eksikliğinin de bozukluğun bir parçası olduğu kabul edilmiş ve DSM-III’te “hiperaktivitenin eşlik

ettiği veya etmediği dikkat eksikliği bozukluğu”, daha sonra DSM-III-R ve DSM-IV’te “dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu” olarak adlandırılmıştır⁹.

2.1.2. Tanı Ölçütleri

DEHB tanısı koymak için en sık kullanılan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-IV) tanı ölçütleridir. DSM-IV ’e göre DEHB tanısı için;

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

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

Dikkatsizlik

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

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

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

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

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

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

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

(h) Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolayca dağınık.

(ı) Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkanlıktır.

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

Hiperaktivite

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

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

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

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

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

(f) Çoğu zaman çok konuşur.

İmpulsivite (dürtüsellik)

(g) Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan cevabını yapıştırır.

(h) Çoğu zaman sırasını beklemede güçlüğü vardır.

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

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

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

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

E. Bu semptomlar sadece bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Şizofreni ya da diğer bir Psikotik Bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örneğin Anksiyete Bozukluğu, Dissosiyatif Bozukluk ya da bir kişilik bozukluğu)¹

DEHB'nin temel belirtileri dikkat, hareketlilik ve dürtüsellik ile ilgili sorunlardır ancak bu belirtilerin tümü her olguda olmayabilir¹⁰. Baskın olan belirtilere göre DSM-IV üç alt tipe ayırmıştır;

DEHB-Dikkat Eksikliğinin Önde Olduğu Tip: Dikkat eksikliği tanı ölçütleri karşılanmıştır ancak hiperaktivite ve dürtüsellik tanı ölçütleri tam olarak karşılanmamıştır. Sorunlar daha çok dikkati odaklama ve sürdürme ile ilgilidir. Diğer alanlarda da sorun yaşamakla beraber en büyük sorun okulda yaşanır. Bu

çocuklar zeka seviyelerinin altında başarı gösterirler. Kızlarda daha sık görülür¹¹.

DEHB-Hareketliliğin Önde Olduğu Tip: Dikkat eksikliği tanı ölçütleri karşılanmamıştır. Tanı genellikle diğer alt tiplere göre daha erken yaşta konur. Yaşla beraber motor aktivite azalırken erişkinlikte duygusal huzursuzluk olarak gözlenebilir. Engellenme eşikleri daha düşüktür. Erkeklerde daha sık görülür¹².

DEHB-Bileşik Tip: Temel belirtilerin üçünün de tanı ölçütleri karşılanmıştır. Hem aşırı hareketlilik hem de dikkat sorunları vardır. Genellikle erişkin yaşamda da sorunlar devam eder. En sık görülen alt tiptir¹¹.

DSM'de DEHB olarak adlandırılan bozukluk Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılmasında (ICD-10) "Hiperkinetik Bozukluklar" olarak adlandırılmaktadır¹³. Her iki sınıflandırma sisteminde de belirti listesi aynıdır. Ancak DEHB tanısı için ICD-10 ölçütlerine göre dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik alanlarının üçünde de yeterli belirti olması şartı aranırken, DSM-IV hiperaktivite ve dürtüselligi tek alan olarak kabul edip iki alandan (dikkat eksikliği-dürtüsellik/hiperaktivite) yalnızca birinde yeterli belirti olması tanı için yeterlidir. Her iki sınıflandırmada da belirtilerin en az 6 aydır devam ediyor olması ve gelişimsel düzeyi ile uyumsuzluk göstermesi ölçütleri yer almaktadır.

DEHB'nin mevcut sınıflandırılmasıyla ilgili bazı tartışmalar ortaya atılmıştır. Bu tartışmalardan biri alt tiplerle ilgilidir. Alt tipler zaman içinde değişkenlik gösterebilir, ailesel yüklülük spesifik değil gibi görünüyor ve bütün alt tipler aynı ilaç tedavisine yanıt veriyor¹⁴. Diğer bir tartışmalı konu da tanı kriteri olarak işlevsellikte bozulmanın aranması çünkü DEHB'li bazı çocuklar daha fazla çaba göstererek veya telafi edici yetenekleri nedeniyle işlevsellikte bozulma yaşamayabilirler. Diğer yandan, tanı kriterleri içinde işlevsellikte bozulmanın yer almaması, fazla tanı konulmasına ve bozukluğu olmayan çocuklara da tedavi verilmesine yol açabilir. Üçüncü konu, başlangıç yaşı kriteri ile ilgilidir. Semptomların ve bozulmanın 7 yaşından önce başlaması gerekmektedir ancak bu gereklilik deneysel kanıtlarla desteklenmemiştir¹⁵.

2.1.3. Epidemiyoloji

DEHB sıklığı kullanılan tanı ölçütlerine göre değişkenlik göstermektedir. Tanı ölçütlerindeki farklılıklar nedeni ile DSM-IV kullanılarak yapılan çalışmalarda DEHB sıklığı ICD-10 ile yapılan çalışmalara oranla daha yüksek çıkabilmektedir¹⁶.

Okul çağı çocukları arasındaki DEHB sıklığının % 3-8 arasında değiştiği, kızlara oranla erkeklerde daha sık görüldüğü bildirilmiştir². Dünya genelindeki yaygınlığı ise okul çağı çocukları için % 6, ergenler için % 3¹⁶, erişkinler için ise % 2.5-4 olarak bildirilmiştir¹⁷.

Kliniğe başvuru oranı açısından bakıldığında, erkeklerin kızlara oranla 9 kat daha fazla olduğu gözlenmiştir. Kızlarda ağırlıklı olarak dikkat eksikliğinin önde geldiği tipin görülmesi ve eşlik eden davranış sorunlarının daha az olmasının kliniğe başvuru oranlarını azalttığı düşünülmektedir¹⁸.

Türkiye'de Trabzon ilindeki 1126 ilköğretim çağı çocuklarında (6-12 yaş) DSM-V tanı ölçütlerine göre yapılan araştırmada, DEHB sıklığı % 8.6 olarak saptanmıştır¹⁹. 6-15 yaş arasındaki çocuklarda yapılan bir başka çalışmada ise DEHB sıklığı % 8.1 olarak belirtilmiştir²⁰. Conner's Anababa Değerlendirme Ölçeği'ne göre değerlendirilen 2174 okul çağı çocuğunda DEHB ön tanısı sıklığı % 15.4 olarak saptanmıştır²¹. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine yapılan başvurular arasında DEHB sıklığı ise % 8.6²² ile % 22.4²³ arasında değişmektedir.

Türkiye'de yapılan toplumsal örneklemlerli çalışmalarda DEHB'deki cinsiyet dağılımına bakıldığında, erkek çocuk ve ergenlerde daha sık görülmekle beraber erkek/kız oranlarında farklılıklar bildirilmektedir; 1.8/1²⁰ ile 3.5/1¹⁹

2.1.4. Etyoloji

DEHB etyolojisinde çevresel, genetik ve biyolojik birçok etmenin rol oynadığı düşünülmektedir.

2.1.4.1. Genetik

DEHB güçlü genetik bileşene sahip, ailesel bir bozukluktur. Aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları ile DEHB etyolojisindeki genetik bileşen aydınlatılmaya çalışılmıştır. Yapılan bu çalışmalar, bozukluğun genetik geçişi olduğunu

desteklemektedir²⁴. DEHB'deki genetik geçişin yaklaşık % 76 olduğu tahmin ediliyor ki bu oran mental bozukluklar içerisinde kalıtılabilirlik açısından en yüksek oranlardan biridir²⁵.

Aile çalışmalarının sonuçları, DEHB olanların birinci derece akrabalarında riskin 4-6 kat arttığını göstermektedir²⁶. İkiz çalışmalarında ise tek yumurta ikizlerinde % 50-80, çift yumurta ikizlerinde % 33 oranında genetik geçiş saptanmıştır²⁷. Evlat edinme çalışmalarında, evlat edinilen DEHB tanılı ikizlerin biyolojik ailelerinde DEHB öyküsünün evlat edinilen aileye oranla daha yüksek olduğu gösterilmiştir²⁸.

DEHB'nin alt tiplerindeki ailesel geçişi araştıran bir çalışmada, ailede görülen alt tiplerin güçlü genetik geçiş gösterdiği bildirilmiştir²⁹.

DEHB ile ilişkilendirilen birçok gen mevcuttur. Bu genler çoğunlukla katekolaminerjik sistem ile ilişkilidir. Ancak bu genlerin her biri DEHB oluşumunda çok küçük bir risk artışı oluşturuyor gibi görünmektedir²⁵. Yapılan moleküler genetik çalışmalarda, dopamin taşıyıcısı (DAT1)³⁰, dopamin D4 reseptörü (DRD4)³¹, dopamin D5 reseptörü (DRD5)³², serotonin taşıyıcısı (5-HTTLPR)³³ ve serotonin 1B reseptörü (5-HT1B)³⁴ ile DEHB arasında ilişki saptanmıştır.

Diğer bir olası etyolojik faktör, genler ve çevre arasındaki etkileşimdir. Perinatal dönemde sigaraya maruz kalma ile DAT1 ve DAT4 gen varyasyonu arasındaki etkileşim, gen-çevre etkileşimine kanıt olarak bildirilmiştir³⁵.

2.1.4.2. Çevresel Faktörler

DEHB ile ilişkili olabilecek çok sayıda çevresel risk faktörü araştırılmıştır. Prematürite, DEHB ile ilişkilendirilen çevresel faktörlerin başında gelmektedir³⁶. Perinatal dönemde sigaraya maruz kalma^{37,38} ve düşük doğum ağırlığının^{39,40} DEHB için risk faktörleri olabileceğine dair sınırlı kanıtlar bulunmaktadır.

Perinatal dönemde alkol ve ilaca maruz kalma, gebelik süresince annedeki psikolojik sorunlar, perinatal ve prenatal komplikasyonlar, travmatik beyin hasarı ve emzirme süresi ile DEHB arasındaki ilişkiyi araştırarak daha ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır⁹.

10 µg/dL'nin üzerindeki seviyelerde kurşuna maruz kalmanın DEHB ve DEHB ile ilişkili davranışlara etkisi olabileceği gösterilmiştir⁴¹. Başka bir

çalışmada ise, DEHB belirtilerinin şiddeti ile demir eksikliği arasında da ilişki olduğu, düşük demir seviyesi olan DEHB tanılılarda demir takviyesi ile belirtilerde iyileşme olabileceği bildirilmiştir⁴².

Perinatal dönemde kafeine maruz kalma³⁸ ve yılın belirli bir zamanında doğma⁴³ da DEHB etyolojisinde araştırılmış konulardandır.

2.1.4.3. Nörobiyoloji

Belirli nörobiyolojik eksiklikler ile DEHB arasındaki ilişkiye dair kanıtlar gittikçe artmaktadır. DEHB'deki nöroanatomik eksiklikler bir beyin hasarı olarak yorumlanmamalıdır.

DEHB'de frontal striatal disfonksiyon olduğuna ilişkin güçlü kanıtlar bulunmaktadır⁴⁴. Bu disfonksiyona bağlı olarak, DEHB'lilerde yürütücü fonksiyonlarda ve engelleyici kontrol mekanizmalarında eksiklikler görülmektedir. Talamo-kortiko-striatal devrenin çalışması, GABA ve katekolaminler (dopamin ve norepinefrin) tarafından düzenlenir⁴⁵.

Tüm bu bilgiler, bozukluğun aslında katekolaminerjik disregülasyon ile ilişkili olduğunu işaret etmektedir^{41,45}. DEHB belirtilerinin metilfenidat, amfetamin ve atomoksetin gibi dopaminerjik ve noradrenerjik ajanlarla hafifletiliyor olması da katekolaminerjik hipotezi desteklemektedir. Ayrıca katekolaminerjik sistem ile ilgili birçok genin bozukluğun riskini artırıyor olması ve hayvan modellerinde katekolaminerjik sistem fonksiyonunun azaltılmasıyla DEHB benzeri belirtilerin ortaya çıkması da bu görüşün kanıtları arasında yer almaktadır. Noradrenalin ve dopamin, DEHB ile ilişkili beyin bölgelerinde anahtar nörotransmitterlerdir.

Kortikal kalınlık ölçülerek yapılan prospektif bir çalışmada, sağlıklı kontrollere kıyasla DEHB tanılı çocuklarda kortikal olgunlaşmada gecikme olduğu saptanmıştır. Bu gecikmenin daha çok dikkat ile ilişkili alanlarda, özellikle de lateral prefrontal kortekste olduğu bildirilmiştir⁴⁶.

2.1.5. Klinik Özellikler

DEHB dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik ile karakterize kronik bir bozukluktur. Belirtiler genellikle 7 yaşından önce başlar ve normal gelişim düzeyine uyumsuzluk gösterir. DEHB'li çocukların ebeveynlerinden alınan

öyküde genellikle bebeklik döneminden itibaren süregelen bir hiperaktivite mevcuttur⁴⁷. Ancak gelişim düzeyine uyumsuzluk gösterecek şekilde belirtilerin ortaya çıkması 3-4 yaşlarına rastlamaktadır. İşlevsellikte bozulma ve psikososyal sorunlar ise çocukluk çağının ortalarına doğru belirginleşmeye başlar⁴⁸.

Yaş dönemine göre belirtilerde değişiklikler gözlenebilmektedir. Okul öncesi dönemde hiperaktivite, dikkat eksikliği ve dürtüsellik normal davranışlar olarak kabul edilebileceği için, belirtileri değerlendirmek zor olmaktadır. Bu davranışlar çok şiddetli, yaygın ve işlevsellikte belirgin bozulma yarattığı zaman anormal kabul edilmektedir⁴⁹.

Okul çağı çocuklarında dikkat eksikliği kendini, zayıf akademik başarı olarak göstermektedir. DEHB'li çocukların akademik işlevselliklerinde daha fazla bozulma, daha düşük okul başarısı ve daha fazla sınıf tekrarı yaşadıkları bildirilmiştir⁵⁰. DEHB ve işlevsellikte bozulma karşılaştırıldığında, en güçlü ilişkinin dikkat eksikliği ve akademik işlevsellikte bozulma arasında olduğu gösterilmiştir⁵¹.

Hiperaktivite yaşla birlikte azalır ve ergenlik döneminde yerini içsel huzursuzluğa bırakır. Bu dönemde aynı zamanda riskli cinsel davranışlar, tehlikeli aktiviteler, alkol-madde kullanımı ve antisosyal davranışlar gözlenebilmektedir⁵².

İzlem çalışmalarında DEHB'nin erişkin dönemde de devam eden bir bozukluk olduğu gösterilmiştir. DEHB tanısı alan çocukların %80'inin ergenlik döneminde ve %30-65'inin erişkin dönemde de DEHB belirtilerini taşımaya devam ettikleri bildirilmiştir⁵³.

DEHB belirtileri tedavi edilmezse devam eden sosyal, akademik, mesleki, kişiler arası ilişkide ve evlilikte zorluklar, alkol-madde kötüye kullanımı, artmış kaza-yaralanma ile sonuçlanmaktadır⁵⁴.

DEHB tanısı bu klinik özellikler değerlendirilerek konmaktadır. Tanıyı kesinleştirmek için DEHB'ye özgü herhangi bir laboratuvar testi bulunmamaktadır. Klinisyen DEHB tanısı için, aile ve çocukla yapılan görüşmeleri, klinik gözlemi, fizik ve nörolojik incelemeyi, davranışı değerlendiren ölçekleri ve bilişsel testleri kullanmaktadır⁵⁵.

2.1.6. Eş Tanı

DEHB tanısına sıklıkla diğer psikiyatrik bozukluklar eşlik etmektedir. Başka bir psikiyatrik bozuklukla birliktelik durumunda bazı belirtilerin DEHB'yi taklit etmesi veya belirtilerin üst üste binmesi nedeniyle tanısız zorluklar yaşanabilmektedir.

Kliniğe başvuran DEHB tanılıların yaklaşık yarısında Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu (KOKG) veya Davranış Bozukluğu (DB) bulunmaktadır. % 25-30 oranında anksiyete bozuklukları ve % 20-25 oranında öğrenme bozuklukları eşlik etmektedir²⁷. Duygudurum bozuklukları, tik bozuklukları ve enürezis nokturna da birliktelik gösterebilen bozukluklar içinde yer almaktadır.

2.1.7. Ayırıcı Tanı

DEHB'nin ayırıcı tanısında hem psikiyatrik hem de psikiyatrik olmayan bozukluklar incelenmelidir. Özellikle işitme ve görme sorunları gibi duyuşsal bozukluklar, olası ilaç kullanımı (antihistaminikler, steroid, teofilin, fenobarbital), madde kötüye kullanımı, hipertiroidizm, epilepsi, kurşun zehirlenmesi, frajil X sendromu, mental retardasyon DEHB ayırıcı tanısında akılda tutulmalıdır. Ayrıca belirtiler yaşa göre değerlendirilmeli ve çocuğun gelişim dönemine uygun hareketlilik veya yoğunlaşma süresi göz önüne alınmalıdır⁵⁵.

Psikiyatrik tablolar arasında; yaygın gelişimsel bozukluk (YGB), karşıt olma karşıt gelme bozukluğu (KOKG), davranım bozukluğu (DB), duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, davranım bozukluğuyla giden uyum bozukluğu, kişilik bozuklukları da ayırıcı tanıda yer almalıdır⁵⁶.

2.1.8. Tedavi

DEHB okul performansı, evde ve sosyal ortamlardaki davranış gibi işlevselliğin birçok alanını etkilemektedir. Dolayısıyla tedavinin, işlevselliğin etkilenen bütün alanlarında iyileşme sağlaması beklenmektedir. Müdahale edilecek hedefler arasında; DEHB belirtileri, bilişsel eksilikler ve bununla ilişkili davranışlar, okul performansı, eşlik eden durumlar ve okul ve aile kaynaklı sorunlar yer almaktadır. DEHB tedavisinde, ilaç tedavileri ve davranışsal

yöntemlerin birlikte kullanıldığı çoklu tedaviler en etkili yöntemler olarak kabul edilmektedir⁵⁷.

Psikoeğitim, çocuğun ve ailenin DEHB'yi tam olarak anlamalarının sağlanması ve tedavi planına çocuk ve ailenin dahil edilerek, tedavinin yararlarının ve yan etkilerinin anlatılmasını içermektedir⁹. Davranışçı terapilerde ise çocukla beraber mutlaka ebeveynler ve öğretmenler de yer almalıdır.

DEHB tedavisinde kullanılan ilaçlar uyarıcı ve uyarıcı olmayan ilaçlar olarak ikiye ayrılır.

2.1.8.1. Uyarıcı İlaçlar

DEHB'nin ilaç tedavisinde ilk seçenek olarak uyarıcı ilaçlar tercih edilmektedir. Uyarıcı ilaçların etkinliği ve güvenilirliği birçok klinik deneyde ve metaanalizde gösterilmiştir^{58,59,60}. Klinik deneylerde uyarıcı ilaçların plaseboya kıyasla çok daha etkili ve vakaların % 70'inde erken olumlu klinik cevap oluşturduğu gösterilmiştir. En çok kullanılan uyarıcı ilaçlar metilfenidat, deksmetilfenidat ve dekstroamfetamindir. Türkiye'de DEHB tedavisinde kullanımı onaylanmış olan tek uyarıcı ilaç metilfenidattır.

Uyarıcı ilaçların uzun etkili ve kısa etkili formları bulunmaktadır. Kısa etkili formunun etkisi 0.5-2 saat içinde başlamakta ve 3-5 saat devam etmektedir. Uzun etkili formu ise bifazik salınımlıdır, etki süresi 10-12 saat kadar devam etmektedir. En sık görülen yan etkiler arasında; karın ağrısı, bulantı, iştahsızlık (%41), sinirlilik, anksiyete, uykusuzluk (%28), huzursuzluk, hareketlilik, irritabilite (%26), baş ağrısı (%14), kalp atım hızı ve kan basıncında artış bulunmaktadır⁶¹.

Uyarıcı ilaçlar hareketlilik düzeyinin ve dürtüsellüğün düzenlenmesiyle yıkıcı davranışlarda azalmaya ve okul başarısında iyileşmeye yol açmaktadır⁶². Fiziksel ve sözel saldırganlığı azaltıp, olumsuz veya antisosyal iletişimlerini değiştirdikleri düşünülmektedir⁶¹.

2.1.8.2 Uyarıcı Olmayan İlaçlar

Atomoksetin, DEHB tedavisinde FDA (Food and Drug Administration) tarafından onaylanan ilk uyarıcı olmayan ilaçtır. DEHB tedavisinde atomoksetinin plaseboya kıyasla daha etkili olduğu gösterilmesine rağmen,

metilfenidat ve amfetaminle yapılan çalışmalarda uyarıcılara kıyasla etkinliği daha az bulunmuştur^{63,64}. DEHB tedavisinde uyarıcıların etkili olmadığı, tolere edilemediği, eşlik eden madde kullanım bozuklukları, tik bozuklukları, anksiyete bozuklukları bulunması durumlarında atomoksetin birinci tercih olarak düşünülebilmektedir⁶⁵.

Bupropion, modafinil, klonidin, guanfasin, imipramin ve desimipramin, venlafaksin, moklobemid DEHB tedavisinde kullanılabilen ilaçlar arasında yer almaktadır.

2.2. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi (YK) bir bireyin içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi içinde kendi durumu ile ilgili öznel algısı olarak tanımlanmakta olup, bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevselliği olarak ortaya konmaktadır.

Tedavi anlayışının “yaşamı sürdürmek” ten çok “sağlığı iyileştirmek” e yönlendirmesinden beri, hem fiziksel hem mental sağlığın iyileştirilmesinde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi gittikçe önem kazanmıştır⁴. Yaşam kalitesinin çocuk ruh sağlığında hem klinik kullanımda hem de araştırma alanında önemi giderek artmaktadır⁵.

Yaşam kalitesi Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından “hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, bireylerin yaşadıkları kültür ve değerler bütünü içinde durumlarını nasıl algıladıkları” olarak tanımlanmıştır⁶⁶. Bu tanımlamadan yola çıkarak yaşam kalitesini değerlendirebilmek için 1980’li yıllarda Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-100) geliştirilmiştir⁶⁷.

Yaşam kalitesinin bir başka tanımı ise “bireyin hastalık ve tedavi de dahil olmak üzere sağlık durumunun fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevselliği üzerindeki öznel algısı” olarak yapılmaktadır⁶⁸.

Yaşam kalitesinin ölçülmesi; bireyin tedavi öncesi ve sonrası yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, yapılan tıbbi girişimlerin yan etkilerinin ve etkinliğinin belirlenmesi, sağlık politikalarına yön verilmesi ve tıbbi araştırmalar için gerekli görünmektedir⁶⁹.

Yaşam kalitesi aile, arkadaşlık, sosyoekonomik, kültürel birçok faktörden etkilense de en güçlü etkenlerden biri hastalıktır. Sadece fiziksel hastalıkların

değil ruhsal hastalıkların da yaşam kalitesine etkilerinin olduğu bilinmektedir⁷⁰. Yaşam kalitesinin testlerle ölçümü, tedavi sonuçlarını değerlendirmede önemli bir role sahiptir⁵.

Yaşam kalitesini değerlendirirken nesnel ve öznel kavramlarını göz önünde bulundurmak gerekir. Nesnel olarak aynı durumda olan iki insan, yaşam kalitelerini öznel olarak farklı yorumlayabilmektedir⁶⁹. Çocuk ve ergenin yapabildikleri, yaşadığı şartlar, okul işlevselliği, sosyal ilişkilerinin değerlendirilmesi nesnel değerlendirme olarak kabul edilmektedir⁷¹. Ebeveyn formlarının nesnel değerlendirmeye örnek olduğunu düşünen araştırmacılar, ebeveyn formlarının değerlendirmede daha değerli olduğunu savunmaktadır.

Çocuk ve ergenin sosyal, duygusal, fiziksel işlevselliğinin değerlendirilmesi ise öznel değerlendirme olarak kabul edilmektedir⁷². Bazı araştırmacılar ise bu öznel değerlendirmenin çocuk ve ergenin kendi algısını yansıttığı için, değerlendirmede daha değerli olduğunu savunmaktadır⁷³. Ancak çocuk ve ergenin yaşam kalitesinin en doğru şekilde değerlendirilmesi için hem ebeveyn hem çocuk ve ergenin değerlendirmesini dikkate alınması gerekmektedir⁷⁴.

Kronik hastalığı olan ve sağlıklı çocuklarla yapılan çalışmalarda, çocuklar tarafından doldurulan formun sonuçları ile ebeveyn tarafından doldurulan formun sonuçlarının eşit olmadığı gözlenmiştir^{75,76}. Duygusal işlevsellik, ağrı, yorgunluk gibi içsel durumları yalnız çocuğun kendisinin fark etmesi nedeniyle bu eşitsizliğin oluşabileceği düşünülmektedir⁷⁷.

Yaşam kalitesi ölçekleri, belirli bir hastalığa özgü ve genel olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Genel yaşam kalitesi ölçekleri, çok daha kapsamlı olarak hazırlanmıştır ancak tedaviyle ilişkili değişikliklere çok az duyarlıdır. Hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri ise, hastalıkla ilişkili olabilecek alanlara odaklanır ve muhtemelen tedavinin etkisiyle oluşan değişikliklere daha duyarlıdır. Ancak bu ölçekler diğer hastalıklarla karşılaştırmaya olanak sağlamamaktadır⁵.

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde bazı güçlüklerle karşılaşmaktadır. Bu güçlüklerden birisi yaşıdır. Çocuğun kendi duyguları ile ilgili algısı, gelişim düzeyi ile ilişkilidir. 7-8 yaş altı çocuklar, kendi kendilerine değerlendirme yaparken iç görü veya anlama konusunda eksiklik yaşayabilirler⁷⁸. 1 hafta veya 1 ay gibi zaman kavramları konusunda zorluk yaşayabilirler⁷⁹. Değerlendirmenin daha kolay yapılabilmesi için; soruların kısa

ve basit dille yazılmış olması, yüz yüze uygulama yapılması, bu uygulama esnasında çocuğun yanıtları üzerinde ebeveynin etkisinin azaltılmış olması, gülen veya üzgün yüz gibi resimlerin kullanılması^{75,80}, nesne veya kukla kullanılması⁸¹ veya bilgisayarla uygulanan ölçek kullanılması⁸² faydalı olabilmektedir.

Bir diğer güçlük ise; öğrenme güçlüğü, depresyon gibi çocuğun kendini değerlendirmesini ve anlatmasını etkileyebilecek nedenlerle çocuk içinde bulunduğu durumu tam anlamıyla ifade edemeyebilir veya DEHB olan bir çocuk yeterince konsantre olamayıp ölçeği tam olarak dolduramayabilir. Bu gibi durumlarda bir ebeveyninden veya bakım verenden de değerlendirme almak gerekebilir.

Cinsiyet de yaşam kalitesi değerlendirmesinde farklılık yaratmaktadır. Özellikle ergenlikte fiziksel görünüm özgüvende önemli bir role sahiptir ve cinsiyet farkı göstermektedir. Kızların fiziksel görünümleri konusunda erkeklere kıyasla çok daha fazla sorun yaşadıkları bildirilmiştir⁸³.

2.2.1. Yaşam Kalitesi Ölçekleri

Çocuk ve ergenlerde kullanılan yaşam kalitesi ölçekleri erişkinlerden farklıdır. Ölçekleri değerlendirirken de çocuk ve ergenin gelişim düzeyi göz önünde bulundurulmalıdır.

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde en uygun yol, ebeveyn ve çocuk-ergen formlarının beraber değerlendirilmesidir. Bu ortak değerlendirmede, her iki formda da fiziksel işlevsellik değerlendirmesi birbirine yakınken, sosyal ve duygusal işlevsellik değerlendirmelerinin genellikle uyumlu olmadığı gözlenmiştir⁸⁴.

Çocuk ve ergenin genellikle hastalığın sebebi ve tedavisiyle ilgilenmedikleri, hastalıklarına karşı daha iyimser oldukları saptanmıştır. Bu durum ebeveynleriyle farklılık doğurmaktadır⁸⁴.

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

(QUALIN), Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL 4.0TM), Exeter Health Related Quality of Life (EHRQOL) ölçekleridir⁸⁵. Bu ölçeklerden Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılanlar; KINDL, CHQ ve PedsQL 4.0TM ölçekleridir⁸⁴.

Çocuklar için geliştirilen hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçeklerinden birkaçı; Childhood Asthma Questionnaires (CAQ), Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLQ), About My Asthma (AMA), Pediatric Cancer Quality of Life Inventory (POQOL), Quality of Life Epilepsy (QOLIE-AD-48), Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI), Diabetes Quality of Life Youths (DQOL-Y), Juvenile Arthritis Quality of Life Questionnaire ölçekleridir. Bunlardan Türkçeye uyarlanan PAQLO ölçeğidir⁸⁴. Türkçe geliştirilen Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Yaşam Kalitesi Ölçeği (DE/HB-YKÖ) de bulunmaktadır^{84,86}.

2.2.1.1. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ)

Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (Pediatric Quality of Life Inventory; PedsQL), 2-18 yaş arası çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla Varni ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir⁸⁷. Fiziksel, duygusal, sosyal işlevselliğin yanı sıra okul işlevselliğini de değerlendirmektedir.

ÇİYKÖ, genel yaşam kalitesi ölçeğidir. Hem sağlıklı hem de hastalığı olan çocuk ve ergenlerde kullanılabilir. 23 maddeden oluşan kısa bir ölçektir ve 5-10 dakikalık bir süre içerisinde doldurulabilir. Araştırmacı ve klinisyen tarafından kolay uygulanabilir ve puanlanabilir bir ölçektir⁸⁵.

ÇİYKÖ'nin 8-12 yaş için olan formunun⁸⁸ ve 13-18 yaş için olan formunu⁶⁹ Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır.

2.3. DEHB ve Yaşam Kalitesi

DEHB çekirdek belirtileri olan dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik ötesinde psikososyal işlevsellikte bozulmayla ilişkilidir^{89,90}. Bu bozulmalar hem çocuk ve ergenin hem de ailenin yaşam kalitesini etkilemektedir.

DEHB olan çocuk ve ergenler, DEHB olmayan çocuk ve ergenlere göre daha zayıf sosyal ve iletişim becerilerine sahiptirler⁹¹. KOKGB veya DB yaklaşık % 60 oranında DEHB eşlik etmektedir. Bu beraberlik durumunda sosyal zorluklar çok daha fazla olmaktadır⁹².

DEHB'ye eşlik eden KOKGB olan çocuk ve ergenler, yalnız DEHB olan çocuk ve ergenlere oranla çok daha şiddetli DEHB belirtileri, yaşlılarıyla ve aileyle sorunlar yaşamaktadırlar. DEHB'li çocuk-ergen ve ebeveyni arasındaki ilişki, ailede DEHB olmayanlara göre çok daha sorunlu olmaktadır^{48,93}. KOKGB veya DB eşlik ettiğinde ebeveynin gerilimi kötüleşmektedir⁴⁸.

Ebeveyn ile yaşanan bu sorunlar, hem gen-çevre etkileşiminden (çocuk-ergende DEHB yatkinlığı, ebeveynde de madde kötüye kullanımı veya depresyona yatkinlık yaratan genleri ebeveyn ve çocuk-ergen paylaşıyor olabilir) hem de ebeveynin DEHB'li bir çocuk-ergenle baş etme becerisinin az olmasından kaynaklanıyor olabilir⁹⁴.

DEHB'li çocuk ve ergenlerin yarısından fazlası yaşlılarıyla ilişkide ciddi sorunlar yaşamaktadır. Bu sorunlar, DEHB'li çocuk ve ergenin paylaşma, düzenleme, sıra bekleme gibi sosyal alış veriş becerisinin eksikliğinin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır⁴⁸.

DEHB'li çocuk ve ergen, yaşlılarıyla sıklıkla ben merkezli, dürtüsel, hükmeden ve düşmanca etkileşimde bulunmaktadır. Sonuç olarak DEHB'li çocuk ve ergenlerin % 70'inden fazlasının hiçbir yakın arkadaşı bulunmamaktadır. KOKGB veya DB eşlik ettiğinde ise bu oran daha da artmaktadır⁴⁸.

Sosyal olarak tercih edilme oranları çok düşüktür. Sıklıkla yaşlıları tarafından dışlanırlar ve çok az sayıda karşılıklı arkadaşlık kurabilirler⁹⁵. Yaşlı grupları tarafından reddedilme ergenlik döneminde de devam etmektedir. Bu ergenlerin başkaları tarafından darp edilme veya bıçakla yaralanma riski çok daha yüksektir. Kızlarda ise cinsel istismara maruz kalma riski çok artmıştır^{48,96}.

DEHB'li ergenler çok daha erken yaşta cinsel deneyim yaşamaktadır. Daha fazla sayıda cinsel partnere sahip olup, her biri ile daha az vakit geçirmektedir. DEHB'li kız ve erkek ergenler genç yaşta gebelik açısından çok büyük risk taşımaktadırlar. 20 yaşından önce çocuk sahibi olma oranı oldukça yüksektir (37:1). Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve riskli cinsel davranışlar yönünden DEHB'li ergenler 4 kat daha fazla risk altındadır⁴⁸.

DEHB'li çocuk ve ergenler, duygu kontrolünde zayıflık, aşırı duygusal dışavurum (özellikle öfke ve saldırganlık), engellenmeyle baş etme sorunları, uyarılma eşiğinin düşük olması ve empati azlığını kapsayan duygusal bozulmalar yaşamaktadır⁴⁸.

DEHB çocuk, ergen ve genç erişkinlerde zayıf benlik saygısı ile ilişkilidir. Bu durum majör depresyon açısından risk oluşturmaktadır^{97,98,99}. Benlik saygısı, kişinin kendisine karşı gösterdiği olumlu veya olumsuz tutumlar olarak tanımlanmaktadır¹⁰⁰. Bu çocuklarda kendilik algısının da çok düşük olduğu bildirilmiştir⁹¹.

Anksiyete veya depresyon, DEHB'ye çok sık eşlik etmektedir. Eşlik eden depresyonu olan DEHB'li çocuk ve ergenler derin bir mutsuzluk, haftalar veya aylar süren memnuniyetsizlik ve eskiden keyif aldığı aktivitelerden keyif alamamaktan yakınmaktadırlar. Bu mutsuzluk, irritabilite olarak da ortaya çıkabilmektedir¹⁰¹.

DEHB akademik, ailesel, toplumsal uyum işlevselliğini ve erişkinde iş ve evlilik işlevselliğini bozmakta ve üretkenliği azaltmaktadır¹⁰².

Bir çalışmada, DEHB ve yıkıcı DB tanısı alan çocuklar ile anksiyete bozukluğu, yaygın gelişimsel bozukluk, duygudurum bozuklukları gibi diğer psikiyatrik tanısı olan çocuklar arasında yaşam kalitesi açısından fark bulunamamıştır. Ancak DEHB tanısı olan grup ve hiçbir tanısı olmayan grup arasında ise DEHB'li grupta psikososyal alt ölçek puanının daha düşük olduğu saptanmıştır¹⁰³.

DEHB'si olan ve astım, diyabet, epilepsi gibi fiziksel hastalığı olan çocuklar yaşam kalitesi açısından karşılaştırıldığında, DEHB'li grupta anlamlı olarak daha düşük yaşam kalitesi puanları elde edilmiştir⁹⁸. DEHB'nin yol açtığı psikososyal işlevsellikte bozulmanın, kanser veya serebral palsi ile kıyaslandığında çok daha fazla olduğu gösterilmiştir¹⁰⁴.

DEHB'nin yaşam kalitesi üzerine etkisi neredeyse fiziksel hastalıklarla eşdeğerdir. Özellikle psikososyal alanda DEHB'nin etkileri daha belirginken, fiziksel alanda daha az etkili gibi gözükmektedir. DEHB diğer ruhsal hastalıklarla kıyaslandığında ise, farklı hastalıkların yaşam kalitesinin farklı alanları üzerinde etkisi olduğu düşünülmektedir. Örneğin; DEHB, majör depresyona kıyasla daha fazla davranışsal problem oluştururken, depresyon daha fazla duygusal sorun oluşturmaktadır⁵.

2.4. DEHB Tedavisi ve Yaşam Kalitesi

Çocuklarda tedavi sonucunu değerlendirmek için yaşam kalitesinin bir ölçüt olarak kullanıldığı çalışmalar son yıllarda artmıştır¹⁰⁵. Çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında ise yaşam kalitesi sadece DEHB için kullanılmıştır.

DEHB'nin psikososyal tedavilerinin yaşam kalitesi üzerine etkilerini araştıran çalışmalar az sayıdadır. ADORE çalışmasında, tedavinin ilk 3 ayında uygulanan psikososyal tedavilerin (ağırlıklı olarak psikoeğitim) yaşam kalitesi üzerinde iyileşme sağladığı saptanmıştır. Ancak bu değişiklikler farmakolojik tedavilere kıyasla daha küçük boyutta olmaktadır¹⁰⁶.

İlaç tedavisinin yaşam kalitesi üzerine etkilerini araştıran çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Metilfenidat veya amfetaminlerin yaşam kalitesi üzerine etkilerini araştıran az sayıda çalışma bulunurken, atomoksetin ile yapılan çok daha fazla sayıda çalışma mevcuttur. Bu çalışmalarda kullanılan yaşam kalitesi ölçekleri DEHB'ye özgü değil, genel ölçeklerdir⁵.

DEHB'nin tedavisiyle benlik saygısında da artma olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Atomoksetin ile tedavi edilen örneklem de yapılan iki çalışmada, uzun dönemde ve kısa dönemde benlik saygısında önemli derecede artma olduğu saptanmıştır^{97,107}. Her iki çalışmada da benlik saygısını ölçmek için Çocuk Sağlık Anketi (Child Health Questionnaire) kullanılmıştır. Bu çalışmalardan açıkça anlaşılıyor ki, benlik saygısı yaşam kalitesi ile yakın ilişkilidir.

DEHB'nin tedavisi ile DEHB'ye ikincil, ilerde ortaya çıkabilecek antisosyal davranışlar, madde kötüye kullanımı, duygudurum bozuklukları gibi diğer sağlık sorunları da önlenmiş olacaktır⁹⁴.

DEHB tanısı olan çocuklar sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında, yaşam kalitesi ölçeğinin (PedsQL) toplam ve psikososyal alt ölçek puanlarının daha düşük olduğu ancak tedavi alan grup ile almayan grup arasında fark olmadığı gösterilmiştir¹⁰⁸. Ancak ilaç tedavisi ile DEHB'nin çekirdek belirtilerindeki iyileşmenin, psikososyal işlevselliği iyileştirdiği bildirilmiştir.

Atomoksetin ile plasebonun karşılaştırıldığı bir çalışmada, atomoksetin alan grupta psikososyal alt ölçek puanlarında daha fazla düzelme görüldüğü ancak fiziksel alt ölçek puanlarda fark olmadığı gösterilmiştir¹⁰⁷.

Bir başka çalışmada ise atomoksetin alan DEHB'ye KOKGB eşlik eden ve etmeyen grupta plasebo alan gruba kıyasla psikososyal ve toplam puanlarda anlamlı iyileşme olduğu saptanmıştır¹⁰⁹.

Atomoksetin ve metilfenidatın karşılaştırıldığı bir çalışmada, her iki grupta da tedavi ile yaşam kalitesinde düzelme olduğu saptanmış ancak atomoksetin alan grupta daha fazla düzelme olduğu bildirilmiştir. Yazarlara göre atomoksetin ve metilfenidat arasındaki bu fark, atomoksetinin daha kalıcı etkilerinin olması, daha az dalgalanma göstermesi ve anksiyete veya tik gibi ek belirtilere de etki göstermesinden kaynaklanmaktadır¹¹⁰.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem Seçimi

Çalışmamıza Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine 1 Haziran 2012 - 1 Ekim 2012 tarihleri arasında başvuran, DSM-IV-TR ölçütlerine göre ilk kez DEHB tanısı alan ve DEHB tedavisi yeni başlanan 13-18 yaş arası 50 ergen dahil edildi.

Çalışmaya dahil edilme ölçütleri:

1. 13-18 yaş arasında olmak
2. DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre ilk kez DEHB tanısı almak
3. DEHB için ilaç tedavisi başlanmış olması
4. Başlanan ilaç tedavisini en az 3 aydır kullanıyor olmak olarak belirlendi.

Çalışmadan çıkarılma ölçütleri:

1. Psikoz
2. Yaygın gelişimsel bozukluk
3. Mental retardasyon varlığı olarak belirlendi.

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Etik Kurul onayı 10 Mayıs 2012 tarihinde alındı.

3.2. Yöntem

1 Haziran 2012 - 1 Ekim 2012 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran hastalardan, çalışmamıza dahil edilme ölçütlerine uygun olan hastalar dosya üzerinden seçildi.

Rutin olarak doldurulan sosyodemografik form aracılığıyla sosyodemografik veriler toplandı. Ergen ve ebeveyn tarafından ilk başvuruda

(tedavi öncesi) ve tedavi sonrasında doldurulan ölçekler retrospektif olarak değerlendirildi.

3.3. Gereçler

3.3.1. Sosyodemografik Form

Polikliniğimize başvuran her çocuk ve ergen için kullanılan bilgi formunda çocuk ve ergen (yaş, eğitim düzeyi, kardeş sayısı, yürüme-konuşma-tuvalet eğitimi zamanı, doğum seyri ve komplikasyonları, fiziksel hastalık, fiziksel şiddete maruziyet) ve ebeveynlere (yaş, eğitim düzeyi, meslek, ruhsal ve fiziksel hastalık, ailenin yapısı ve durumu, fiziksel şiddet) ait sosyodemografik bilgiler sorgulanmaktadır (EK-1).

3.3.2. Çocuklar İçin Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (ÇISAÖ)

Spielberger tarafından geliştirilen durumluk-sürekli kaygı ölçeği, yirmişer maddelik, sürekli ve durumluk kaygıyı ölçen iki alt ölçekten oluşmaktadır (EK-2). Çocuk veya ergenin kendisi tarafından doldurulan ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Özusta tarafından yapılmıştır¹¹¹.

Sürekli kaygı ölçeğinde, kaygının sıklığına göre her madde 1,2 veya 3 olarak puanlandırılmaktadır. Durumluk kaygı ölçeğinde ise her maddedeki 3 seçenekten kendisine uygun olanı seçmesi istenmekte ve yine 1,2 veya 3 olarak puanlandırılmaktadır. 20-60 arasında bir puan elde edilmektedir¹¹². Çalışmamızda ölçeğin yalnızca sürekli kaygı alt ölçeği kullanılmıştır.

3.3.3. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇİDÖ)

Kovacs tarafından Beck depresyon ölçeği esas alınarak hazırlanmıştır (EK-3). Çocuk veya ergenin kendisi tarafından doldurulan ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Öy tarafından yapılmıştır¹¹³.

27 maddeden oluşan ölçekte, her maddedeki 3 seçenekten kendisine uygun olanı işaretlemesi istenmektedir. Her madde 0,1 veya 2 olarak

puanlandırılır. 0-54 arası puan elde edilmektedir. Kesme puanı, 19 ve üzeridir¹¹⁴.

3.3.4. Conner's Anababa Değerlendirme Ölçeği (CADÖ-48)

Türkçe uyarlaması Dereboy ve arkadaşları tarafından yapılan ölçek, 48 maddeden oluşmaktadır¹¹⁵. Dikkat eksikliğini tarayan 5, hiperaktiviteyi tarayan 4, karşıt olma karşıt gelme bozukluğunu tarayan 5 ve davranım bozukluğunu tarayan 11 madde içermektedir (EK-4). Her madde belirtilerin sıklığına göre 0, 1, 2 veya 3 olarak puanlandırılmaktadır.

3.3.5. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ)

Varni tarafından geliştirilen, 2-18 yaş arası çocuk ve ergenlerin fiziksel ve psikososyal yaşantılarını değerlendiren genel bir yaşam kalitesi ölçeğidir⁸⁷. Çalışmamızda kullanılan 13-18 yaş ergen formunun Türkçe geçerlik ve güvenirliği Memik ve arkadaşları tarafından yapılmıştır⁶⁹.

Fiziksel, sosyal, duygusal ve okul olmak üzere 4 alt bölümden oluşmaktadır. 23 maddeden oluşan ölçeğin her maddesi, "hiçbir zaman" işaretlenmişse 100, "nadiren" işaretlenmişse 75, "bazen" işaretlenmişse 50, "sıklıkla" işaretlenmişse 25, "her zaman" işaretlenmişse 0 olarak puanlandırılmaktadır (EK-5).

Puanlama sonucunda ölçek toplam puanı (ÖTP), fiziksel sağlık puanı (FSTP) ve sosyal, duygusal ve okul işlevselliğini değerlendiren maddelerin toplam puanından oluşan psikososyal sağlık toplam puanı (PSTP) elde edilmektedir.

Puanlar toplanıp doldurulan madde sayısına bölünerek alt ölçek ve toplam puanlar elde edilmektedir. Ölçek toplam puanı ne kadar yüksekse, yaşam kalitesi de o kadar iyi kabul edilmektedir.

3.3.6. İstatistiksel Analiz

Tüm ölçek puanlarının normal dağılıma uygunluk kontrolleri Shapiro Wilk testi ile test edildi ve dağılım normal dağılıma uygun bulundu. Ölçek puanlarına

ait tanımlayıcı istatistik olarak ortalama ve standart sapma değerleri verildi. Kategorik yapıdaki parametreler için sayı ve yüzde değerleri hesaplandı. İki bağımsız grup arasında ölçek puan ortalamaları arasında fark olup olmadığının kontrolüne student t testi ile bakıldı. Tedavi öncesi ve sonrası ölçek puanları arasında fark olup olmadığının kontrolüne eşleştirilmiş t testi kullanıldı. Kategorik yapıdaki değişkenler arasındaki ilişkilerin hesaplanmasında ki kare analizi kullanıldı. Ölçek puanları arasındaki ilişkilere korelasyon katsayısı ile bakıldı.

İstatistik anlamlılıkta $p < 0.05$ alındı. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 11.5 paket programı kullanılmıştır.

4. BULGULAR

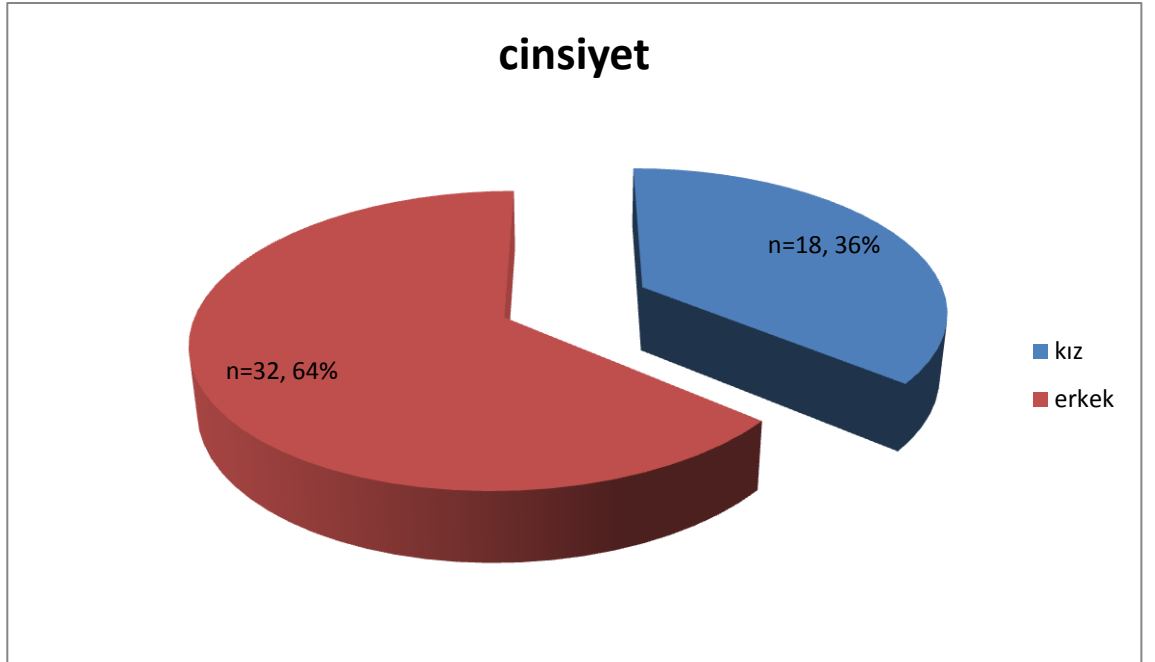
4.1. Sosyodemografik Verilere İlişkin Bulgular

Çalışmamıza dahil ettiğimiz ergenlerin ortalama yaşı 14.54 ± 1.69 (13-18 yaş) idi. Ortalama kardeş sayısı ise 2.14 ± 0.72 (0-4) idi (Tablo 1).

Tablo 1. Ergenlerin yaş ve kardeş sayısı ortalamaları

	En düşük	En yüksek	Ortalama	SD
Yaş (yıl)	13	18	14.54	1.69
Kardeş sayısı	0	4	2.14	0.72

Cinsiyet dağılımı açısından bakıldığında 50 ergenin % 36' sı kız (n=18), % 64' ü erkek (n=32) idi (Şekil 1).



Şekil 1. Cinsiyet dağılımı

Çalışmamızdaki ergenlerin ortalama eğitim düzeyi yıl olarak 8.26 ± 1.44 (6-12 yıl) idi (Tablo 4).

Çalışmamızdaki ergenlerin annelerinin eğitim düzeyleri yıl olarak ortalama 7.90 ± 3.51 (0-15) olarak saptandı (Tablo 4). Anne eğitim düzeyinin dağılımına bakıldığında hiç okula gitmeyen % 2.00 (n=1), 5 yıllık eğitim alan % 50 (n=25), 8 yıllık eğitim alan % 4 (n=2), 11 yıllık eğitim alan % 38 (n=19) ve 15 yıllık eğitim alan % 6 (n=3) idi (Tablo 2).

Tablo 2. Anne eğitim düzeyinin dağılımı

Yıl	n	%
0	1	2.00
5	25	50.00
8	2	4.00
11	19	38.00
15	3	6.00
Toplam	50	100.00

Çalışmamıza dahil ettiğimiz ergenlerin annelerinin çalışma hayatı sorgulandı. Annelerin % 14'ü (n=7) çalışıyor, %86'sı (n=43) ise çalışmıyordu (Tablo 6). Ergenlerin annelerindeki ruhsal hastalık varlığı da sorgulandı. Annesinde ruhsal bir hastalığı olanlar %14 (n=7) iken ruhsal hastalığı olmayanlar %86 (n=43) idi (Tablo 7).

Çalışmamızdaki ergenlerin anne ve baba yaşı sorgulandığında ortalama anne yaşı 40.10 ± 5.72 (31-55), ortalama baba yaşı 44.18 ± 6.10 (32-65) olarak saptandı (Tablo 3).

Tablo 3. Anne ve baba yaş dağılımı

Yaş (yıl)	En düşük	En yüksek	Ortalama	SD
Anne	31	55	40.10	5.72
Baba	32	65	44.18	6.10

Ergenlerin babalarının eğitim düzeyi de sorgulandı. Babaların ortalama eğitim düzeyi yıl olarak 8.51 ± 3.58 (5-15) idi (Tablo 4).

Tablo 4. Ergen, anne ve baba eğitim düzeyi

	Eğitim düzeyi (yıl olarak)			
	En düşük	En yüksek	Ortalama	SD
Ergen	6	12	8.26	1.44
Anne	0	15	7.90	3.51
Baba	5	15	8.51	3.58

Baba eğitim düzeyinin dağılımına bakıldığında hiç okula gitmeyen % 2.00 (n=1), 5 yıllık eğitim alan % 40 (n=20), 8 yıllık eğitim alan % 20 (n=10), 11 yıllık eğitim alan %24 (n=12) ve 15 yıllık eğitim alan % 14 (n=7) idi (Tablo 5).

Tablo 5. Baba eğitim düzeyinin dağılımı

Yıl	n	%
0	1	2.00
5	20	40.00
8	10	20.00
11	12	24.00
15	7	14.00
Toplam	50	100.00

Ergenlerin babalarının çalışma durumu sorgulandığında %98'inin (n=48) çalışıyor olduğu, %2'sinin (n=1) ise işsiz olduğu saptandı (Tablo 6).

Tablo 6. Anne ve babanın çalışma durumları

	Çalışıyor	Çalışmıyor
Anne	7 (%14)	43 (%86)
Baba	48 (%98)	1 (%2)

Ergenlerin babaları ruhsal hastalık açısından sorgulandığında ise %4'ünde (n=2) bir ruhsal hastalık olduğu, %96'sında (n=48) ise ruhsal hastalık olmadığı gözlemlendi (Tablo 7).

Tablo 7. Anne ve babada ruhsal hastalık dağılımı

		Anne	Baba
Ruhsal hastalık	Var	7 (%14)	2 (%4)
	Yok	43 (%86)	48 (%96)

Ergenler anne ve babasının birliktelik durumuna göre de sorgulandı. %96 (n=48) oranında anne ve babanın birlikte, %2 (n=1) oranında boşanmış ve %2 (n=1) oranında parçalanmış (ebeveyn ölümü) olduğu saptandı (Tablo 8).

Tablo 8. Anne-baba birlikteliğinin dağılımı

	n	%
Evli	48	96.00
Boşanmış	1	2.00
Parçalanmış	1	2.00
Toplam	50	100.00

Ergenler yaşadıkları aile tipi açısından sorgulandı. Anne, baba ve kardeşleriyle beraber yaşıyorsa çekirdek aile, anneanne, babaanne, dede veya başka bir akraba ile beraber yaşıyorsa geniş aile olarak tanımlandı. Buna göre %86'sının (n=43) çekirdek ailede, %12'sinin (n=6) geniş ailede ve %2'sinin (n=1) annesi ile yaşadığı saptandı (Tablo 9).

Tablo 9. Aile tipinin dağılımı

Aile tipi	n	%
Çekirdek aile	43	86.00
Geniş aile	6	12.00
Anne ile yaşama	1	2.00
Toplam	50	100.00

Anne ve baba arasındaki akrabalık sorgulandığında ise %16 (n=8) oranında akraba oldukları, %84 (n=42) oranında ise anne-baba arasında akrabalık olmadığı gözlemlendi (Tablo 10).

Ergenin doğumundan bu yana şehirler arası göç açısından bakıldığında 8 (%16) ailenin şehirler arası göç yaşadığı, 42 (%84) ailenin ise şehir değişikliği yapmadığı saptandı (Tablo 10).

Tablo 10. Anne-baba arasındaki akrabalık ve şehirlerarası göç dağılımı

		n	%
Akrabalık	Var	8	16.00
	Yok	42	84.00
Göç	Var	8	16.00
	Yok	42	84.00

Çalışmamızda gebelik seyri ve doğum zamanı da sorgulandı. Annesi gebeliği boyunca düşük tehdidi, ilaç kullanımı, sistemik hastalık, enfeksiyöz hastalık, şiddet görme gibi sorun yaşayanların gebelik seyri “sorunlu”, yaşamayanların ise gebelik seyri “normal” olarak tanımlandı. 44 (%88) ergenin gebelik seyrinin normal geçtiği, 6 (%12) ergenin ise gebelik seyrinin sorunlu geçtiği saptandı (Tablo 11).

Tablo 11. Gebelik seyrinin dağılımı

Gebelik seyri	N	%
Sorunlu	6	12.00
Normal	44	88.00
Toplam	50	100.00

Ergenlerin doğum zamanları; 37 haftadan önce doğanlar erken doğum, 37-42 hafta arasında doğanlar zamanında doğum ve 42 haftadan sonra doğanlar ise geç doğum olarak tanımlandı. 47 (%94) ergenin zamanında doğmuş olduğu, 3 (%6) ergenin ise erken doğmuş olduğu saptandı (Tablo 12). Geç doğum öyküsü yoktu.

Tablo 12. Doğum zamanının dağılımı

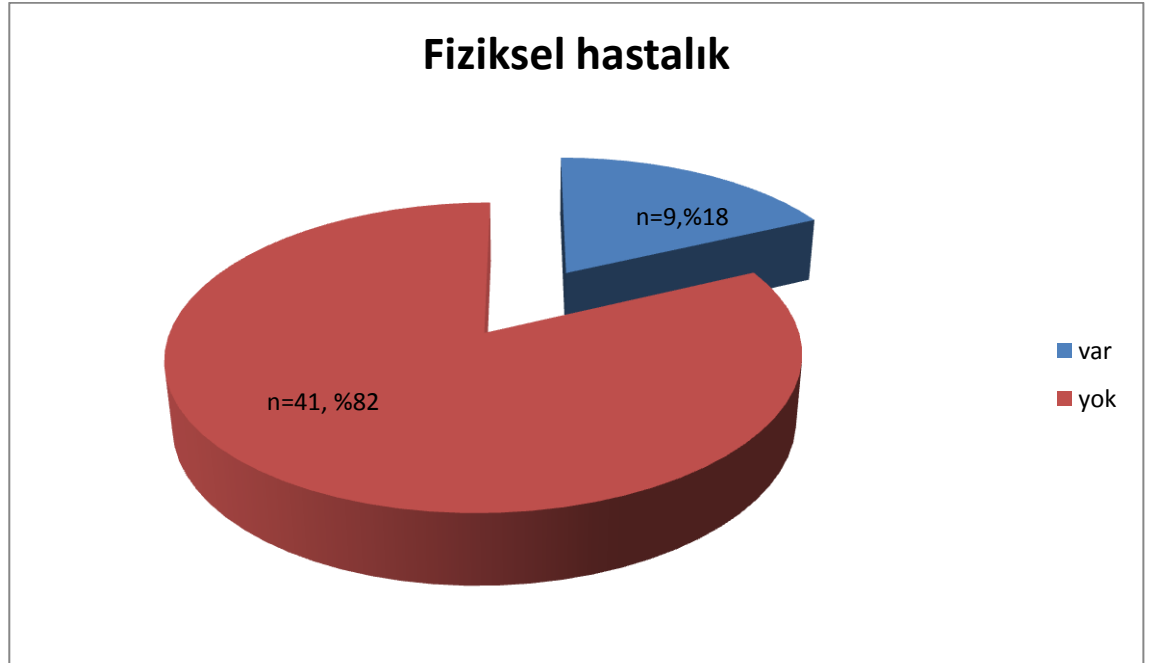
Doğum zamanı	n	%
Zamanında	47	94.00
Erken	3	6.00
Toplam	50	100.00

Ergenlerin nörogelişimsel basamaklarını değerlendirmek amacıyla yürümeye başlama yaşı, konuşmaya başlama yaşı ve tuvalet eğitimi ay olarak sorgulandı. Yürümeye başlama yaşı ay olarak ortalama 12.22 ± 2.22 , konuşmaya başlama yaşı ay olarak ortalama 17.70 ± 5.16 , tuvalet eğitimini tamamlama yaşı ay olarak ortalama 22.02 ± 6.58 idi (Tablo 13).

Tablo 13. Yürüme, konuşma ve tuvalet eğitiminin ay olarak dağılımı

(Ay olarak)	En düşük	En yüksek	Ortalama	SD
Yürüme	8	20	12.22	2.22
Konuşma	10	36	17.70	5.16
Tuvalet eğitimi	12	42	22.02	6.58

Çalışmamızdaki ergenler fiziksel hastalık açısından da sorgulandı. Fiziksel hastalığı olanlar %18 (n=9), olmayanlar %82 (n=41) idi (Şekil 2).

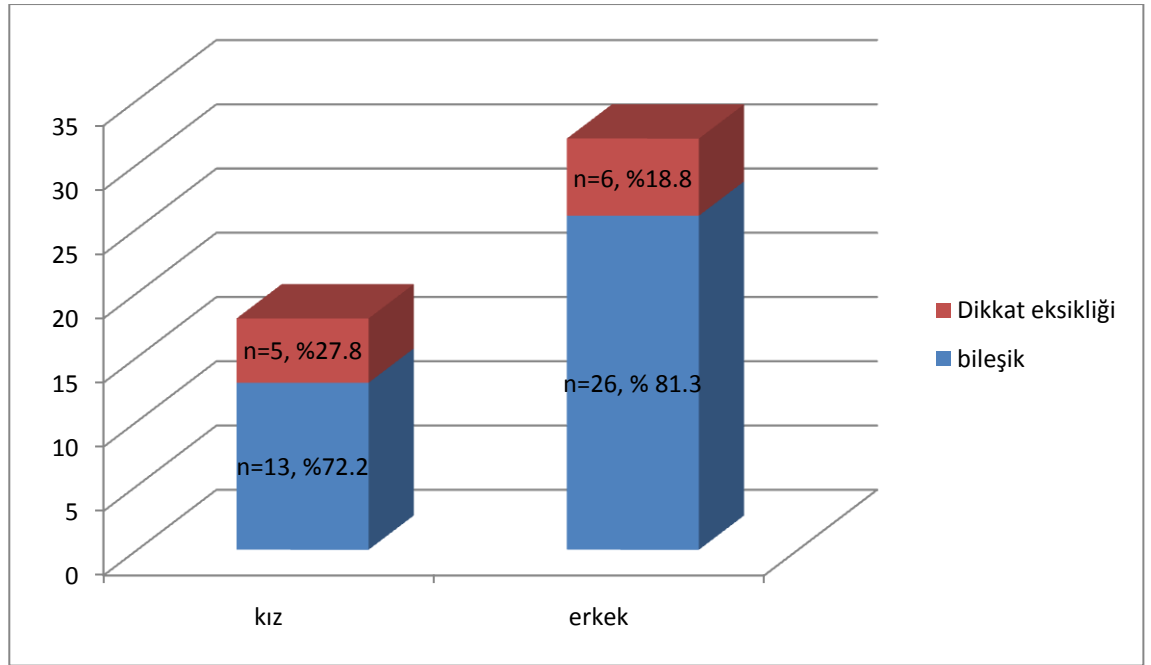


Şekil 2. Fiziksel hastalık dağılımı

Ergenler DEHB alt tipi açısından DSM-IV'e göre değerlendirildi. Bileşik tip %78 (n=39), dikkat eksikliğinin önde geldiği tip ise %22 (n=11) idi (tablo 14). Alt tiplerin cinsiyete göre dağılımına bakıldığında kızlarda %72.2 (n=13) oranla bileşik tip, %27.8 (n=5) DE alt tipi görülürken, erkeklerde %81.3 (n=26) oranında bileşik tip, %18.8 (n=6) oranında DE alt tipi olduğu gözlemlendi (Şekil 3).

Tablo 14. DEHB alt tipinin dağılımı

DEHB alt tipi	n	%
Bileşik	39	78.00
Dikkat eksikliğinin önde geldiği tip	11	22.00



Şekil 3. DEHB alt tipinin cinsiyete göre dağılımı

Ergenlerde DEHB'ye eşlik eden ruhsal hastalık da tarandı. DEHB'ye ek ruhsal hastalık tanısı olan 21 (%42) ergen, eş tanısı olmayan ise 29 (%58) idi (Tablo 15). Eş tanılar arasında anksiyete bozukluğu % 14 (n=7), davranım bozukluğu %10 (n=5), enürezis nokturna %6 (n=3), özgül öğrenme güçlüğü %4 (n=2) yer alırken, 1'den fazla eş tanısı olan 4 (%8) ergen mevcuttu (Tablo 15).

Tablo 15. Eştanı dağılımı

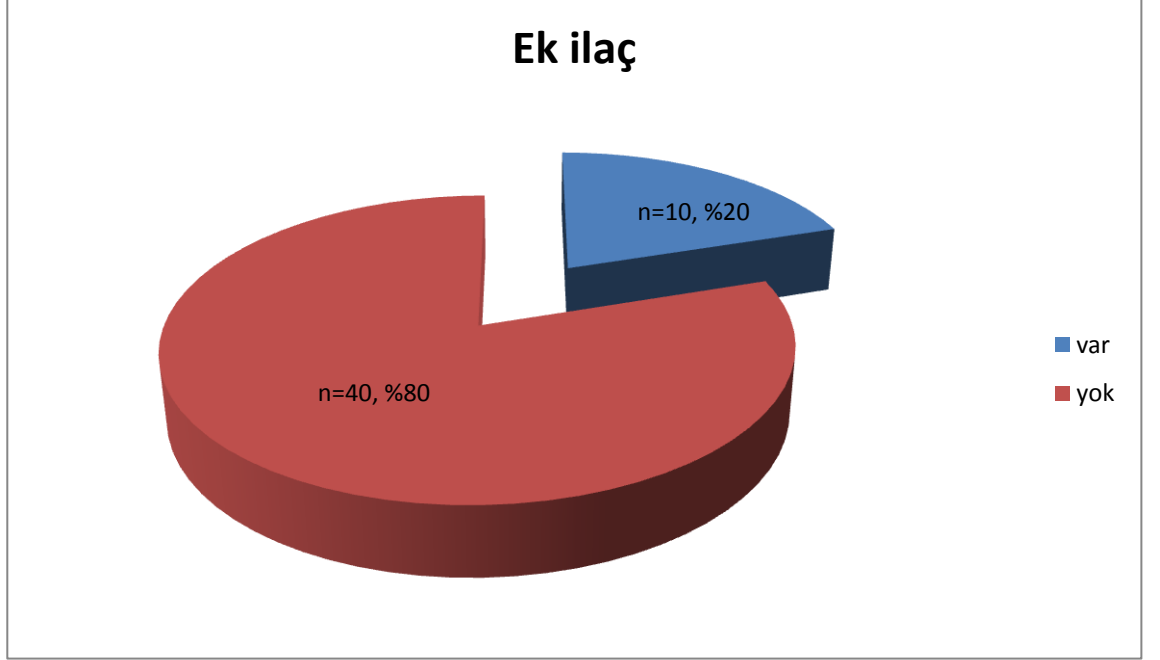
		N	%
Eş tanı yok		29	58.00
Eş tanı	Anksiyete bozukluğu	7	14.00
	Davranım bozukluğu	5	10.00
	Enürezis nokturna	3	6.00
	Özgül öğrenme güçlüğü	2	4.00
	Birden fazla eştanı	4	8.00

Çalışmamızdaki ergenlerin tedavisinde, DEHB tedavisinde birinci seçenek olan metilfenidat kullanılmıştı. Kullanılan ortalama metilfenidat dozu 0.95 ± 0.16 mg/kg/gün idi. Kullanılan en yüksek doz 1.4 mg/kg/gün iken en düşük doz ise 0.7 mg/kg/gün idi (Tablo 16).

Tablo 16. İlaç dozlarının dağılımı

	En düşük	En yüksek	Ortalama	SD
İlaç dozu (mg/kg/gün)	0.7	1.4	0.95	0.16

Ergenler DEHB tedavisi dışında ek ilaç kullanımı (antidepresan, antipsikotik vb.) açısından da sorgulandı. DEHB tedavisi dışında ek ilaç kullananlar %20 (n=10), ek ilaç kullanmayanlar %80 (n=40) idi (Şekil 4).



Şekil 4. Ek ilaç kullanımının dağılımı

4.2. Kullanılan Ölçeklere İlişkin Bulgular

Ergenlere tedavi öncesinde uygulanan Çocuklar için sürekli-durumluk kaygı ölçeği (ÇİSAÖ) ve Çocuklar için depresyon ölçeği (ÇİDÖ) değerlendirildi. ÇİSAÖ ortalama puanı 37.26 ± 6.77 , en yüksek değeri 55, en düşük değeri ise 25 idi (Tablo 17). ÇİDÖ ortalama puanı ise 12.22 ± 7.86 , en yüksek değer 42, en düşük değer 2 idi (Tablo 17).

Tedaviden 3 ay sonra yeniden uygulanan ÇİSAÖ ortalama puanı 33.88 ± 7.38 , en yüksek değer 53, en düşük değer 20 idi. ÇİDÖ ortalama puanı ise 10.58 ± 7.57 , en yüksek değer 44, en düşük değer 0 idi (Tablo 17).

Tedavi öncesi ve sonrası ÇİSAÖ puanları karşılaştırıldığında, puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0.0001$) (Tablo 17). Tedavi öncesi ve sonrası ÇİDÖ puanları karşılaştırıldığında ise istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmadı ($p = 0.067$) (Tablo 17).

Tablo 17. Tedavi öncesi ve sonrası ÇİSAÖ ve ÇİDÖ puan karşılaştırılması

	Tedavi öncesi			Tedavi sonrası			P
	En yüksek	En düşük	Ort.±SD	En yüksek	En düşük	Ort.±SD	
ÇİSAÖ	55	25	37.26±6.77	53	20	33.88±7.38	<0.0001*
ÇİDÖ	42	2	12.22±7.86	44	0	10.58±7.57	0.067

p<0.05

ÇİSAÖ: Çocuklar için sürekli kaygı ölçeği, ÇİDÖ: Çocuklar için depresyon ölçeği

Ergenlerin ebeveyni tarafından doldurulan Conner's anababa değerlendirme ölçeği (CADÖ) de tedavi öncesi ve sonrasında hesaplandı. Ölçeğin dikkat eksikliği (DE) ve hiperaktivite (HA) alt ölçekleri de hesaplandı. Tedavi öncesi toplam CADÖ ortalama puanı 44.20±15.51, en yüksek puan 84, en düşük puan 9; DE alt ölçeği ortalama puanı 5.36±2.22, en yüksek puan 11, en düşük puan 0; HA alt ölçeği ortalama puanı 6.14±2.96, en yüksek puan 12, en düşük puan 1 idi (Tablo 18).

Tedavi sonrası toplam CADÖ ortalama puanı 28.06±13.07, en yüksek puan 64, en düşük puan 1; DE alt ölçek ortalama puanı 3.18±1.68, en yüksek puan 8, en düşük puan 0; HA alt ölçek ortalama puanı 3.74±2.51, en yüksek puan 12, en düşük puan 0 idi (Tablo 18).

Tablo 18. CADÖ, DE ve HA tedavi öncesi ve sonrası karşılaştırılması

	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası	p
	Ort.±SD	Ort.±SD	
CADÖ	44.20±15.51	28.06±13.07	<0.0001*
DE	5.36±2.22	3.18±1.68	<0.0001*
HA	6.14±2.96	3.74±2.51	<0.0001*

* $p<0.05$

CADÖ: Conner's anababa değerlendirme ölçeği, DE: dikkat eksikliği alt ölçeği, HA: hiperaktivitealt ölçeği

Hem toplam CADÖ hem de DE ve HA alt ölçek puanlarının tedavi öncesi ve sonrasında karşılaştırılmasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptandı (Tablo 18).

Ergenlere tedavi öncesinde ve sonrasında yaşam kalitesi ölçeği uygulandı. Yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel (FİP), duygusal (DİP), sosyal (SİP), okul (OİP), psikososyal işlevsellik (PSİP) ve ölçek toplam (ÖTP) puanları hesaplandı. Tedavi öncesi ortalama FİP 76.34±18.05, DİP 70.60±19.07, SİP 84.30±15.65, OİP 55.30±22.00, PSİP 68.52±18.48 ve ÖTP 72.30±14.04 idi (Tablo 19). Tedavi sonrası ortalama FİP 70.47±21.22, DİP 70.90±20.96, SİP 88.10±13.73, OİP 67.20±21.45, PSİP 75.46±15.94 ve ÖTP 74.00±15.76 idi (Tablo 19).

Tablo 19. Tedavi öncesi ve sonrası ergen yaşam kalitesi ölçeğinin karşılaştırılması

Ergen	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası	p
	Ort.±SD	Ort.±SD	
Fiziksel İP	76.34±18.05	70.47±21.22	0.042*
Duygusal İP	70.60±19.07	70.90±20.96	0.896
Sosyal İP	84.30±15.65	88.10±13.73	0.112
Okul İP	55.30±22.00	67.20±21.45	<0.0001*
Psikososyal İP	68.52±18.48	75.46±15.94	0.001*
Ölçek toplam puanı	72.30±14.04	74.00±15.76	0.283

p<0.05

İP: İşlevsellik puanı

Tedavi öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında fiziksel, okul ve psikososyal işlevsellik puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken, duygusal ve sosyal işlevsellik ve ölçek toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 19).

Ergenlerin ebeveynlerine de tedavi öncesinde ve sonrasında yaşam kalitesi ölçeği uygulandı. Yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel (FİP), duygusal (DİP), sosyal (SİP), okul (OİP), psikososyal işlevsellik (PSİP) ve ölçek toplam (ÖTP) puanları hesaplandı. Tedavi öncesi ortalama FİP 71.41±7.70, DİP 72.00±17.46, SİP 77.70±18.18, OİP 47.20±18.71, PSİP 65.40±14.49 ve ÖTP 67.55±13.60 idi (Tablo 20). Tedavi sonrası ortalama FİP 67.15±18.71, DİP 69.60±22.24, SİP 84.10±16.40, OİP 63.30±17.94, PSİP 72.59±16.18 ve ÖTP 70.89±15.00 idi (Tablo 20).

Tablo 20. Tedavi öncesi ve sonrası ebeveyn yaşam kalitesi ölçeğinin karşılaştırılması

Ebeveyn	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası	p
	Ort.±SD	Ort.±SD	
Fiziksel İP	71.41±7.70	67.15±18.71	0.136
Duygusal İP	72.00±17.46	69.60±22.24	0.378
Sosyal İP	77.70±18.18	84.10±16.40	0.034*
Okul İP	47.20±18.71	63.30±17.94	<0.0001*
Psikososyal İP	65.40±14.49	72.59±16.18	0.001*
Ölçek toplam puanı	67.55±13.60	70.89±15.00	0.093

p<0.05

İP: İşlevsellik puanı

Tedavi öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında psikososyal, sosyal ve okul işlevsellik puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken, fiziksel ve duygusal işlevsellik ve ölçek toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 20).

Tedavi öncesi uygulanan ergen ve ebeveyn yaşam kalitesi ölçekleri karşılaştırıldı. Ergen tarafından doldurulan ve ebeveyn tarafından doldurulan yaşam kalitesi ölçekleri karşılaştırıldığında sadece okul işlevselliği puanında (OİP) istatistiksel açıdan anlamlılık bulundu (Tablo 21).

Tablo 21. Tedavi öncesi ergen ve ebeveyn yaşam kalitesi ölçeklerinin karşılaştırılması

Tedavi öncesi	Ergen	Ebeveyn	p
FİP	76.34±18.05	71.41±7.70	0.061
DİP	70.60±19.07	72.00±17.46	0.056
SİP	84.30±15.65	77.70±18.18	0.521
OİP	55.30±22.00	47.20±18.71	0.033*
PSİP	68.52±18.48	65.40±14.49	0.608
ÖTP	72.30±14.04	67.55±13.60	0.221

p<0.05

FİP: fiziksel işlevsellik puanı, DİP: duygusal işlevsellik puanı, SİP: sosyal işlevsellik puanı, OİP: okul işlevselliği puanı, PSİP: psikososyal işlevsellik puanı, ÖTP: ölçek toplam puanı

Tedavi sonrasında uygulanan, ergen tarafından doldurulan ve ebeveyn tarafından doldurulan yaşam kalitesi ölçekleri karşılaştırıldığında, duygusal, sosyal, okul ve psikososyal işlevsellik ve ölçek toplam puanlarının hepsinde istatistiksel açıdan anlamlı fark saptandı. Fiziksel işlevsellik puanı karşılaştırmasında ise istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Tablo 22).

Tablo 22. Tedavi sonrası ergen ve ebeveyn yaşam kalitesi ölçeklerinin karşılaştırılması.

Tedavi sonrası	Ergen	Ebeveyn	p
FİP	70.47±21.22	67.15±18.71	0.182
DİP	70.90±20.96	69.60±22.24	0.001*
SİP	88.10±13.73	84.10±16.40	0.003*
OİP	67.20±21.45	63.30±17.94	0.002*
PSİP	75.46±15.94	72.59±16.18	<0.0001*
ÖTP	74.00±15.76	70.89±15.00	<0.0001*

p<0.05

FİP: fiziksel işlevsellik puanı, DİP: duygusal işlevsellik puanı, SİP: sosyal işlevsellik puanı, OİP: okul işlevselliği puanı, PSİP: psikososyal işlevsellik puanı, ÖTP: ölçek toplam puanı

Çalışmamızda cinsiyetin yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla, cinsiyet ve yaşam kalitesi ölçekleri karşılaştırıldı.

Tablo 23. Ergen yaşam kalitesi ölçeği üzerine cinsiyetin etkisi (tedavi öncesi)

Ergen (tedavi öncesi)	Kız	Erkek	p
	Ort.±SD	Ort.±SD	
Fiziksel İP	74.26±19.37	77.52±17.48	0.546
Duygusal İP	60.00±20.29	76.56±15.73	0.002*
Sosyal İP	77.78±20.59	87.97±10.76	0.063
Okul İP	45.28±22.58	60.94±19.85	0.014*
Psikososyal İP	56.80±22.49	75.12±11.74	0.004*
Ölçek toplam puanı	65.83±15.94	75.93±11.60	0.013*

p<0.05

İP: işlevsellik puanı

Ergenlerin tedavi öncesinde doldurduğu yaşam kalitesi ölçeğinde, fiziksel ve sosyal işlevsellik puanlarına cinsiyetin etkisi istatistiksel olarak anlamlı değildi. Ancak duygusal, okul, psikososyal işlevsellik ve ölçek toplam puanına cinsiyet etkisi ise istatistiksel olarak anlamlı idi (Tablo 23).

Tablo 24. Ebeveyn yaşam kalitesi ölçeği üzerine cinsiyetin etkisi (tedavi öncesi)

Ebeveyn (tedavi öncesi)	Kız	Erkek	p
	Ort.±SD	Ort.±SD	
Fiziksel İP	70.46±17.09	71.95±18.28	0.780
Duygusal İP	67.78±19.11	74.38±16.30	0.203
Sosyal İP	81.67±17.48	75.47±18.46	0.252
Okul İP	51.11±22.78	45.00±15.96	0.323
Psikososyal İP	66.07±16.55	65.02±13.46	0.809
Ölçek toplam puanı	68.01±14.09	67.29±13.54	0.859

İP: işlevsellik puanı

Ebeveyn tarafından tedavi öncesinde doldurulan yaşam kalitesinin cinsiyet üzerine etkisine bakıldığında fiziksel, duygusal, sosyal, okul, psikososyal işlevselliği ve ölçek toplam puanında istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Tablo 24).

Tedavi sonrasında da ergen ve ebeveyn tarafından doldurulan yaşam kalitesi ölçeğine cinsiyetin etkisi değerlendirildi.

Tablo 25. Ergen yaşam kalitesi ölçeği üzerine cinsiyetin etkisi (tedavi sonrası)

Ergen (tedavi sonrası)	Kız	Erkek	p
	Ort.±SD	Ort.±SD	
Fiziksel İP	63.33±21.98	74.48±20.01	0.074
Duygusal İP	58.33±23.32	77.97±15.96	0.004*
Sosyal İP	84.44±12.11	90.16±14.33	0.160
Okul İP	58.89±23.98	71.88±18.69	0.039*
Psikososyal İP	67.10±16.21	80.16±13.94	0.004*
Ölçek toplam puanı	67.25±16.85	77.80±13.97	0.021*

* $p<0.05$

İP: işlevsellik puanı

Ergenler tarafından tedavi sonrasında doldurulan yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel ve sosyal işlevsellik ölçeğine cinsiyet etkisi istatistiksel açıdan anlamlı değildi. Ancak duygusal, okul, psikososyal işlevsellik ve ölçek toplam puanına cinsiyetin etkisi istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (Tablo 25).

Tablo 26. Ebeveyn yaşam kalitesi ölçeği üzerine cinsiyetin etkisi (tedavi sonrası)

Ebeveyn (tedavi sonrası)	Kız	Erkek	p
	Ort.±SD	Ort.±SD	
Fiziksel İP	64.90±20.60	68.41±17.77	0.529
Duygusal İP	61.39±23.44	74.22±20.48	0.049*
Sosyal İP	81.11±17.28	85.78±15.91	0.339
Okul İP	56.11±18.67	67.34±16.46	0.032*
Psikososyal İP	66.52±16.58	76.00±15.15	0.046*
Ölçek toplam puanı	66.82±17.05	73.18±13.45	0.152

* $p<0.05$

İP: işlevsellik puanı

Ebeveyn tarafından tedavi sonrasında doldurulan yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel ve sosyal işlevsellik alt ölçek ile ölçek toplam puanlarına cinsiyet etkisi istatistiksel açıdan anlamlı değildi. Ancak duygusal, okul ve psikososyal işlevselliğe cinsiyetin etkisi istatistiksel açıdan anlamlı idi (Tablo 26).

Çalışmamızda DEHB alt tiplerinin tedavi öncesi ve sonrasında yaşam kalitesine etkisi de değerlendirildi.

Tedavi öncesinde hem ergen hem de ebeveyn tarafından doldurulan yaşam kalitesi ölçeklerinin alt ölçek ve toplam puanlarına DEHB alt tipinin etkisi anlamlı değildi (Tablo 27,28).

Tablo 27. Ergen yaşam kalitesi ölçeğine DEHB alt tipinin etkisi (tedavi öncesi)

Ergen (tedavi öncesi)	Bileşik tip	DE alt tipi	p
	Ort.±SD	Ort.±SD	
Fiziksel İP	77.05±15.70	73.83±25.52	0.697
Duygusal İP	70.26±17.24	71.82±25.52	0.813
Sosyal İP	85.26±13.22	80.91±22.78	0.421
Okul İP	55.90±21.97	53.18±23.05	0.722
Psikososyal İP	70.47±13.33	61.62±30.52	0.369
Ölçek toplam puanı	72.83±11.71	70.41±20.98	0.721

İP: işlevsellik puanı, DE: dikkat eksikliği

Tablo 28. Ebeveyn yaşam kalitesi ölçeğine DEHB alt tipinin etkisi (tedavi öncesi)

Ebeveyn (tedavi öncesi)	Bileşik tip	DE alt tipi	p
	Ort.±SD	Ort.±SD	
Fiziksel İP	71.77±17.69	70.15±18.51	0.791
Duygusal İP	69.74±17.76	80.00±14.31	0.085
Sosyal İP	75.77±17.90	84.55±18.36	0.160
Okul İP	46.41±17.98	50.00±21.79	0.579
Psikososyal İP	63.72±14.64	71.32±12.82	0.126
Ölçek toplam puanı	66.60±13.87	70.91±12.63	0.358

İP: işlevsellik puanı, DE: dikkat eksikliği

Tedavi sonrasında hem ergen hem de ebeveyn tarafından doldurulan yaşam kalitesi ölçeklerinin alt ölçek ve toplam puanlarına DEHB alt tipinin etkisi anlamlı değildi (Tablo 29,30).

Tablo 29. Ergen yaşam kalitesi ölçeğine DEHB alt tipinin etkisi (tedavi sonrası)

Ergen (tedavi sonrası)	Bileşik tip	DE alt tipi	p
	Ort.±SD	Ort.±SD	
Fiziksel İP	71.04±20.64	68.43±24.11	0.722
Duygusal İP	70.64±19.37	71.82±26.95	0.871
Sosyal İP	88.08±14.44	88.18±11.46	0.982
Okul İP	65.26±21.79	74.09±19.59	0.232
Psikososyal İP	74.74±15.61	78.00±17.61	0.554
Ölçek toplam puanı	73.93±14.80	74.27±19.59	0.950

İP: işlevsellik puanı, DE: dikkat eksikliği

Tablo 30. Ebeveyn yaşam kalitesi ölçeğine DEHB alt tipinin etkisi (tedavi sonrası)

Ebeveyn (tedavi sonrası)	Bileşik tip	DE alt tipi	p
	Ort.±SD	Ort.±SD	
Fiziksel İP	67.35±19.68	66.44±15.58	0.888
Duygusal İP	69.49±22.79	70.00±21.21	0.947
Sosyal İP	84.74±17.16	81.82±13.83	0.607
Okul İP	62.95±17.64	64.55±19.80	0.797
Psikososyal İP	72.77±16.21	71.92±16.82	0.880
Ölçek toplam puanı	70.94±15.19	70.72±15.03	0.967

İP: işlevsellik puanı, DE: dikkat eksikliği

Çalışmamızda yaşam kalitesine eş tanı varlığının etkisi de değerlendirildi. Tedavi öncesinde ve sonrasında ergen ve ebeveyn tarafından doldurulan yaşam kalitesi ölçeği ile eş tanı varlığının ilişkisine bakıldı.

Tedavi öncesi ergen tarafından doldurulan yaşam kalitesi ölçeğinin ölçek toplam puanının ve tüm alt ölçek puanlarının eş tanı ile ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı değildi (Tablo 31).

Tedavi öncesi ebeveyn tarafından doldurulan yaşam kalitesi ölçeğinin ölçeğinin ölçek toplam puanının ve tüm alt ölçek puanlarının eş tanı ile ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı değildi (Tablo 32).

Tablo 31. Ergen yaşam kalitesi ölçeğine eş tanı varlığının etkisi (tedavi öncesi)

Ergen (tedavi öncesi)	Eş tanı var	Eş tanı yok	p
	Ort.±SD	Ort.±SD	
Fiziksel İP	75.57±23.25	76.91±13.55	0.815
Duygusal İP	68.33±22.15	72.24±16.72	0.480
Sosyal İP	86.43±16.05	82.76±15.44	0.419
Okul İP	54.76±26.62	55.69±18.45	0.885
Psikososyal İP	65.90±24.87	70.42±12.12	0.448
Ölçek toplam puanı	71.80±19.03	72.66±9.29	0.850

İP: işlevsellik puanı

Tablo 32. Ebeveyn yaşam kalitesi ölçeğine eş tanı varlığının etkisi (tedavi öncesi)

Ebeveyn (tedavi öncesi)	Eş tanı var	Eş tanı yok	p
	Ort.±SD	Ort.±SD	
Fiziksel İP	70.06±19.18	72.39±16.82	0.651
Duygusal İP	68.33±17.34	74.66±17.36	0.210
Sosyal İP	75.24±18.80	79.48±17.84	0.421
Okul İP	44.76±22.21	48.97±15.88	0.464
Psikososyal İP	62.82±15.91	67.26±13.34	0.289
Ölçek toplam puanı	65.33±14.47	69.15±12.95	0.332

İP: işlevsellik puanı

Tedavi sonrasında ergen yaşam kalitesi ile eş tanı varlığı arasında ilişki saptanmadı (Tablo 33).

Ebeveyn tarafından tedavi sonrasında doldurulan yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel işlevsellik alt ölçek puanına eş tanı varlığının etkisi istatistiksel açıdan anlamlı değildi. Ancak duygusal, sosyal, okul, psikososyal işlevsellik ve ölçek toplam puanına eş tanı varlığının etkisi anlamlı idi (Tablo 34).

Tablo 33. Ergen yaşam kalitesin ölçeğine eş tanı varlığının etkisi (tedavi sonrası)

Ergen (tedavi sonrası)	Eş tanı var	Eş tanı yok	p
	Ort.±SD	Ort.±SD	
Fiziksel İP	73.63±18.48	68.18±23.04	0.375
Duygusal İP	64.52±22.63	75.52±18.72	0.067
Sosyal İP	83.33±17.27	91.55±9.36	0.057
Okul İP	65.71±24.04	68.28±19.74	0.681
Psikososyal İP	71.16±18.57	78.57±13.20	0.105
Ölçek toplam puanı	70.41±19.57	76.61±12.01	0.173

İP: işlevsellik puanı

Tablo 34. Ebeveyn yaşam kalitesi ölçeğine eş tanı varlığının etkisi (tedavi sonrası)

Ebeveyn (tedavi sonrası)	Eş tanı var	Eş tanı yok	p
	Ort.±SD	Ort.±SD	
Fiziksel İP	63.50±16.71	69.79±19.89	0.245
Duygusal İP	61.90±23.53	75.17±19.84	0.036*
Sosyal İP	77.62±16.63	88.79±14.80	0.016*
Okul İP	56.67±20.93	68.10±13.91	0.037*
Psikososyal İP	66.08±18.20	77.30±12.91	0.014*
Ölçek toplam puanı	65.22±16.13	75.00±12.89	0.021*

p<0.05

İP: işlevsellik puanı

Çalışmamızda ergenlerin DEHB tedavisi (metilfenidat) dışında ek ilaç (antidepresan, antipsikotik vb.) kullanımının yaşam kalitesine etkisi de araştırıldı. Hem ergen hem ebeveyn tarafından doldurulan ölçeklerde bu etki değerlendirildi. Hem ÖTP hem de FİP, DİP, SİP, OİP, PSİP üzerine ek ilaç kullanımının etkisi değerlendirildi.

Tedavi sonrasında ergen tarafından doldurulan yaşam kalitesi ölçeklerinin hem tüm alt ölçeklerine hem de ölçek toplam puanına ek ilaç kullanımının etkisi anlamlı değildi. Ebeveyn tarafından doldurulan ölçekte ise okul işlevselliğine ek ilaç kullanımının etkisi anlamlı iken, diğer işlevsellik puanları ve toplam puana etkisi ise anlamlı değildi (Tablo 35).

Tablo 35. Ergen ve ebeveyn yaşam kalitesi ölçeğine ek ilaç varlığının etkisi (tedavi sonrası)

Ergen (tedavi sonrası)	Ek ilaç var	Ek ilaç yok	p
	Ort.±SD	Ort.±SD	
Fiziksel İP	73.40±17.07	69.73±22.26	0.630
Duygusal İP	62.00±16.86	73.13±21.47	0.135
Sosyal İP	84.00±15.42	89.13±13.29	0.296
Okul İP	65.00±20.95	67.75±21.80	0.721
Psikososyal İP	70.30±12.65	76.75±16.54	0.256
Ölçek toplam puanı	71.37±13.34	74.66±16.39	0.559
Ebeveyn (tedavi sonrası)			
Fiziksel İP	61.52±23.46	68.55±17.39	0.292
Duygusal İP	58.00±26.79	72.50±20.31	0.065
Sosyal İP	76.50±16.67	86.00±15.98	0.102
Okul İP	52.00±21.49	66.13±16.03	0.024*
Psikososyal İP	63.80±10.71	74.78±14.64	0.054
Ölçek toplam puanı	63.34±19.30	72.78±13.35	0.075

p<0.05

İP: işlevsellik puanı

Tedavi öncesi ve sonrasında ÇİDÖ'nin yaşam kalitesi üzerine etkisi de araştırıldı. Tedavi öncesinde ergen tarafından doldurulan ÇİDÖ'nin ergen yaşam kalitesi ölçeği üzerine etkisi FİP, DİP, OİP, PSİP ve ÖTP'de istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (Tablo 36).

Tablo 36. Tedavi öncesi ergen yaşam kalitesi ölçeğine ÇİDÖ etkisi

Ergen (tedavi öncesi)	FİP	DİP	SİP	OİP	PSİP	ÖTP
ÇİDÖ (p)	0.007*	<0.0001*	0.223	0.003*	<0.0001*	<0.0001*

* $P < 0.05$

FİP: fiziksel işlevsellik puanı, DİP: duygusal işlevsellik puanı, SİP: sosyal işlevsellik puanı, OİP: okul işlevselliği puanı, PSİP: psikososyal işlevsellik puanı, ÖTP: ölçek toplam puanı, ÇİDÖ: çocuklar için depresyon ölçeği

Tedavi sonrasında ergen tarafından doldurulan ÇİDÖ'nin ergen yaşam kalitesi üzerine etkisi ise DİP, SİP, OİP, PSİP ve ÖTP üzerine anlamlı bulundu (Tablo 37).

Tablo 37. Tedavi sonrası ergen yaşam kalitesi ölçeğine ÇİDÖ etkisi

Ergen (tedavi sonrası)	FİP	DİP	SİP	OİP	PSİP	ÖTP
ÇİDÖ (p)	0.227	<0.0001*	0.002*	<0.0001*	<0.0001*	<0.0001*

* $p < 0.05$

FİP: fiziksel işlevsellik puanı, DİP: duygusal işlevsellik puanı, SİP: sosyal işlevsellik puanı, OİP: okul işlevselliği puanı, PSİP: psikososyal işlevsellik puanı, ÖTP: ölçek toplam puanı, ÇİDÖ: çocuklar için depresyon ölçeği

Tedavi öncesi ve sonrasında, ergen tarafından doldurulan ÇİDÖ'nin ebeveyn tarafından doldurulan yaşam kalitesi üzerine etkisi de değerlendirildi. Tedavi öncesinde ÇİDÖ'nin ebeveyn yaşam kalitesi ölçeğinde FİP, DİP, SİP, OİP, PSİP VE ÖTP'ye etkisi anlamlı değildi (Tablo 38). Tedavi sonrasında ise FİP, SİP ve ÖTP üzerine ÇİDÖ etkisi anlamlı bulundu (Tablo 39).

Tablo 38. Tedavi öncesi ebeveyn yaşam kalitesi ölçeğine ÇİDÖ etkisi

Ebeveyn (tedavi öncesi)	FİP	DİP	SİP	OİP	PSİP	ÖTP
ÇİDÖ (p)	0.408	0.309	0.749	0.814	0.868	0.608

FİP: fiziksel işlevsellik puanı, DİP: duygusal işlevsellik puanı, SİP: sosyal işlevsellik puanı, OİP: okul işlevselliği puanı, PSİP: psikososyal işlevsellik puanı, ÖTP: ölçek toplam puanı, ÇİDÖ: çocuklar için depresyon ölçeği

Tablo 39. Tedavi sonrası ebeveyn yaşam kalitesi ölçeğine ÇİDÖ etkisi

Ebeveyn (tedavi sonrası)	FİP	DİP	SİP	OİP	PSİP	ÖTP
ÇİDÖ (p)	0.018*	0.063	0.013*	0.065	0.073	0.004*

p<0.05

FİP: fiziksel işlevsellik puanı, DİP: duygusal işlevsellik puanı, SİP: sosyal işlevsellik puanı, OİP: okul işlevselliği puanı, PSİP: psikososyal işlevsellik puanı, ÖTP: ölçek toplam puanı, ÇİDÖ: çocuklar için depresyon ölçeği

Çalışmamızda tedavi öncesi ve sonrasında, ergen tarafından doldurulan ÇİSAÖ'nin ergen yaşam kalitesi ölçeği üzerine etkisi de değerlendirildi. Tedavi öncesinde ergen yaşam kalitesinin DİP, SİP, OİP, PSİP ve ÖTP üzerine ÇİSAÖ etkisi anlamlı bulundu (Tablo 40). Tedavi sonrasında ise DİP, OİP, PSİP ve ÖTP üzerine etkisi anlamlı bulundu (Tablo 41).

Tablo 40. Tedavi öncesi ergen yaşam kalitesi ölçeğine ÇİSAÖ etkisi

Ergen (tedavi öncesi)	FİP	DİP	SİP	OİP	PSİP	ÖTP
ÇİSAÖ (p)	0.370	<0.0001*	0.024*	0.016*	0.030*	0.025*

p<0.05

FİP: fiziksel işlevsellik puanı, DİP: duygusal işlevsellik puanı, SİP: sosyal işlevsellik puanı, OİP: okul işlevselliği puanı, PSİP: psikososyal işlevsellik puanı, ÖTP: ölçek toplam puanı, ÇİSAÖ: çocuklar için sürekli kaygı ölçeği

Tablo 41. Tedavi sonrası ergen yaşam kalitesi ölçeğine ÇİSAÖ etkisi

Ergen (tedavi sonrası)	FİP	DİP	SİP	OİP	PSİP	ÖTP
ÇİSAÖ (p)	0.273	<0.0001*	0.125	<0.0001*	<0.0001*	<0.0001*

p<0.05

FİP: fiziksel işlevsellik puanı, DİP: duygusal işlevsellik puanı, SİP: sosyal işlevsellik puanı, OİP: okul işlevselliği puanı, PSİP: psikososyal işlevsellik puanı, ÖTP: ölçek toplam puanı, ÇİSAÖ: çocuklar için sürekli kaygı ölçeği

Tedavi öncesi ve sonrasında, ergen tarafından doldurulan ÇİSAÖ ile ebeveyn tarafından doldurulan yaşam kalitesi ölçeğinin ilişkisi de değerlendirildi. Tedavi öncesinde ÇİSAÖ ile ebeveyn yaşam kalitesi ölçeğinin FİP, DİP, SİP, OİP, PSİP VE ÖTP ilişkisi anlamlı değildi (Tablo 42).

Tablo 42. Tedavi öncesi ebeveyn yaşam kalitesi ölçeğine ÇİSAÖ etkisi

Ebeveyn (tedavi öncesi)	FİP	DİP	SİP	OİP	PSİP	ÖTP
ÇİSAÖ (p)	0.992	0.876	0.296	0.154	0.353	0.535

FİP: fiziksel işlevsellik puanı, DİP: duygusal işlevsellik puanı, SİP: sosyal işlevsellik puanı, OİP: okul işlevselliği puanı, PSİP: psikososyal işlevsellik puanı, ÖTP: ölçek toplam puanı, ÇİSAÖ: çocuklar için sürekli kaygı ölçeği

Tedavi sonrasında ÇİSAÖ ile ebeveyn yaşam kalitesi ölçeğinin FİP, DİP ve ÖTP ilişkisi anlamlı bulundu (Tablo 43).

Tablo 43. Tedavi sonrası ebeveyn yaşam kalitesi ölçeğine ÇİSAÖ etkisi

Ebeveyn (tedavi sonrası)	FİP	DİP	SİP	OİP	PSİP	ÖTP
ÇİSAÖ (p)	0.012*	<0.0001*	0.254	0.081	0.135	0.003*

p<0.05

FİP: fiziksel işlevsellik puanı, DİP: duygusal işlevsellik puanı, SİP: sosyal işlevsellik puanı, OİP: okul işlevselliği puanı, PSİP: psikososyal işlevsellik puanı, ÖTP: ölçek toplam puanı, ÇİSAÖ: çocuklar için sürekli kaygı ölçeği

Çalışmamızda CADÖ'nin yaşam kalitesi üzerine etkisi de değerlendirildi. Tedavi öncesinde ergen tarafından doldurulan yaşam kalitesi ölçeğinin hiçbir alt ölçek ve toplam puanı ile ebeveyn tarafından doldurulan CADÖ ilişkisi anlamlı değildi (Tablo 44).

Tablo 44. Tedavi öncesi ergen yaşam kalitesi ölçeğine CADÖ etkisi

Ergen (tedavi öncesi)	FİP	DİP	SİP	OİP	PSİP	ÖTP
CADÖ (p)	0.929	0.367	0.469	0.642	0.521	0.745

FİP: fiziksel işlevsellik puanı, DİP: duygusal işlevsellik puanı, SİP: sosyal işlevsellik puanı, OİP: okul işlevselliği puanı, PSİP: psikososyal işlevsellik puanı, ÖTP: ölçek toplam puanı, CADÖ: conner's anababa değerlendirme ölçeği

Tedavi sonrasında da ergen tarafından doldurulan yaşam kalitesi ölçeğinin hiçbir alt ölçek ve toplam puanı ile ebeveyn tarafından doldurulan CADÖ ilişkisi anlamlı değildi (Tablo 45).

Tablo 45. Tedavi sonrası ergen yaşam kalitesi ölçeğine CADÖ etkisi

Ergen (tedavi sonrası)	FİP	DİP	SİP	OİP	PSİP	ÖTP
CADÖ (p)	0.716	0.346	0.253	0.303	0.252	0.307

FİP: fiziksel işlevsellik puanı, DİP: duygusal işlevsellik puanı, SİP: sosyal işlevsellik puanı, OİP: okul işlevselliği puanı, PSİP: psikososyal işlevsellik puanı, ÖTP: ölçek toplam puanı, CADÖ: conner's anababa değerlendirme ölçeği

Tedavi öncesinde ebeveyn tarafından doldurulan CADÖ ile yaşam kalitesi ölçeğinin DİP, SİP, OİP, PSİP ve ÖTP arasında anlamlı ilişki bulundu (Tablo 46).

Tablo 46. Tedavi öncesi ebeveyn yaşam kalitesi ölçeğine CADÖ etkisi

Ebeveyn (tedavi öncesi)	FİP	DİP	SİP	OİP	PSİP	ÖTP
CADÖ (p)	0.086	<0.0001*	0.003*	0.032*	<0.0001*	0.001*

p<0.05

FİP: fiziksel işlevsellik puanı, DİP: duygusal işlevsellik puanı, SİP: sosyal işlevsellik puanı, OİP: okul işlevselliği puanı, PSİP: psikososyal işlevsellik puanı, ÖTP: ölçek toplam puanı, CADÖ: conner's anababa değerlendirme ölçeği

Tedavi sonrasında ebeveyn tarafından doldurulan CADÖ ile yaşam kalitesi ölçeğinin DİP, SİP, OİP, PSİP ve ÖTP arasında anlamlı ilişki bulundu (Tablo 47).

Tablo 47. Tedavi sonrası ebeveyn yaşam kalitesi ölçeğine CADÖ etkisi

Ebeveyn (tedavi sonrası)	FİP	DİP	SİP	OİP	PSİP	ÖTP
CADÖ (p)	0.196	0.001*	0.014*	0.002*	0.001*	0.002*

p<0.05

FİP: fiziksel işlevsellik puanı, DİP: duygusal işlevsellik puanı, SİP: sosyal işlevsellik puanı, OİP: okul işlevselliği puanı, PSİP: psikososyal işlevsellik puanı, ÖTP: ölçek toplam puanı, CADÖ: conner's anababa değerlendirme ölçeği

5. TARTIŞMA

Hem genel sağlık sorunlarının hem de DEHB'nin çocuk ve ergenlerin üzerindeki etkisinin değerlendirilmesinde yaşam kalitesinin önemi gittikçe artmaktadır. Literatürde DEHB'nin yaşam kalitesi üzerine etkilerini araştıran çok sayıda çalışma mevcuttur^{5,7,98,103}. Bu çalışmalarda sağlıklı kontrollerle veya diğer kronik ruhsal veya fiziksel hastalıklarla DEHB'deki yaşam kalitesi karşılaştırılmıştır. Yanı sıra literatürde DEHB tedavisinin yaşam kalitesi üzerine etkilerini araştıran çalışmalar da mevcuttur^{6,8,116,117}.

Bu alışmada DEHB'li ergenlerin yaşam kalitesi düzeyleri ve DEHB tedavisinin yaşam kalitesi üzerine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Bu amaçla DEHB tanısı alan, ilaç tedavisi başlanan ve ilacı en az 3 aydır kullanan olan 13-18 yaş arası 50 ergen çalışmaya dahil edilmiştir.

Ergenlerin yaş ortalaması 14.54 ± 1.69 (13-18) iken, erkek/kız oranı 1.77/1 bulunmuştur. Türkiye'de yapılan çalışmalardaki erkek/kız oranı ise 1.8/1²⁰ ile 3.5/1¹⁹ arasında değişmektedir. Kliniğe başvuru açısından erkeklerin kızlara oranla 3-9 kat daha fazla olduğu bilinmektedir^{10,118,119}. Bu fark, kızlarda eşlik eden davranış sorunlarının daha az olması ve dikkat eksikliği önde gelen tipin daha fazla görölmesiyle aıklanmaktadır¹⁸. Çalışmamızda erkek/kız oranının daha düşük çıkması, bahsi geçen çalışmaların örnekleminin toplum kaynaklı, bizim çalışmamızın ise klinik kaynaklı olması ile açıklanabilir.

DEHB alt tiplerinden bileşik tipin her iki cinsiyette de en sık görülen tip olduğu bilinmektedir^{120,121}. Çalışmamızda da DEHB-bileşik tip %78 ile örnekleme en sık görülen alt tip iken, erkeklerde %81.3, kızlarda %72.2 ile her iki cinsiyette de, literatüre benzer olarak, en sık görülen alt tipti. % 22 oranında dikkat eksikliğinin önde geldiği tip görölürken, hiperaktivitenin önde geldiği tipe çalışmamızda rastlanmamıştır. Dikkat eksikliğinin önde geldiği tipin yaklaşık yarısının okul döneminden önce belirti vermediği ve tanı konmadığı ancak hiperaktivitenin önde geldiği tipin neredeyse tümünün okul öncesi dönemde tanı konduğu bildirilmiřtir¹²². Okul ağından sonra hiperaktivitenin önde geldiği tipin tanı oranı gittikçe azalmaktadır^{12,123}. Bu yüzden çalışmamızda hiperaktivitenin önde geldiği tipe rastlanmamış olabilir.

DEHB alt tiplerinin yaşam kalitesi (CHQ-PF50-Çocuk sağlığı anketi) açısından karşılaştırıldığı çalışmalarda, kontrollere kıyasla daha düşük puanlar elde edildiği, özellikle fiziksel alt ölçeklerde DE alt tipinde daha düşük puanlar olduğu gözlenmiştir¹²⁴. Bizim çalışmamızda ise tedavi öncesi ve sonrasında DEHB alt tipleri açısından hem ergen hem ebeveyn yaşam kalitesi toplam ve alt ölçek puanlarında anlamlı farklılık saptanmadı. Bu farklılık, kullanılan yaşam kalitesi ölçeklerinin farklılığından kaynaklanmış olabilir.

DEHB tanısına diğer ruhsal bozuklukların eşlik etme oranının yüksek olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir^{125,92,126}. Hergüner ve ark. Konya'da yaptığı çalışmada kliniğe başvuran DEHB'li çocuk ve ergenlerde %73.7 (n=98) oranında diğer bir ruhsal bozukluğun eşlik ettiği gösterilmiştir¹²⁷. Bizim çalışmamızda ise bu oran %42 (n=21) olarak bulunmuştur.

Eş tanıları arasında en sık Karşıt olma karşıt gelme bozukluğu/Davranım bozukluğu, daha sonra anksiyete bozukluklarının görüldüğü bildirilmiştir²⁷. Çalışmamızda ise %14 ile anksiyete bozuklukları en sık olarak, %10 ile davranım bozuklukları ikinci sıklıkta yer almıştır. %6 oranında enürezis nokturna, %2 oranında özgül öğrenme güçlüğü ve %8 oranında birden fazla eş tanı gözlenmiştir. Literatür ile çalışmamızdaki oranlar arasındaki farklar, örneklem sayımızın az olmasından kaynaklanmış olabilir.

DEHB'de eş tanı varlığı yaşam kalitesi puanlarını etkilemektedir^{7,109}. DEHB ve eşlik eden diğer ruhsal bozukluğa sahip çocuk ve ergenlerden, hem sağlıklı kontroller hem de kanser, diyabet gibi kronik hastalığı olanlara kıyasla daha düşük yaşam kalitesi puanları elde edilmiştir¹²⁸. Bizim çalışmamızda eş tanı varlığının, tedavi öncesi ve sonrasında yaşam kalitesinin ergen formuna etkisi anlamlı değildi. Tedavi öncesi ebeveyn formuna da eş tanı varlığının etkisi anlamlı değildi ancak tedavi sonrası ebeveyn formunda eş tanısı olmayan DEHB'li ergenlerde duygusal, sosyal, okul ve psikososyal işlevsellik ve ölçek toplam puanında eş tanısı olmayan ergenlere kıyasla daha fazla yükselme gözlemlendi ve bu yükselme istatistiksel olarak anlamlı idi.

Çalışmamızda ergenlerin tedavisinde, DEHB tedavisinde ilk seçenek olan metilfenidat kullanılmıştı. En düşük doz 0.7 mg/kg/gün iken en yüksek doz 1.4 mg/kg/gün, ortalama doz ise 0.95±0.16 mg/kg/gün idi. Metilfenidat tedavisinin anksiyete ve depresyon belirtilerine neden olduğunu gösteren

yayınların yanı sıra^{129,130}, DEHB'ye eşlik eden duygudurum ve anksiyete belirtilerinin metilfenidat ile kötüleştiğini gösteren çalışmalar da mevcuttur^{131,132}.

Gürkan ve ark.'nın çalışmasında Ankara Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran DEHB'li 8-14 yaş arası çocuk ve ergen, ortalama 24.2 mg/gün metilfenidat dozu ile 3 ay boyunca tedavi edilmiştir. Tedavi öncesinde ve tedavinin 3. ayında uygulanan ÇİSAÖ ve ÇİDÖ'de anlamlı düşme saptanmıştır¹³³. Benzer olarak bizim çalışmamızda da tedavi öncesi ve 3 ay sonrasında uygulanan ÇİSAÖ'de anlamlı düşme saptandı ancak ÇİDÖ'de tedavi öncesi ve sonrasında anlamlı fark saptanmadı.

Bununla beraber metilfenidat ile 3 aylık tedavi sırasında depresyon ve anksiyete puanlarında yükselme değil azalma gözlemlendi. Bu da bize metilfenidat tedavisinin anksiyete belirtilerini de iyileştirebileceğini düşündürdü. Ancak bu iyileşme DEHB'nin çekirdek belirtilerinin iyileşmesine ve sosyal, akademik, davranışsal alanlardaki düzelmelere ikincil olabilir. Diğer bir olasılık ise erişkin DEHB çalışmalarında gösterildiği gibi, DEHB'nin bir parçası olarak kabul edilen duygudurum instabilitesinin metilfenidat ile iyileşmesine bağlı olarak depresyon ve anksiyete puanları da düşüyor olabilir^{134,135}.

Diğer yandan, çalışmamızda %20 (n=10) oranında, metilfenidata ek bir ilaç (antidepresan, antipsikotik) kullanan ergen mevcuttu. Anksiyete ve depresyon puanlarını tedavi ile karşılaştırırken ek ilaç kullanımı göz önüne alınmadı.

Ek ilaç kullanımının yaşam kalitesi puanları üzerine etkisi araştırıldı. 3 aylık metilfenidat kullanımına ek bir ilaç (antidepresan, antipsikotik) kullanan ergenlerin tedavi sonrası yaşam kalitesi puanlarının, ergen formu FİP dışında, tümü hem ebeveyn hem ergen formunda ek ilaç kullanmayanlara oranla daha düşüktü. İstatistiksel anlamlılık sadece ebeveyn formu OİP'te saptandı. Ek ilaç kullanımının yaşam kalitesi puanlarını olumsuz etkilediği ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlemlendi.

ÇİDÖ puanlarının yaşam kalitesi üzerine etkileri incelendiğinde, ergen formunda tedavi öncesinde fiziksel, duygusal, okul ve psikososyal işlevsellik ve ölçek toplam puanı ile ÇİDÖ arasında negatif korelasyon vardı ve istatistiksel olarak anlamlı idi. Tedavi sonrası ergen formunda ise duygusal, sosyal, okul, psikososyal işlevsellik ve ölçek toplam puanı ile ÇİDÖ arasında negatif korelasyon saptandı ve istatistiksel açıdan anlamlı bulundu. Ebeveyn formunda

tedavi öncesi hiçbir puanla ÇİDÖ etkisi anlamlı değilken, tedavi sonrasında fiziksel ve sosyal işlevsellik ve ölçek toplam puanına ÇİDÖ etkisi (negatif korelasyon) anlamlı bulundu.

Tedavi öncesinde ergen formunun DİP, SİP, OİP, PSİP ve ÖTP ile ÇİSAÖ arasında; tedavi sonrasında ise DİP, OİP, PSİP ve ÖTP ile ÇİSAÖ arasında negatif korelasyon ve istatistiksel olarak anlamlılık saptandı. Ebeveyn formunda ise tedavi öncesinde ÇİSAÖ ile yaşam kalitesi arasında anlamlılık saptanmazken, tedavi sonrasında FİP, DİP ve ÖTP ile ÇİSAÖ arasında negatif korelasyon ve istatistiksel anlamlılık bulundu.

DEHB'ye eşlik eden anksiyete ve depresyon belirtilerinin de yaşam kalitesini olumsuz etkilediği gözlemlendi.

DEHB'nin çekirdek belirtilerini değerlendirme amacı ile Conner's anababa değerlendirme ölçeği toplam puanı, dikkat eksikliği ve hiperaktivite alt puanları kullanıldı. Ebeveyn tarafından tedavi öncesinde ve 3 aylık metilfenidat tedavisi sonrasında doldurulan hem CADÖ toplam puanında hem de DE ve HA alt puanlarında anlamlı iyileşme gözlemlendi. CADÖ puanlarındaki düşüşün, 3 aylık metilfenidat tedavisi ile DEHB'nin çekirdek belirtilerinde iyileşme ile korele olduğu düşünüldü.

CADÖ puanlarının yaşam kalitesine etkileri incelendiğinde, hem tedavi öncesinde hem tedavi sonrasında ergen yaşam kalitesi formu ile CADÖ arasında anlamlı ilişki yoktu. Ebeveyn formunda ise hem tedavi öncesinde hem de sonrasında DİP, SİP, OİP, PSİP ve ÖTP ile CADÖ arasında negatif korelasyon ve istatistiksel açıdan anlamlılık saptandı. DEHB'nin çekirdek belirtilerindeki iyileşmenin fiziksel işlevsellik alt puanı hariç yaşam kalitesi puanlarını da iyileştirdiği gözlemlendi. CADÖ puanları ile yaşam kalitesi puanları arasındaki negatif korelasyon literatürle uyumlu idi¹³⁶.

Yaşam kalitesinde cinsiyet açısından farklılıklara bakıldığında, tedavi öncesi ergen formunda tüm alt ölçeklerde ve toplamda erkeklerin kızlara kıyasla daha yüksek puanlara sahip olduğu ancak sadece duygusal, sosyal, okul, psikososyal işlevsellik ve ölçek toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. Tedavi sonrası ergen formunda da erkek ergenlerin tüm puanları kızlara oranla daha yüksekti ve DİP, SİP, OİP, PSİP ve ÖTP'deki farklılık yine istatistiksel olarak anlamlı idi. Erkek DEHB'li ergenlerin kızlara kıyasla yaşam kalitelerini daha olumlu algıladıkları söylenebilir.

Tedavi öncesi yaşam kalitesi ebeveyn formunda alt ölçekler ve toplam puana cinsiyetin etkisi anlamlı değildi. Tedavi sonrasında ise erkeklerde tüm alt ölçek ve toplam puanlar kızlara kıyasla daha yüksekti ve DİP, OİP ve PSİP'teki farklılık istatistiksel olarak anlamlı idi.

Çalışmamızda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için PedsQL 4.0 TM (Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği) kullanılmıştır. Yaşam kalitesini değerlendirmek için çok sayıda ölçek bulunduğu için, DEHB'de yaşam kalitesini araştıran çalışma sayısı çok fazla olmasına rağmen PedsQL kullanılan çalışma literatürde oldukça azdır. DEHB tedavisi ile yaşam kalitesini PedsQL kullanarak araştıran çalışma ise çok kısıtlı sayıda bulunmaktadır.

Yaşam kalitesi çalışmalarında genellikle DEHB sağlıklı kontrollerle ya da başka kronik hastalığı olanlarla karşılaştırılmıştır. CHQ-PF50(Çocuk sağlığı anketi) kullanılarak yapılan bir çalışmada DEHB'li ve sağlıklı çocuklar karşılaştırılmış ve her iki grupta fiziksel sağlık puanlarının benzer, psikososyal sağlık puanlarının ise DEHB'li grupta daha düşük olduğu saptanmıştır⁷.

DEHB'li çocukların astımlı ve sağlıklı çocuklarla karşılaştırılmasında fiziksel sağlık puanları hariç diğer tüm alt ölçeklerde DEHB'li grupta daha düşük puanlar elde edilmiştir¹³⁷. Başka bir çalışmada ise sağlıklı kontrollere kıyasla DEHB olan grupta tüm ölçek puanları daha düşük bulunmuştur⁹⁸.

CHQ-PF50 kullanılarak yapılan bir başka çalışmada öğrenme bozukluğu olan grup ile öğrenme bozukluğuna ek DEHB'si de olan grup karşılaştırıldığında, öğrenme bozukluğu + DEHB olan grupta yaşam kalitesi puanlarının, özellikle psikososyal alanda, daha düşük olduğu gözlenmiştir¹³⁸.

PedsQL ile yapılan çalışmalarda ise DEHB'li çocukların kendi bildirimlerinde psikososyal ve fiziksel işlevsellik ve ölçek toplamında sağlıklı kontrollere kıyasla daha düşük puanlar olduğu gösterilmiştir^{87,104}. Diğer ruhsal bozukluklarla DEHB'nin karşılaştırıldığı bir çalışmada; DEHB grubunda anksiyete bozukluğu grubuna göre duygusal işlevsellik puanlarının daha yüksek olduğu ancak diğer tüm ruhsal bozukluklara kıyasla DEHB grubunda akademik performanslarının daha düşük olduğu gözlenmiştir¹⁰³.

Başka bir çalışmada ise DEHB'li çocukların hem kendi hem de ebeveyn bildirimlerinde psikososyal işlevsellik puanlarının kontrollere oranla daha düşük olduğu gözlenmiştir. Çocukların kendi bildirimlerinde fiziksel işlevsellik puanlarının daha düşük olması da dikkat çekmektedir¹⁰⁸.

Çocuk ve ebeveyn bildirimlerinin (CHQ-PF50) karşılaştırıldığı bir çalışmada, çocukların ebeveynlere kıyasla fiziksel alt ölçek hariç diğer alt ölçeklerde daha olumlu puanladıkları gözlenmiştir¹³⁹.

PedsQL ile yapılan ebeveyn ve çocuk bildirimini karşılaştıran çalışmalarda, ebeveyn ve çocuğun kendi bildirimlerinin tüm alanlarda benzer olduğu gösterilmiştir¹⁰⁴. PedsQL ile yapılan başka bir çalışmada da yine ebeveyn ve çocuk bildirimleri benzer bulunurken¹⁴⁰, bir başka çalışmada çocukların bildirimlerinin ebeveyn bildiriminden daha yüksek puanlara sahip olduğu gösterilmiştir¹⁴¹.

Bizim çalışmamızda ise tedavi öncesinde duygusal işlevsellik alt puanı hariç diğer tüm alanlarda ergen bildirim ebeveyne oranla daha yüksekti. Ancak sadece okul işlevselliği puanında fark istatistiksel olarak anlamlı idi. Tedavi sonrasında ise ergen bildiriminde tüm alt ölçek ve toplam puanlar ebeveyne göre daha yüksekti. Duygusal, sosyal, okul ve psikososyal işlevsellik ve toplam puandaki farklılıklar ise istatistiksel olarak anlamlı idi. Çalışmamızdaki sonuçlar, literatürde ergenlerin kendi yaşam kalitelerini ebeveyne göre daha olumlu algıladıkları bilgisi ile uyumlu idi^{139,141}.

Literatürde atomoksetin tedavisinin yaşam kalitesi üzerine etkilerini araştıran çok sayıda çalışma mevcuttur. Metilfenidatin yaşam kalitesine etkisini araştıran çalışmalar ise çok çok az sayıdadır. PedsQL ile yapılan bir çalışmada, hem uyarıcı ilaç tedavisi alan DEHB grubunda hem de tedavi almayan DEHB grubunda sağlıklı kontrollere kıyasla daha düşük psikososyal ve toplam puanlar olduğu gözlenmiştir¹⁰⁸.

Gelişimsel koordinasyon bozukluğu + DEHB tanısı olan çocuklarla yapılan bir çalışmada, 1 aylık metilfenidat tedavisi ile yaşam kalitesi puanlarında anlamlı yükselme saptanmıştır¹¹⁶.

PedsQL ile yapılan başka bir çalışmada, 3 aylık metilfenidat tedavisi sonucunda hem çocuk-ergen hem ebeveyn bildirimlerinde yaşam kalitesi puanlarında artış olduğu gözlenmiştir. Sadece fiziksel işlevsellik puanlarında hem ebeveyn hem çocuk-ergen bildirimlerinde iyileşme gözlenmemiştir. Çalışmadaki bu farklılığın fiziksel puanların psikososyal puanlara göre başından beri daha yüksek olmasının neden olabileceği düşünülmüştür¹³³.

Bizim çalışmamızda ise tedavi öncesi sonrası ergen bildirim karşılaştırıldığında, fiziksel işlevsellik puanı hariç tüm puanlarda tedavi

sonrasında artış gözlemlendi. Okul ve psikososyal işlevsellikteki artışlar istatistiksel olarak anlamlı idi. Fiziksel işlevsellik alt puanında ise tedavi sonrasında düşme saptandı ve bu istatistiksel açıdan anlamlı idi.

Ebeveyn bildiriminde ise fiziksel ve duygusal işlevsellik dışında diğer tüm alanlarda tedavi sonrasında puanlarda artış gözlemlendi. Ancak istatistiksel anlamlılık sadece sosyal, okul ve psikososyal işlevsellik alanlarında saptandı.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Çalışmamızda erkek ergenler kızlara oranla daha fazla idi.
2. En sık görülen DEHB alt tipi, hem kızlarda hem erkeklerde bileşik tip iken, ikinci sıklıkta görülen tip ise dikkat eksikliğinin önde geldiği tip idi.
3. Farklı DEHB alt tiplerinde hem ergen hem ebeveyn bildiriminde yaşam kalitesi açısından farklılık saptanmadı.
4. Eş tanı oranı %42 iken, en sık görülen eş tanılar sırasıyla anksiyete bozukluğu, davranım bozuklukları, enürezis nokturna ve öğrenme güçlükleri idi.
5. Eş tanı varlığının ergen bildirimlerinde yaşam kalitesi üzerine etkisi anlamlı değilken, tedavi sonrasında ebeveyn formunda fiziksel işlevsellik puanı hariç diğer tüm puanlara olumsuz etkisi vardı.
6. Çocuklar için sürekli kaygı ölçeği puanlarında tedavi sonrasında anlamlı düşme saptandı.
7. Çocuklar için depresyon ölçeğinde tedavi öncesi ve sonrasında anlamlı fark saptanmadı.
8. Metilfenidat tedavisine ek bir ilaç kullanan %20 oranındaki ergenin tedavi sonrası yaşam kalitesi puanlarının ek ilaç kullanmayanlara göre daha düşük olduğu gözlemlendi ancak ebeveyn formunda okul işlevselliği dışında istatistiksel olarak anlamlı değildi.
9. Çocuklar için depresyon ölçeğinin tedavi öncesi ve sonrası yaşam kalitesi ergen formunun psikososyal (duygusal, sosyal, okul) işlevsellik ve ölçek toplam puanına anlamlı etkisi ve negatif korelasyon saptanırken, ebeveyn bildiriminde sadece tedavi sonrasında fiziksel ve sosyal işlevsellik ve ölçek toplam puanına etkisi anlamlı (negatif korelasyon) idi.
10. Çocuklar için sürekli kaygı ölçeğinin ergen yaşam kalitesi formunun tedavi öncesinde fiziksel, tedavi sonrasında fiziksel ve sosyal puanları hariç diğer tüm puanlarla anlamlı negatif korelasyon gösterdiği saptandı.
11. Çocuklar için sürekli kaygı ölçeğinin yaşam kalitesi ebeveyn formunda sadece tedavi sonrasında fiziksel, duygusal ve toplam puanla anlamlı negatif korelasyon gösterdiği saptandı.

12. Conner's anababa değerlendirme leğinin hem toplam puanı hem de dikkat eksikliği ve hiperaktivite alt puanlarında tedavi sonrasında anlamlı düşme saptandı.
13. Conner's anababa değerlendirme leği ile tedavi öncesi ve sonrasında yaşam kalitesi ergen formu arasında anlamlı ilişki yoktu.
14. Conner's anababa değerlendirme leği ile yaşam kalitesi ebeveyn formunun fiziksel puanları hariç diğer tüm puanlarla arasında anlamlı negatif korelasyon saptandı.
15. Hem tedavi öncesinde hem de tedavi sonrasında yaşam kalitesi ergen formunda erkeklerin tüm alanlardaki puanları kızlara göre daha yüksekti.
16. Cinsiyetin tedavi öncesi yaşam kalitesi ebeveyn formuna etkisi anlamlı değilken, tedavi sonrasında erkeklerde tüm puanlar kızlara oranla daha yüksekti.
17. Yaşam kalitesi ergen formunda tedavi öncesinde duygusal işlevsellik puanı hariç diğer tüm puanlar ebeveyn formuna kıyasla daha yüksekti (sadece okul işlevsellik puanı anlamlı).
18. Yaşam kalitesi ergen formunda tedavi sonrasında tüm puanlar ebeveyn formuna göre daha yüksekti (fiziksel işlevsellik puanı hariç anlamlı).
19. Yaşam kalitesi ergen formunda tedavi sonrasında fiziksel işlevsellik puanı hariç diğer tüm puanlarda artış gözlendi (okul ve psikososyal işlevsellik anlamlı).
20. Yaşam kalitesi ebeveyn formunda tedavi sonrasında fiziksel ve duygusal işlevsellik dışındaki puanlarda artış gözlendi (sosyal, okul, psikososyal işlevsellik anlamlı).

Literatürde DEHB'nin metilfenidat ile tedavisinin yaşam kalitesi üzerine etkisini araştıran çalışmalar kısıtlı sayıdadır. DEHB'li ocuk ve ergende yaşam kalitesini etkileyen çok sayıda parametre olduğundan, tek başına tedavinin etkisini değerlendirmek güçtür. Yaşam kalitesi puanlarındaki yükselmenin DEHB'nin çekirdek belirtilerinin iyileşmesine mi yoksa gerçekten yaşam kalitesinin artmasına mı bağlı olduğunu araştıracak ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

- 1- Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı. Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IVTR) (Çev: Köroğlu E.) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001.
- 2- Floet AM, Scheiner C, Grossman L. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatr Rev* 2010;31:56–69.
- 3- Graham J, Banaschewski T, Buitelaar J, Coghill D, Danckaerts M, Dittmann RW, (2010) European guidelines on managing adverse effects of medication for ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 20:17–37.
- 4- Coghill D, Danckaerts M, Sonuga-Barke E, Sergeant J, the ADHD European Guidelines Group (2008) Practitioner review: quality of life in child mental health—conceptual challenges and practical choices. *J Child Psychol Psychiatry* 50(5):544–561.
- 5- Danckaerts M, Sonuga-Barke EJ, Banaschewski T, Buitelaar J, Dopfner M, Hollis C, Santosh P, Rothenberger A, Sergeant J, Steinhausen HC, Taylor E, Zuddas A, Coghill D (2010) The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 19:83–105.
- 6- Matza LS, Rentz AM, Secnik K et al. The link between health-related quality of life and clinical symptoms among children with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Dev Behav Pediatr* 2004; 25:166174.

- 7- Klassen AF, Miller A, Fine S. Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attentiondeficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2004; 114:e541547.
- 8- Yang P, Hsu HY, Chiou SS, Chao MC: Health-related quality of life in methylphenidate-treated children with attention-deficit-hyperactivity disorder: results from a Taiwanese sample. *Aust N Z J Psychiatry*, 41(12):998-1004, 2007.
- 9- Moriyama TS, Cho AJM, Verin RE, Fuentes J, Polanczyk GW. Attention deficit hyperactivity disorder In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012.
- 10- Weis M, Weis G. Attention deficit hyperactivity disorder. M Lewis (ed): *Child and Adolescent Psychiatry'de*, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2002, s.645-670.
- 11-Tahiroğlu AY, Avcı A, Fırat S, Seydaoğlu G: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Alt Tipleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6(1): 5-10, 2005.
- 12-Biederman J, Mick E, Faraone SV. Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *Am J Psychiatry* 2002; 159:36-42.
- 13-World Health Organisation (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic Criteria for Research*, Geneva: World Health Organisation.
- 14-Lahey BB, Willcutt EG (2010). Predictive validity of a continuous alternative to nominal subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder for DSM-V. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39:761-775.

- 15-Polanczyk G, Caspi A, Houts R et al (2010). Implications of extending the ADHD age-of-onset criterion to age 12: results from a prospectively studied birth cohort. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49:210-216.
- 16-Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942–948.
- 17-Simon, V., Czobor, P., Balint, S., Meszaros, A., & Bitter, I. (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 194(3), 204–211.
- 18-Ercan Es, Avcı A, Mukaddes Motavallı N, Semerci B, Şenol S, Yazgan Y: Ercan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Klinik Uygulama Klavuzu. Türkiye-2008.
- 19-Gul N, Tiryaki A, Kultur SEC, Topbas M, Ak I. [Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disruptive behavior disorders among school age children in Trabzon]. *BCP*. 2010; 20(1): 50-56.
- 20-Erşan EE, Doğan O, Doğan S, Sümer H. The distribution of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004;13: 354-361.
- 21-Taşkın B. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu alt tipleri ile cinsiyet ve davranışsal özellikler arasındaki ilişkinin klinik dışı bir grupta değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Psikiyatrisi Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006.
- 22-Şenol S: Dikkat Eksikliği Yıkıcı Davranış Bozukluklarının Klinik Özellikleri, Aynı Grup ve Diğer DSM-IV Tanılarıyla Birliktelikleri, Risklerin

ve Tedavi Eğilimlerinin Belirlenmesi. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Ankara, 1997.

23-Aras S, Tas FV, Unlu G: Psychotropic medication practices of a child and adolescent psychiatry out-patient clinic in Turkey. Child Care Health Dev,33(4):482-90. 2007.

24-Faraone SV & Doyle AE. The nature and heritability of attention deficit/hyperactivity disorder. Child Adolesc Psychiatr Clin North Am 2001;10:299- 316.

25-Faraone SV ve ark (2005). Molecular Genetics of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. Biologic Psychiatry (2005); 57(11): 1313-2.

26-Faraone SV, Biederman J, Spencer T, Wilens T, Seidman LJ, Mick E, Doyle AE. Attention –Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults: An Overview. Biological Psychiatry 2000; 48: 9-20.

27-Hechtman, L 2005. Attention deficit hyperactivity disorder. In: Saddock BJ, Saddock VA (eds.) Comprehensive Textbook of Psychiatry. USA: Lippincott Williams and Wilkins, 2679-2692.

28-Sharp WS, Gottesman RF, Greenstein DK, Ebens CL, Rapoport JL, Castellanos FX Monozygotic twins discordant for attention-deficit/hyperactivity disorder: ascertainment and clinical characteristics. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2003 Jan;42(1):93-7.

29-Rasmussen ER, Neuman RJ, Heath AC, Levy F, Hay DA, Todd RD. Familial clustering of latent class and DSM-IV defined attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) subtypes. J Child Psychol Psychiatry 2004; 45:589-598.

- 30-Chen C, Chen S, Mill J, Huang Y, Lin S, Curran S. The dopamine transporter gene is associated with attention-deficit hyperactivity disorder in a Taiwanese sample. *Molecular Psychiatry* 2003; 8: 393–396.
- 31-Langley K, Marshall L, Van den Bree M, Thomas H, Owen M, O'Donovan M. Association of the dopamine d4 receptor gene 7-repeat allele with neuropsychological test performance of children with ADHD. *American Journal of Psychiatry* 2004; 161: 133–138.
- 32-Lowe N, Kirley A, Hawi Z, Sham P, Wickham H. Joint analysis of the DRD5 marker concludes association with attention-deficit/hyperactivity disorder confined to the predominantly inattentive and combined subtypes. *Am J Hum Genet.* 2004 Feb;74(2):348-56.
- 33-Zoroğlu SS, Erdal ME, Alaşehirli B, Erdal N, Sivasli E, Tutkun H, Savaş HA, Herken H Significance of serotonin transporter gene 5-HTTLPR and variable number of tandem repeat polymorphism in attention deficit hyperactivity disorder. *Neuropsychobiology* 2002;45(4):176-81.
- 34-Quist JF, Barr CL, Schachar R, Roberts W, Malone M, Tannock R, Basile VS, Beitchman J, Kennedy JL. The serotonin 5-HT1B receptor gene and attention deficit hyperactivity disorder. *Mol Psychiatry.* 2003 Jan;8(1):98-102.
- 35-Nigg J, Nikolas M, Burt SA (2010). Measured gene-by-environment interaction in relation to attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49:863-873.
- 36-Bhutta AT, Cleves MA, Casey PH et al (2002). Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: a meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 288:728-737.
- 37-Langley K, Rice F, van den Bree MB et al (2005). Maternal smoking during pregnancy as an environmental risk factor for attention deficit

hyperactivity disorder behaviour. A review. *Minerva Pediatrica*, 57:359-371.

38-Linnet KM, Dalsgaard S, Obel C et al (2003). Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention deficit hyperactivity disorder and associated behaviors: review of the current evidence. *American Journal of Psychiatry*, 160:1028-1040.

39-Hack M, Youngstrom EA, Cartar L et al (2004). Behavioral outcomes and evidence of psychopathology among very low birth weight infants at age 20 years. *Pediatrics*, 114:932-940.

40-Mick E, Biederman J, Prince J et al (2002). Impact of low birth weight on attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 23:16-22.

41-Swanson JM, Kinsbourne M, Nigg J, Lanphear B, Stefanatos GA, Volkow N, et al. Etiologic subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder: brain imaging, molecular genetic and environmental factors and the dopamine hypothesis. *Neuropsychol Rev*. 2007;17(1):39–59.

42-Konofal E, Lecendreux M, Arnulf I, Mouren MC. Iron deficiency in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004;158(12):1113–1115.

43-Atladdottir HO, Parner ET, Schendel D et al (2007). Variation in incidence of neurodevelopmental disorders with season of birth. *Epidemiology*, 18:240-245.

44-Castellanos FX, Sonuga-Barke EJ, Milham MP et al (2006). Characterizing cognition in ADHD: beyond executive dysfunction. *Trends in Cognitive Sciences*, 10:117-123.

- 45-Kieling C, Goncalves RR, Tannock R et al (2008). Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 17:285-307.
- 46-Shaw P, Eckstrand K, Sharp W et al (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 104:19649-54.
- 47-Bussing R, Lebninger F, Eyberg S. Difficult child temperament and attentiondeficit/hyperactivity disorder in preschool children. *Infants and Young Children* 2006; 19: 123-131.
- 48-Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. 3rd Edition, Guilford Press, New York, USA, 2006.
- 49-Byrne JM, Bawden HN, Beattie TL et al (2000). Preschoolers classified as having attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): DSM-IV symptom endorsement pattern. *Journal of Child Neurology*, 15:533-538.
- 50-Biederman J, Faraone SV, Mick E, Williamson S, Wilens TE, Spencer TJ, Weber W: Clinical correlates of ADHD in females: findings from a large group of girls ascertained from pediatric and psychiatric referral sources. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38: 966-975.
- 51-Gordon . Symptoms Versus Impairment: The Case for Respecting DSM-IV' s Criterion B. *ADHD Report* 2005; 13(4): 1-8.
- 52-Işık, E., Işık Taner Y. (2009). Çocuk, Ergen ve Erişkinlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Türkiye Klinikleri Yayınları.

- 53-Tahiroğlu, Y. A. 2003. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Sosyodemografik Özellikleri, Eşlik Eden Bozukluklar ve Tedavi Yaklaşımları. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fak.
- 54-Barkley RA, Brown TE. Unrecognized attention-deficit/hyperactivity disorder in adults presenting with other psychiatric disorders. *CNS Spectr.* 2008 Nov;13(11):977-84.
- 55-Şenol, S. (2008) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. In Çuhadaroğlu Çetin F. ve ark. (Ed) Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 293-311.
- 56-Hechtman L. Assessment and diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2000 Jul;9(3):481-98.
- 57-American Academy of Pediatrics (2011). ADHD: Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, 128:1007-1022.
- 58-Faraone SV, Glatt SJ (2010). A comparison of the efficacy of medications for adult attention-deficit/hyperactivity disorder using metaanalysis of effect sizes. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71:754-763.
- 59-Adler LA (2008). Diagnosing and treating adult ADHD and comorbid conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69:e31.
- 60-Faraone SV, Buitelaar J (2010). Comparing the efficacy of stimulants for ADHD in children and adolescents using meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19:353-364.
- 61-Kalyňa Z. (2010). Avcı A. Ve Tahirođlu AY. (Ed) Çocuk ve Ergenlerde Psikotrop İlaç Kullanımı & Klinik El Kitabı, Adana Nobel Kitabevi, 20-31.

- 62-Santosh PJ, Taylor E (2000) Stimulant drugs. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 9:27-43.
- 63-Michelson D (2004) Active comparator studies in the atomoxetine clinical development program. Presented at: 51st Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, October 19-24; San Francisco.
- 64-Wigal S, McGough J, McCracken JT ve ark. (2004) Among classroom study of amphetamine XR and atomoxetine for ADHD. Presented at the 51st Annual Meeting of the American Acedemy of Child Adolescent Psychiatry, Washington, DC, October.
- 65-Ercan ES. ve ark. (2009) DEHB tedavisinde atomoksetin. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* : 16 (2) 2009.
- 66-World Health Organization: International Classification of Impairments, Activities, and Participation (A Manual of Dimensions of Disablement and Functioning). Çeviren Üstün BT. Geneve, 1997.
- 67-Morris J, Perez D, McNoe B: The use of quality of life data in clinical practice. *Qual of Life Research*, 7(1):85-91,1998.
- 68-Leidy NK, Rich M, Geneste B (1999) Recommendations for evaluating the validity of life claims for labeling and promotion. *Value Health* 2:113–127.
- 69-Çakın Memik N, Ağaoğlu B, Coşkun A, Üneri ÖŞ, Karakaya I: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 13-18 Yaş Ergen Formunun Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(4):353-363, 2007.
- 70-Moss MS, Hoffman CJ, Mossey J, Rovine M (2007) Changes over 4 years in health, quality of life, mental health, and valuation of life. *J Aging Health* 19:1025–1044.

- 71-Mogotsi M, Kaminer D, Stein DJ (2000) Quality of life in the anxiety disorders. *Harv Rev Psychiatry*, 8:273-282.
- 72-Wallander JL, Schmitt M, Koot HM (2001) Quality of life measurement in children and adolescents: issues, instruments and applications. *J Clin Psychol*, 57:571-585.
- 73-Spilker B (1996) *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials* [2nd ed]. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.
- 74-Eiser C (1997) Childrens quality of life measures. *Arch Dis Child*, 77:350-354.
- 75-Eiser, C., & Morse, R. (2001). Can parents rate their child's healthrelated quality of life? Results from a systematic review. *Quality of Life Research*, 10, 347-357.
- 76-Upton, P., Lawford, J., & Eiser, C. (2008). Parent-child agreement across child health-related quality of life instruments: A review of the literature. *Quality of Life Research*, 17, 895-913.
- 77-FDA. (2006). *Guidance for Industry: Patient-reported outcome measures: Use in medical product development to support labeling claims*. Rockville, MD: Center for Drug Evaluation and Research, Food and Drug Administration.
- 78-Bibace R, Walsh ME (1980) Development of children's concepts of illness. *Pediatrics* 66:912-917.
- 79-Rebok G, Riley A, Forrest C, Starfield B, Green B, Robertson J, Tambor E (2001) Elementary school-aged children's reports of their health: a cognitive interviewing study. *Qual Life Res* 10:59-70.

- 80-Preuss U, Ralston SJ, Baldursson G, Falissard B, Lorenzo MJ, Rodrigues PR, Vlasveld L, Coghill D (2006) Study design, baseline patient characteristics and intervention in a cross-cultural framework: results from the ADORE study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 15(Suppl 1):i4–i14.
- 81-Mize J, Ladd GW (1988) Predicting preschoolers peer behaviour and status from their interpersonal strategies—a comparison of verbal and enactive responses to hypothetical social situations. *Develop Psychol* 24:782–788.
- 82-Gringras P, Santosh P, Baird G (2006) Development of an Internet-based real-time system for monitoring pharmacological interventions in children with neurodevelopmental and neuropsychiatric disorders. *Child Care Health Dev* 32(5):591–600.
- 83-Simmons RG, Blythe DA (1987) *Moving into adolescence: the impact of pubertal change and school context*. Aldine De Gruyter, Hawthorne, New York.
- 84-Üneri Ö, Çakın Memik N: Çocuklarda Yaşam Kalitesi Kavramı Ve Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Gözden Geçirilmesi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 14(1):48-56, 2007.
- 85-Varni JW, Said M, Kurtin PS: PedsQL 4.0: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations. *Med Care*, 39(8):800-812, 2001.
- 86-Dolgun G, Savaşer S, Yazgan Y: Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu olan 8-12 Yaş Grubu Çocuklarda Yaşam Kalitesi Ölçeğinin (DE/HB-YKÖ) Geliştirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 7(1,2): 39-52, 2005.

- 87-Varni JW, Seid M, Rode CA: The PedsQL: measurement model for the Pediatric Quality of Life Inventory. *Med Care* 37(2):126-139, 1999.
- 88-NÇ, Memik, Ağaoğlu B, Coşkun A, and Karakaya I. 2008. [The Validity and Reliability Of Pediatric Quality Of Life Inventory In 8- 12 Year Old Turkish Children]. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi / Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 15 (2), 87-98. Turkish.
- 89-Nijmeijer JS, Minderaa RB, Buitelaar JK, et al. Attention-deficit hyperactivity disorder and social dysfunctioning. *Clin Psychol Rev* 2008;28:692–708.
- 90-Escobar R, Hervas A, Soutullo CA, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder: Burden of the disease according to subtypes in recently diagnosed children [Editorial]. *Actas Esp Psiquiatr* 2008;36:285–94.
- 91-Klimkeit I, Graham C, Lee P, et al. Children should be seen and heard. Self-report of feelings and behavior in primary-school-age children with ADHD. *J Atten Disord* 2006;10:181–91.
- 92-Wilens TE, Biederman J, Brown S, et al. Psychiatric comorbidity and functioning in clinically-referred preschool children and school-age youth with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:262–8.
- 93-Schreyer I, Hampel P. [ADHD among boys in childhood: quality of life and parenting behavior][Article in German]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2009;37:69–75.
- 94-Nigg j. Attention-deficit/hyperactivity disorder and adverse health outcomes. *Clinical Psychology Review* 33 (2013) 215–228.
- 95-Hoza B, Mrug S, Gerdes AC, et al. What aspects of peer relationships are impaired in children with attention-deficit/hyperactivity disorder? *J Consult Clin Psychol* 2005;73:411–23.

- 96-Barkley RA, Murphy KR, Fischer M. ADHD in Adults: What the Science Says. New York, NY: Guilford Publications, 2008.
- 97-Perwien AR, Kratochvil CJ, Faries DE, et al. Atomoxetine treatment in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder: What are the long-term health-related quality-of-life outcomes? *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2006;16:713–24.
- 98-Sawyer MG, Whaites L, Rey JM, et al. Health-related quality of life of children and adolescents with mental disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:530–7.
- 99-Edbom T, Lichtenstein P, Granlund M, et al. Long-term relationships between symptoms of attention deficit hyperactivity disorder and self-esteem in a prospective longitudinal study of twins. *Acta Paediatrica* 2006;95:650–7.
- 100- Rosenberg M. *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1965.
- 101- Wender PH, Wolf LE, Wasserstein J. Adults with ADHD: An overview. *Ann N Y Acad Sci* 2001;931:1–16.
- 102- Küpper, T., Haavik, J., Drexler, H., Ramos-Quiroga, J. A., Wermelskirchen, D., Prutz, C., & Schauble, B. (2012). The negative impact of attention-deficit/hyperactivity disorder on occupational health in adults and adolescents. *Int Arch Occup Environ Health*, Nov;85(8), 837–847 doi:10.1007/s00420-012-0794-0. Epub 2012 Jul 3.
- 103- Bastiaansen D, Koot HM, Ferdinand RF, Verhulst FC (2004) Quality of life in children with psychiatric disorders: self-, parent, and clinician report. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43(2):221–230.

- 104- Varni, J. W., & Burwinkle, T. M. (2006). The PedsQL as a patient-reported outcome in children and adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A population-based study. *Health Qual Life Outcomes*, 4, 26.
- 105- Varni JW, Burwinkle CA, Limbers TM, Szer IS (2007) The PedsQL as a patient-reported outcome in children and adolescents with fibromyalgia: an analysis of OMERACT domains. *Health Qual Life Outcomes* 5:9.
- 106- The ADORE Study Group. (2005) European ADHD Observational Study (ADORE): Longitudinal Results (baseline—3 months). Toronto, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Annual Meeting.
- 107- Perwien AR, Faries DE, Kratochvil CJ, et al. Improvement in healthrelated quality of life in children with ADHD: An analysis of placebo controlled studies of atomoxetine. *J Dev Behav Pediatr* 2004;25:264–71.
- 108- Pongwilairat K, Louthrenoo O, Charnsil C, Witoonchart C (2005) Quality of life of children with attention-deficit/hyper activity disorder. *J Med Assoc Thai* 88(8):1062–1066.
- 109- Newcorn JH, Spencer TJ, Biederman J, Milton DR, Michelson D (2005) Atomoxetine treatment in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid oppositional defiant disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 44:240–248.
- 110- Prasad S, Harpin V, Poole L, Zeitlin H, Jamdar S, Puvanendran K (2007) A multi-centre, randomised, open-label study of atomoxetine compared with standard current therapy in UK children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Curr Med Res Opin* 23:379–394.

- 111- Özusta Ş. Çocuklar için durumluk-sürekli kaygı envanteri uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması. Türk Psikoloji Dergisi 1995;10:32-44.
- 112- Öy B, İlgen R, Ekmekçi A, Türkmen M, ve ark. Çocuklar için durumluk-sürekli kaygı envanterinin ilkokul ve ortaokul öğrencilerine uygulanması. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 1995; 2:76–81.
- 113- Öy B. Çocuklar için depresyon ölçeği: geçerlilik ve güvenirlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 1991; 2:132–6.
- 114- Kovacs M. Rating scale to assess depression in school aged children. Acta Paedopsychiatr 1981; 46:305–5.
- 115- Dereboy Ç, Şenol S, Şener Ş ve ark. Conner's ana-baba derecelendirme ölçeği uyarlama çalışması. X. Ulusal Psikoloji Kongresi, Ankara 1998.
- 116- Flapper BC, Schoemaker MM, Flapper Boudien CT, Schoemaker Marina M (2008) Effects of methylphenidate on quality of life in children with both developmental coordination disorder and ADHD. Develop Med Child Neurol 50:294–299.
- 117- Biederman J, Monuteaux MC, Mick E, Spencer T, Wilens TE, Silva JM, (2006) Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow-up study. Psychol Med 36:167–179.
- 118- Brewis A, Schmidt KL. Gender variation in the identification of Mexican children's psychiatric symptoms. Med Anthropol Q 2003; 17:376-393.
- 119- Mukhopadhyay M, Misra S, Mitra T, Niyogi P. Attention deficit hyperactivity disorder. Indian J Pediatr 2003; 70:789-792.

- 120- Biederman J, Faraone SV. The Massachusetts General Hospital studies of gender influences on attention-deficit/hyperactivity disorder in youth and relatives. *Psychiatr Clin North Am* 2004; 27:225-232.
- 121- Pary R, Lewis S, Matuschka PR, Lippman S. Attention-deficit/hyperactivity disorder: an update. *South Med J* 2002; 95:743-749.
- 122- Applegate B, Lahey BB, Hart DE. Validity of the age of onset criterion for ADHD: a report from the DSM-IV field trials. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36:1211-1221.
- 123- Weiss M, Worling D, Wasdell M. A chart review study of the inattentive and combined types of ADHD. *J Atten Disord* 2003; 7:1-9.
- 124- Graetz BW, Sawyer MG, Hazell PL, Arney F, Baghurst P (2001) Validity of DSM-IV ADHD subtypes in a nationally representative sample of Australian children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40:1410–1417.
- 125- Spencer TJ, Biederman J, Mick E. Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *J Pediatr Psychol* 2007; 32:631-642.
- 126- Ghanizadeh A. Psychiatric comorbidity differences in clinic-referred children and adolescents with ADHD according to the subtypes and gender. *J Child Neurol* 2009; 24:679-684.
- 127- Hergüner S, Hergüner A. Psychiatric Comorbidity in Children and Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Arc-hi-ves of Neu-ropsy-chi-atry* 2012; 49: 114-118.
- 128- Limbers CA, Ripperger-Suhler J, Heffer RW, Varni JW. Patient-reported Pediatric Quality of Life Inventory™ 4.0 Generic Core Scales in pediatric patients with attention-deficit/hyperactivity disorder and

comorbid psychiatric disorders: feasibility, reliability, and validity. *Value Health*. 2011 Jun;14(4):521-30.

- 129- Swanson J, Kinsbourne M, Roberts W, Zucker K (1978) Timeresponse analysis of the effect of stimulant medication on the learning ability of children referred for hyperactivity. *Paediatrics* 61: 21–29.
- 130- Barkley RA, McMurray MB, Edelbrock CS, Robbins K (1990) Side effects of MPH in children with attention deficit hyperactivity disorder: a systemic, placebo-controlled evaluation. *Paediatrics* 86: 184–192.
- 131- Goez H, Back-Bennet O, Zelnik N (2007) Differential stimulant response on attention in children with comorbid anxiety and oppositional defiant disorder. *J Child Neurol* 22: 538–542.
- 132- DuPaul GJ, Barkley RA, McMurray MB (1994) Response of children with ADHD to methylphenidate: interaction with internalizing symptoms. *J Am Acad Child Adol Psy* 33: 894–903.
- 133- Gürkan K et al.(2010) Depression, anxiety and obsessive–compulsive symptoms and quality of life in children with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) during three-month methylphenidate treatment. *Journal of Psychopharmacology* 24(12) 1810–1818.
- 134- Reimherr FW, Williams ED, Strong RE, Mestas R, Soni P, Marchant BK (2007) A double-blind, placebo controlled, crossover study of osmotic release oral system methylphenidate in adults with ADHD with assessment of oppositional and emotional dimensions of the disorder. *J Clin Psychiat* 68: 93–101.
- 135- Rosler M, Fischer R, Ammer R, Ose C, Retz W (2009) A randomized, placebo controlled, 24-week, study of low-dose extendedrelease methylphenidate in adults with attention-

- deficit/hyperactivity disorder. *Eur Arch Psychiat Clin Neurosci* 259:120–129.
- 136- Xin B, Guo LT, Li XR. Quality of life of children with attention deficit hyperactivity disorders. *Sichuan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban*. 2009; 40(6):1091-5.
- 137- Escobar R, Soutullo CA, Hervas A, Gastaminza X, Polavieja P, Gilaberte I (2005) Worse quality of life for children with newly diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children. [erratum appears in *Pediatrics*. 2005 Nov;116(5):1266]. *Pediatrics* 116(3):e364–e369.
- 138- Karande S, Kirankumar B. Impact of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder on Health-Related Quality-of-Life of Specific Learning Disability Children. *Indian J Pediatr* 2009; 76 (11) : 1119-1124.
- 139- Klassen AF, Miller A, Fine S (2006) Agreement between parent and child report of quality of life in children with attentiondeficit/hyperactivity disorder. [References]. *Child Care Health Dev* 32:397–406.
- 140- Rimmer M, Campbell C, Coghill D (2007) ADHD: the Impact on Parent's and Children's Quality of Life. Boston, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Annual Meeting.
- 141- Jafari P, Ghanizadeh A. Health-related quality of life of Iranian children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Qual Life Res* (2011) 20:31–36.

SİMGELER VE KISALTMALAR

CADÖ-48	: Conner's Anababa Değerlendirme Ölçeği
CHQ-PF50	: Çocuk sağlığı anketi
ÇİDÖ	: Çocuklar için Depresyon Ölçeği
ÇİSAÖ	: Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği
ÇİYKÖ	: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (PedsQL: Pediatric Quality of Life Inventory)
DB	: Davranım Bozukluğu
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DİP	: Duygusal İşlevsellik Puanı
DSM	: Diagnostic And Statistical Manual
FİP	: Fiziksel İşlevsellik Puanı
GABA	: Gamaaminobütirik Asit
ICD	: Hastalıkların ve Bağlantılı Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırması (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)
KOKGB	: Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu
OİP	: Okul İşlevselliği Puanı
ÖTP	: Ölçek Toplam Puanı
PSİP	: Psikososyal İşlevsellik Puanı
SİP	: Sosyal İşlevsellik Puanı
YGB	: Yaygın Gelişimsel Bozukluk
YK	: Yaşam Kalitesi
WHOQOL-100	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği

ŞEKİLLER VE RESİMLER

	Sayfa No:
Şekil 1 (DEHB'de cinsiyet dağılımı)	31
Şekil 2 (Fiziksel hastalık dağılımı)	37
Şekil 3 (DEHB alt tipinin cinsiyete göre dağılımı)	38
Şekil 4 (Ek ilaç kullanımının dağılımı)	40

TABLULAR

	Sayfa No:
Tablo 1. (Ergenlerin yaş ve kardeş sayısı ortalamaları)	31
Tablo 2. (Anne eğitim düzeyinin dağılımı)	32
Tablo 3. (Anne ve baba yaş dağılımı)	32
Tablo 4. (Ergen, anne ve baba eğitim düzeyi)	33
Tablo 5. (Baba eğitim düzeyinin dağılımı)	33
Tablo 6. (Anne ve babanın çalışma durumları)	34
Tablo 7. (Anne ve babada ruhsal hastalık dağılımı)	34
Tablo 8. (Anne-baba birlikteliğinin dağılımı)	34
Tablo 9. (Aile tipinin dağılımı)	35
Tablo 10. (Anne-baba arasındaki akrabalık ve şehirlerarası göç dağılımı)	35
Tablo 11. (Gebelik seyrinin dağılımı)	36
Tablo 12. (Doğum zamanının dağılımı)	36
Tablo 13. (Yürüme, konuşma ve tuvalet eğitiminin ay olarak dağılımı)	37
Tablo 14. (DEHB alt tipinin dağılımı)	38
Tablo 15. (Eş tanı dağılımı)	39
Tablo 16. (İlaç dozlarının dağılımı)	39
Tablo 17. (Tedavi öncesi ve sonrası ÇİSAÖ ve ÇİDÖ puan karşılaştırılması)	41
Tablo 18. (CADÖ, DE ve HA tedavi öncesi ve sonrası karşılaştırılması)	42
Tablo 19. (Tedavi öncesi ve sonrası ergen yaşam kalitesi ölçeğinin karşılaştırılması)	43
Tablo 20. (Tedavi öncesi ve sonrası ebeveyn yaşam kalitesi ölçeğinin karşılaştırılması)	44
Tablo 21. (Tedavi öncesi ergen ve ebeveyn yaşam kalitesi ölçeklerinin karşılaştırılması)	45
Tablo 22. (Tedavi sonrası ergen ve ebeveyn yaşam kalitesi ölçeklerinin karşılaştırılması)	46
Tablo 23. (Ergen yaşam kalitesi ölçeği üzerine cinsiyetin etkisi) (tedavi öncesi)	47

Tablo 24. (Ebeveyn yaşam kalitesi ölçeği üzerine cinsiyetin etkisi) (tedavi öncesi)	48
Tablo 25. (Ergen yaşam kalitesi ölçeği üzerine cinsiyetin etkisi) (tedavi sonrası)	49
Tablo 26. (Ebeveyn yaşam kalitesi ölçeği üzerine cinsiyetin etkisi) (tedavi sonrası)	50
Tablo 27. (Ergen yaşam kalitesi ölçeğine DEHB alt tipinin etkisi) (tedavi öncesi)	51
Tablo 28. (Ebeveyn yaşam kalitesi ölçeğine DEHB alt tipinin etkisi) (tedavi öncesi)	51
Tablo 29. (Ergen yaşam kalitesi ölçeğine DEHB alt tipinin etkisi) (tedavi sonrası)	52
Tablo 30. (Ebeveyn yaşam kalitesi ölçeğine DEHB alt tipinin etkisi) (tedavi sonrası)	53
Tablo 31. (Ergen yaşam kalitesi ölçeğine eş tanı varlığının etkisi) (tedavi öncesi)	54
Tablo 32. (Ebeveyn yaşam kalitesi ölçeğine eş tanı varlığının etkisi) (tedavi öncesi)	54
Tablo 33. (Ergen yaşam kalitesin ölçeğine eş tanı varlığının etkisi) (tedavi sonrası)	55
Tablo 34. (Ebeveyn yaşam kalitesi ölçeğine eş tanı varlığının etkisi) (tedavi sonrası)	56
Tablo 35. (Ergen ve ebeveyn yaşam kalitesi ölçeğine ek ilaç varlığının etkisi) (tedavi sonrası)	57
Tablo 36. (Tedavi öncesi ergen yaşam kalitesi ölçeğine ÇİDÖ etkisi)	58
Tablo 37. (Tedavi sonrası ergen yaşam kalitesi ölçeğine ÇİDÖ etkisi)	58
Tablo 38. (Tedavi öncesi ebeveyn yaşam kalitesi ölçeğine ÇİDÖ etkisi)	59
Tablo 39. (Tedavi sonrası ebeveyn yaşam kalitesi ölçeğine ÇİDÖ etkisi)	59
Tablo 40. (Tedavi öncesi ergen yaşam kalitesi ölçeğine ÇİSAÖ etkisi)	60
Tablo 41. (Tedavi sonrası ergen yaşam kalitesi ölçeğine ÇİSAÖ etkisi)	60
Tablo 42. (Tedavi öncesi ebeveyn yaşam kalitesi ölçeğine ÇİSAÖ etkisi)	61
Tablo 43. (Tedavi sonrası ebeveyn yaşam kalitesi ölçeğine ÇİSAÖ etkisi)	61
Tablo 44. (Tedavi öncesi ergen yaşam kalitesi ölçeğine CADÖ etkisi)	62
Tablo 45. (Tedavi sonrası ergen yaşam kalitesi ölçeğine CADÖ etkisi)	62

Tablo 46. (Tedavi öncesi ebeveyn yaşam kalitesi ölçeğine CADÖ etkisi)	63
Tablo 47. (Tedavi sonrası ebeveyn yaşam kalitesi ölçeğine CADÖ etkisi)	63

EKLER

EK-1 Sosyodemografik Form



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi



ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.
HASTA DEĞERLENDİRME FORMU

Hastanın adı soyadı:	Annenin yaşı:	Baba alkol kullanıyor mu? Kullanıyorsa ne sıklıkta?
Başvuru şekli: Mersin içi Mersin dışı	Üvey anne: 1. Var 2. Yok	Ailenin durumu: 1. Anne baba birlikte 2. Boşanmış 3. Parçalanma
Gönderen: 1. Kendileri 2. Eğitim kuruluşu 3. Psikiyatris 4. Özel Dr. 5. Adli makam 6. Konsültasyon	Annede hastalık: 1. Geçici 2. Süreçen	Ailede ruhsal hastalıklar:
Yaş:	Annede Ruhsal Hastalık 1. Nöros 2. Psikoz 3. Bağımlılık 4. Zeka Geriliği 5. Kişilik Bozukluğu 6. Diğer	Anne baba arasında akrabalık: 1. Var 2. Yok
Kardeş sayısı:	Baba: 1. Var 2. Yok	1. Çekirdek aile 2. Geniş aile 3. Anne ile 4. Baba ile 5. Üvey anne ya da baba ile 6. Evlat edinilmiş 9. Kurumda (Anne baba ile görüşüyor) 10. Kurumda (Anne baba ile görüşmüyor)
Kaçıncı Çocuk:	Baba eğitimi: 1. Yok 2. Okur-Yazar 3. İlkokul 4. Ortaokul 5. Lise 6. Y.O	Ailenin konut standardı: 1. Apartman dairesi 2. Müstakil ev 3. Gecekondu 4. Köy evi 5. Diğer
Kendi cinsinden kardeşi:	Baba işi: 1. Çalışmıyor 2. Düzensiz (Evide) 3. Düzensiz (Dışarıda) 4. İşçi 5. memur 6. Serbest 7. Yönetici 8. Sağlık Mensubu 9. Emekli 10. Asker	Ayrı odası: 1. Var 2. Yok
Eğitimi: 1. Okula hiç gitmemiş 2. Anaokulu-Kreş 3. Özel Eğitim 4. Anasınıfı 5. Özel alt sınıf 6. İlk 1 7. İlk 2 8. İlk 3 9. İlk 4 10. İlk 5 11. İlkokul bitirmiş okumuyor 12. Orta 1 13. Orta 2 14. Orta 3 15. Lise 1	Baba yaşı:	Ayrı yatağı: 1. Var 2. Yok
Anne: 1. Var 2. Yok	Üvey baba: 1. Var 2. Yok	Çocuğun doğumundan bu yana il dışı yaşanan göç: 1. Var 2. Yok
Anenin eğitimi: 1. Yok 2. Okur yazar 3. İlkokul 4. Ortaokul 5. Lise 6. Y.O.	Babada hastalık: 1. Geçici 2. Süreçen	Annenin Doğurduğu yaşı:
Anenin işi: 1. Ev Hanımı 2. Düzensiz (Evide) 3. Düzensiz (Dışarıda) 4. İşçi 5. Memur 6. Serbest 7. Yönetici 8. Sağlık memuru 9. Emekli	Babada ruhsal hastalık: 1. Nöros 2. Psikoz 3. Bağımlılık 4. Zeka geriliği 5. Kişilik bozukluğu 6. Diğer	Kardeş ölümü: 1. Var 2. Yok



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi



ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.
HASTA DEĞERLENDİRME FORMU

Düşük-Kürtaş: 1. Var 2. Yok	Yürüme ayı (Desteksiz) Konuşma ayı (Cümle kurma)	Tanı? 1. 2. 3.
Gebeliğin seyri: 1. Normal 2. Düşük tehdidi 3. İlaç kullanımı 4. Sistemik hastalık 5. Dayak 6. TORCH 7. Anemi	Tuvalet eğitimi (Gece-gündüz)	
Gebelikte doktor kontrolü: 1. Var 2. Yok	Bakan kişi: 1. Anne 2. baba 3. Anneanne, babaanne 4. Bakıcı 5. Diğer	Belirti 1. 2. 3.
Doğum: 1. Evde 2. Hastanede	Anneden ayrılık (6 haftadan fazla) 1. Var 2. Yok	Organik: 1. 2. 3.
Doğum süresi: 1. Miadında 2. Erken doğum 3. Geç doğum	Ayrılık yaşı: Geçirdiği önemli hastalık: 1. Var 2. Yok	
Doğum şekli: 1. Normal 2. Aletle 3. Sezeryan	Konvisyon 1. Ateşli 2. Ateşsiz 3. Yok	
Doğumda komplikasyon: 1. Ters geliş 2. Kordon dolanması 3. Anoksi 4. Uzanmış travay 5. Makonyum sapirasyonu	Menarj: 1. Var 2. Yok	
Bebeğin doğumundan sonraki ilk durumu: 1. Normal 2. Mor ve ağlıyor 3. Mor ve ağlamıyor 4. Küvezde bakım	Sünnet: 1. Var 2. Yok	
İkiz ise: 1. Teki yaşıyor 2. Ölü	Çocuğunuzu döver misiniz? 1. Evet 2. Hayır	
Beslenme (ilk 6 ay): 1. Anne sütü 2. Mama 3. Birlikte 4. Diğer	Ne sıklıkta? Kim tarafından?	
Kundaklama: 1. Var 2. Yok	Ebeveyn dayak yiyor mu? 1. Evet 2. Hayır	
Varsa Süre:	Ne sıklıkta? Kim tarafından?	

EK-2 Çocuklar İçin Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi



ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.
'NASIL HİSSEDİYORUM' ANKETİ (sürekli anksiyete)

- | | | | |
|---|--------------------|----------|------------|
| 1.Yanlış yapacağım diye endişelenirim | ()hemen hemen hiç | ()bazen | ()sık sık |
| 2.Ağlayacak gibi olurum | ()hemen hemen hiç | ()bazen | ()sık sık |
| 3.Kendimi mutsuz hissederim | ()hemen hemen hiç | ()bazen | ()sık sık |
| 4.Karar vermede güçlük çekerim | ()hemen hemen hiç | ()bazen | ()sık sık |
| 5.Sorunlarımla yüzyüze gelmek bana zor gelir | ()hemen hemen hiç | ()bazen | ()sık sık |
| 6.Çok fazla endişelenirim | ()hemen hemen hiç | ()bazen | ()sık sık |
| 7.Evde sınırlarım bozulur | ()hemen hemen hiç | ()bazen | ()sık sık |
| 8.Utangacım | ()hemen hemen hiç | ()bazen | ()sık sık |
| 9.Sıkıntılıyım | ()hemen hemen hiç | ()bazen | ()sık sık |
| 10.Aklımdan engelleyemediğim önemsiz düşünceler geçer ve beni rahatsız eder | ()hemen hemen hiç | ()bazen | ()sık sık |
| 11.Okul beni endişelendirir | ()hemen hemen hiç | ()bazen | ()sık sık |
| 12.Ne yapacağıma karar vermekte güçlük çekerim | ()hemen hemen hiç | ()bazen | ()sık sık |
| 13.Kalbimin hızlı hızlı çarptığını fark ederim | ()hemen hemen hiç | ()bazen | ()sık sık |
| 14.Nedenini bilmediğim korkularım var | ()hemen hemen hiç | ()bazen | ()sık sık |
| 15.Annem-babam için endişelenirim | ()hemen hemen hiç | ()bazen | ()sık sık |
| 16.Ellerim terlet | ()hemen hemen hiç | ()bazen | ()sık sık |
| 17.Kötü birşeyler olacak diye endişelenirim | ()hemen hemen hiç | ()bazen | ()sık sık |
| 18.Geceleri uykuya dalmakta güçlük çekerim | ()hemen hemen hiç | ()bazen | ()sık sık |
| 19.Karnımda bir rahatsızlık hissederim | ()hemen hemen hiç | ()bazen | ()sık sık |
| 20.Başkalarının benim hakkımda ne düşündükleri beni rahatsız eder | ()hemen hemen hiç | ()bazen | ()sık sık |

EK-3 Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.
BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ



PUAN

- A) 0 ()Kendimi arada sırada üzgün hissederim
1 ()Kendimi sık sık üzgün hissederim
2 ()Kendimi her zaman üzgün hissederim
- B) 2 ()İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek
1 ()İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim
0 ()İşlerim yolunda gidecek
- C) 0 ()İşlerimin çoğunu doğru yaparım
1 ()İşlerimin çoğunu yanlış yaparım
2 ()Herşeyi yanlış yaparım
- D) 0 ()Birçok şeyden hoşlanırım
1 ()Bazı şeylerden hoşlanırım
2 ()Hiçbir şeyden hoşlanmam
- E) 2 ()Her zaman kötü bir çocuğum
1 ()Çoğu zaman kötü bir çocuğum
0 ()Arada sırada kötü bir çocuğum
- F) 0 ()Arada sırada başıma kötü birşeylerin geleceğini düşünürüm
1 ()Sık sık başıma kötü şeylerin geleceğinden endişelenirim
2 ()Başıma çok kötü şeyler geleceğinden eminim
- G) 2 ()Kendimden nefret ederim
1 ()Kendimi beğenmem
0 ()Kendimi beğenirim
- H) 2 ()Bütün kötü şeyler benim hatam
1 ()Kötü şeylerin bazıları benim hatam
0 ()Kötü şeyler genellikle benim hatam değil
- I) 0 ()Kendimi öldürmeyi düşünmem
1 ()Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam
2 ()Kendimi öldürmeyi düşünüyorum
- İ) 2 ()Hergün içimden ağlamak gelir
1 ()Birçok günler içimden ağlamak gelir
0 ()Arada sırada içimden ağlamak gelir
- J) 2 ()Herşey hergün beni sıkır
1 ()Herşey sık sık beni sıkır
0 ()Herşey arada sırada beni sıkır
- K) 0 ()İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım
1 ()Çoğu zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam
2 ()Hiçbir zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam
- L) 2 ()Herhangi bir şey hakkında karar veremem
1 ()Herhangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir
0 ()Herhangi bir şey hakkında kolayca karar veririm.



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.



BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

- M) 0 ()Güzel/yakışıklı sayılırım
1 ()Güzel/yakışıklı olmayan yanlarım var
2 ()Çirkinim
- N) 2 ()Okul ödevimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım
1 ()Okul ödevimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım
0 ()Okul ödevimi yapmak sorun değil
- O) 2 ()Her gece uyumakta güçlük çekerim
1 ()Bir çok gece uyumakta zorluk çekerim
0 ()Oldukça iyi uyurum
- Ö) 0 ()Arada sırada kendimi yorgun hissederim
1 ()Birçok gün kendimi yorgun hissederim
2 ()Herzaman kendimi yorgun hissederim
- P) 2 ()Hemen hergün canım yemek yemek istemez
1 ()Çoğu gün canım yemek yemek istemez
0 ()İştahım oldukça iyi
- R) 0 ()Ağrı ve sızılardan endişe etmem
1 ()Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim
2 ()Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim
- S) 0 ()Kendimi yalnız hissetmem
1 ()Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim
2 ()Her zaman kendimi yalnız hissederim
- Ş) 2 ()Okuldan hiç hoşlanmam
1 ()Arada sırada okuldan hoşlanırım
0 ()Çoğu zaman okuldan hoşlanırım
- T) 0 ()Birçok arkadaşım var
1 ()Birçok arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterdim
2 ()Hiç arkadaşım yok
- U) 0 ()Okul başarım iyi
1 ()Okul başarım eskisi gibi iyi değil
2 ()Eskiden iyi olduğum derslerde çok başarısızım
- V) 2 ()Kimse beni sevmez
1 ()Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim
0 ()Beni seven insanların olduğundan eminim
- Y) 0 ()Bana söyleneni genellikle yaparım
1 ()Bana söyleneni çoğu zaman yaparım
2 ()Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam
- Z) 0 ()İnsanlarla iyi geçinirim
1 ()İnsanlarla sık sık kavga ederim
2 ()İnsanlarla her zaman kavga ederim

EK-4 Conner's Anababa Değerlendirme Ölçeği



T.C. MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi



ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.
CONNER'S ANNE/BABA DEĞERLENDİRME FORMU

	Hiç yok	Biraz	Oldukça fazla	Çok
1.Cildinin, vücudunun veya eşyaların bazı kısımlarıyla oynar veya yolar (ör.tırnaklar, parmaklar,saçlar veya kıyafetler)	()	()	()	()
2.Kendinden yaşça büyüklere karşı küstahça davranır	()	()	()	()
3.Arkadaş edinmekte veya arkadaşlığı devam ettirmekte sorunları vardır	()	()	()	()
4.Kolayca heyecanlanır, düşünmeden hareket eder	()	()	()	()
5.Faaliyetlerde hep başı çekmek ister	()	()	()	()
6.Parmağını,kıyafetlerinin veya battaniyesinin bir kenarını emer veya çiğner	()	()	()	()
7.Sık sık veya kolayca ağlar	()	()	()	()
8.Kavgaya hazırdır, öfkesi burnundadır	()	()	()	()
9.Hayale dalıp gider, hayal kurar	()	()	()	()
10.Öğrenme güçlüğü çeker	()	()	()	()
11.Yerinde rahat duramaz, kıpır kıpırdır	()	()	()	()
12.Yeni durumlara ve ortamlara girmekten yeni kişilerle karşılaşmaktan, okula gitmekten korkar	()	()	()	()
13.Yerinde rahat duramaz, her an hareket halindedir	()	()	()	()
14.Zarar vericidir (eşyalara)	()	()	()	()
15.Gerçekle ilgili olmayan hikayeler uydurur veya yalan söyler	()	()	()	()
16.utangaçtır	()	()	()	()
17.Yaşlarına göre başı daha çok derde girer	()	()	()	()
18.Yaşlarına göre konuşması farklıdır (ör.bebeksi, kekeleme, anlaşılması güç)	()	()	()	()
19.Hatalarını inkar eder ve başkalarını suçlar	()	()	()	()
20.Kavgacıdır	()	()	()	()
21.Somurtur, surat asar veya küser	()	()	()	()
22.Çalma huyu vardır	()	()	()	()
23.Kurallara uymaz veya uyarken gönülsüzdür	()	()	()	()
24.Diğer çocuklara göre daha endişelidir (Yalnızlık, hastalık veya ölümle ilgili)	()	()	()	()



T.C. MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi



ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.
CONNER'S ANNE/BABA DEĞERLENDİRME FORMU

	Hiçyok	Biraz	Oldukça fazla	Çok
25.İşlerini bitirmekte zorlanır	()	()	()	()
26.Çabuk kırılır veya zorlanır	()	()	()	()
27.Kendinden yaşça küçük veya zayıfları ezer	()	()	()	()
28.Tekrarlayıcı bir hareketi/faaliyeti durdurmakta güçlük çeker	()	()	()	()
29.Merhametsizdir				
30.Çocuksudur, yaşına uygun davranmaz (sürekli yardım ister,eteğine yapışır, sürekli güvenlik arayışı içindedir)	()	()	()	()
31.Dikkatini belirli bir süre bir konu üzerinde toplayamaz	()	()	()	()
32.Baş ağrıları vardır	()	()	()	()
33.Mizacı ya da duyguları ani ve belirgin olarak değişir	()	()	()	()
34.Kuralları ve sınırlamaları sevmeyenlere uymaz	()	()	()	()
35.Sürekli kavga eder	()	()	()	()
36.Kardeşi,ağabeyi veya ablası ile iyi geçinir	()	()	()	()
37.Zorluklar karşısında morali çabuk bozular, kolayca pes eder	()	()	()	()
38.Diğer çocukları rahatsız eder	()	()	()	()
39.Temelde mutsuz bir çocuktur	()	()	()	()
40.Yeme sorunları vardır (iştahı yoktur iki lokma arasında sofradan kalkar,dolaşır)	()	()	()	()
41.Mide ağrıları vardır	()	()	()	()
42.Uyku sorunları vardır (uykuya dalmakta güçlük çeker,çok erken veya gece yarısı uyanır)	()	()	()	()
43.Vücudunda başka ağrıları da vardır	()	()	()	()
44.Mide bulantısı veya kusma şikayeti vardır	()	()	()	()
45.Ailede hakkının yendiği hissine kapılır	()	()	()	()
46.Övüntür, yüksekten atar	()	()	()	()
47.Kendisine kötü davranılmasına ses çıkarmaz	()	()	()	()
48.Bağırsakları sık sık bozular,tuvalet alışkanlığı düzensizdir,kabız kalır	()	()	()	()

EK-5 Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.



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

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

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

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.



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

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

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

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

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



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.



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

Çocuğunuzun Adı Soyadı :

Tarih/...../.....

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

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

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.



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

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

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

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

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