

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

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU BULUNAN
ÇOCUK VE ERGENLERİN BENLİK SAYGISI VE YAŞAM
KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Uzmanlık Tezi

Dr. Zeynep GÖKER

TRABZON-2009

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

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HIPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU BULUNAN
ÇOCUK VE ERGENLERİN BENLİK SAYGISI VE YAŞAM
KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Evaluating Self-Esteem and Quality of Life in Child and Adolescents With Attention
Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)**

Uzmanlık Tezi

Dr. Zeynep GÖKER

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Sema KANDİL

TRABZON-2009

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
1. Giriş	1
2. Genel Bilgiler	3
2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	3
2.1.1. Tanımlama ve Tarihçe	3
2.1.2. Epidemiyoloji	4
2.1.3. Klinik Özellikler	4
2.1.4. Tanı	5
2.1.5. Etiyoloji	7
2.1.5.1. Genetik	7
2.1.5.2. Beyin Hasarı	8
2.1.5.3. Beyin Görüntüleme Çalışmaları	8
2.1.5.4. Nörofizyoloji Çalışmaları	8
2.1.5.5. Nörotransmitterler	9
2.1.5.6. Psikososyal Etkenler	9
2.1.6. DEHB ile İlişkili Diğer Durumlar	10
2.1.7. DEHB’de Ayırıcı Tanı	10
2.1.8. DEHB’de Tedavi	11
2.1.8.1. İlaç Tedavileri	12
2.2. Benlik, Benlik Saygısı ve Benzer Diğer Kavramlar	13
2.2.1. Benlik (Kendilik, Self)	14
2.2.2. Benlik Kavramı (Self-Concept)	14
2.2.3. Öz-Yeterlilik (Self-Efficacy)	14
2.2.4. Benlik Saygısı (Öz-Güven, Self-Esteem)	14
2.2.5. Benlik Saygısının Oluşumu	15
2.2.6. Benlik Saygısının Ölçülmesi	16
2.2.6.1. Rosenberg’in Benlik Saygısı Ölçeği	16
2.2.6.2. Coopersmith’in Benlik Saygısı Envanteri	16
2.2.6.3. Piers-Harris Çocuklarda Benlik Kavramı Ölçeği	17

2.2.7. Ölçeklerle Değerlendirmenin Güvenilirliği	17
--	----

	Sayfa No
2. 3. DEHB ve Benlik Saygısı	18
2.3.1. DEHB Ve Benlik Saygısı Konulu Yapılmış Araştırmalar	19
2.3.1.1. Yurt Dışında Yapılmış Çalışmalar	19
2.3.1.2. Türkiye’de Yapılmış Çalışmalar	22
2.4. Yaşam Kalitesi Kavramı	24
2.4.1. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Kavramı	24
2.4.1.1. Genel Ölçekler	25
2.4.1.2. Özel Ölçekler	25
2.4.2. Çocuklarda Yaşam Kalitesi	25
2.4.3. Çocuklarda Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Özellikleri	25
2.4.3.1 Çocuklarda Genel Yaşam Kalitesini Ölçen Ölçekler	27
2.4.3.2 Çocuklarda Özel Yaşam Kalitesini Ölçen Ölçekler	27
2.4.4. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği	27
2.5. DEHB ve Yaşam Kalitesi	28
2.5.1. DEHB Ve Yaşam Kalitesi Konulu Yapılmış Araştırmalar	29
2.5.1.1. Yurt Dışında Yapılmış Çalışmalar	29
2.5.1.2. Türkiye’de Yapılmış Çalışmalar	33
3. Materyal ve Metod	34
3.1. Araştırmanın Tipi	34
3.2. Araştırmanın Evreni	34
3.3. Örneklem Büyüklüğü ve Yöntemi	34
3.4. Veri Toplama Araçları	35
3.4.1. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	35
3.4.2. YDB Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (Turgay 95)	35
3.4.3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	36
3.4.4. Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği	37
3.5. Çalışmanın İstatistiksel Analizi	37
3.6. Sınırlılıklar ve Sınırlama	38

3.7. Etik	38
-----------	----

	Sayfa No
4. Bulgular	39
4.1. Tanımlayıcı Bulgular	39
4.1.1. Örneklemin Kendisine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	39
4.1.2. Anne-Babalarına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	41
4.1.3. Kardeşlerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	46
4.1.4. Diğer Aile Değişkenlerine Yönelik Tanımlayıcı Bulgular	48
4.1.5. Gelişimsel Özellikleri ile İlgili Bulgular	49
4.1.6. Ekonomik Değişkenler ile İlgili Tanımlayıcı Bulguları	51
4.1.7. DEHB Grubunun Bozukluğa Yönelik Tanımlayıcı Bulguları	54
4.2. Uygulanan Test ve Ölçeklere İlişkin Bulgular	55
4.2.1. WISC-R Testi Sonuçlarına İlişkin Bulgular	55
4.2.2. Benlik Saygısı Ölçeği Sonuçlarına İlişkin Bulgular	56
4.2.3. Yaşam Kalitesi Ölçeği Sonuçlarına İlişkin Bulgular	59
5. Tartışma	65
6. Sonuçlar ve Öneriler	75
7. Özet	78
8. Summary	79
9. Kaynaklar	80
Ekler	90

Ek-1: Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Ek-2: Yıkıcı Davranım Bozuklukları Tarama-Değerlendirme Ölçeği (Turgay 95)

Ek-3: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Ek-4: Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği

Ek-5: Aydınlatılmış Onam

ÖNSÖZ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) çocuk ve ergenler sık görülen, yaşamın hemen her alanında yetersizliklere yol açan, bir kronik psikiyatrik bozukluktur. Bu bozukluğa sahip çocuk ve ergenin kişiler arası ilişkileri, aile içi ilişkileri bozulmakta, ruhsal iyilik hali olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Tüm bunlar sonucunda çocuk ya da ergenin benlik saygısında azalma ve yaşam kalitesinde düşme de söz konusu olabilmektedir. Bozukluğun bu “psikososyal boyut”u, bu boyuttaki yeterlilik ve yetersizliklerin saptanması, seyrinin izlenmesinde giderek klinik belirtiler kadar önem kazanmaktadır.

Bu çalışmada DEHB’li çocuk-ergenlerin benlik saygısı ve yaşam kalitesi ve bunların arasındaki ilişkilerin yönünü belirleyerek ailelere, eğitimcilere ve bu çocuklarla ilgilenen diğer bireylere yardımcı olabilecek verilere ulaşmak amaçlanmıştır.

Bu çalışmanın planlanması, yapılması ve değerlendirmesinde bana yol gösteren, uzmanlık eğitimim sırasında çok değerli katkı, yönlendirme ve yardımlarını gördüğüm çok değerli Sayın Prof. Dr. Sema KANDİL’e, istatistik desteği için Sayın Doç Dr. Murat TOPBAŞ’a ve çalışma arkadaşlarım Sayın Dr. Kadir Serdar SARP, Sayın Dr. Selma TURAL HESAPÇIOĞLU, Sayın Dr. Veli KURT ve Sayın Mutlu KARAKUŞ’a tesekkürlerimi sunarım.

KISALTMALAR

- APB: Amerikan Psikiyatri Birliği
FDA: Amerikan Gıda ve İlaç Birliği
WHO: Dünya Sağlık Örgütü
DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DSM-IV-TR: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı.
BT: Bilgisayarlı Beyin Tomografisi
MRI: Manyetik Rezonans Görüntüleme
SPECT: Tek Foton Yayılımlı Bilgisayarlı Tomografi
PET: Pozitron Yayılımlı Tomografi
Q-EEG: Kantitatif Elektroensefalogram
SSS: Santral Sinir Sistemi
DA: Dopamin
NA: Noradrenalin
MAOI: Monoaminoksidaz inhibitörleri
CBCL/4-18: 4-18 Yaş Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği
TRF: Öğretmen Bilgi Formu
SİYK: Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi
ÇİYKÖ: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği
DE/HB-YKÖ: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Yaşam Kalitesi Ölçeği
FSTP: Fiziksel sağlık toplam puanı
DİP: Duygusal işlevsellik puanı
SİP: Sosyal işlevsellik puanı
OİP: Okul işlevselliği puanı
PSTP: Psikososyal sağlık toplam puanı
ÖTP: Ölçek toplam puanı
KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
DB: Davranım Bozukluğu
YDB: Yıkıcı Davranım Bozuklukları

1. GİRİŞ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) çocuk ve ergenlerde sık görülen, çocukluk çağında öğrenme, davranış ve sosyal etkileşimde sorunlara, ergenlik ve erken erişkinlikte ise daha ileri bozulmalara yol açabilen bir kronik psikiyatrik bozukluktur (1). DEHB, çocuk ve ergenin gelişiminin tüm basamaklarında ciddi sosyal, akademik ve psikolojik yetersizliklere yol açmaktadır. Bu yetersizlikler kişiler arası ilişkilerde, aile içi ilişkilerde bozulma ve ruhsal iyilik halinin olumsuz yönde etkilenmesi ile sonuçlanabilmektedir (1). Yaşamın hemen her alanında görülen yetersizlikler sonucu çocuğun benlik saygısında azalma ve yaşam kalitesinde düşme de söz konusu olabilmektedir (1). Bozukluğun bu “psikososyal boyut”u, bu boyuttaki yeterlilik ve yetersizliklerin saptanması, seyrinin izlenmesinde giderek klinik belirtiler kadar önem kazanmaktadır (2).

DEHB’de benlik saygısının düşük (3-7) ya da orta düzeyde (8) bulunduğu bildirilen yayınlar kadar, farklılık olmadığı bildirilen yayınlar da vardır (9-11). DEHB’de benlik saygısının potansiyel yordayıcıları olarak yaş (7, 12), cinsiyet (11), psikostimulan kullanımı (13-15), tedavinin şekli ve süreci (16-18), sosyal yapı, baş etme mekanizmaları (19), agresif davranış (20) rapor edilmiş ve bunların DEHB’li çocukların benlik saygılarını etkileyebilecekleri gösterilmiştir.

DEHB’de yaşam kalitesinin düştüğü çeşitli yayınlarda bildirilmiştir (21-26). Yaşam kalitesini etkileyen potansiyel prediktör olarak psikostimulan kullanım varlığı gösterilmiştir (25).

Kronik bir bozukluk olan DEHB’nin benlik saygısı ve yaşam kalitesi üzerine olan etkisinin ölçülmesi; bu bozukluğun psikososyal boyutunun değerlendirilmesini, prognozunun tanımlanmasını, DEHB’li çocuk-ergenin yaşadığı çevrenin, toplumsal müdahalelerin ve ulusal sağlık politikalarının yeniden gözden geçirilmesini kolaylaştırabilir (27-29). Ayrıca hastaların tedavi öncesi ve sonrası benlik saygısını ve yaşam kalitelerini belirleyebilmeye ve böylece tedaviye olumlu katkı sağlayacak, çocuk ve ergenlerin eğitimlerinin olumsuz etkilenmemesini desteklemekte yardımcı olacaktır.

Literatür incelendiğinde DEHB’li çocuk ve ergenlerin benlik gelişimi ile ilgili araştırmalara rastlanmakla birlikte (15, 30, 31), DEHB ve yaşam kalitesi ile ilgili Türkiye’de yaşam kalitesi ve DEHB’ye yönelik yapılmış bir tek DEHB’de yaşam kalitesi ölçeğinin geliştirildiği bir araştırmaya rastlanmıştır (32). DEHB’de benlik saygısı ve yaşam kalitesinin birlikte değerlendirildiği, bunların sağlıklı çocuklarla karşılaştırıldığı bir araştırma, bu çalışmanın yürütüldüğü süre sırasında bulunamamıştır.

Çalışmanın amacı DEHB’li çocuk ve ergenlerin benlik saygısı ve yaşam kalitelerinde, sağlıklı çocuk ve ergenlere göre farklılık olup olmadığını belirlemek ve varsa bu farklılığı etkileyen etmenleri bulmaktır. Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır: DEHB’li çocuk ve ergenlerin, sağlıklı yaşitlarına göre benlik saygısı ve yaşam kaliteleri arasında farklılık var mıdır? Farklılık varsa, DEHB’li çocuk ve ergenlerin benlik saygısı ve yaşam kalitelerini etkileyen etmenler nelerdir? DEHB alt tiplerinin benlik saygısı ile arasında bir ilişki var mıdır? Benlik saygısı ve yaşam kalitesinin birbiri ile ilişkisi var mıdır? Benlik saygısını yordayıcı değişkenler varsa nelerdir?

Hipotezimiz DEHB’li çocuk ve ergenlerin benlik saygısı ve yaşam kalitesi düzeylerinin sağlıklı yaşitlarından farklı olduğudur.

Bu çalışmada DEHB’li çocuk-ergenlerin benlik saygısı ve yaşam kalitesi ve bunların arasındaki ilişkilerin yönünü belirleyerek ailelere, eğitimcilere ve bu çocuklarla ilgilenen diğer bireylere yardımcı olabilecek verilere ulaşmak amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

2.1.1. TANIMLAMA ve TARİHÇE

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), yedi yaşından önce başlayan, en az altı ay süreyle görülmesi gereken, akademik ve sosyal işlevlerde bozulmaya yol açan kalıcı ve sürekli olan dikkat süresinin kısalığı, engellemeye yönelik denetim eksikliği nedeniyle davranışlarda ya da bilişte ortaya çıkan ataklık ve huzursuzluk ya da her ikisiyle tanımlanan bir bozukluktur (1).

Literatür bilgileri gözden geçirildiğinde DEHB'in yıllar boyunca çeşitli terimlerle anıldığı görülmektedir. Bozukluk 19.yüzyılın sonlarında tıp literatüründe “çılgın aptallar (mad idiots)”, “dürtüsel delilik (impulsive insanity)”, “yetersiz engellenme (defective inhibition)” olarak adlandırılmıştır. DEHB ile ilgili ilk kaynak 1865 yılında Alman hekim Heinrich Hoffman'ın hekimlik uygulamaları sırasında çocukluk dönemine ilişkin bozuklukları kaleme aldığı eserinden “kıpır kıpır Phil” şiiri iken, bilimsel olarak ilk kaynaklar George Stil ve Alfred Tredgold tarafından bildirilmiştir. 1902'de Stil, bugün kullanılabilecek benzeyen kolay anlaşılır bir tanımlama yapmıştır. 1947 yılında Strauss ve arkadaşları bozukluğun adını “Minimal Beyin Zedelenmesi Sendromu” olarak değiştirmişler, Clement ve Peters ise 1962 yılında bu sorunları gösteren bütün çocuklarda beyin hasarından söz edilemeyeceğini ileri sürerek “Minimal Beyin Disfonksiyonu” terimini kullanmışlardır. 1970'li yıllara doğru artık “hiperaktivite” terimi kullanılmaya başlanmıştır. En son görüş olarak 1993 yılında “ters ve gecikmiş engellenme (aversive delayed inhibition)” kavramı ileri sürülmüştür (33).

Tanı ile ilgili geçerli ve güvenilir sınıflandırma çalışmaları ise Dünya Sağlık Örgütü'nün ICD-9'da ve Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM-II'de bu bozukluğu “Çocuklukta Hiperkinetik Sendrom” olarak belirlemesiyle başlamıştır. DSM-II'de tanı hiperaktivite, dikkat kısalığı ve kolay uyarılabilirlik ile belirlenmiştir. DSM-III'de dikkat eksikliği bozukluğu; hiperaktiviteli ya da hiperaktivitesiz olarak tanımlanmış ve temel belirtiler dikkatsizlik, ataklık (impulsivite) ve huzursuzluk olarak belirlenmiştir. DSM-III-

R'da bu tanı Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olarak belirlenerek 14 belirti sıralanmış ve tanı için sekiz belirtinin olması şarta bağlanmıştır. Bozukluk ICD-10'da ve DSM-IV'de bir önceki sınıflandırmalarda belirtilen şekilleri ile tanımlanmıştır (33).

2.1.2. EPİDEMİYOLOJİ

Tüm dünyada yaygın olarak kabul gören Amerikan Psikiyatri Birliği (APB) yayınlarında; okul yaş grubu çocuklar arasında %3-6 olduğu, erkeklerde kızlardan 4-6 kat fazla görüldüğü, risk altındaki grubun en fazla 6-9 yaş arasındaki çocuklar olduğu bildirilmiştir. Belirtilerin 7 yaş öncesi başladığı ancak tanının genellikle düzenli öğrenim için gerekli dikkat süresi ve yoğunlaşmanın arttığı ilköğretim yıllarında konulduğu bildirilmektedir (34).

DEHB'nin yaygınlığı ile ilgili araştırma sonuçları, olguların tanımlanmasına bağlı olarak farklılıklar göstermektedir. Okul çağı çocuklarındaki sıklığının yaklaşık %3-7 olduğu bildirilmektedir. Bozukluğun tüm dünya çapında çocukların %5-10'unu ve yetişkinlerin %4'ünü etkilediği öngörülmektedir (33).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda farklı sıklıklar bildirilmiştir. İlköğretim yaş grubu çocuklarda yapılan yaygınlık çalışmalarında %3.4-%8.9 arasında oranlar saptanmış olup, Erzurum'da %3.4, İstanbul'da %5, Bursa'da %8.6, Malatya'da %9.5, Sivas'ta %8.1 olarak rapor edilmiştir (35-39). Klinik çalışmalarda bu oranlar %8.6-%12.5 arasında bildirilmiş olup Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Psikiyatrisi örnekleminde %8.6, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Psikiyatrisi örnekleminde %12.5 olarak rapor edilmiştir (40, 41).

Erkeklerde sıklığı kızlardan fazla olup, örneklemin genel toplum ya da klinikten alınmasına bağlı olarak bu oranın 3/1 ile 9/1 arasında değiştiği belirtilmiştir (33, 34). Ülkemizde Aşkın ve arkadaşlarının çalışmasında bu oran 5/1 (35), Şenol ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada 6/1 (40) olarak bulunmuştur. Kızlarda eşlik eden davranış bozuklukları daha az görüldüğünden ve daha fazla oranda dikkat eksikliği alt tipi görüldüğünden kliniğe başvuru oranları erkeklerden 9 kat daha azdır (42).

2.1.3. KLİNİK ÖZELLİKLER

Bu çocuklardaki ataklık, hiperaktivite ve dikkat eksikliği okul başarılarını ve arkadaş ilişkilerini olumsuz etkilemektedir. Özellikle ilköğretim döneminde uyumsuz

davranışlar nedeni ile polikliniğe getirilmektedirler. Ergenlik döneminde yakınma olarak motor etkinliklerdeki artış yerine huzursuzluk hissi olabilmekte ve riskli davranışlar (araba, motorsiklet kazaları vb) sergileyebilmektedirler. Dikkatsizlik ve bilişsel sorunlar nedeniyle okul başarıları etkilenebilmektedir. Daha ileri yaşlarda ve erişkinlikte ise dikkat eksikliği, planları tamamlamama, bir etkinliği bitirmeden diğerine geçme ve değişken duygudurum gibi belirtiler görülmektedir (33).

DEHB klinik bir tanı olup tanıyı kesinleştirmeye yönelik herhangi bir laboratuvar ya da özgün bir tanı testi yoktur. Klinisyenin tanı araçları aile ve çocuk görüşmeleri, klinik gözlem, fizik ve nörolojik inceleme, davranış değerlendirme ölçekleri ile bilişsel testlerdir (33). Kantitatif Elektroensefalogram'ın (Q-EEG) bozukluğun dikkat eksikliği ve hiperaktivite alt tiplerini belirlemede yardımcı olabileceği bildirilmektedir (43).

Değerlendirmede anne-babalar, öğretmenler ve diğer özel kişilerden ölçekler yardımı ile bilgi toplanır. Achenbach tarafından geliştirilen "Child Behavior Check List" anne-baba ve öğretmen formları (44), Conners anne-baba ve öğretmen formları (45, 46), Pelham ve arkadaşlarının "Disrupture Behavior Disorder Scale" (47), Turgay ve arkadaşlarının "Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği" (48) tanı ve komorbid tanıyı koymada yardımcı araçlardır. Adı geçen ölçeklerden CBCL (49), Conners (50, 51), Turgay ölçekleri (52) Türkçeye çevrilmiş, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır.

Psikometrik testlerde yavaşlamış ya da değişken tepki süresi, dürtüsel hatalar ve ihmalden kaynaklanan hatalarda artma, çeldiriciye karşı koyamama, hatalara karşı azalmış duyarlık, zihinsel hesaplama ve sözel bellek güçlükleri, uzamsal bellek bozuklukları, konuşmanın içselleştirilmesinde gecikme, zamansal temsilde güçlükler ve koku ayırımında güçlükler saptanabilmektedir (53).

2.1.4.TANI

DEHB'nin tanısını koymak için en yaygın olarak kullanılmakta olan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı- Dördüncü Basım (DSM-IV) tanı ölçütleridir. DSM-IV'e göre, dikkatsizlik, aşırı hareketlilik-dürtüsellik ya da her ikisiyle ilgili birçok belirti belirlenerek tanı konmaktadır (34).

DSM IV-TR'ye göre DEHB Tanı Ölçütleri

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

1) Aşağıdaki dikkatsizlik belirtilerinden **altısı** (ya da daha fazlası) **en az altı ay** süreyle, uyumsuzluk doğuracak ve gelişim düzeyine uymayacak derecede sürmüştür:

Dikkatsizlik

- (a) Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hata yapar.
- (b) Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı etkinliklerde dikkati dağınık.
- (c) Doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür.
- (d) Çoğu zaman yönergeleri izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da işyerindeki görevlerini tamamlayamaz (karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlayamamaya bağlı değildir).
- (e) Çoğu zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker.
- (f) Çoğu zaman sürekli mental çabayı gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir.
- (g) Çoğu zaman üzerine aldığı görevler ya da etkinlikler için gerekli olan seyleri kaybeder (örn. oyuncaklar, okul ödevleri, kalemler, kitaplar ya da araçgereçler).
- (h) Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağınık.
- (i) Günlük etkinliklerde çoğu zaman unutkanlıktır.

2) Aşağıdaki hiperaktivite-impulsivite belirtilerinden **altısı** (ya da daha fazlası) **en az altı ay** süreyle uyumsuzluk doğuracak ve gelişim düzeyine uymayacak 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 koşuşturup 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)

- (a) Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan önce cevabını yapıştırır.
- (b) Çoğu zaman sırasını bekleme güçlüğü vardır.
- (c) Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer (örn. başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar).

B. Bozulmaya yol açmış olan bazı hiperaktif-impulsif belirtiler ya da dikkatsizlik belirtileri **yedi** yaşından **önce de** vardır.

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

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

E. Bu belirtiler sadece bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Şizofreni ya da diğer bir Psikotik Bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. Duygu Durum Bozukluğu, Anksiyete Bozukluğu, Dissosiyatif Bozukluk ya da Kişilik Bozukluğu).

Tipine göre kodlama:

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Bileşik Tip: Son altı ay boyunca hem A1, hem de A2 Tanı ölçütünü karşılanmışsa

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Dikkatsizliğin Önde Geldiği Tip: Son altı ay boyunca A1 Tanı ölçütü karşılanmış, ancak A2 Tanı ölçütü karşılanmamışsa

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Hiperaktivite-İmpulsivitenin Önde Geldiği Tip: Son altı ay boyunca A2 Tanı Ölçütü karşılanmış, ancak A1 Tanı Ölçütü karşılanmamışsa

Kodlama Notu: O sırada artık tanı ölçütlerini tam karşılamayan bireyler (özellikle ergenler ve erişkinler) “**Kısmi Remisyon**da” olarak belirtilmelidir.

DSM-IV’de DEHB’nin üç alt tipinden söz edilmektedir;

DEHB-Dikkatsizliğin Önde Geldiği Tip: Dikkat eksikliği tanı ölçütleri vardır ancak hiperaktivite ve dürtüsellik ölçütleri tam olarak karşılanmaz. Akademik durumları zekalarının altında başarı ile kendini gösterir. Kızlarda erkeklere göre daha sık görülür.

DEHB-Aşırı Hareketliliğin Önde Geldiği Tip: Genellikle dikkat eksikliği alt tipinden daha erken yaşta tanı konur. Yaş arttıkça motor aktivite yerini duygusal huzursuzluğa bırakır. Engellenme eşikleri diğer tiplerden daha düşüktür. Erkeklerde kızlara göre daha sıktır.

DEHB-Bileşik Tip: Temel belirtilerin üçü de aynı anda bulunur. Sıklıkla erişkin yaşamda da sürer. Her iki cinsiyette en sık görülen alt tiptir (54).

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

1. Ebeveyn ve bakım veren diğer kişilerle ayrıntılı görüşme ile belirtilere yönelik öykü ve gelişimsel, tıbbi, sosyal, ailevi, akademik ve psikiyatrik öykünün alınması,
2. Çocuğun gelişim düzeyine uygun görüşme ile belirti ve bulguların, özellikle kaygı, depresyon, intihar düşünceleri, varsanılar ya da uygunsuz düşüncelerin belirlenmesi,
3. Genel tıbbi durumun değerlendirilmesi,
4. Bilişsel değerlendirme,
5. Geniş ve dar kapsamlı DEHB’ye yönelik ebeveyn ve öğretmen değerlendirmeleri,
6. Gerekli görülen bazı olgularda ayrıca konuşma ve dil, ince va kaba motor işlevlerin değerlendirilmesi gibi yardımcı değerlendirmelerin yapılmasını önermişlerdir (55).

2.1.5. ETİYOLOJİ

DEHB nedeni bilinmeyen heterojen bir bozukluktur. Bozuklukta biyolojik ve psikososyal etkenlerin birlikte rol oynadığı düşünülmektedir (33).

2.1.5.1. Genetik

Genetik araştırmaları ikiz, evlat edinme ve aile araştırmalarına dayanmaktadır. Bu çocukların birinci dereceden kan bağı olan akrabalarında da bozukluğun sık olması, monozigot ikizlerde dizigotlara göre daha fazla eş hastalanma olması ya da hiperaktif çocukların kardeşlerinde genel topluma göre iki kat daha fazla DEHB riski olması, DEHB

için olası genetik kanıtlar olarak ileri sürülmektedir. Diğer psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi birden fazla genin kalıtımıyla ortaya çıktığı kabul edilmektedir (33).

2.1.5.2. Beyin Hasarı

Hastalık tanımlandığından beri bu çocuklarda perinatal dönemlerde gizli ya da açık minimal derecede santral sinir sistemi hasarı olduğu belirtilmektedir. Bu hasara yol açan toksik, metabolik, mekanik ve dolaşımla ilgili nedenler olabileceği gibi erken bebeklik döneminde santral sinir sistemini etkileyen enfeksiyonlar da söz konusu olabilir. Silik nörolojik belirtiler ve özgün olmayan EEG bozuklukları ve epilepsi gelişme olasılığının daha yüksek olması bu hasarı kanıtlar niteliktedir (33).

2.1.5.3. Beyin Görüntüleme Çalışmaları

DEHB olan çocuklarda silik nörolojik belirtiler sık görülmektedir. Çocukların önemli bir bölümünde Santral Sinir Sisteminde (SSS) yapısal hasara ilişkin bir belirti yoktur. Bilgisayarlı Beyin Tomografisi (BT) ile “korpus kallozumun iki ön bölgesi olan rostum ve rostral cismi DEHB olan çocuklarda kontrollerden belirgin derecede küçük bulunduğu” gösterilmiş, yazarlar bu bulgunun dikkatsizliği açıklayabileceğini ileri sürmüştür. Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRI) çalışmalarında düşük korpus kallozum hacminin gösterilmesi DEHB’de fronto-striatal döngüdeki gelişimsel bozukluk hipotezini desteklemiştir. Tek Foton Yayılımlı Bilgisayarlı Tomografi (SPECT) çalışmalarında striatumda bölgesel kan akımında azalma, duyu ve motor bölgelerde ise artış görülmüştür. Pozitron Yayılımlı Tomografi (PET) çalışmalarında bu çocukların frontal loblarında beyin kan akımı ve metabolik hızda azalma olduğu gözlenmiştir (33).

2.1.5.4. Nörofizyoloji Çalışmaları

Bozukluğun nörofizyolojik nedenleri ile ilgili araştırmaların sonucunda genel olarak SSS gelişiminde gecikme ya da aksamalar olabileceği üzerinde durulmaktadır. Ayrıca frontal lobun daha alt merkezleri baskılayıcı etkisinin bozulduğu ya da olmadığı ve retiküler aktive edici sistemin dikkat merkezi üzerindeki etkisinin azalmasından söz edilmektedir (33). DEHB’deki aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtilerinden sorumlu dopaminerjik ve noradrenerjik yollar, dikkat bozukluğundan sorumlu yollardan farklı gibi görünmektedir. Nigrostiratal dopamin yolağı DEHB’deki aşırı hareketlilik ve

dürtüsellığı açıklamaya adaydır. Bu yolak motor aktiviteyi kontrol etmekte olup Castellanos'a göre DEHB'de nigrostiratal yolakta dopamin aktivitesinde görece bir artış söz konusudur (56). Mezokortikal dopamin yolağı ve lokus seruluestan prefrontal bölgeye projekte olan noradrenerjik nöronların işlev bozukluğunun da dikkat eksikliğinden sorumlu olduğu tahmin edilmektedir (33). Ülkemizde yapılan SPECT çalışmasının birinde sol temporal (57), diğerinde ise sağ frontal lob (58) kan akımlarında azalma bildirilmiş, metilfenidat tedavi sonrası bu bölgelerdeki kan akımının arttığı gösterilmiştir. Sonuç olarak elimizdeki veriler dikkat ve motor davranışı düzenleyen fronto-kortikal yolaklarda (özellikle frontal-striatal-serebellar yolaklar ve olası diğer bölgelere bağlantılarda) işlev bozukluğu olduğuna işaret etmektedir (59).

2.1.5.5. Nörotransmitterler

Tedavide kullanılan ilaçların etkilerinden yola çıkılarak nörotransmitterler de irdelenmektedir. En sık kullanılan ilaçlar olan amfetaminler hem dopamin hem de noradrenalinini etkilediğinden her iki sistemde de işlev bozukluğu olabileceği ileri sürülmüştür. Stimulanlar katekolamin salınımını artırır, geri alınmasını azaltır. Trisiklik ilaçlar ve monoaminoksidaz inhibitörleri (MAOI) de hiperaktiviteyi azaltır. Ancak, süreçten sorumlu tek bir nörotransmitter belirlenememiştir (33). Dopamin (DA) ve dopaminden sentezlenen noradrenalin (NA) dikkat, konsantrasyon ve bunlarla ilgili motivasyon, uyanıklık gibi diğer bilişsel işlevlerdeki rolü bilinmektedir. Dopaminin DEHB'de hiperaktivite ve öğrenme sorunlarında, sorunlu olduğu düşünülen operan ödül meknizmalarında ve işleyen bellekte önemli olduğu düşünülmektedir. Genel olarak DEHB'de DA ve NA'nin metabolizmasında bir azalmadan bahsedilmekle birlikte bu modeller tek bir dopaminerjik sistem olduğu varsayımını temel aldığından yeterli olmamaktadır. Serotonin ve katekolamin sistemleri arasındaki etkileşim nedeniyle tek nörotransmitter yaklaşımı oldukça yetersiz kalacaktır (33).

2.1.5.6. Psikososyal Etkenler

Bozukluğun gelişiminde temel bir etkiden çok hazırlayıcı ve ortaya çıkışını hızlandırıcı etkilerden söz edilebilir. Zorlayıcı yaşam olayları, aile düzeninde bozulma ve diğer anksiyete yaratan nedenler DEHB'nin ortaya çıkmasında ya da sürmesinde etkili olur (33).

2.1.6. DEHB İLE İLİŞKİLİ DİĞER DURUMLAR

DEHB olan çocuk ve ergen, gelişiminin tüm basamaklarında ciddi sosyal, akademik ve psikolojik yetersizliklerle karşılaşmaktadır. Yaşamının hemen her alanında görülen yetersizlikler çocuk-ergende demoralizasyon, benlik saygısı (özgüven) azalması, akranları tarafından dışlanma, anksiyete-depresyona yol açabilir. DEHB'in çocuğun okul performansı üzerindeki genel etkileri; üretkenlik ve motivasyon sorunları, fikir ve duygularını ifade edebilme yeteneğinde azalma, işleyen bellekte (working memory) azalma, konuşmada bozukluklar, sözel muhakeme sorunlarıdır. DEHB'in davranış gelişiminin üzerindeki etkileri ise; sınıfta kötü davranış, düşük nitelikli akademik başarı, özel eğitim gereksinimi, okul dışı kalma, sınıfta kalma, liseden mezun olamamadır. Bunların yanında bozukluğun aileler üzerinde olumsuz ekonomik etkileri de olmaktadır. Aileler yüksek düzeyde stres, kendini suçlama, sosyal izolasyon, depresyon ve evlilik anlaşmazlıkları yaşayabilmektedirler. Bu çocuklar akranları ve erişkinler tarafından dışlanırlar ve sürekli müdahaleye ve negatif uyaranlara maruz kalırlar. Ebeveynleri baş etmekte zorlanır ve yetersiz kalırlar. Çocuğun problemleri ile baş etmek çoğu zaman sosyal izolasyona ve aile içi-evlilik sorunlarına kadar varmaktadır (1).

2.1.7. DEHB'DE AYIRICI TANI

Üç yaşından küçük çocuklarda aşırı hareketlilik ve dikkatsizlik gibi temel belirtilerin DEHB'de sıklıkla gözlenen görsel-motor ve algı ile ilgili yetersizliğe mi, yoksa normalde tam olarak gelişmemiş sinir sisteminin klinik görünümüne mi bağlı olduğunun ayırımı oldukça güçtür. Ayırıcı tanıda gelişim dönemine uygun bu aşırı hareketliliğin göz önüne alınması gerekir. Okul öncesi dönemde böylesi coşkulu çocukların ayırıcı tanısı önemlidir. Gerçek DEHB olanlarda belirtiler kalıcıdır ve genellikle öfke patlamaları, kavgacılık, saldırgan tutumlar, yaralanmaya neden olabilecek korkusuz hareketler ve gürültücülük eşlik etmekte, karşı gelme tutumları izlenmektedir (33).

Dikkat eksikliği dışında okuma ya da matematik beceriksizliğine bağlı olarak ortaya çıkabilen değişik tipte öğrenme bozuklukları DEHB'den ayırt edilmelidir. Öğrenme yetersizliği olan bu çocuklar okulda sıkılmakta, hevesleri kırılmaktadır. Yeterli yardımı alamadıkları okul ortamlarında ise çocuklarda huzursuzluk ve dikkatsizlik ortaya çıkmaktadır. Bu durum zeka geriliği olan çocuklar için de geçerlidir. Zeka geriliği olan

çocuklarda DEHB tanısı, ancak dikkatsizlik ve hiperaktivite belirtileri o zeka yaşından beklenenden çok daha fazla ise konmalıdır (33).

DEHB'den ayrılması gereken önemli bir tanı da uyum bozukluğudur. Her iki bozuklukta (özellikle erkek çocuklarda) benzer özellikler bulunmaktadır. Uyum bozukluğunda süre genellikle 6 aydan kısadır ve ortaya çıkışı yaşamın daha geç dönemlerindedir. DEHB olan çoğu çocukta ise yaşamın ilk yıllarında sorunlar başlamaktadır (33).

Çocuklardaki anksiyetenin de ayırıcı tanı için araştırılması gerekmektedir. DEHB'ye ikincil olarak anksiyete eşlik edebilmektedir. Anksiyete de aşırı hareketlilik ve dikkatin kolayca dağılmasına neden olabilmektedir (33).

DEHB olan çocukların ders çalışma ve öğrenme ile ilgili güçlükleri nedeniyle anne-baba ile çocuk arasında sürekli bir sürtüşme yaşanmaktadır. Bunun sonucunda çocuk örselenmekte, bazen aşağılanmakta ve giderek benlik saygısı düşmektedir. Bu çocuklarda klinik duruma sıklıkla depresyon eşlik etmektedir. DEHB'ye ikincil olarak ortaya çıkan bu depresyon, hareketlerde azalma ve sosyal geri çekilmenin olduğu birincil depresyondan ayırt edilmelidir (33).

Ayırıcı tanıda diğer psikiyatrik, gelişimsel, tıbbi ve nörolojik bozukluklar düşünülmelidir. Absans nöbetler DEHB'ye eşlik edebildiğinden ya da benzer belirtiler sergileyebildiğinden ayırıcı tanıda göz önüne alınmalıdır (33).

Dikkat eksikliğinin önde gelen tipi için ayırıcı tanıda başta Asperger bozukluğu olmak üzere, yaygın gelişimsel bozukluklar, iletişim bozuklukları ve travma sonrası stres bozukluğunun göz önünde bulundurulması, ayrıca çeşitli tıbbi durumlar için kullanılacak semptomimetikler, steroidler, teofilin, antihistaminikler ve fenobarbital gibi ilaçların kullanımının, madde kötüye kullanımının, hipertiroidizm, kurşun ve çinko gibi çevresel toksinlerin de bozukluğun ayırıcı tanısında önemli olduğu bildirilmektedir (33).

2.1.8. DEHB'DE TEDAVİ

DEHB tedavisinde psikososyal ve tıbbi girişimleri içeren çok yönlü tedavi yaklaşımı gerekmektedir. Psikososyal girişimler aile, okul ve çocuk üzerine yoğunlaşabilir. Aileye yönelik girişimlerde DEHB ile ilgili bilgilendirme yapılır, destekleyici gruplar, kitaplar önerilir. Amaç çocuğun ev içi yıkıcı davranışlarını azaltmak yanında anne-

babaların baş etme konusunda kendilerine güvenlerini arttırma ve aile içi sorunları azaltmaya da yöneliktir. Aile içi patolojilerin tanınıp ele alınması da sağlanır (33). Bu bölümde yalnızca ilaç tedavisine değinilmiştir.

2.1.8.1. İlaç Tedavileri:

SSS uyarıcıları, antidepresanlar, antipsikotikler, anksiyolitikler, antikonvülzanlar, lityum, fenfluramin, klonidin ve guanfasin bu amaçla kullanılan ilaçlardandır. Bu bölümde yalnızca uyarıcılar ve antidepresanlara değinilmiştir.

Genel olarak DEHB'nin ilaçla tedavisinde ilk seçilen ilaçların uyarıcılar olduğu kabul edilmektedir. Amerikan Gıda ve İlaç Birliği (FDA) uyarıcı ilaçlardan dekstroamfetaminin üç yaşından, metilfenidatın ise 6 yaşından sonra kullanımını onaylamıştır. Bu iki ilaç en sık kullanılan ilaçlardır. Uyarıcı ilaçların etki düzenekleri tam olarak bilinmemektedir (33).

Metilfenidat, DEHB olan çocukların 3/4'ünde belirgin bir etki göstermektedir. Yan etkileri de görece azdır. İlaçların hedefi ders başarısı ve üretkenliktir. İlaçlar karşı gelme ve saldırgan tutumlar ile davranım sorunlarına da yararlı olmaktadır. Aile, kardeş, arkadaş ve öğretmen ilişkileri düzelmektedir. Bu nedenle ilaç "okul zamanı ilacı" olarak düşünülmemelidir. Günün diğer zamanları ve hafta sonları da kullanılmalıdır. Ülkemizde metilfenidatın iki şekli bulunmaktadır;

1) Ritalin: 10 mg metilfenidat etken maddesi içeren tabletler şeklindedir. 1 kutuda 30 tane ilaç bulunmaktadır. Etki süresi 4-6 saat sürmektedir. Sabah alındığında, öğleden sonra dikkat gerektiren etkinlikler için ikinci bir doz alınması gerekmektedir.

2) Concerta: 18, 27, 36 ve 54 mg metilfenidat etken maddesi içeren uzun süreli salınımlı tabletler şeklindedir. 1 kutuda 30 tane ilaç bulunmaktadır. Etki süresi 11-12 saat sürmektedir.

Tüm uyarıcı ilaçlar için ortak ve en sık görülen yan etkiler; iştah azalması, bulantı, uykusuzluk, huzursuzluk, mide ve baş ağrısıdır. Yan etkilerin çoğu ilacın kullanılmasıyla azalır. Uyarıcı ilaçların büyüme üzerine baskılayıcı etkisini araştırmaya yönelik izlem çalışmalarında böyle bir etkinin gözlenmediği ve büyümedeki baskılanmanın dozla ilişkili olabileceği bildirilmiştir. İlaçlar puberteden sonra da etkisini sürdürür, tolerans ve bağımlılık gelişmez. Tik bozuklukları olan çocuklarda uyarıcıların kullanılması ile

yakınmaların arttığı söylenmişse de son bilgiler uyarıcı ilaç tedavisinin sürdürülmesi ile başlangıçtaki düzeye döndükleri gösterilmiştir. Eğer tik belirtilerinde düzelme olmazsa ilaç kesilmeden haloperidol, pimozid ya da klonidin tedavisinin kullanılması önerilmektedir (33).

Antidepresan ilaçlar da DEHB’de etkili olmaktadır. Bir seçici NA geri alım inhibitörü olan atomoksetin ile imipramin, desipramin, nortriptilin ve amitriptilin gibi trisiklik antidepresanlar özellikle anksiyete ve depresif bozuklukların eşlik ettiği ya da uyarıcı ilaçların kullanımını etkileyen tik bozukluklarının olduğu durumlarda etkilidirler.

Atomoksetin, FDA tarafından, DEHB’nin uyarıcı olmayan ilaç tedavilerinde yetişkin ve çocuk olgular için onaylanmıştır. DEHB’nin temel belirtilerinde günlük tek doz kullanım ile belirgin düzelme sağladığı, etkisinin doza bağlı olup, 1.2 mg/kg ve 1.8 mg/kg dozlarda 0.5 mg/kg/gün dozuna ve plaseboya üstün olduğu gösterilmiştir. Diyastolik kan basıncında ve kalp atım hızında hafif artış dışında belirgin yan etkisi yoktur. İştah azalması, bulantı, kusma, yorgunluk görülebilmekte, uykuyu geciktirici etkisi uyarıcı ilaçlardan daha az ortaya çıkmaktadır (33).

Trisiklikler eşlik eden depresyon, anksiyete, madde kullanımı bozukluğu ya da duygulanım bozukluğu aile öyküsü, ya da eşlik eden enürezis varlığında DEHB’nin tedavisinde seçilmektedirler. Günde iki kez, küçük çocuklarda ise üç doz şeklinde verilmelidir. Antikolinergik (ağız kuruluğu, konstipasyon, bulanık görme), antihistaminergik (sedasyon, kilo alma) ve alfa adrenergik (kan basıncı değişiklikleri, tremor) yan etkileri çocuklarda aynı zamanda bilişsel bozulma, kilo kaybı, uykusuzluk ve kabuslara neden olmakta, epilepsi eşliğini düşürmektedir. Kalp işlevlerinin izlenmesi önemlidir. Tedavi başlangıç EKG’si, doz artırımında bunun yenilenmesi önerilmektedir. Tedavi öncesi PR aralığı 0.20 sn, QRS 0.12 sn üzerindeyse, tedavi ile QRS aralığında tedavi öncesine göre %30, QTC’de 0.44-0.46 sn üzerinde bir değişiklik olursa TCA’dan kaçınılmalıdır (33).

2.2. BENLİK, BENLİK SAYGISI ve BENZER DİĞER KAVRAMLAR

Bu bölümde “benlik saygısı” kavramına yer verilmiştir. Benlik kavramına ve benlik saygısı kavramı ile çok karıştırılan, bazen birbiri yerine kullanılan benlik kavramı (self-concept), öz-yeterlilik (self-efficacy) kavramlarına da kısaca değinilmiştir.

2.2.1. Benlik (Kendilik, Self)

Benlik, bireyin kendine özgü, duygularını, algılarını, değerlerini, isteklerini, yeteneklerini, tutumlarını (bilinçli ve bilinç dışı olarak) “sunumu”dur. İnsan, diğer insanlarla ve toplumla etkileşimi aracılığı ile kendini inşa eder. Bu süreçte insan hem “kendiliği (benlik, self)”ni hem de “sosyal biliş”ini oluşturur (60).

2.2.2. Benlik Kavramı (Self-concept)

Benlik kavramı bireyin sahip olduğu bütün zihinsel ve bedensel özelliklere ilişkin kendini bilmesi (self-knowledge) ve değerlendirmesi olarak tanımlanabilir. Bireyin kendisi ile ilgili düşüncelerinin bütünü, kendini nasıl algıladığıyla, değerlendirdiği ile birlikte kendi hakkındaki ve çevresi tarafından nasıl algılandığı hakkındaki kafasındaki şemadır (61).

2.2.3. Öz-Yeterlilik (Self-efficacy)

Psikolog Albert Bandura tarafından tanımlanmıştır ve kişinin yaşam olayları, belli durumlar karşısında kendisine, yetkinliğine olan inancının bir göstergesidir. Sıklıkla benlik saygısı (özgüven) ile karıştırılır (62).

2.2.4. Benlik Saygısı (Öz-güven, Self-esteem)

Bir nesnenin varlığını ya da tözünü (cevherini) oluşturan şey olarak tanımlanan “**kendilik duygusu (self-sensation)**”, sosyal bilişle birlikte bireyin bebeklik döneminden itibaren yakın çevresindeki insanlarla duygusal etkileşimleri aracılığı ile birçok aşamada gerçekleşir (60). Kendilik duygusunun bileşenlerinden biri olan “**benlik saygısı (self-esteem)**” kişinin arzu ettiği kendilik imajına ne kadar ulaşabildiğini yansıtan bir kavramdır (63).

“**Benlik saygısı**” kavramı, yüzyıldan fazla bir zaman önce ilk kez William James tarafından kullanılmış, 1960’larda Dr. Abraham Maslow tarafından kavramlaştırılmıştır. Dr. Morris Rosenberg tarafından 1965’te global benlik saygısı ölçeği (R-ESI) geliştirilmiştir. Susan Harter, 1985’te Çocuklar için Self-Perception Profilini tanımlamış ve benlik kavramını beş alt yapıda incelemiştir. Dr. Nathaniel Brandon ise benlik saygısı hareketinin öncülerindendir (64).

Rosenberg'e göre benlik saygısı kişinin tüm alanlarda (global benlik saygısı) ya da özel alanlarda (spesifik benlik saygısı) kendini nasıl tanımladığı ve algıladığıdır. Özel alanlardaki benlik saygısının global benlik saygısına göre kişinin gözlenen davranışları için daha iyi bir belirleyici olduğu bildirilmektedir (65).

Harter benlik saygısını "bir bireyin kişi olarak kendisinden ne kadar hoşlandığı, kendini ne kadar kabul ettiği ve saydığı biçiminde" sorusu ile açıklamaya çalışmış, benlik saygısına ilişkin iki farklı kuramsal görüş sunmuştur. Bunlardan birincisi, William Cames'in görüşüdür ki burada benlik saygısı bireyin belirli bir alanda algılanan başarısının oranı olarak görülmektedir ki birey burada başarıya odaklanmıştır. İkinci kuramsal görüş C. Horton Cooley'in olup, bu görüşe göre benlik saygısı kişinin kendisi için önemli olan kişilerin kendisini nasıl gördüğüne ilişkin algısıdır (64).

Özetleyecek olursak benlik ile ilgili kavramlardan benlik kavramı, benliğin bilişsel yanını, benlik saygısı ise benliğin duygusal boyutunu ifade eder. Çoğunlukla karıştırılan benlik kavramı ile benlik saygısı birbirlerinden farklı bir anlam taşımaktadırlar. İkisi de bireyin kendi benliği hakkındaki fikirleri kapsamakla birlikte benlik saygısı benlik kavramından daha farklı değerlendirici bileşimleri de içine almaktadır. Öz yeterlilik ile özgüveni karşılaştıracak olursak özgüven daha stabil ve yaşamın daha erken dönemlerinde gelişen bir kavram iken, öz yeterlilik yaşam olayları ile bağlı olarak çok değişkenlik gösterebilmektedir (66).

2.2.5. Benlik Saygısının (Öz-Güvenin) Oluşumu

Bireyler değerli oldukları ya da olmadıkları fikrini diğer insanların kendilerine yönelik davranışlarından, kendileri hakkındaki düşüncelerinden öğrenmektedirler (64). Benlik saygısı her insanın en çok değer verdiği kişilerin yani anne-babasının kendisine verdiği değere çok sıkı bağlıdır. Benlik saygısının gelişimi ailede başlar, çocuk sosyalleştikçe okul hayatına girmesiyle hızlanır. Çocuğun kendi akranları ile karşılaştırmalar yapması ve başkaları tarafından yapılması da benlik saygısının gelişimi için önemli yer tutmaktadır. Anne-babanın ittiği, değersiz bulduğu, önemsemediği bir çocuğun kendisine saygı göstermesi beklenemez (67).

Benlik saygısının kişinin psikolojik işlevselliğinin çok önemli bir yürütücüsü olduğu (68) yaşamındaki depresyon, anksiyete, motivasyon ve genel memnuniyet-doyum ile çok yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir (69,70). Yüksek benlik saygısının,

ebeveynlerle olumlu ilişkiler içinde olma, bireyin kendi yaşamında kontrolü olduğu duygusu, risk almaya istekli olma gibi faktörlerle ilişkili olduğu görülmektedir. Yüksek benlik saygısı, ailedeki aitlik algısıyla ilişkisi vardır. Ayrıca yüksek benlik saygısı, okullarda akademik başarı ile içsel kontrol, yüksek ailevi kabul ve olumlu kendini çekici bulma duygusu ile ilişkili bulunmuştur (69,70). Düşük benlik saygısı ise, düşük akademik performans, ebeveyn ve öğretmenlerin akademik başarı için çocuk ve gençlere baskı yapması, aile içinde yaşanan güçlükler, kaygı, depresyon, yalnızlık ve mutsuzluk gibi faktörlerle düşük yaşam tatmini, yalnızlık, depresyon, anksiyete, alınganlık ve sinirlilikle ilişkilidir (69,70). Benlik saygısının başatme stratejisinin önemli bir değişkeni olduğunu, yüksek benlik saygısına sahip ergenlerin düşük benlik saygısına sahip olanlara göre sorunlarla daha iyi başettiklerini göstermektedir (71).

2.2.6. Benlik Saygısının Ölçülmesi

Benlik saygısı (özgüven) psikometrik girişimlerle ölçülmektedir. Bu amaçla kullanılan birçok ölçekten Türkçe'ye kazandırılan, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmış olanları şunlardır;

2.2.6.1. Rosenberg'in Benlik Saygısı Ölçeği

Morris Rosenberg tarafından 1963 yılında geliştirilmiş olan ölçeğin, 1965 yılında geçerlilik ve güvenirliliği yapılmıştır (72). Guttman ölçüm şekline göre düzenlenmiş olan testte olumlu ve olumsuz yüklü maddeler ardışık olarak sıralanmıştır. Sorulardan her biri çok doğru, doğru, yanlış, çok yanlış olmak üzere 4 farklı biçimde cevaplanmaktadır. Ölçeğin kendi içinde değerlendirme sistemine göre, denekler 0-6 arasında puan almakta, puanın yüksek olması benlik saygısının düşük, düşük olması ise benlik saygısının yüksek olduğunu göstermektedir. 0-1 puan **yüksek**, 2-4 puan **orta** ve 5-6 puan **düşük benlik saygısı** olarak değerlendirilmektedir. Ülkemizde 1986 yılında Dr. Füsün Çuhadaroğlu tarafından geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılarak uygulanmaya geçirilmiştir. Ölçeğin geçerlilik katsayısı 0.71, güvenirlik katsayısı 0.75 olarak bulunmuştur (73).

2.2.6.2. Coopersmith'in Benlik Saygısı Envanteri

Coopersmith tarafından 1967 yılında geliştirilmiş olan envanter toplam 57 maddeden oluşmakta, envanterden benlik saygısına ilişkin toplam puan elde edilmektedir

(74). Envanterde yüksek benlik saygısının göstergesi kabul edilen cevaplara 1, diğer cevaplara ise 0 puan verilmiştir. Envanterden alınan puan yükseldikçe bireylerin benlik saygıları da yükselmektedir. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Güçray (1989) tarafından yapılmıştır (75). Bu envanterin bir de kısa formu bulunmakta ve bu kısa form genel benlik saygısını ölçmektedir. Kısa form benlik saygısı ile ilgili kendini küçümseme, liderlik, popülerlik, anne-baba-aile, atılganlık ve kaygı gibi faktörleri kapsayan 25 maddeden oluşmaktadır. Bu envanter 4.-8. sınıf öğrencilerine uygun olarak hazırlanmıştır. Envanter maddeleri evet-hayır biçiminde yanıtlanmaktadır. Envanterden alınabilecek en yüksek puan 25, en düşük puan ise 0'dır (76).

2.2.6.3. Piers-Harris Çocuklarda Benlik Kavramı Ölçeği

“Kendim Hakkında Düşüncelerim” adı ile de anılmakta olan ölçek 9 ile 16 yaş gruplarındaki öğrenciler için geliştirilmiştir. Ölçek öğrencilerin kendilerine yönelik düşünce, duygu ve tutumlarını değerlendirmeyi amaçlar. Toplam 80 tanımlayıcı ifadeden oluşan altı alt ölçek içermektedir. Kuramsal olarak 0 ile 80 arasında değişen puanlar elde edilir. Yüksek puanlar **olumlu öz-kavramının**, düşük puanlar da **olumsuz öz-kavramının** varlığını ifade eder (77). Ölçeğin Türkçe uyarlaması Öner tarafından yapılmış, güvenilirlik katsayısı .81 ve .89 arasında bulunmuştur (78).

2.2.7. Ölçeklerle Değerlendirmenin Güvenilirliği

Sekiz yaşından küçük çocukların self-reportları doğru bir şekilde anlayıp kavramaları önemlidir. Self-report benlik saygılarının objektifliği açısından çocukların kavradığından emin olmak önemlidir. Çocuğun anlaması ve kavraması için gerekirse sesli okuyup, anlatarak doldurmasına yardımcı olunmalıdır. Sekiz yaş ve üzeri çocukların kavramaları ise daha kolay ve sonuçları açısından daha güvenilirdir (79).

Bazı klinisyenler self-reportlar ile çocuğun benlik saygısının değerlendirmenin güvenilir ve gerçekçi olmayacağını, bunun yerine anne-baba ya da öğretmen alınacak bildirimlerin daha belirleyici olmasının tercih edilmesi gerektiği (80) belirtmekle birlikte hasta-merkezli pratikte önerilen çocuğun rapor ettiği her şeyi dikkate almamız gerektiği şeklindedir (81), daha güvenilir olabilmesi için tekrarlı doldurtulabileceği de önerilmektedir (82).

2. 3. DEHB VE BENLİK SAYGISI

Benlik saygısı çocuğun çevresiyle etkileşimine ve deneyimlere bağlı olarak gelişir. Önce anne-baba ve diğer aile bireyleri gibi çocuğun hemen yakınında bulunan kişilerin daha sonra arkadaş ve öğretmenlerin davranış ve tutumlarıyla şekillenir. Benlik saygısının olumlu gelişmesi için çocuğun olumlu davranışları nedeniyle ödüllendirilmesi, kabul görmesi ve takdir edilmesi gerekir. Oysa DEHB olan çocuklar yıkıcı davranışları ve sosyal ilişkilerindeki zorluklar nedeniyle sıklıkla evde, okulda ve diğer ortamlarda eleştiri ve cezaya fazlaca maruz kalırlar. Özellikle başarı ve başarma duygularının tadılması gereken ilköğretim yıllarında başarısızlık ile tanışırlar. Gerek akademik, gerekse ilişkisel bağlamda yaşanan başarısızlıklar sonunda “ben aptalım, hiçbir işe yaramam” gibi ifadelerle kendilerine olan güvensizlik ve mutsuzluğu ifade edebilirler (83).

Voeks, DEHB’li çocukların benlik saygısının kapsamlı değerlendirilmesine vurgu yaptığı yayınında Barkley’in görüşüne de yer vermiştir. Barkley’e göre, DEHB’li çocuklar uygun sosyal becerileri öğrenme girişimlerinde bulunurken akranları tarafından kabul edilmedikleri için kafaları karışır ve bu durumda çoğunlukla onların olumsuz benlik kavramı geliştirmelerine neden olur. Bununla birlikte bütün DEHB’li çocuklar olumsuz benlik kavramına sahip değillerdir, çünkü onlar sahip oldukları yetenekleri abartarak kendileri hakkında gerçekçi olmayan olumlu duygulara sahip olmaktadır. Bu çocuklar çoğunlukla bir çeşit savunma mekanizması ile kendileri hakkında gerçekçi olmayan olumlu bakış açısı sayesinde içinde buldukları çökkün durumu kabul etmezler. Bu çocuklar sınırlı farkındalıkları nedeni ile kendi kusurlarının, başarısızlıklarının sorumluluğunu başkalarının üzerine atarlar (84).

DEHB’li çocukların, öğrenim yetersizlikleri ile kendini gösteren eğitim zorlukları, ebeveynlerin hoşgörüsüzlüğü ile pekişen ailevi zorlukları ve depresif kişisel deneyimleri olumsuz benlik kavramının sebebi olmaktadır (85).

DEHB yaşayan çocukların olumlu benlik kavramı kazanmasında ailenin ve öğretmenlerin desteği gerekmektedir. Çocuklar yetişkinleri model alırlar. Anne-baba ve öğretmenlerin çocuklar için doğru model olmaları önemlidir. Anne-babalar, öğretmenler çocukla doğru iletişim kurar, birlikte plan yapar ve hedefleri saptarlarsa DEHB’li çocuk için içinde buldukları durumu iyileştirmek daha kolay olacaktır (83).

2.3.1. DEHB ve Benlik Saygısı Konulu Yapılmış Araştırmalar

Bu bölümde DEHB’de benlik saygısının araştırıldığı yurt dışı ve yurt içinde yapılmış çalışmalara, en yakın zamanda yayınlanandan başlayarak değinilmiştir. Literatürde bulunan DEHB’li çocuk ve ergenlerde benlik saygısı ile ilişkilendirilen benlik kavramı, benlik algısı gibi değişkenleri araştıran çalışmalara da yer verilmiştir.

2.3.1.1. Yurt Dışında Yapılmış Çalışmalar

Coleman, 2008 yılında yayınlanan çalışmasında DEHB’li ergenlerde sosyal gelişimin anahtarı olan arkadaşlık ilişkilerinin (arkadaş edinme, sürdürme, akranları ve erişkinlerle başarılı bir etkileşimi sürdürme) sorunlu olduğu, sosyal becerilerde (verbal ve nonverbal dil kullanımında) yaşadığı sorunlar nedeniyle sürekli negatif geri bildirim aldıkları, dil sorunları, öğrenme güçlükleri ve obezite gibi eklenen diğer durumlar nedeniyle etiketlendiklerine işaret etmiştir. Etkin bir müdahale yapılmazsa çocuk-ergenlerin benlik imgesi-algısı, benlik saygısı, okul-öğrenme, cinsel işlevleri, yaşam tarzı, davranışları, samimiyetin gelişimi, ruhsal-duygusal olarak iyilik hali, fizik sağlığın iyi oluşmasının olumsuz etkilendiği, başarılı bir tedavinin yaşam boyunca karşılaşacağı güçlükleri önleyebileceğini vurgulamıştır (18).

Gallichan ve Curle, 2008 yılında yayınlanan bir çalışmada, DEHB’li ergenleri sosyal yapı ve bununla baş etme mekanizmaları açısından değerlendirmişlerdir. Yaşları 10-17 arasındaki 12 genç ile yarı-yapılandırılmış görüşme yapmışlar, bu görüşmelerle; genç ile onun sosyal bağlamdaki resiprokal ilişkisini, aslında rijit-esnemeyen tutumuna hiç de uymayan kişiler oldukları, bu kusurlu döngünün, çocukta kontrol kaybına ve düşük benlik saygısına yol açtığı belirtilmektedir. DEHB’de çevresel uyum sağlanırsa, diğerleri kabul eder ve desteklerse bu çocuklar daha uyumlu ve esnek davranabilmektedir. Böylesi çevresel unsurların bu çocuklara pozitif alıgilamalarında destek olmalı, motive etmelidirler. Başkalarının anlaması ve bu çocukları çevreye uyumunu sağlamakta istekli olması bu çocukların benlik saygısını olumlu etkileyecektir (19).

Ek ve arkadaşları, 2008 yılında yayınlanan bir çalışmada DEHB’li çocuklarda ve eşik altı semptomları bulunan dikkat eksikliği ve/veya öğrenme problemleri bulunan çocukların benlik saygısına bakmışlardır. İsviçre’den, toplum temelli örnekten, 10 ve 11 yaş grubundaki DEHB/eşik altı DEHB bulunanlar ile (n=30), hafif dikkatsizlik ve/veya öğrenme problemi bulunanları (n=64) hedef seçmişlerdir. Fizik görünüm, skolastik

yeterlilik, ruhsal iyi-olma, anne-baba ve diğerkleri ile olan ilişkiler ve global benlik saygısını ölçen “Kendim hakkında düşündüklerim ölçeği”ni uygulamışlardır. Kızlar ve erkeklerin verdikleri cevaplar ayrı ayrı incelenmiş, Anne-baba ve öğretmene, 10 maddeden oluşan ve impulsivite, huzursuz davranış, duygusal oynaklık değişkenlerini değerlendiren Conners ölçeklerini uygulamışlardır. Kızlarda daha düşük benlik saygısı, daha az ruhsal iyi olma hali, daha zayıf anne-baba ve akran ilişkisi saptamışlardır. DEHB’li/eşik altı DEHB’si bulunan çocukların referans populasyon ile aralarında global benlik saygısı açısından anlamlı bir fark bulamamışlardır (11).

DEHB semptomları ile benlik saygısının gelişmesi arasındaki ilişkinin araştırıldığı, Edbom ve arkadaşları tarafından yapılan ve 2006 yılında yayınlanan bir çalışmada populasyon temelli örneklemedeki ikiz DEHB’liler ile çalışılmıştır. Birinci basamakta (Mayıs 1985-Aralık 1986 doğumlu olan İsveç çocuklarından (n=1480)), 1994 yılında ikizler 8 yaşında iken ve ikincisi 1999 yılında ikizler 13 yaşında iken değerlendirilmişlerdir. Birincisinde ve ikincisinde anne-babalara çocukları hakkında ölçek doldurulmaları istenmiştir. İkincisinde çocukların da benlik saygısı ile ilgili “Youth Self Report (YSR)” ölçeğini doldurmaları istenmiştir. DEHB semptomları ve benlik saygısı analiz edilmiştir. DEHB semptomları anne-babanın bildirdiği 8-13 yaşlar için olanında yüksek skorlar bulunmuş, 13 yaşındaki benlik saygısı geri bildirimini düşük olarak bulunmuş. Eş-ikizinin kontrol olarak kullanıldığı analizde, YSR internalizan problemler analiz edilmiş, DEHB’li eşde yüksek skor varlığının 13 yaşındaki düşük benlik saygısı ile korele olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak populasyon temelli örneklemede uzun dönem DEHB semptomları düşük benlik saygısı ile ilişkilendirilmiştir (7).

Barber ve arkadaşları tarafından yapılan ve 2005 yılında yayınlanan bir çalışmada ise DEHB tanısı konmuş çocuklarla bu teşhisin konmadığı çocukların benlik kavramlarının karşılaştırılmıştır. Bu çalışmaya, yaşları 8-12 yaş arasında değişen, 38’i DEHB’li ve 39’u sağlıklı toplam 77 çocuk kabul edilmiştir. Çocuklara okul çağı çocuklarının benlik kavramlarını ölçmek üzere tasarlanan “Çocuklar İçin Hazırlanmış Benlik Kavramı Profili Anketini” doldurtulmuş, gruplar arasındaki ortalama puan farkları t testi ile karşılaştırılmıştır. Sonuçta DEHB grubu çocukların belirgin derecede düşük benlik kavramı ve kontrol grubundaki çocuklarla karşılaştırıldığında davranış kontrolü alt skalasında daha düşük bir puana sahip oldukları saptanmıştır (6).

Shaw-Zirt ve arkadaşları, 2005 yılında yayınlanan bir çalışmalarında, DEHB’li ergenlerin uyum, sosyal beceriler ve benlik saygısını değerlendirmişlerdir. DEHB’li 21 kolej öğrencisini, bu öğrencilerle yaş, cinsiyet ve not ortalaması yönünden benzer ama belirgin DEHB semptomları göstermeyen 20 öğrenci ile karşılaştırmışlardır. Değerlendirme sonucunda DEHB semptomlu öğrencilerin benlik saygılarının daha düşük, sosyal ve okul işlevselliklerinin daha az olduğunu saptamışlardır (5).

Gonzalez ve Sellers, DEHB teşhisi konmuş okul çağı çocuklarında benlik kavramı, kontrolün kaynağı ve sorunlarla baş etme yeteneklerinin kazanımı üzerine yürütülen bir stres kontrolü programının etkinliği ile ilgili 2002 yılında yayınlanan bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmada yaşları 9-12 yaş arasında değişen DEHB’li 42 çocuk, rastgele olarak terapist önderliğinde bir grup, ebeveynler tarafından stres kontrolü yöntemlerinin öğretildiği bir grup ve bir kontrol grubu şeklinde üç gruba ayrılmışlardır; Gruplar benlik kavramı, kontrolün kaynağı ve sorunlarla baş etme yetenekleri üzerine çalışmadan önce ve sonra teste tabii tutulmuşlardır. Sonuçta sorunlarla baş etme yeteneklerinin kazanılması için üç grupta da belirgin değişiklikler gözlenmemiş ise de, terapist önderliğindeki gruptaki çocuklar sorunlarla daha uygun baş edebilme yetisi göstermişlerdir (17).

Treuting ve Hinshaw, 2001 yılında yayınlanan bir çalışmalarında erkek DEHB’li olgularda, agresif tutumun daha yüksek oranlarda depresif semptomatoloji ve daha düşük benlik saygısı düzeyleri ile ilişkili olduğunu göstermişlerdir. Bu çalışmada yaşları 7-12 yaş arasında olan, DEHB’li olup hepsi de ilaç kullanan toplam 114 çocuk ile 87 sağlıklı erkek çocuk karşılaştırılmıştır. DEHB’li olup agresyon sergileyen çocukların benlik saygısının, DEHB’li olup agresyon göstermeyen ya da kontrol grubundaki erkeklerden daha düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca agresif DEHB’li çocukların, agresyonu bulunamayan DEHB’lilerden daha çok depresif semptoma sahip oldukları da bulunmuştur (20).

Bussing, Zima ve Perwien, DEHB’li bireylerin benlik saygılarının düzeyini saptamayı, sosyodemografik faktörler düzenlendiğinde düşük benlik saygısının diğer değişkenleri kestirme gücünü tanımlamayı ve ilaçla tedavinin benlik saygısı üzerine olan etkisini araştırmayı amaçlamışlardır. Bu amaçla 1995 öğretim yılında özel eğitim programındaki toplam 143 DEHB’li çocuğun “Piers-Harris’in Benlik Kavramı Ölçeği” ile benlik saygılarını saptamışlardır. Sonuçları normatif data olarak kabul ettikleri aynı eyaletteki okullardan topladıkları toplam 1183 öğrencinin benlik saygısı ölçeği toplam skorunun ortalaması ile karşılaştırmışlardır. Ölçeğin toplam skoru, davranış, okul, fizik

görünüm, anksiyete, popülerite, mutluluk/doyum alt başlıkları normatif data ile karşılaştırıldığında tüm alt-başlıklardaki puanlarının DEHB’li grupta **orta düzeyde** olduğunu göstermektedir (8).

Dumas ve Pelletier, 1999 yılında yayınlanan bir çalışmalarında, aynı yaştaki çocuklar ile DEHB’li çocuklar arasındaki benlik kavramını karşılaştırmışlardır. Bu çalışmaya 6-11 yaşlar arasında 57’si DEHB’li (20 kız ve 37 erkek) ve 59’u (25 kız ve 34 erkek) kontrol grubu olarak toplam 116 çocuk katılmıştır. Her iki gruptaki çocuklar, altı adet tanımlanmış alt testten oluşan Çocuklar için Benlik Algısı Profilini yanıtlamışlardır. Gruplar t testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Sonuçta, sportif yeterlilik hariç, benlik kavramının tüm boyutları DEHB’li çocuklarda kontrol grubundaki çocuklara göre daha düşük olarak bulunmuştur. Eğitsel yeterlilik, toplumsal kabul ve davranışsal tavırlar DEHB’li çocuklar için sorunlu alanlar olarak saptanmıştır (4).

Frankel ve arkadaşları, 1999 yılında yayınlanan bir çalışmalarında DEHB’li çocuklar içinde ilaç tedavisi görmeyenlere karşı ilaç tedavisi görenlerin benlik saygısını ölçmüşlerdir. Değerlendirme sonucunda uyarıcı ilaç verilen DEHB’li çocuklar kendilerini “daha zeki”, “daha popüler” ve “daha iyi davrandıklarını” hissettiklerini dile getirmişlerdir. Çalışmada ayrıca ilaç tedavisinde yüksek dozların daha yüksek bir benlik saygısı ile ilişkili olduğu da gösterilmiştir. Araştırmacılar uyarıcıların benlik saygısının gözlenen farkların kaynağı olup olmadığını belirlemek için iyi kontrol edilmiş bir çalışmaya ihtiyaç duyulduğuna vurgu yapmışlardır (14).

Slomkowski ve arkadaşları, 1995 yılında yayınlanan bir çalışmalarında 65 DEHB’li olgunun benlik saygısı düzeylerini sağlıklı kontroller ile karşılaştırmışlar ve benlik saygısının düşük olduğunu göstermişlerdir. DEHB tanısını DSM-III ölçütleri ile koydukları toplam 65 DEHB’li olgunun benlik saygısını ölçerek, 62 sağlıklı kontrol ile karşılaştırmışlardır. Benlik saygısını Weis ve Hechtman’ın tanımladığı 11-itemli bir anket ile (fizik görünüm, entellektüalite, genel sağlık, yaratıcılık, fiziksel beceriklik, sosyal beceriklik) değerlendirmişlerdir. Sonuç olarak benlik saygısı ile ilişkili tüm alt başlıklara ait skorların kontrole göre daha düşük bulunduğunu göstermişlerdir (3).

2.3.1.2. Türkiye’de Yapılmış Çalışmalar

DEHB olan çocukların benlik saygısı ile ilgili çalışmalar sınırlı sayıdadır. Bunlardan Kanay’ın 2006’da yaptığı bir çalışmada, 9-13 yaşlar arasında, DEHB’li 45

çocuk ve okul örnekleminde rastgele seçilerek kontrol grubu oluşturulan 45 çocuk, uyumsal davranışları, benlik kavramı ve akademik başarıları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığı karşılaştırılmıştır. Çocukların benlik kavramı Piers-Harris Ölçeği ile, uyumsal davranış ve sorun davranışları 4-18 Yaş Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL/4-18) ve Öğretmen Bilgi Formu (TRF:Teacher's Report Form) ile ölçülmüştür. DEHB tanısı alan 9-13 yaş grubu çocukların uyumsal davranışları (etkinlik, sosyallik, okul, sosyal içe dönüklük, somatik sorunlar, anksiyete /depresyon, suça yönelik davranışlar, saldırganlık alt ölçek puanları) kontrol grubundaki çocuklara göre yüksek, benlik kavramı (mutluluk/doyum, kaygı, popularite, davranış ve uyma, fiziksel görünüm, zihin ve okul durumu alt ölçek puanları) ve akademik başarıları kontrol grubundaki çocuklara göre düşük bulunmuştur (30).

Öztürk ve arkadaşları 2000 yılında yayınlanan bir çalışmada DEHB'de ilaç tedavisinin benlik saygısı ölçümlerine olan etkisini araştırmışlardır. Bu çalışmada DEHB tanısıyla izlenip 4-6 ay süreyle metilfenidat kullanan 9-14 yaşları arasında 31 çocuk ile aynı yaş grubunda ilaç kullanmayan 40 çocuğa Piers-Harris Çocuklarda Öz-Kavramı Ölçeğini uygulamış ve iki grubun benlik saygısı ölçümleri karşılaştırılmıştır. Metilfenidat kullanan çocukların fiziksel görünüm ve okul durumu/zihinsel durum alt ölçek puanları, metilfenidat kullanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Metilfenidat kullanan çocukların kaygı alt ölçek puanları ise kullanmayan çocuklara oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur. İki grubun toplam ölçek puanları arasında ise anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çalışmada metilfenidat kullanan çocukların akademik beceri alanında kendilerini daha olumlu algıladıkları saptanmıştır (15).

Psikiyatri kliniğine başvuran ve içlerinde DEHB tanısı konulanların da bulunduğu çocuk ve ergenlerin normal örneklem grubu ile karşılaştırıldığı bir başka çalışmada ise, çocuk ve ergenlerde, anne-baba tutumu, benlik kavramı ve semptomlar arasındaki ilişki araştırılmış, normal örneklem grubundaki çocuk ve ergenlerin benlik kavramı puanlarının daha yüksek olduğunu, cinsiyete ve yaşa göre ise benlik kavramları arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı saptanmıştır (31).

2.4. YAŞAM KALİTESİ KAVRAMI

“Yaşam kalitesi” bireyin içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi içinde kendi durumunu algılayış biçimi olarak tanımlanmakta, bireyin yaşamdan ve kişisel iyilik hali denilen durumdan sağladığı doyumun bir bütünü olarak ifade edilmektedir. Yaşam kalitesi konusu, ruhsal sağlık durumlarının çoğunda geçerli olduğu gibi, yineleyen ya da uzun süren sağlık sorunları açısından da önemlidir. Bu kavram, ilaç ekonomisi ile ilgili yayınlarda da dikkati çekmektedir. Dolayısıyla yaşam kalitesi konusu genel sağlık ve iyilik halinin operasyonel bir ölçümü olarak ele alınabilir (86).

Sağlık kavramı Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından “Yalnız hastalık veya sakatlık durumunun olmaması hali değil, ayrıca fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali” olarak; yaşam kalitesi kavramı “hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, bireylerin yaşadıkları kültür ve değerler bütünü içinde durumlarını nasıl algıladıkları” olarak tanımlanmıştır (87). Yaşam kalitesi kavramını değerlendirebilmek amacıyla WHO tarafından 1980’li yıllarda 15 merkez ile yapılan ortak çalışma sonucunda WHOQOL-100 yaşam kalitesi ölçeği geliştirilmiştir (88).

Yaşam kalitesinin hastalıklarca etkilenen yönünü içeren ve çok boyutlu bir terim olarak kullanılan Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (SİYK) ise bir hastalığın ve tedavisinin yarattığı etkilerin hasta tarafından algılanışı olarak tanımlanmaktadır (89). Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesini ölçen bazı ölçekler belirtileri ya da klinik durumu sorgularken, bazıları kişinin işlevsel becerisini, psikososyal iyilik halini, sosyal destek durumunu ve yaşamdan memnuniyetini değerlendirmektedir. Bu değerlendirmeler yeni sağlık politikalarının planlanması, bireye uygun girişimlerin seçilmesi, yatış süresi ve tedavi maliyetinin düşürülmesi, hasta ve hasta yakınlarının üretkenliğinin artırılıp iş gücüne kazandırılması gibi farklı amaçlarla kullanılabilir (89).

2.4.1. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Kavramı (SİYK)

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

2.4.1.1. Genel Ölçekler

Bu ölçekler ile yaşam kalitesinin birçok boyutu incelendiğinden, sağlık durumunun değişik yönleri ve ayırt edici özellikleri saptanabilmektedir. Genel kapsamlı olduklarından girişimler arası karşılaştırmaların yapılabileceği buna karşın sonuçların küçük değişikliklere ve hastalığa özgü alanlara duyarlılığın düşük olabildiği belirtilmiştir. Erişkinlerde kullanılan genel ölçekler olarak Short Form General Health Survey (SF-36 MOS), Sickness Impact Profile (SIP), Nottingham Health Profile (NHP) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-100) Türkçeye kazandırılan ölçeklerdendir (89).

2.4.1.2. Özel Ölçekler

Hastalığa, popülasyona, fonksiyona ya da duruma özgü olup, özel bir soruna odaklandıklarından soru yükünü azaltırlar. Klinik açıdan genel ölçeklerden daha hassastırlar, küçük değişiklikler daha kolay saptanabilir. Buna karşılık başka popülasyonlarda ve hastalık gruplarında yapılmış çalışmalar ile karşılaştırılmaz. Bunlardan Türkçeye uyarlananlar Diabetes Quality of Life (DQOF), Arthritis Impact Measurement Scale (AIMS), Kidney Disease Questionnaire (KDQ) örnek verilebilir (89).

2.4.2. Çocuklarda Yaşam Kalitesi

Kronik sağlık problemleri yaşayan çocuk ve ergenlerin tanımlanmasında ve değerlendirmesinde artan farkındalık, çocuk ve ergenlerin yaşam kalitelerinin ölçülmesine yönelik araştırmaları beraberinde getirmiştir (90). Çocuklarda SİYK ile ilgili çalışmalar 1980'li yıllarda yayınlanmaya başlamış, ilk değerlendirmeler basit düzeylerde yapılmış olmasına rağmen genel ve hastalığa özgü YKÖ'nin gelişimine öncülük etmeleri açısından önemli oldukları belirtilmiştir (91).

2.4.3. Çocuklarda Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Özellikleri

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

Bir diğerk alanı olan sosyal işlevsellik değerdendirilirken arkadaşları ile görüşme, onlarla oyun oynama, okula uyum düzeyi önemli bir yer tutmaktadır. Duygusal ve bilişsel işlevsellik, beden imgesi, özerklik, aile içi ilişkiler, gelecekte beklenenler gibi alanlarda çocuk ve ergen yaş grubunun kendi yaş grubu içinde farklı ele alınması gerektiği belirtilmektedir (92).

Çocukların yaşam kalitesi değerdendirmelerinin ebeveynlerin mi yoksa kendilerinin mi yapması gerektiği sorusu halen tartışılrsa da çocukların yaşam kalitelerini olabildiğince kendilerinin değerdendirmesi gerektiği düşüncesi öne çıkmaktadır (93). Anne-babaların ve çocukların paralel olarak doldurabilecekleri ölçekler bu tartışmaya en uygun çözüm gibi gözükmektedir, ancak bu ölçekler az sayıdadır ve anne-baba ve çocuk formları sonuçlarının her zaman birbiri ile çok uyumlu olması beklenmemektedir (94). Bu duruma çocukların hastalıklarını algılamaları ya da tedavi etkinliğini değerdendirmelerinin ebeveynlerinden farklı olması yol açıyor olabilir. Paralel formlarda anne-baba ve çocuklar arasında fiziksel işlevsellik değerdendirmesinde yüksek bir uyumun olduğu, ancak sosyal ve duygusal işlevsellik alanında daha düşük bir uyumun olduğu görülmüştür (95).

Anne-babaların çocuğun yaşadığı belirtileri, akrana ilişkilerini ya da gelecekle ilgili endişelerini tam olarak bilememeleri, formları doldururken diğerk çocuklarından ya da tanıdıkları çocuklardan etkilenmeleri, kendi beklenti ve umutlarından, o andaki stres ya da ruhsal durumlarından etkilenme olasılıklarının olması anne-baba formlarının zayıf yönleri olarak belirtilmektedir. Çocuk ve ergenlerin ölçek sorularını yanıtlayamayacak kadar hasta ya da küçük oldukları durumlarda ya da soruları yanıtlamak istemediklerinde ise yaşam kalitesini değerdendirebilmek için anne-baba formlarının kullanımı önerilmektedir. Ayrıca anne-baba formlarının öğretmenler, akrabalar ya da diğerk yakın kişilerce de doldurabilmesinin olumlu bir özellik olduğu belirtilmektedir (93, 95).

Anne-baba ve çocuk formları eş zamanlı olarak değerdendirildiğinde, genellikle çocukların anne-babalarından farklı olarak hastalığın sebebi ve tedavisi ile ilgilenmediği, hastalıklarına daha iyimser baktıkları saptanmıştır. Çocuklar için arkadaşlarının olması, koşup oynayabilmeleri, sahip olmaları gereken temel yeti ve becerilerinden daha ön plana çıkarken, çocuğun bilişsel gelişim düzeyinin ölçekleri doldurma yetilerini etkilediği belirtilmektedir (95).

Yapılmış olan farklı çalışmalar sonucunda ağrı ve depresyon gibi içsel sorunlarda anne-baba ve çocuklar arasındaki uyumun az olduğu, hareketlilik, yürüme gibi başkaları

tarafından kolayca gözlenebilen dışsal sorunların değerlendirilmesinde ise uyumun daha fazla olduğu gösterilmiştir (96).

Çocuğun yaşam kalitesini en doğru biçimde anlayabilmek için en iyi çözümün, her bir formu bakış açısı farklılıkları olabileceğini bilerek değerlendirmek olduğu belirtilmiştir (93, 94).

2.4.3.1 Çocuklarda Genel Yaşam Kalitesini Değerlendiren Ölçekler

Çocuklarda kullanılan genel yaşam kalitesi ölçekleri olarak; Functional Status II-R Scale (FSII-R), Child Health and Inness 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) ölçekleri sayılabilir (98). Bunlardan KINDL, CHQ ve PedsQL 4.0TM ölçeklerinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır (95).

2.4.3.2. Çocuklarda Özel Yaşam Kalitesini Değerlendiren Ölçekler

Hastalığa, popülasyonu, fonksiyona ya da duruma özgü ölçeklerdir. Bunlara örnek olarak Childhood Asthma Questionnaires (CAQ), Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLQ), About My Asthma (AMA), Pediatric Cancer Quality of Life Inventory (POQOL), Quality of Life Epilepsy (QOLIE-AD-48), Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI), Diabetes Quality of Life Youths (DQOL-Y), Juvenile Arthritis Quality of Life Questionnaire ölçekleri verilebilir. Bunlardan Türkçeye PAQLO ölçeği uyarlanmıştır (95). Bir de Türkçe geliştirilen Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Yaşam Kalitesi Ölçeği (DE/HB-YKÖ) vardır (32, 95).

2.4.4. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ)

Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (Pediatric Quality of Life Inventory; PedsQL), 2-18 yaşları arasındaki çocuk ve ergenlerin sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini ölçebilmek için Varni ve arkadaşları tarafından yaklaşık 15 yıllık çalışma sonucu 1999 yılında geliştirilmiş bir yaşam kalitesi ölçeğidir (97). Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımladığı sağlıklılık halinin özellikleri olan fiziksel sağlık, duygusal işlevsellik ve sosyal işlevsellik alanlarını sorgulamakta, bunun yanında okul işlevselliği de sorgulanmaktadır. Ölçeğin güvenilirliğini

değerlendirmede iç tutarlık çalışması yapılmış, Cronbach alfa katsayısı 0.93 bulunmuş, geçerlik değerlendirmesi için yapı geçerliğine ve klinik geçerliğine bakılmıştır (98).

Bir genel yaşam kalitesi ölçeği olup, okul ve hastane gibi geniş popülasyonlarda, hem sağlıklı hem de hastalığı olan çocuk ve ergenlerde kullanılabilir, 23 maddeden oluşmaktadır. Maddeler 0-100 arasında puanlanmaktadır. ÇİYKÖ'nin kısa olması, yaklaşık 5-10 dakikalık bir sürede doldurulabiliyor olması, araştırmacı tarafından uygulanmasının ve puanlamasının kolay olması en önemli özelliklerindedir (98).

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması; 2-7 yaş grupları için olan formları Üneri (99) tarafından, 8-18 yaş grupları için olan formları Çakın Memik (100,101) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin kolay uygulanabilirliği, farklı yaş grupları ve anne-baba için ayrı formlarının olması olumlu özellikleridir. Ölçeğin 5-7 yaş çocuk formunun geçerliğinin düşük olması bu yaş grubunda kullanımını kısıtlayabilir.

Dolgun ve arkadaşları tarafından geliştirilen Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Yaşam Kalitesi Ölçeği (DE/HB-YKÖ) hastalığa özel bir yaşam kalitesi ölçeğidir. DE/HB-YKÖ, Türk dilinde geliştirilmiş olması, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun görülme oranının yüksekliği dikkate alındığında özel önem taşımaktadır (32).

2.5. DEHB VE YAŞAM KALİTESİ

DEHB gelişim yaşına uymayan davranışsal bir bozukluktur. Bu çocuklarda akranlarına göre dikkatini sürdürmede, hareketlerini kontrol etmede ve yaşına uygun davranışlar göstermede yetersizlik görülür. Çoğu zaman DEHB'li okul yaş grubu çocuklar yetersizlikleri fark edilmeyip “yaramaz, tembel, söz dinlemez” gibi yakıştırmalarla toplumdan dışlanmaktadır. Bu durumun hem yetersizliği olan çocuk hem de sağlıklı çocuklar için büyük bir risk oluşturacağı açıktır (102).

DEHB'de çocuğun yaşamının hemen her alanında görülen yetersizlikler sonucu çocukta özgüven azalması, mutsuzluk, başarısızlık ve dolayısıyla yaşam kalitesinde düşme; kişiler arası ilişkilerde, aile içi ilişkilerde bozulma ve ruhsal iyilik halinin olumsuz yönde etkilenmesi söz konusudur. Bu nedenle, hastalığın çok boyutlu izlenmesinde klinik parametrelerin yanı sıra “psikososyal boyut”un giderek önem kazandığı, bu boyuttaki yeterlilik ve yetersizliklerin en iyi “yaşam kalitesi” kavramı ile açıklanabileceği bildirilmektedir (2, 27, 103).

2.5.1. DEHB ve Yaşam Kalitesi Konulu Yapılmış Araştırmalar

Bu bölümde DEHB’de yaşam kalitesinin araştırıldığı yurt dışı ve yurt içinde yapılmış çalışmalara, en yakın zamanda yayınlandan başlanarak değinilmiştir.

2.5.1.1. Yurt Dışında Yapılmış Çalışmalar

DEHB’de yaşam kalitesinin azalmış olduğu çeşitli yayınlarda gösterilmiştir (21-26). Bunlardan 2007 yılında yayınlanan bir çalışmada, Yang ve arkadaşları metilfenidat tedavisi alan DEHB’li çocukların yaşam kalitesini, sağlıklı yaşlıları ile karşılaştırmışlardır. Tayvan popülasyonuna ait yaşları 6-15 arasında değişen 119 DEHB’li, 129 sağlıklı çocuğa “Child Health Questionnaire Parent Form-50 (CHQ-PF-50)” ve "Health-related quality of life (HRQL)” ölçeklerini uygulamışlardır. Metilfenidat tedavisi alan grupta hem HRQL ölçeğinin tüm psikososyal alt skorlarında hem de CHQ-PF-50 ölçeğinin psikososyal toplam ölçek puanında anlamlı düşüklük saptamışlardır. Ayrıca tedavi ile psikososyal işlevsellikte yükselmenin gerçekleştiğini de bulmuşlardır. Bu etki yaş, tanı aldığı yaş, ilaca başlama yaşından bağımsız iken, komorbidite ile bağımlı bulunmuştur. HRQL ölçeği DEHB tedavisi altındaki çocukların takiplerinde kullanılabilir şekilde önermişlerdir (26).

Klassen ve arkadaşları 2006 yılında yayınlanan bir çalışmalarında, DEHB’li çocuklar ile anne-babalarının doldurdukları yaşam kalitesi sonuçları arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Anne babaların doldurdukları ölçeğin özellikle psikososyal alt ölçeğindeki değerlendirilenin çocukların kendi değerlendirmelerinden daha olumsuz olup olmadığını ve demografik, sosyoekonomik ve klinik faktörlerle ilişkisini araştırmışlardır. “Child Health Questionnaire” ölçeğindeki sekiz QOL alt sorgusunu ve bir itemini esas almışlardır. Çocuklar anne-babalarından dört alanda daha iyi, bir alanda daha kötü geri bildirimde bulunmuşlardır. Yaşam kalitesi ortalama skorların, davranış ve benlik saygısına göre farklı oldukları da saptanmıştır. Anne-baba ile çocuk geri bildirimleri arasındaki farklılıkların Karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB) bulunanlarda anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlenmiştir. Sonuç olarak her ne kadar anne-baba ve çocuk arasında farklı geri bildirim olsa da yaşam kalitesi ölçeği kullanılmasının DEHB’li çocuklarda ortalama bir yaşam kalitesi değerlendirmesine olanak verdiğini söylemişlerdir (25).

Çocuklar için yaşam kalitesi (PedsQL 4.0TM) ölçeğini hazırlayan araştırmacı olan Varni, 2006 yılında yayınlanan bir çalışmada, kronik bir bozukluk olan DEHB’de

yaşam kalitesinin değerlendirilmesinin önemine vurgu yapmıştır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin DEHB’li çocuklarda yerel, bölgesel, ulusal düzeyde değerlendirilmesinin ve sonuçlarına göre müdahalelerin yapılmasının gerekliliğine işaret etmiştir. Bu amaçla 5-16 yaş grubu toplam 72 DEHB’li çocuğun PedsQL 4.0 sonuçları analiz edilmiş ve kronik bozukluğa sahip grup ve sağlıklı yaşlıları ile karşılaştırılmıştır. DEHB’li çocukların psikososyal işlevselliğindeki bozulmanın yeni tanı konmuş kanserli çocuklar ve serebral palsili çocuklarla karşılaştırılabilir düzeylerde olduğu, sağlıklı çocuklardan anlamlı düzeylerde düşük bulunduğu bildirilmiştir. Sonuç olarak DEHB’nin kronik diğer hastalıklar kadar çocukların yaşam kalitesini etkilediğine vurgu yapılmıştır (29).

Topolski ve arkadaşlarının 2004 yılında yayınlanan bir çalışmalarında, yaşları 11-18 arasında değişen DEHB’li çocuk ve ergenlerin okul, aile, davranışsal işlevsellikleri “Quality of life (QOL) ölçeği ile, ergenlerin kendilerini algılamaları “The Youth Quality of Life Instrument-Research Version (YQOL-R)” ölçeği ile değerlendirilerek sonuçları araştırılmıştır. DEHB’li toplam 55 erkek ergen, herhangi bir kronik rahatsızlığı bulunmayan 107 erkek ergen ve fiziksel kısıtlılığı bulunan 52 erkek ergen ile sonuçları karşılaştırılmıştır. DEHB’li ergenlerin kronik rahatsızlığı bulunmayanlara göre özellikle “benlik” ve “ilişkiler” alt başlıklarında olmak üzere daha düşük yaşam kalitesi puanları saptanmıştır. DEHB’li ergenlerin yaşam kalitesi puanları fiziksel kısıtlılığı bulunan çocuklarla benzer düzeylerde bulunmuştur. Sonuç olarak DEHB’de yaşam kalitesi ölçekleri ile benlik ve sosyal etkileşim gibi alt başlıklar değerlendirilebilir ve buna yönelik uygulanacak müdahalelerin DEHB’nin takibinde sonuçları nasıl etkileyeceği gözlemlenebilir (23).

Bastiaansen ve arkadaşlarının 2004 yılında yayınlanan bir çalışmalarında, çocukluk çağı psikiyatrik bozukluklarının yaşam kaliteleri ile arasındaki ilişki araştırılmıştır. Psikiyatrik yakınmalarla başvuran yaşları 6-18 arasında değişen toplam 310 çocuk, anne-babası ve öğretmenlerinden bilgiler alınmış, yaşam kalitesinin öznel ve nesnel göstergeleri rapor edilmiştir. DEHB ve yıkıcı davranım bozuklukları, anksiyete bozuklukları, yaygın gelişimsel bozukluk, duygudurum bozuklukları, diğer bozukluklar ve bozukluğu bulunmayanlar şeklinde altı sınıf tanımlanmıştır. Yaygın gelişimsel bozukluk sınıfındaki çocukların yaşam kaliteleri dışında diğerlerinin birbirlerinden farklı sonuçları olmadığı saptanmıştır. Her tanı grubundaki çocuklar için yaşam kalitesindeki farklı alt başlıkların öne çıktığı göze çarpmıştır, DEHB’li ve yıkıcı davranım bozukluğu bulunan çocuklarda

okul ve sosyal işlevsellik; Anksiyete ve duygudurum bozuklukları olan çocuklarda duygusal işlevsellik, yaygın gelişimsel bozukluğu bulunan çocuklarda sosyal işlevsellik daha bozulmuş olarak bulunmuştur. Yaşam kalitesi değerlendirmesinin çocuğun hangi boyutlarda desteğe ihtiyacı olabileceğine ilişkin ipuçları vermesi açısından klinisyenlere yardımcı olabileceğine vurgu yapılmıştır (28).

Klassen ve arkadaşlarının 2004 yılında yayınlanan başka bir çalışmalarında, DEHB'nin tedavisi ile semptomlarda azalma, işlevsellikte artma, kendilik algısında ve yakın ilişkilerinde iyilik-halinde artma gibi değişen parametreler araştırılmıştır. Çalışma "Semptomlardaki azalmanın yalnızca davranış değerlendirme ölçekleri ya da anne-baba ve öğretmenlerin doldurdukları ölçeklerle takip edilmesi yeterli değildir. Yaşam kalitesi ölçekleri bu noktada daha aydınlatıcı olabilir. DEHB'li çocukların anne-babalarının geri bildirimleri çocuklarıkinden daha olumsuzdur" hipotezleri üzerine kurulmuştur. Çalışmaya yaş ortalaması 10 yaş, %80.9'u erkek olan, %68.7'sinde komorbid bozukluk bulunan toplam 131 DEHB'li çocuk alınmıştır; hem çocuk hem anne-babalarına 50 maddeden oluşan Child Health Questionnaire ölçeği ile HRQL ölçeği uygulanmıştır. DEHB'li çocukların 51'inde öğrenme bozukluğu, 45'inde karşı olma karşı gelme bozukluğu ve/veya davranım bozukluğu (KOKGB/DB), 27'sinde bir başka komorbid durum varlığı, 23'ünde birden fazla komorbid durum varlığı bildirilmiştir. Sonuç olarak DEHB'li çocukların anne-babalarının geri bildirimleri ölçek alt puanlarının hepsinde çocuklarıkinden düşük bulunmuştur. İki ve daha fazla komorbid bozukluğa sahip DEHB'li çocukların tüm psikososyal sağlık puanları, anne-babaların bildirdikleri DEHB semptomları ile korele bulunmuştur. Fizik sağlığın prediktörleri olarak cinsiyet ve komorbid durumlar saptanmıştır. DEHB'li çocukların anne-babalarının duygusal-davranışsal rollerde, davranış, iyilik hali ve benlik saygısı parametrelerinde çocukların daha kötü bildirdikleri saptanmıştır. DEHB anne-babanın da duygusal değerlendirmeleri üzerine olumsuz etki ediyor olabileceğine, bu konuda aile içi aktivitelerin artırılması ve aile içi uyumun artırılmasına yönelik müdahalelerin sonuçları olumlu etkileyebileceğine vurgu yapılmıştır (24).

Landgraf ve arkadaşları, 2002 yılında yayınlanan bir çalışmalarında, DEHB'li çocukların yaşam kalitesini değerlendirmek için, anne-babanın doldurduğu ve çocuğun hergünkü iyilik halinin değerlendirildiği bir anketin psikometrik değerlendirmesini yapmayı amaçlamışlardır. Bu çalışmada, %74'ü erkek, %86'sı bir yıldan uzundur DEHB

tanısı ile takip edilen, %89'u ilaç kullanan 81 çocuğun anne-babasından “DEHB Impact Modül (ADHD Impact Module, HealthAct, Boston, Mass)” adı verilen anketi doldurmaları istenmiştir. Bu anket çocuğun duygusal-sosyal-iyi olma halinin hastalıktan ne kadar etkilendiğini ölçen; 8 maddeli çocuk alt-başlığı ve 10 maddeli aile alt başlığından oluşan, anne-babaların dodurmasına yönelik geliştirilmiştir. Ankette elde edilen yüksek skor yüksek yaşam kalitesi anlamında kabul edilmiştir. Sonuç olarak DEHB dikkatsizliğin önde geldiği tip ve DEHB bileşik tipin her ikisinde de hem çocuk, hem ev alt-ölçek puanlarında anlamlı derecede düşüklük saptanmıştır. Yazarlar bu anketinin psikometrik standartları güçlü bir şekilde karşıladığına, mevcut bulguların anketin kullanılabilirliğini gösterdiğine işaret etmişlerdir (27).

Sawyer ve arkadaşları, 2002 yılında yayınlanan bir çalışmalarında, yaşları 6-17 arasında değişen ve DEHB, major depresif bozukluk ya da davranım bozukluğu bulunan 3 ayrı gruba ve herhangi bir bozukluğu bulunmayan çocuklara HRQL ölçeği uygulamışlardır. Yaş, cinsiyet, aie yapısı ve ruhsal bozukluk değişkenleri kontrol edilerek yapılan karşılaştırmalar sonucunda, herhangi bir ruhsal bozukluğu bulunmayan çocuklara göre 3 gruba ait çocukların ölçek puanları düşük bulunmuştur. Adı geçen üç bozukluktan birine sahip çocukların anne-babaları, herhangi bir ruhsal bozukluğu bulunmayan çocukların anne-babalarından daha olumsuz geri bildirimde bulunmuşlardır. Sonuç olarak ruhsal bozukluğa sahip çocuk ve ergenleri yaşamın herhangi bir alanında yardıma ve desteğe ihtiyaç duymaktadır. Buna yönelik müdahaleler çocukların yaşam kalitesini artıracaktır sonucuna vurgu yapılmıştır (21).

DeVaugh-Geiss ve arkadaşları, 2002 yılında yayınlanan bir çalışmalarında, bir NA ve DA geri alım inhibitörü olan GW320659 adlı kimyasal ilacın, yaş ortalaması 9.1 yaş olan, DEHB'li çocukların tedavisi amacıyla kullanımını araştırmışlardır. Çok merkezli yapılan ve 11 hafta süren çalışmada ilacın etkinliğini “Clinical Global Impressions of Improvement (CGI)” ölçek skorunun 1 ya da 2 olması ve Conners Anne-baba ya da Öğretmen ölçeğinin en az birinde 5 ya da 6 fazla maddenin düzelmiş olması” şeklinde tayin etmişlerdir. Sonuç olarak benlik saygısı da dahil olmak üzere yaşamlarının bir çok kesitinde sorun yaşayan DEHB'li çocuklarda ilacın faydalı olabileceği kanaati bildirilmiştir (22).

Sonuç olarak çalışmalar DEHB'li popülasyonun yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilendiğini desteklemektedir. Kronik bir bozukluk olan DEHB'nin yaşam kalitesi üzerine

olan etkisinin ölçülmesi; bu bozukluktaki farklılıkların değerlendirilmesi, yaklaşımlar sonrasındaki hastalığın prognozunun tanımlanması, yaşadığı çevre, toplum ve ulusal sağlık politikalarının yeniden gözden geçirilmesini kolaylaştırabilir (27-29).

2.5.1.2. Türkiye’de Yapılmış Çalışmalar

DEHB’de yaşam kalitesi değerlendirilmesine yönelik bu çalışmanın yürütüldüğü süre içinde yapılmış herhangi bir çalışmaya rastanmamıştır. Literatür incelendiğinde, Dolgun ve arkadaşlarının 2005 yılında yayınlanan bir çalışmasına ulaşılmıştır. Bu çalışmada DEHB olan 8-12 yaş grubu çocukların evde ve okuldaki yaşam kalitesini değerlendiren bir ölçek geliştirmek amaçlanmıştır. DEHB tanısıyla en az 6 ay süre ayaktan izlenen, ek psikiyatrik tanı almamış, organik hastalığı bulunmayan, çalışmaya katılmaya istekli, %83’ü erkek ve %74,7’si ilaç kullanmakta olan toplam 79 çocuk çalışmaya alınmıştır. Son şekli 30 maddeden oluşan ölçek çocuklarla yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği okulda $r=0.98$ evde $r=0.90$; Cronbach alfa okulda 0.80 evde 0.76; madde toplam puan güvenilirliği okulda $r=0.27$ -0.81, evde $r=0.35$ -0.64 arasında bulunmuştur. Faktör analizinde; bilişsel, sosyal, psikolojik olarak 10’ar maddelik 3 alt boyut elde edilmiştir ve sonuç olarak ölçeğin okul ve ev formunun geçerlik ve güvenilirlik düzeyi yüksek bulunduğu, okulda yaşam kalitesinin eve göre daha fazla olumsuz etkilendiğinin belirlendiği rapor edilmiştir (32).

3. MATERİYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, DEHB tanısı konan çocuk-ergenlerin benlik saygısı ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi yordamaya, DEHB tanısı konan çocuk-ergenler ile sağlıklı çocuk-ergenlerin benlik saygısı ve yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığını ortaya koymaya yönelik tanımlayıcı nitelikte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evreni 1 Nisan 2008-31 Mart 2009 tarihleri arasında Trabzon ilinde eğitim-öğretim kurumlarına devam eden, 7-15 yaş grubu çocuk ve ergenler, bunların anne-babaları ve öğretmenlerinden oluşmaktadır.

3.3. Örneklem Büyüklüğü ve Yöntemi

Araştırmanın örneklemini Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvuran, DEHB tanısı konmuş, 7-15 yaş grubu 50 çocuk ve ergenden, bunların anne-babaları ve öğretmenlerinden oluşmaktadır.

Kontrol grubu, tanı grubu özellikleri ile eşleşen Trabzon ili İl Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı okullardan, okulların rehberlik-danışmanlık bölümü tarafından polikliniğimize yönlendirilen, gönüllülük esası üzerine başvurmuş çocuk ve ergenlerden bedensel ve ruhsal herhangi bir bozukluğu saptanmayan 7-15 yaş grubu 30 öğrenci ve anne-babaları ve öğretmenlerinden oluşmaktadır.

Her iki grupta da çalışmadan dışlanma ölçütleri; anne ve babanın eğitimsiz olması, çocuk-ergenin ölçeği doldurmak için yeterli zihinsel kapasiteye sahip olmaması, eşlik eden epilepsi ya da başka tıbbi bir bozukluğun bulunması olarak belirlenmiştir. WISC-R testi toplam zeka bölümü 90 puan ve üzeri olan; fizik, nörolojik muayeneleri, laboratuvar değerlendirmeleri ve EEG sonucu normal bulunan çocuk ve ergenler çalışmaya alınmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada çocuk ve ebeveynlerle ilgili sosyodemografik bilgileri elde etmek amacıyla Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne ait Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu kullanılmıştır. Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği anne-baba ve öğretmenlerine uygulanmıştır. Örneklemin zeka düzeyi WISC-R testi ile değerlendirilmiştir. Çocuk ve ergenlerin benlik saygısını değerlendirmek için Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, yaşam kalitelerini değerlendirmek için Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ)'nin 5-7, 8-12, 13-18 yaş gruplarına ait çocuk ve anne-baba formları uygulanmıştır. Sekiz yaşından küçük çocukların yaşam kalitesi ve benlik saygısı ölçeklerini cevaplandırmaları sırasında kendilerine eşlik edilmiş, maddeler bire bir anlatılmıştır. Sekiz yaş ve üzeri çocuk-ergenlerin ölçekleri cevaplandırmaları sırasında onlardan bir yardım isteği geldiği takdirde kendilerine eşlik edilmiştir.

3.4.1. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne ait bu form, anne-babaya, varsa kardeşlere ait yaş, eğitim, medikal ve ruhsal sağlık, varsa madde kullanımı gibi verileri; ayrılık/boşanma/ölüm, aylık gelir, yaşadıkları konut, ailenin özelliği (çekirdek/geniş aile), çocuğa ait oda gibi aileye ait verileri; annenin hamilelik ve doğum öyküsünün, çocuğun gelişim basamaklarının ve medikal öyküsünün sorgulandığı verileri; çocuğa ait psikiyatrik muayene bulgularının değerlendirildiği klinik verileri içermektedir. Bu form, çalışmayı yürüten doktor tarafından doldurulmuştur (Ek 1).

3.4.2. Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (Turgay 95)

Bu ölçek DSM-IV tanı ölçütlerine dayalı olarak yıkıcı davranış bozukluklarının taranması için Turgay tarafından geliştirilmiş (48), Ercan ve arkadaşları tarafından Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği gösterilmiştir (54).

Bu ölçek çocuğun anne-babası ve öğretmenleri tarafından doldurulmaktadır. Ölçeğin birinci bölümü dikkatsizliği sorgulayan 9 madde ve aşırı hareketlilik-dürtüsellik sorgulayan 9 maddeden oluşurken, ikinci bölümü karşıt olma-karşı gelme bozukluğunu

sorgulayan 8 maddeden, üçüncü bölümü ise davranım bozukluğunu sorgulayan 15 maddeden oluşmaktadır.

Sıfırdan üçe kadar derecelendiren ölçekte 0 ve 1 seçenekleri normal durum ve davranışları belirtir. 2 ve 3 seçenekleri ise klinik olarak önemli durumları gösterir. “dokuz” ölçütten “altısının” 2 ya da 3 olarak seçilmesi, bu “altı” belirtinin okul ve evde yeterince ciddi sorun olarak görülmesi ve “en az altı aydan beri” kendini göstermesi DEHB açısından yol göstericidir (Ek 2).

3.4.3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Global benlik saygısını değerlendiren ölçek, Morris Rosenberg tarafından 1963 yılında geliştirilmiştir (74). Ülkemizde 1986 yılında Dr. Füsün Çuhadaroğlu tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (75). Ölçeğin geçerlilik katsayısı 0.71, güvenilirlik katsayısı 0.75 olarak bulunmuştur. Çoktan seçmeli sorulardan oluşan ölçeği denekler kendileri doldurmaktadır. 63 maddeden oluşan ölçeğin 12 alt testi vardır (Ek 3).

Alt ölçekler sırasıyla şunlardır:

- **Benlik Saygısı bölümü:** Olumlu olumsuz maddelerin ardı sıra yerleştiği 10 madde bulunmaktadır. Puanlama, ölçeğin kendi içindeki değerlendirme sistemine göre yapılmaktadır ve 0-1 puan yüksek, 2-4 puan orta, 5-6 puan düşük benlik saygısı olarak değerlendirilmektedir. Sonraki bölümler yanıt anahtarındaki her doğru yanıt için bir puan verilerek yapılmaktadır.
- **Kendilik kavramının sürekliliği:** 0-1 puan çok, 2-5 puan az
- **İnsanlara güvenme:** 0-1 puan çok, 2-3 puan orta, 4-5 puan az
- **Eleştiriye duyarlılık:** 0-1 puan az, 2-3 puan çok
- **Depresif duygulanım:** 0 puan yok, 1-2 puan az, 3-4 puan orta, 5-6 puan çok
- **Hayelperestlik:** 0-1 puan az, 2-3 puan orta, 4 puan çok
- **Psikosomatik belirtiler:** 0-2 puan az, 3-4 puan orta, 5 puan çok
- **Kişiler arası ilişkilerde tehdit hissetme:** 0 puan yok, 1 puan az, 2 puan orta, 3 puan çok.
- **Tartışmalara katılabilme derecesi:** 0 puan az, 1 puan orta, 2 puan çok
- **Anne baba ilişkisi:** 0-2 puan çok, 3-4 puan orta, 5-7 puan az
- **Baba ilişkisi:** 0-2 puan az, 3-4 puan orta, 5-6 puan çok
- **Psişik izolasyon:** 1 puan az, 2 puan çok olarak değerlendirilmektedir.

Guttman ölçüm şekline göre düzenlenmiş olan testte olumlu ve olumsuz yüklü maddeler ardışık olarak sıralanmıştır. Sorulardan her biri - çok doğru - doğru - yanlış - çok yanlış- olmak üzere 4 farklı biçimde cevaplanmaktadır. Ölçeğin kendi içinde değerlendirme sistemine göre, denekler 0-6 arasında puan almaktadırlar.

Sayısal ölçümler sonucunda **benlik saygısı yüksek** (0-1) puan, **orta** (2-4) puan ve **düşük** (5-6) puan olarak değerlendirilmektedir. Puanın yüksek olması benlik saygısının **düşük**, düşük olması ise benlik saygısının **yüksek** olduğunu göstermektedir.

3.4.4. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ)

ÇİYKÖ, 2-18 yaşları arasındaki çocukların fiziksel ve psikososyal yaşantılarını hastalıktan bağımsız olarak değerlendiren genel bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Varni ve arkadaşları tarafından 1999'da geliştirilmiş, ülkemizde Üneri ve Memik ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (101-103).

Ölçek 23 maddeden oluşmaktadır. Maddeler 0-100 arasında puanlanmaktadır. Sorunun yanıtı hiçbir zaman olarak işaretlenmişse 100, nadiren olarak işaretlenmişse 75, bazen olarak işaretlenmişse 50, sıklıkla olarak işaretlenmişse 25, hemen her zaman olarak işaretlenmişse 0 puan almaktadır. Puanlama 3 alanda yapılmaktadır. İlk olarak ölçek toplam puanı (ÖTP), ikinci olarak fiziksel sağlık toplam puanı (FSTP), üçüncü olarak duygusal, sosyal ve okul işlevselliğini değerlendiren madde puanlarının hesaplanmasından oluşan psikososyal sağlık toplam puanı (PSTP) hesaplanmaktadır. ÇİYKÖ toplam puanı ne kadar yüksek ise, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi de o kadar iyi algılanmaktadır (Ek-4).

3.5. Çalışmanın İstatistiksel Analizi

İstatistiksel değerlendirmeler için SPSS for Windows 13.0 (SPSS Inc., Chicago, USA) paket programı kullanılmıştır. Ölçümle elde edilen veriler aritmetik ortalama (X) ve standart sapma (SD); sayımla elde edilen veriler (%) olarak gösterilmiştir. Değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir. Anlamlılık düzeyi çoklu karşılaştırmalarda (post hoc) ise "0.05/karşılaştırma sayısı" olarak alınmıştır.

İki grubun (DEHB'li çocuk ve ergenler ile sağlıklı çocuk ve ergenler) ölçümsel (interval) değişkenleri için verilerin parametrik koşulları taşıyıp taşımadığı One-Sample Kolmogorov-Smirnov Testi kullanılarak bakılmış, ölçümsel değişkenlerin ortalama

değerlerinin normal dağılıma uyanları Student t testi, normal dağılıma uymayanları Mann Whitney-U testi kullanılarak, gruplar arasındaki ortalama puan farkları karşılaştırılmıştır.

Cinsiyet, anne-baba eğitimi, benlik saygısı vb gibi ordinal (kategorik, niteliksel) verilerin frekansları bakımından gruplar arasındaki farklar X^2 (chi-square) testi ile incelenmiştir.

Bağımlı değişkenler olan “Benlik saygısı” ve “yaşam kalitesi” sonuçları, bağımsız değişkenlerle (yaş, cinsiyet vb) karşılaştırılmış ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığı incelenmiştir.

Benlik saygısını yordayacak bağımsız risk faktörlerinin saptanması için multivaryans lojistik regresyon analizi uygulanmıştır.

3.6. Sınırlılıklar ve Sınırlama

Uygulamada kullanılan ölçekler, çocuk ve ergenlerin benlik saygısı ve yaşam kalitesini saptamaya yeterli olarak kabul edilmiştir. Trabzon ili il merkezinden başvuran DEHB’li çocuk-ergenler ile, Trabzon ili il merkezinden başvuran okullardan oluşturulan çocuk ve ergenlerden elde edilen bulgular ile sınırlıdır. Bu nedenle bulgular genellenemez.

3.7. Etik

Araştırma konusu KTÜ Tıp Fakültesi Etik Kuruluna sunulmuş, onay alındıktan sonra çalışma yürütülmüştür. Çalışmayı yürüten hekim tarafından hasta ve kontrol grubuna alınması planlanan çocuk ve ergenlere ve anne-babalarına aydınlatılmış onam sunulmuş, katılmayı kabul edenler çalışmaya alınmıştır (Ek-5).

4. BULGULAR

Araştırma Trabzon ili merkezinde yaşayan, 7-15 yaş grubundaki 50 DEHB' li çocuk ve ergen ile 30 sağlıklı çocuk ve ergende yapıldı. DEHB'li çocuk ve ergenler "Hasta grubu", sağlıklı çocuk ve ergenler "Kontrol grubu" olarak tanımlandı.

4.1. TANIMLAYICI BULGULAR

4.1.1. Örneklemin Kendisine Ait Tanımlayıcı Bulgular

Hasta ve kontrol grubunun yaş, cinsiyet, mevcut eğitim durumu, okul öncesi eğitim durumu sorgulandı. Örneklemin yaş dağılımları hasta grubu için 10.3 yaş, kontrol grubu için 10.2 yaş olup, dağılımları homojen olarak saptandı ($z:-0.299, p=0.765$) (Tablo 1).

Tablo 1. DEHB ve kontrol grubunun yaş ortalamaları ve karşılaştırılması

Yaş (yıl)	Hasta grubu		Kontrol grubu		z	p
	X	SD	X	SD		
	10.3	2.0	10.2	1.4	-0.299	0.765

X: aritmetik ortalama, SD: Standart deviasyon

Örneklemin yaş aralıklarının sıklığı ve oranlarının dağılımı tablo 2'de gösterildi.

Tablo 2. Her iki grubun yaşlara göre dağılımı

Yaşlar	Hasta grubu		Kontrol grubu	
	n	%	n	%
7 yaş	3	6.0	0	0.0
8 yaş	7	14.0	2	6.7
9 yaş	7	14.0	9	30.0
10 yaş	13	26.0	10	33.3
11 yaş	6	12.0	3	10.0
12 yaş	6	12.0	2	6.7
13 yaş	3	6.0	4	13.3
14 yaş	4	8.0	0	0.0
15 yaş	1	2.0	0	0.0
Toplam	50	100.0	30	100.0

n=sıklık, % oran

Örneklemdaki çocuk ve ergenlerin, “çocuk yaş grubu (7-11 yaş)” ve “ergen yaş grubu (12-15 yaş)” tanımlaması yapılarak dağılımları karşılaştırıldı (Tablo 3). DEHB’li grubun %72.0’sini, kontrol grubunun %80.0’ini çocukların, DEHB’li grubun %28.0’ini, kontrol grubunun %20.0’sini ergenlerin oluşturduğu saptandı. Çocuk ve ergen dağılımları gruplar arasında homojendi ($X^2=0.595$, $p=0.424$).

Tablo 3. Her iki grubun yaş gruplarına göre dağılımı ve karşılaştırılması

Yaş grubu	Hasta grubu		Kontrol grubu		X^2	p
	n	%	n	%		
Çocuk (7-11 yaş)	36	72.0	24	80.0	0.595	0.424
Ergen (12-15 yaş)	14	28.0	6	20.0		
Toplam	50	100.0	30	100.0		

Örneklemin DEHB tanısı konulan çocuk ve ergenlerin %80’i erkek (n=40), %20’si kız (n=10), sağlıklı kontrol grubunun %73.3’ü erkek (n=22), %26.7’si kız (n=8) çocuk ve ergen idi (Tablo 4). Gruplar arasında cinsiyet dağılımı homojen idi ($X^2=0.478$, $p=0.678$).

Tablo 4. Grupların cinsiyete göre dağılımı ve karşılaştırılması

Cinsiyet	Hasta grubu		Kontrol grubu		X^2	p
	n	%	n	%		
Kız	10	20.0	8	26.7	0.478	0.678
Erkek	40	80.0	22	73.3		
Toplam	50	100.0	30	100.0		

Örneklemdaki çocuk ve ergenlerin eğitim düzeylerinin yıl olarak dağılımında büyük kısmının ilköğretimin ilk 5 yılındaki çocuklar olduğu görüldü (Tablo 5).

Tablo 5. Grupların eğitim düzeylerinin yıl olarak dağılımı

Eğitim sınıf dağılımı	Hasta grubu		Kontrol grubu	
	n	%	n	%
1.sınıf	2	4.0	0	0.0
2.sınıf	7	14.0	0	0.0
3.sınıf	4	8.0	5	16.7
4.sınıf	10	20.0	11	36.7
5.sınıf	10	20.0	5	16.7
6.sınıf	7	14.0	3	10.0
7.sınıf	5	10.0	3	10.0
8.sınıf	4	8.0	3	10.0
9.sınıf	1	2.0	0	0.0
Toplam	50	100.0	30	100.0

Örneklemdaki çocuk ve ergenlerin eğitim düzeyleri “ilk 5 yıl, 6.-8.yıllar ve lise” değişkenleri ile tanımlanarak 3 grupta toplandı. Örgün eğitime devam eden DEHB’li olguların %66.0’sı, kontrol grubunun %70’i ilk 5 yıllık örgün eğitime devam eden çocuk ve ergenlerdi. DEHB’li olgulardan yalnızca %2.0’si lise düzeyinde eğitim alırken, kontrol grubunda lise öğrencisi yoktu (Tablo 6).

Tablo 6. DEHB’li ve sağlıklı çocuk ve ergenlerin eğitim gruplarının dağılımı

Eğitim grup dağılımı	Hasta grubu		Kontrol grubu	
	n	%	n	%
İlk 5 yıl	33	66.0	21	70.0
6-8. yıllar	16	32.0	9	30.0
Lise	1	2.0	0	0.0
Toplam	50	100.0	30	100.0

Örneklemdaki çocuk ve ergenlerin okul öncesi eğitim durumu “almış (kreş ya da anaokuluna gitmiş)” ya da “almamış (kreş ya da anaokuluna gitmemiş)” olarak tanımlandı. Tanımlanan değişkenlerin dağılımı analiz edilerek gruplar arasında karşılaştırıldı (Tablo 7). Okul öncesi eğitim almış olanlar DEHB’li grubun %44.0’ünü, almamış olanlar %56.0’sını oluştururken, kontrol grubunun %90.0’i okul öncesi eğitimi almış, %10.0’u ise almamış olarak bulundu. Kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerin okul öncesi eğitimi alanlarının oranının DEHB’li gruba göre daha yüksek bulunuşu, istatistiksel olarak anlamlı idi ($X^2=10.089$, $p=0.001$).

Tablo 7. Grupların aldıkları okul öncesi eğitim dağılımı

Okul öncesi eğitimi	Hasta grubu		Kontrol grubu		X^2	p
	n	%	n	%		
Almış	28	56.0	27	90.0	10.089	0.001
Almamış	22	44.0	3	10.0		
Toplam	50	100.0	30	100.0		

4.1.2. Örneklemin Anne-Babalarına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

DEHB’li çocuk ve ergenler ile sağlıklı kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerin anne-babalarının yaş, eğitim düzeyleri, meslek, hayatta oluşları, madde kullanım alışkanlığı değişkenleri sorgulandı. Öncelikle örneklemdaki çocuk ve ergenlerin anne-baba yaşı aritmetik ortalamalarının dağılımı karşılaştırıldı (Tablo 8). DEHB’li çocukların anne yaş aritmetik ortalaması 36.1 (5.7 SD) iken, sağlıklı grubunun anne yaş ortalaması 37.7

(5.7 SD), DEHB’li grubun babalarının yaş ortalaması 41.2 (7.0 SD), kontrol grubundaki babalarının yaş ortalaması 41.8 (6.7 SD) olarak bulundu. Yaş ortalamalarının her iki grup içinde homojen dağıldığı gözlemlendi (sırasıyla $t=1.167$, $p=0.247$; $t=0.358$, $p=0.721$).

Tablo 8. Grupların anne-baba yaşı aritmetik ortalamalarının dağılımı ve karşılaştırılması

Yaş (yıl)	Hasta grubu		Kontrol grubu		t	p
	X	SD	X	SD		
Anne yaşı	36.1	5.7	37.7	5.7	1.167	0.247
Baba yaşı	41.2	7.0	41.8	6.7	0.358	0.721

Örneklemdaki çocuk ve ergenlerin anne-babaların eğitim düzeyleri üç alt başlıkta sınıflandırıldı. İlk 5 yıllık örgün eğitim “İlköğretim” olarak, 6.-8. yıllar ve lise yıllarında alınan eğitim “Ortaöğretim” olarak, lisans ve yüksek lisans düzeyindeki eğitimler ise “Yükseköğretim” olarak tanımlandı. Öncelikle gruplar arasındaki anne eğitim dağılımı analiz edilerek karşılaştırıldı (Tablo 9). DEHB’li gruptaki çocukların annelerinin %58.0’i ilköğretim (ilk 5 yıllık eğitim), %38.0’i ortaöğretim (6.-8. sınıflar ve lise), %4.0’ü yükseköğretim (üniversite) eğitimi almış, kontrol grubundaki çocukların annelerinin %26.7’si ilköğretim, %43.3’ü ortaöğretim, %30.0’u yükseköğretim almış olarak saptandı. Gruplar arasında anne eğitim düzeyinin dağılımı homojen değildi ve kontrol grubundaki annelerin 1/3’ünün üniversite eğitimi almış olması kontrol grubu lehine anlamlı olarak bulundu ($X^2=13.332$, $p=0.001$).

Tablo 9. Grupların annelerinin eğitim düzeylerinin dağılımı ve karşılaştırılması

Anne eğitim düzeyi	Hasta grubu		Kontrol grubu		X^2	p
	n	%	n	%		
İlk öğretim	29	58.0	8	26.7	13.332	0.001
Orta öğretim	19	38.0	13	43.3		
Yüksek öğretim	2	4.0	9	30.0		
Toplam	50	100.0	30	100.0		

Aynı şekilde gruplar arasındaki baba eğitim düzeylerinin dağılımı analiz edilerek karşılaştırıldı (Tablo 10). DEHB’li gruptaki çocukların babalarının %34.0’ü ilköğretim, %32.0’si ortaöğretim, %34.0’ü yükseköğretim eğitimi almış, kontrol grubundaki çocukların babalarının %16.7’si ilköğretim, %26.7’si ortaöğretim, %56.7’si yükseköğretim

almış olarak saptandı. Gruplar arasında baba eğitim düzeyinin dağılımı homojendi ($X^2=4.493, p=0.101$).

Tablo 10. Grupların babalarının eğitim düzeylerinin dağılımı ve karşılaştırılması

Baba eğitim düzeyi	Hasta grubu		Kontrol grubu		X^2	p
	n	%	n	%		
İlk öğretim	17	34.0	5	16.7	4.493	0.101
Orta öğretim	16	32.0	8	26.7		
Yüksek öğretim	17	34.0	17	56.7		
Toplam	50	100.0	30	100.0		

Örneklemdaki anne-babaların aldıkları eğitimin yıl olarak aritmetik ortalaması hesaplanarak, gruplar arasında karşılaştırıldı (Tablo 11). Kontrol grubundaki annelerin ortalama 10.5 yıl süreyle almış oldukları eğitim, DEHB’li çocukların annelerinin ortalama 7.5 yıl süreyle aldığı eğitimden anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($z: -3.390, p=0.001$). Örneklemin babalarının aldıkları eğitim ortalaması (DEHB’li çocukların babalarının eğitim yıl ortalaması 10.3 yıl, kontrol grubundaki çocukların babalarının eğitim yıl ortalaması 12.2 yıl) açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık yoktu ($z: -1.946, p=0.052$).

Tablo 11. Grupların anne-baba eğitimlerinin ortalama dağılımı ve karşılaştırılması

Eğitim süresi (yıl)	Hasta grubu		Kontrol grubu		z	p
	X	SD	X	SD		
Anne eğitimi	7.5	3.1	10.5	3.9	-3.390	0.001
Baba eğitimi	10.3	4.3	12.2	3.8	-1.946	0.052

Her iki gruptaki çocuk ve ergenlerin annelerinin çalışma hayatı sorgulandı. Örneklemin toplandığı süre içinde aktif çalışma hayatı olan anneler “çalışıyor”, ev hanımı olup, örnekleme kabul edildiği sırada aktif çalışma hayatı bulunmayan anneler de “çalışmıyor” olarak tanımlandı ve gruplar arasında karşılaştırıldı (Tablo 12). DEHB’li çocuk ve ergenlerin annelerinin %88.0’i çalışmıyor, %12.0’si çalışıyor; kontrol grubundaki annelerin %66.7’si çalışıyor, %33.3’ü çalışmıyor olarak bulundu. Annelerin çalışıyor olması, kontrol grubu lehine anlamlı idi ($X^2=5.333, p=0.043$).

Tablo 12. Grupların annelerinin çalışma durumunun dağılımı ve karşılaştırılması

Annenin çalışma durumu	Hasta grubu		Kontrol grubu		X^2	<i>p</i>
	n	%	n	%		
Anne çalışmıyor	44	88.0	20	66.7	5.333	0.043
Anne çalışıyor	6	12.0	10	33.3		
Toplam	50	100.0	30	100.0		

Her iki gruptaki çocuk ve ergenlerin babalarının meslek durumu “işsiz, memur, işçi, esnaf, emekli” olarak tanımlandı ve dağılımı analiz edildi. DEHB’li çocuk ve ergenlerin babalarının %36.0’sı memur, %30.0’u esnaf, %28.0’i işçi, %4’ü emekli idi. DEHB’li çocukların sadece %2’sinin babası işsizdi. Kontrol grubundaki babaların %63.3’ü memur, %30.0’u esnaf, %6.7’si işçi idi. Kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerden babası işsiz olan yoktu (Tablo 13).

Tablo 13. Grupların babalarının çalışma durumunun dağılımı

Babanın mesleği	Hasta grubu		Kontrol grubu	
	n	%	n	%
İşsiz	1	2.0	0	0.0
Memur	18	36.0	19	63.3
İşçi	14	28.0	2	6.7
Esnaf	15	30.0	9	30.0
Emekli	2	4.0	0	0.0
Toplam	50	100.0	30	100.0

Örneklemden çocuk ve ergenlerin anne-babalarının hayatta olup olmamaları, anne-babalarının ayrılık (boşanma) ya da ölümlerinin varlığı, çocukların anne-babaları ile birlikte yaşayıp yaşamadıkları değişkenleri sorgulandı. Örneklemden çocukların hiçbirinde ayrılmış anne-baba öyküsü yoktu. Yine örneklemden çocuk ve ergenlerin hiçbirinde anne ve babanın ikisinin birlikte ölmüş olduğu öyküsüne rastlanmadı. Ölüm değişkeni “anne ölmüş, baba ölmüş” olarak tanımlandı. Her iki gruptaki çocuk ve ergenlerin hepsinin de (hayatta ise) anne ve babaları ile birlikte yaşadıkları saptandı. Anne-baba durumu değişkeni böylece “her ikisi de sağ, anne ölmüş, baba ölmüş” şeklinde tanımlanarak dağılımları analiz edildi (Tablo 14). DEHB’li gruptaki çocukların %96.0’ının, kontrol grubundaki çocukların %90.0’ının anne ve babasının sağ ve çocuklarıyla birlikte yaşadıkları saptandı. DEHB’li gruptaki çocukların %4’ü babalarını, kontrol grubundaki çocukların %6.7’si anne, %3.3’ü babalarını kaybetmişlerdi.

Tablo 14. Grupların anne-babalarının hayatta olup olmamalarına göre dağılımları

Anne-babanın hayatta olma durumu	Hasta grubu		Kontrol grubu	
	n	%	n	%
Her ikisi sağ	48	96.0	27	90.0
Anne ölmüş	0	0.0	2	6.7
Baba ölmüş	2	4.0	1	3.3
Toplam	50	100.0	30	100.0

Örneklemdaki çocuk ve ergenlerin alışkanlıkları sorgulanırken madde kullanımı varlığı ve öyküsü de sorgulandı. Örneklemdaki anne-babaların sigara ve alkol kullanımı dışında bir madde kullanımı bulunmadığı için sadece “sigara kullanımı” ve “sigara ve alkol kullanımı” değişkenleri tanımlandı ve gruplar arasında karşılaştırıldı (Tablo 15). Hem hasta, hem de kontrol grubuna ait çocukların annelerinin çok büyük kısmında (DEHB grubundaki annelerin %92.0’si, kontrol grubundaki annelerin %93.3’ü) herhangi bir madde kullanımı varlığı ya da öyküsü yoktu. DEHB grubundaki çocuk ve ergenlerin annelerin yalnızca %8.0’inde sigara alışkanlığı, kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerin annelerinin %6.7’sinde sigara alışkanlığı saptandı. Annelerin madde kullanım durumunun gruplar içinde dağılımı homojendi ($X^2=0.048$, $p=1.000$).

Tablo 15. Grupların annelerinin madde kullanım durumunun dağılımı ve karşılaştırılması

Madde kullanımı	Hasta grubu		Kontrol grubu		X^2	p
	n	%	n	%		
Yok	46	92.0	28	93.3	0.048	1.000
Sigara	4	8.0	2	6.7		
Toplam	50	100.0	30	100.0		

Aynı şekilde grupların babalarının madde kullanım durumunun dağılımı analiz edildi. DEHB grubundaki çocuk ve ergenlerin babalarının %60.0’ında herhangi bir madde kullanma alışkanlığı bulunmazken, %36.0’sında sigara kullanma alışkanlığı, %4’ünde hem sigara hem de alkol kullanma alışkanlığı saptandı. Kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerin babalarının %83.3’ü herhangi bir madde kullanmazken, %13.3’ünde sigara, %3.3’ünde hem sigara hem de alkol kullanma alışkanlığı saptandı (Tablo 16).

Tablo 16. Grupların babalarının madde kullanım durumunun dağılımı

Madde kullanımı	Hasta grubu		Kontrol grubu	
	n	%	n	%
Yok	30	60.0	25	83.3
Sigara	18	36.0	4	13.3
Sigara ve alkol	2	4.0	1	3.3
Toplam	50	100.0	30	100.0

4.1.3. Örneklemin Kardeşlerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

DEHB'li çocuk ve ergenlerin varsa kardeşleri, kaçınıcı çocuk olduğu, ilk çocuk olup olmama durumu değişkenleri saptandı.

Öncelikle örneklemin kardeş sayılarının dağılımı bulunarak analizi yapıldı. Kardeş sayılarına göre örneklemin analizi yapıldığında hasta grubunda tek çocuk olanların oranı %14.0 iken, kontrol grubunda tek çocuk olanların oranı %6.7 olarak bulundu. Olguların büyük kısmı (hasta grubundaki çocuk ve ergenlerin %44.0'ü, kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerin %53.0'ü) 2 kardeşe sahipti. Bunu sıklık sırasına göre 3 kardeşe sahip olma (hasta grubunun %24.0'si, kontrol grubunun %30.0'u) takip ediyordu (Tablo 17).

Tablo 17. Grupların kardeş sayılarına göre dağılımı

Kardeş sayısı	Hasta grubu		Kontrol grubu	
	n	%	n	%
Kardeşi yok	7	14.0	2	6.7
1	3	6.0	0	0.0
2	22	44.0	16	53.3
3	12	24.0	9	30.0
4	4	8.0	3	10.0
5	2	4.0	0	0.0
Toplam	50	100.0	30	100.0

Örneklemdaki çocuk ve ergenlerin doğum sıralarına göre dağılımları analiz edildi. Hasta grubundaki çocuk ve ergenlerden, ilk çocuk olarak dünyaya gelenler olguların %46.0'ını oluştururken, kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerin %46.7'si ilk çocuk olarak dünyaya gelmişti. Bunu sıklık olarak her iki grupta da ikinci çocuk olarak (DEHB grubundakilerin %36.0'sı, kontrol grubundakilerin %33.3'ü ikinci çocuk olarak) dünyaya gelen olguların takip ettiği gözlemlendi (Tablo 18).

Tablo 18. Gruplardaki çocuk ve ergenlerin doğum sıralarına göre dağılımı

Doğum sırası	Hasta grubu		Kontrol grubu	
	n	%	n	%
1	23	46.0	14	46.7
2	18	36.0	10	33.3
3	6	12.0	3	10.0
4	1	2.0	3	10.0
5	2	4.0	0	0.0
Toplam	50	100.0	30	100.0

Örneklemdaki çocuk ve ergenler doğum sırasındaki değişkenler “ilk çocuk” ve “ilk çocuk değil” olarak yeniden tanımlanarak analiz edildi (Tablo 19). DEHB’li gruptaki çocuk ve ergenlerin %46.0’sı, kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerin %46.7’si ilk çocuk iken, DEHB’li gruptakilerin %54.0’ü, kontrol grubundakilerin ise %53.3’ü ilk çocuk değildi. İlk çocuk olma açısından gruplar arasında dağılımın homojen olduğu görüldü ($X^2=0.954, p=1.000$).

Tablo 19. Grupların ilk çocuk olma durumunun dağılımı ve karşılaştırılması

İlk çocuk olma	Hasta grubu		Kontrol grubu		X^2	p
	n	%	n	%		
İlk çocuk	23	46.0	14	46.7	0.954	1.000
İlk çocuk değil	27	54.0	16	53.3		
Toplam	50	100.0	30	100.0		

Örneklemdaki çocuk ve ergenler doğum sırasındaki değişkenler “tek çocuk” ve “tek çocuk değil” olarak yeniden tanımlanarak analiz edildi (Tablo 20). DEHB’li gruptaki çocuk ve ergenlerin %14.0’ü, kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerin %6.7’si tek çocuk iken, DEHB’li gruptakilerin %86.0’ü, kontrol grubundakilerin ise %93.3’ü tek çocuk değildi. Tek çocuk olma açısından gruplar arasında dağılımın homojen olduğu görüldü ($X^2=1.010, p=0.315$).

Tablo 20. Grupların tek çocuk olma durumunun dağılımı ve karşılaştırılması

İlk çocuk olma	Hasta grubu		Kontrol grubu		X^2	p
	n	%	n	%		
Tek çocuk	7	14.0	2	6.7	1.010	0.315
Tek çocuk değil	43	86.0	28	93.3		
Toplam	50	100.0	30	100.0		

4.1.4. Örneklemin Diğer Aile Değişkenlerine Yönelik Tanımlayıcı Bulgular

DEHB'li ve sağlıklı çocuk ve ergenlerin ailesindeki toplam kişi sayısı, aile tipi, aile üyelerinin herhangi birinde psikiyatrik hastalık varlığı ya da öyküsü sorgulandı. Öncelikle örneklemin ailelerindeki toplam kişi sayısı dağılımının analizi yapıldı. DEHB'li grupta olguların %40'ının 4 kişilik bir ailede, %28'inin 5 kişilik bir ailede, %16.0'sının 3 kişilik bir ailede yaşadığı görüldü. Kontrol grubunda ise %53.3'ü 4 kişilik bir ailenin, %26.7'si 5 kişilik bir ailenin, %6.7'si 3 kişilik bir ailenin üyesi idi (Tablo 21).

Tablo 21. Grupların ailelerindeki toplam kişi sayısı dağılımı

Ailedeki kişi sayısı	Hasta grubu		Kontrol grubu	
	n	%	n	%
2	1	2.0	0	0.0
3	8	16.0	2	6.7
4	20	40.0	16	53.3
5	14	28.0	8	26.7
6	4	8.0	3	10.0
7	2	4.0	1	3.3
8	1	2.0	0	0.0
Toplam	50	100.0	30	100.0

Örneklemdaki çocuk ve ergenlerin içinde yaşadıkları aile ortamı eğer yalnızca anne-babası ve kardeşleri ile birlikte yaşıyor ise “çekirdek aile tipi”, yaşadıkları ortamda anneanne, babaanne, dede, ya da diğer yakın ya da uzak akrabalar bulunuyorsa “geniş aile tipi” olarak tanımlandı ve değişkenler gruplar arasında karşılaştırıldı (Tablo 22). Her iki gruptaki çocuk ve ergenler çekirdek aile tipine sahipti. DEHB'li olguların %84.0'ü, kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerin %96.7'si varsa anne-babası ve varsa kardeşleri ile birlikte yaşarken, DEHB'li olguların %16.0'sının, kontrol grubunun %3.3'ünün geniş aile tipine sahip oldukları görüldü. Aile tipi dağılımının gruplar arasında homojen olduğu görüldü ($X^2=3.013$, $p=0.171$).

Tablo 22. Grupların aile tiplerinin dağılımı ve karşılaştırılması

Aile tipi	Hasta grubu		Kontrol grubu		X^2	p
	n	%	n	%		
Çekirdek aile	42	84.0	29	96.7	3.013	0.171
Geniş aile	8	16.0	1	3.3		
Toplam	50	100.0	30	100.0		

Örneklemdaki çocuk ve ergenlerin beraber yaşadıkları aile üyelerinde psikiyatrik bir hastalık varlığı ya da öyküsü sorgulandı. Tüm örnekleimde sadece DEHB ve depresyon varlığına ulaşıldığı için psikiyatrik hastalık varlığı/öyküsü değişkeni “yok, kardeşinde DEHB, anne ve babasında depresyon” olarak tanımlandı. Tanımlanan değişkenlerin gruplar arasındaki dağılımının analizi yapıldı. DEHB grubundaki çocuk ve ergenlerin %76.0’sının aile üyelerinde herhangi bir psikiyatrik hastalık varlığı ya da öyküsü saptanmadı. DEHB grubundaki çocuk ve ergenlerin %4.0’ünde kardeşinde DEHB varlığı, %16.0’ında annesinde depresyon varlığı ve %4.0’ünde de babasında depresyon varlığı saptandı. Kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerin ise yalnızca %3.3’ünün babasında depresyon vardı (Tablo 23).

Tablo 23. Grupların aile üyelerinde psikiyatrik hastalık varlığı/öyküsü dağılımı

Hastalık öyküsü	Hasta grubu		Kontrol grubu	
	n	%	n	%
Yok	38	76.0	29	96.7
Kardeşinde DEHB	2	4.0	0	0.0
Annesinde depresyon	8	16.0	0	0.0
Babasinda depresyon	2	4.0	1	3.3
Toplam	50	100.0	30	100.0

4.1.5. Örneklemin Gelişimsel Özellikleri ile İlgili Bulgular

Örneklemdaki çocuk ve ergenlerin gelişimsel özellikleri değişkenleri ile ilgili olarak doğum öyküleri (doğumun zamanı, şekli, doğum ağırlığı), anne sütü alma süreleri ve nörogelişimsel basamakları değerlendirmek amacıyla yürüme yaşı, konuşma yaşı, sfinkter kontrolü yaşı (ay olarak) değişkenleri sorgulandı.

Örneklemin doğum öyküleri alınırken önce doğumun zamanı sorgulandı. Prematür (37 haftalık olmadan önce doğanlar), matür (37. ve 42. haftalar arasında doğanlar) ve postmatür (42. haftadan sonra doğanlar) tanımlamaları yapılarak dağılımları analiz edildi (Tablo 24). DEHB’li çocuk ve ergenlerin %96.0’sının normal zamanında, %2.0’sinin normal doğum zamanından önce, %2.0’sinin ise normal zamanından sonra dünyaya geldiği saptandı. Kontrol grubundakilerin ise %96.7’sinin normal zamanında, %3.3’ünün zamanından önce dünyaya geldiği saptandı.

Tablo 24. Gruplarda doğumun zamanı öyküsünün dağılımı

Doğumun zamanı	Hasta grubu		Kontrol grubu	
	n	%	n	%
Matür	48	96.0	29	96.7
Prematür	1	2.0	1	3.3
Postmatür	1	2.0	0	0.0
Toplam	50	100.0	30	100.0

Örneklemin doğum şekilleri “spinal vajinal yol” ve “sezaryen” değişkenleri olarak tanımlanıp, gruplar arasındaki dağılımı analiz edilerek karşılaştırıldı (Tablo 25). DEHB’li çocuk ve ergenlerin %78.0’inin vajinal yol ile, %22.0’sinin sezaryen ile dünyaya geldiği, kontrol grubundakilerin %70.0’inin vajinal yol ile, %30.0’unun ise sezaryen ile dünyaya geldiği saptandı.

Tablo 25. Grupların doğum şekillerinin dağılımı ve karşılaştırılması

Doğum şekli	Hasta grubu		Kontrol grubu		X^2	p
	n	%	n	%		
Vajinal yol	39	78.0	21	70.0	0.640	0.424
Sezaryen	11	22.0	9	30.0		
Toplam	50	100.0	30	100.0		

Örneklemdaki çocuk ve ergenlerin doğum ağırlıklarının (gram cinsinden olarak) aritmetik ortalaması hesaplanarak, gruplar arasında dağılımları karşılaştırıldı (Tablo 26). çocuk ve ergenlerin doğum ağırlığının aritmetik ortalaması DEHB grubunun 3467.4 gram (703.0 gram SD), kontrol grubunun 3112.6 gram (385.8 gram SD) olduğu saptandı. İki grup arasındaki bu ortalamalar karşılaştırıldığında DEHB’li gruptaki çocuk ve ergenlerin doğum ağırlığının kontrol grubundakilere göre yüksek oluşu istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($t=2.911$, $p=0.005$).

Tablo 26. Grupların doğum ağırlıklarının ortalamaları ve karşılaştırılması

Doğum kilosu (gram)	Hasta grubu		Kontrol grubu		t	p
	X	SD	X	SD		
	3467.4	703.0	3112.6	385.8	2.911	0.005

Örneklemdaki çocuk ve ergenlerin anne sütü alma süresi ay olarak kaydedildi ve aritmetik ortalaması gruplar arasında karşılaştırıldı (Tablo 27). Çocuk ve ergenlerin anne sütü alma sürelerinin (ay olarak) aritmetik ortalaması DEHB grubunda 11.3 ay (8.8 ay SD), kontrol grubunda 8.9 ay (6.5 ay SD) olduğu saptandı. Anne sütü alma süreleri açısından gruplar homojendi ($z=-1.146$, $p=0.246$).

Tablo 27. Grupların anne sütü alma sürelerinin ortalamaları ve karşılaştırılması

Anne sütü alma süresi (ay)	Hasta grubu		Kontrol grubu		z	p
	X	SD	X	SD		
	11.3	8.8	8.9	6.5	-1.160	0.246

Örneklemdaki çocuk ve ergenlerin nörogelişimsel basamaklarını değerlendirmek amacıyla yürümeye başlama yaşı, konuşmaya başlama yaşı, sfinkter kontrolünü sağlamaya başladığı yaşı (gece ve gündüz bezinden kurtulması) ay olarak sorgulandı ve elde edilen aritmetik ortalamalar gruplar arasında karşılaştırıldı (Tablo 28). DEHB’li ve sağlıklı çocuk ve ergenlerin yürüme yaşı, gece-gündüz bezinden çıkma yaşlarının birbirlerinden farklı olmadığı saptanırken, DEHB’li çocukların konuşma yaşı, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anlamlı olarak daha geç bulundu ($z:-3.226$, $p=0.001$).

Tablo 28. Her iki grubun yürüme, konuşma, sfinkter kontrolü (gece-gündüz bezinden çıkma) ay olarak ortalamalarının dağılımı ve karşılaştırılması

Gelişimsel veriler (ay)	Hasta grubu		Kontrol grubu		z	p
	X	SD	X	SD		
Yürümeye başlama	12.6	2.7	12.0	0.4	-0.733	0.464
Konuşmaya başlama	18.0	8.1	12.9	2.1	-3.226	0.001
Gündüz bezinden çıkma	25.9	7.7	24.4	3.1	-0.519	0.604
Gece bezinden çıkma	29.7	10.1	30.1	7.4	-0.446	0.655

4.1.6. Örneklemin Ekonomik Değişkenler ile İlgili Tanımlayıcı Bulguları

DEHB’li ve kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerin sosyoekonomik durumlarını tanımlamaya yönelik eve giren aylık gelir düzeyi, ev mülkiyeti, oda mülkiyeti, bilgisayar varlığı sorgulandı.

Eve giren aylık gelir düzeyi 4 alt başlıkta toplanarak “0-500 TL, 501-1000 TL, 1001-2000 TL, 2001 ve üzeri” şeklinde tanımlandı. Gruplar arasındaki dağılımı analiz

edildi (Tablo 29). DEHB'li çocuk ve ergenlerin yalnızca %4'ünün evlerine giren aylık gelir düzeyi 2001 TL ve üzeri olarak bulundu. Bu gruptaki çocuk ve ergenlerin %46.0'sının evlerine giren aylık gelir düzeyi 501 TL - 1000 TL arasında, %44.0'ünün 1001 TL - 2000 TL arasında, %6.0'sının da 500 TL ve altında olduğu saptandı. Sağlıklı çocuk ve ergenlerin %33.3'ünün evlerine giren aylık gelir düzeyi 2001 TL ve üzeri olarak bulundu. Bu gruptaki çocuk ve ergenlerin %46.7'sinin evlerine giren aylık gelir düzeyi 1001 TL - 2000 TL arasında, %20.0'sinin 501 TL - 1000 TL arasında olduğu saptandı.

Tablo 29. Grupların eve giren aylık gelir düzeylerinin dağılımı

Aylık gelir düzeyleri	Hasta grubu		Kontrol grubu	
	n	%	n	%
0 TL - 500 TL	3	6.0	0	0.0
501 TL - 1000 TL	23	46.0	6	20.0
1001 TL - 2000 TL	22	44.0	14	46.7
2001 TL ve üzeri TL	2	4.0	10	33.3
Toplam	50	100.0	30	100.0

Örnekteki aylık gelir düzeyleri 2000 TL ve altında kalanlar “düşük sosyoekonomik düzey” ve 2001 TL ve üzeri olanlar “yüksek sosyoekonomik düzey” olarak iki alt başlıkta tanımlanıp gruplar arasındaki dağılımı yeniden analiz edilerek, karşılaştırıldı (Tablo 30). DEHB'li çocuk ve ergenlerin çok büyük kısmı (%96.0) düşük sosyoekonomik düzeye sahip bir aileye sahipti. Bu gruptaki olguların yalnızca %4.0'ünün sosyoekonomik düzeyi yüksek olarak saptandı. Sağlıklı çocuk ve ergenlerin %33.3'ünün yüksek, %66.7'sinin düşük sosyoekonomik düzeye sahip ailelerden geldiği saptandı. Grupların sosyoekonomik düzeylerinin dağılımı karşılaştırıldığında DEHB'li gruptaki çocuk ve ergenlerin %96.0'sının düşük sosyoekonomik düzeye sahip olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($X^2=12.654$, $p=0.001$).

Tablo 30. Düşük ve yüksek sosyoekonomik durum dağılımı ve karşılaştırılması

Sosyoekonomik düzey	Hasta grubu		Kontrol grubu		X^2	p
	n	%	n	%		
Düşük sosyoekonomik düzey	48	96.0	20	66.7	12.654	0.001
Yüksek sosyoekonomik düzey	2	4.0	10	33.3		
Toplam	50	100.0	30	100.0		

Örneklemedeki çocuk ve ergenlerin ev mülkiyeti, oda mülkiyeti, bilgisayar varlığı sorgulandı. Ev mülkiyeti değişkeni kendi evlerinde yaşayanlar için “evleri kendilerine ait”, kiralık evlerde yaşayanlar için “evleri kendilerinin değil” şeklinde tanımlandı (Tablo 31). DEHB’li çocuk ve ergenlerin %72.0’sinin evleri kendilerine aitken, %28.0’inin değil. Kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerin %76.7’sinin kendi evleri varken, %23.3’ünün kiralık evlerde yaşadıkları saptandı. Grupların yaşadıkları evlerinin mülkiyeti durumunun dağılımı karşılaştırıldığında gruplar arasında değişkenin dağılımının homojen olduğu bulundu ($X^2=0.211$, $p=0.844$).

Tablo 31. Ev mülkiyetine göre grupların dağılımı

Ev mülkiyeti durumu	Hasta grubu		Kontrol grubu		X^2	p
	n	%	n	%		
Evleri kendilerine ait	36	72.0	23	76.7	0.211	0.844
Evleri kendilerinin değil	14	28.0	7	23.3		
Toplam	50	100.0	30	100.0		

Örneklemedeki çocuk ve ergenlerin evlerinde kendisine ait bir odasının varlığı “var” ya da “yok” şeklinde tanımlanıp sorgulanarak dağılımı analiz edildi (Tablo 32). DEHB’li çocuk ve ergenlerin %42.0’sinin kendisine ait bir odası yokken, %58.0’inin kendisine ait bir odası var olarak bulundu. Kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerin %36.7’sinin kendisine ait bir odası yokken, %63.3’ünün kendisine ait bir odası var olarak saptandı. Grupların kendilerine ait odalarının varlığı dağılımının homojen olduğu saptandı ($X^2=0.222$, $p=0.814$).

Tablo 32. Gruplardaki çocukların kendilerine ait odasının varlığına göre dağılımı

Kendisine ait odası	Hasta grubu		Kontrol grubu		X^2	p
	n	%	n	%		
Odası yok	21	42.0	11	36.7	0.222	0.814
Odası var	29	58.0	19	63.3		
Toplam	50	100.0	30	100.0		

Örneklemedeki çocuk ve ergenlerin evlerinde bilgisayar varlığı değişkeni “var” ya da “yok” şeklinde tanımlanıp sorgulandı (Tablo 33). DEHB’li çocuk ve ergenlerin %54.0’ünün evinde bilgisayar varken, %46.0’sının yoktu. Kontrol grubundaki çocuk ve

ergenlerin %56.7'sinin evlerinde bilgisayar varken, %43.3'ünün evlerinde bilgisayarın bulunmadığı saptandı. Grupların evlerinde bilgisayar varlığı dağılımının homojen olduğu saptandı ($X^2=0.054$, $p=1.000$).

Tablo 33. Gruplardaki çocukların evlerinde bilgisayar varlığına göre dağılımı

Evde bilgisayar varlığı	Hasta grubu		Kontrol grubu		X^2	p
	n	%	n	%		
Evde bilgisayar yok	23	46.0	13	43.3	0.054	1.000
Evde bilgisayar var	27	54.0	17	56.7		
Toplam	50	100.0	30	100.0		

4.1.7. DEHB Grubunun Bozukluğa Yönelik Tanımlayıcı Bulguları

DEHB tanısı konulan çocuk ve ergenlerin DEHB alt tipleri DSM-IV tanı ölçütleri esas alınarak “DEHB-dikkatsizliğin önde geldiği tip ve hiperaktivite/impulsivitenin önde geldiği tip, DEHB-bileşik tip,” şeklinde 3 alt başlıkta tanımlanarak dağılımı analiz edildi (Tablo 34). DEHB’li çocuk ve ergenlerin %74.0’ü bileşik tip DEHB, %16.0’sı dikkatsizliğin önde geldiği DEHB, %10.0’u ise hiperaktivite/impulsivitenin önde geldiği DEHB alt tiplerinin tanı ölçütlerini karşılıyor olarak bulundu.

Tablo 34. DEHB grubunda bozukluğun alt tiplerinin dağılımı

DEHB alt tipleri	Hasta grubu	
	n	%
Dikkatsizliğin önde geldiği tip	8	16.0
Hiperaktivitenin önde geldiği tip	5	10.0
DEHB-bileşik tip	37	74.0
Toplam	50	100.0

DEHB tanısı konulan çocuk ve ergenlerin DEHB alt tiplerinin yaş grubuna göre dağılımı analiz edildi (Tablo 35). DEHB’li çocukların (7-11 yaş) %13.9’unun dikkatsizliğin önde geldiği tip, %13.9’unun hiperaktivitenin önde geldiği tip, %72.2’sinin bileşik tip bozukluğu bulunduğu saptandı. DEHB’li ergenlerin (12-15 yaş) %21.4’ünün dikkatsizliğin önde geldiği tip, %78.6’sının da bileşik tip 72.5’i bileşik tip bozukluğu bulunduğu saptandı. Her iki yaş grubunda da bileşik tip daha fazla olarak bulundu.

Tablo 35. DEHB grubunda bozukluğun alt tiplerinin yaş gruplarına göre dağılımı

DEHB alt tipleri	7-11 yaş (n=36)		12-15 yaş (n=14)	
	n	%	n	%
Dikkatsizliğin önde geldiği tip	5	13.9	3	21.4
Hiperaktivitenin önde geldiği tip	5	13.9	0	0.0
DEHB-bileşik tip	26	72.2	11	78.6
Toplam	36	100.0	14	100.0

DEHB tanısı konulan çocuk ve ergenlerin DEHB alt tiplerinin cinsiyete göre dağılımı analiz edildi (Tablo 36). DEHB’li erkek cinsiyetli çocuk-ergenlerin % 72.5’inin bileşik tip DEHB, %17.5’inin dikkatsizliğin önde geldiği tip, %10.0’unun hiperaktivitenin önde geldiği tip tanı ölçütlerini karşıladıkları bulundu. Her iki cinsiyette de bileşik tip en fazla bulunan DEHB alt tipi oldu.

Tablo 36. DEHB grubunda bozukluğun alt tiplerinin cinsiyetlere göre dağılımı

DEHB alt tipleri	Kız (n=10)		Erkek (n=40)	
	n	%	n	%
Dikkatsizliğin önde geldiği tip	1	10.0	7	17.5
Hiperaktivitenin önde geldiği tip	1	10.0	4	10.0
DEHB-bileşik tip	8	80.0	29	72.5
Toplam	10	100.0	40	100.0

4.2. UYGULANAN TEST VE ÖLÇEKLERE İLİŞKİN BULGULAR

Örneklemin değerlendirilmesi sırasında kullanılan WISC-R zeka testi, Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Benlik Saygısı Ölçeği sonuçları analiz edilerek, elde edilen veriler gruplar arasında karşılaştırıldı.

4.2.1. WISC-R testi Sonuçlarına İlişkin Bulgular

Örneklemin her iki grubundaki çocuk ve ergenlere uygulanan WISC-R zeka testi değişkenleri “sözel alt puanı, performans alt puanı ve WISC-R toplam puanı” şeklinde 3 alt başlıkta tanımlandı. Değişkenlerin aritmetik ortalamaları saptanarak sonuçları karşılaştırıldı (Tablo 37). DEHB’li çocuk ve ergenlerin WISC-R sözel alt puan aritmetik ortalaması 102.7 puan (11.3 puan SD), performans alt puanı aritmetik ortalaması 100.6

puan (11.7 puan SD) ve toplam puan aritmetik ortalaması 101.9 puan (10.9 puan SD) olduğu saptandı. Kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerin WISC-R sözel alt puan aritmetik ortalaması 106.8 puan (8.5 puan SD), performans alt puanı aritmetik ortalaması 101.3 puan (9.0 puan SD) ve toplam puan aritmetik ortalaması 104.6 puan (8.7 puan SD) olduğu saptandı. Grupların WISC-R zeka testi alt puanları ve toplam puanları dağılımlarının homojen olduğu gözlemlendi (sırasıyla sözel alt puanı için $t=1.701$, $p=0.093$; performans alt puanı için $t=0.306$, $p=0.760$; WISC-R toplam puanı için $t=1.148$, $p=0.254$).

Tablo 37. Grupların WISC-R Zeka Testi puanlarının dağılımı

WISC-R puanları	Hasta grubu		Kontrol grubu		t	p
	X	SD	X	SD		
Sözel alt puanı	102.7	11.3	106.8	8.5	1.701	0.093
Performans alt puanı	100.6	11.7	101.3	9.0	0.306	0.760
WISC-R Toplam puanı	101.9	10.9	104.6	8.7	1.148	0.254

4.2.2. Benlik Saygısı Ölçeği Sonuçlarına İlişkin Bulgular

Örneklemin benlik saygısını değerlendirmek için kullanılan Benlik Saygısı Ölçeği sonuçları ölçeğin doğasında bulunan 3 alt değişkenle düzeyleri “yüksek (0-1 puan), orta (2-4 puan) ve düşük (5-6 puan)” şeklinde tanımlanarak, dağılımı analiz edildi. DEHB’li gruptaki çocuk ve ergenlerin %30.0’unun benlik saygısı “yüksek”, %62.0’sinin “orta”, %8.0’inin “düşük” düzeyde bulundu. Kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerin ise %56.7’sinin benlik saygısı “yüksek”, %43.3’ünün “orta” düzeyde olduğu saptandı. Kontrol grubuna ait değerlendirmede “düşük” benlik saygısı yoktu (Tablo 38).

Tablo 38. Grupların benlik saygısı düzeylerinin dağılımı

Benlik saygısı düzeyleri	Hasta grubu		Kontrol grubu	
	n	%	n	%
Yüksek	15	30.0	17	56.7
Orta	31	62.0	13	43.3
Düşük	4	8.0	0	0.0
Toplam	50	100.0	30	100.0

Bu araştırmanın amaçlarından biri benlik saygısının DEHB’de hangi düzeyde olduğunu saptamaktır. “DEHB’li çocuk ve ergenlerin benlik saygısı düzeyi sağlıklı yaşıtlarından farklıdır” hipotezini analiz etmek için; benlik saygısı orta ve düşük düzeyde

olanlar “benlik saygısı yüksek değil”, yüksek olanlar “benlik saygısı yüksek” şeklinde iki alt değişkenden toplanarak, gruplar arasındaki dağılımı karşılaştırıldı (Tablo 39). DEHB’li gruptaki çocuk ve ergenlerin %70.0’inin benlik saygısının “**yüksek değil**”, %30’unun benlik saygısının “**yüksek**” olduğu saptandı. Kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerin ise %43.3’ünün benlik saygısı “**yüksek değil**”, %56.7’sinin “**benlik saygısı yüksek**” olarak bulundu. DEHB’li gruptaki çocuk ve ergenlerin %70.0’inin benlik saygısının yüksek olmayışı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($X^2=4.500$, $p=0.034$).

Tablo 39. Gruplar arasında benlik saygısının “yüksek değil” ve “yüksek” şeklinde dağılımı

Benlik saygısı düzeyleri	Hasta grubu		Kontrol grubu		X^2	p
	n	%	n	%		
Benlik saygısı yüksek değil	35	70.0	13	43.3	4.500	0.034
Benlik saygısı yüksek	15	30.0	17	56.7		
Toplam	50	100.0	30	100.0		

Araştırmanın amaçlarından bir diğeri benlik saygısı düzeyi bağımlı değişkeni üzerine bağımsız değişkenlerin etkisini araştırmaktı. Bu amaçla her bağımsız değişken, gruplar arasında “benlik saygısı yüksek” ve “benlik saygısı yüksek değil” bağımlı değişkenleri ile Chi-square testi kullanılarak karşılaştırıldı (Tablo 40). Analiz sonucunda; 7-11 yaş grubunda bulunan DEHB’li çocukların %72.2’sinin benlik saygılarının “yüksek değil” olarak saptanması anlamlı olarak bulundu ($X^2=5.602$, $p=0.018$). Erkek olan DEHB’li çocuk ve ergenlerin %67.5’inin benlik saygılarının “yüksek değil” olarak saptanması anlamlı olarak bulundu ($X^2=4.122$, $p=0.042$). İlk 5 yıllık örgün eğitimdeki DEHB’li çocukların %75.8’inin benlik saygılarının “yüksek değil” olarak saptanması anlamlı olarak bulundu ($X^2=5.957$, $p=0.015$). Okul öncesi eğitim almış DEHB’li çocukların %78.6’sının benlik saygılarının “yüksek değil” olarak saptanması anlamlı olarak bulundu ($X^2=6.782$, $p=0.009$). İlk çocuk olan DEHB’li çocukların %78.3’ünün benlik saygılarının “yüksek değil” olarak saptanması anlamlı olarak bulundu ($X^2=4.786$, $p=0.029$). Anne sütünü 6 aydan az alan DEHB’li çocukların %85.7’sinin benlik saygılarının “yüksek değil” olarak saptanması anlamlı olarak bulundu ($X^2=4.786$, $p=0.029$). Düşük sosyoekonomik düzeyden gelen DEHB’li çocukların %70.8’inin benlik saygılarının “yüksek değil” olarak saptanması anlamlı olarak bulundu ($X^2=4.053$, $p=0.044$). Kendi evlerinde yaşayan DEHB’li çocukların %85.7’sinin benlik saygılarının

“yüksek değil” olarak saptanması anlamlı olarak bulundu ($X^2=4.875$, $p=0.027$). Kendine ait odası bulunan DEHB’li çocukların %79.3’ünün benlik saygılarının “yüksek değil” olarak saptanması anlamlı olarak bulundu ($X^2=4.786$, $p=0.029$).

Tablo 40. Benlik saygısı ile ilişkili değişkenlerin dağılımı ve karşılaştırılması

İncelenen değişkenler	Benlik saygısı yüksek				Benlik saygısı yüksek değil				X^2	p
	DEHB (n=15)		Kontrol (n=17)		DEHB (n=35)		Kontrol (n=13)			
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)		
Çocuk (7-11 yaş)	10	27.8	14	58.3	26	72.2	10	41.7	5.602	0.018
Ergen (12-15 yaş)	5	35.7	3	50.0	9	64.3	3	50.0	0.357	0.550
Kız cinsiyet	2	20.0	4	50.0	8	80.0	4	50.0	1.800	0.180
Erkek cinsiyet	13	32.5	13	59.1	27	67.5	9	40.9	4.122	0.042
Eğitim ilk 5 yıl	8	24.2	12	57.1	25	75.8	9	42.9	5.957	0.015
Eğitim 6-8 yıl	7	43.8	5	55.6	9	56.3	4	44.4	0.322	0.571
Eğitim lise	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	-	-
OÖE almamış	6	21.4	15	55.6	22	78.6	12	44.4	6.782	0.009
OÖE almış	9	40.9	2	66.7	13	59.1	1	33.3	0.711	0.399
Anne ilk öğretim	15	31.3	11	52.4	33	68.7	10	47.6	2.778	0.096
Anne orta öğretim	8	42.1	8	61.5	11	57.9	5	38.5	1.166	0.280
Anne yüksek öğretim	0	0.0	6	66.7	2	100.0	3	33.3	2.933	0.087
Baba ilk öğretim	2	11.8	1	20.0	15	88.2	4	80.0	0.222	0.637
Baba orta öğretim	5	31.3	5	62.5	11	68.8	3	37.5	2.143	0.143
Baba yüksek öğretim	8	47.1	11	64.7	9	52.9	6	35.3	1.074	0.456
Anne çalışıyor	2	33.3	7	70.0	4	66.7	3	30.0	2.049	0.152
Anne çalışmıyor	13	29.5	10	50.0	31	70.5	10	50.0	2.499	0.114
Tek çocuk	2	28.6	2	100.0	5	71.4	0	0.0	3.214	0.073
Tek çocuk değil	13	30.2	15	53.6	30	69.8	13	46.4	3.867	0.049
İlk çocuk	5	21.7	8	57.1	18	78.3	6	42.9	4.786	0.029
İlk çocuk değil	10	37.0	9	56.3	17	63.0	7	43.7	1.504	0.220
Anne süti < 6 ay	2	14.3	5	62.5	12	85.7	3	37.5	5.455	0.020
Anne süti ≥ 6 ay	13	36.1	12	54.5	23	63.9	10	45.5	1.892	1.169
Konuşma < 18 ay	10	38.5	16	61.5	16	61.5	10	38.5	2.769	0.096
Konuşma ≥ 18 ay	5	20.8	1	25.0	19	79.2	3	75.0	0.035	0.851
Düşük SED	14	29.2	11	55.0	34	70.8	9	45.0	4.053	0.044
Yüksek SED	1	50.0	6	60.0	1	50.0	4	40.0	0.069	0.763
Evleri var	10	27.8	13	56.5	26	72.2	10	43.5	4.875	0.027
Evleri yok	5	35.7	4	57.1	9	64.3	3	42.9	0.875	0.350
Odası var	6	20.7	10	52.6	23	79.3	9	47.4	5.270	0.022
Odası yok	9	42.9	7	63.6	12	57.1	4	36.4	1.247	0.264
Bilgisayarı var	9	33.3	10	58.8	18	66.7	7	41.2	2.763	0.096
Bilgisayarı yok	6	26.1	7	53.8	17	73.9	6	46.2	2.774	0.096

OÖE: okul öncesi eğitim, SED: sosyoekonomik düzey

DEHB grubundaki çocuk ve ergenlerin benlik saygısı düzeylerinin DEHB alt tipleri ile olan ilişkisi araştırıldığında (Tablo 41), alt tiplerin dağılımı ile benlik saygısı yüksekliği arasında anlamlı bir farklılığın bulunmadığı saptandı ($X^2=2.703$, $p=0.259$).

Tablo 41. Benlik saygısı ile DEHB alt tipleri arasındaki dağılımın karşılaştırılması

DEHB alt tipleri	Benlik saygısı yüksek (n=15)		Benlik saygısı yüksek değil (n=35)		X^2	<i>p</i>
	n	%	n	%		
Dikkatsizliğin önde geldiği tip	2	13.3	6	17.1	2.703	0.259
Hiperaktivitenin önde geldiği tip	0	0.0	5	14.3		
DEHB-bileşik tip	13	86.7	24	68.6		
Toplam	15	100.0	35	100.0		

4.2.3. Yaşam Kalitesi Ölçeği Sonuçlarına İlişkin Bulgular

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

Öncelikle örneklemdaki çocuk ve ergenlerin anne-babalarının doldurduğu yaşam kalitesi ölçeği değişkenlerinin ortalama dağılımları analiz edilerek karşılaştırıldı (Tablo 42). DEHB’li çocuk ve ergenlerin anne-babalarının doldurduğu yaşam kalitesi ölçeğinin FSTP aritmetik ortalaması 63.8 puan, DİP ortalaması 53.6 puan, SİP ortalaması 59.2 puan, OİP ortalaması 50.4 puan, PSTP ortalaması 54.4 puan ve ÖTP ortalaması 56.7 puan olarak saptandı (Tablo 39). Sağlıklı çocuk ve ergenlerin anne-babalarının doldurduğu yaşam kalitesi ölçeğinin FSTP ortalaması 76.9 puan, DİP ortalaması 68.6 puan, SİP ortalaması 86.3 puan, OİP ortalaması 75.7 puan, PSTP ortalaması 76.9 puan ve ÖTP ortalaması 76.9 puan olarak saptandı. DEHB’li gruptaki çocuk ve ergenlerin anne-babalarının çocukları hakkında doldurdukları yaşam kalitesi ölçek puanlarındaki düşüklük, kontrol grubundaki sonuçlar ile karşılaştırıldığında her değişken için istatistiksel düzeyde anlamlı bulundu (sırasıyla $t=2.937$, $p=0.004$; $t=3.017$, $p=0.003$; $t=5.614$, $p=0.0001$; $t=5.752$, $p=0.0001$; $t=5.746$, $p=0.0001$; $t=5.476$, $p=0.0001$).

Tablo 42. Anne-babalarının doldurduğu Yaşam Kalitesi alt ölçek puanlarının dağılımı

Yaşam Kalitesi alt ölçekleri	Hasta grubu		Kontrol grubu		t	p
	X	SD	X	SD		
Fiziksel sağlık toplam puanı (FSTP)	63.8	18.6	76.9	20.6	2.937	0.004
Duygusal işlevsellik puanı (DİP)	53.6	21.2	68.6	21.9	3.017	0.003
Sosyal işlevsellik puanı (SİP)	59.2	26.2	86.3	16.9	5.614	0.0001
Okul işlevselliği puanı (OİP)	50.4	19.4	75.7	18.4	5.752	0.0001
Psikososyal sağlık toplam puanı (PSTP)	54.4	17.1	76.9	16.5	5.746	0.0001
Ölçek toplam puanı (ÖTP)	56.7	15.6	76.9	16.3	5.476	0.0001

DEHB'li çocuk ve ergenlerin kendilerinin doldurduğu yaşam kalitesi ölçeğinin FSTP aritmetik ortalaması 75.2, DİP ortalaması 71.0 puan, SİP ortalaması 83.3 puan, OİP ortalaması 71.1 puan, PSTP ortalaması 75.1 puan ve ÖTP ortalaması 75.1 puan olarak saptandı. Sağlıklı çocuk ve ergenlerin kendilerinin doldurduğu yaşam kalitesi ölçeğinin FSTP ortalaması 78.7 puan, DİP ortalaması 72.8 puan, SİP ortalaması 88.0 puan, OİP ortalaması 78.9 puan, PSTP ortalaması 79.9 puan ve ÖTP ortalaması 79.6 puan olarak saptandı (Tablo 43). DEHB'li gruptaki çocuk ve ergenlerin kendilerinin doldurdukları yaşam kalitesi ölçek puanlarından okul işlevselliği puanındaki düşüklük istatistiksel düzeyde anlamlı bulundu ($t=2.096$, $p=0.039$). Diğer değişkenler her iki grupta homojendi.

Tablo 43. Çocuk ve ergenlerin doldurduğu Yaşam Kalitesi alt ölçek puanlarının dağılımı

Yaşam Kalitesi alt ölçekleri	Hasta grubu		Kontrol grubu		t	p
	X	SD	X	SD		
FSTP	75.2	18.6	78.7	14.3	0.922	0.360
DİP	71.0	22.9	72.8	16.0	0.420	0.476
SİP	83.3	18.2	88.0	11.8	z:-0.640	0.522
OİP	71.1	19.3	78.9	13.8	2.096	0.039
PSTP	75.1	17.0	79.9	10.7	1.533	0.129
ÖTP	75.1	15.8	79.6	10.5	1.502	0.137

Yaşam kalitesi üzerine etki eden bağımsız değişkenleri saptamak için bağımlı değişkenler olarak ölçeğin “psikososyal alt-ölçek toplam” ve “yaşam kalitesi ölçek toplam” dağılımları esas alındı. Bu bağımlı değişkenler ile her bir bağımsız değişken, gruplar arasında Chi-square testi kullanılarak karşılaştırıldı. Anne-babaların doldurdukları yaşam kalitesi değerlendirmesinin analizi tablo 44’de gösterildi.

Analiz sonucunda; kız DEHB'li çocuk ve ergenlerin anne-babalarının (psikososyal için $p=0.126$, ölçek toplam için $p=0.149$), okul öncesi eğitim almamış DEHB'li çocuk ve ergenlere sahip anne-babaların (psikososyal için $p=0.106$, ölçek toplam için $p=0.068$), tek

DEHB'li çocuk ve ergene sahip anne-babaların (psikososyal için $p=0.348$, ölçek toplam için $p=0.222$), yüksek sosyoekonomik düzeye sahip DEHB'li çocuk-ergene sahip anne-babaların (psikososyal için $p=0.130$, ölçek toplam için $p=0.088$) ve kendilerine ait bir evi bulunmayan DEHB'li çocuk-ergene sahip anne-babaların (psikososyal için $p=0.094$, ölçek toplam için $p=0.097$) dışındaki tablo 40'da gösterilen tüm diğer bağımsız değişkenlerin, DEHB'li bir çocuk-ergene sahip anne-babaların yaşam kalitesi değerlendirmesini hem psikososyal alt-ölçek toplamında hem tüm ölçek toplamında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği bulundu.

Tablo 44. Anne-baba yaşam kalitesi değerlendirmesinin dağılımı ve karşılaştırılması

Ebeveyn form	Psikososyal sağlık alt- ölçek toplam						Yaşam kalitesi ölçek toplam				Psiko- sosyal için p	Ölçek- toplam için p
	DEHB (n=50)			Kontrol (n=30)			DEHB (n=50)		Kontrol (n=50)			
İlişkili değişkenler	n	X	SD	n	X	SD	X	SD	X	SD		
Çocuk (7-11 yaş)	36	55.0	16.8	24	76.7	17.3	57.4	15.7	77.0	17.0	0.0001	0.0001
Ergen (12-15 yaş)	14	52.8	18.7	6	77.6	14.0	54.9	16.0	76.5	14.8	0.010	0.011
Kız cinsiyet	10	49.8	17.2	8	63.3	18.0	52.7	14.1	64.0	17.2	0.126	0.149
Erkek cinsiyet	40	55.5	17.2	22	81.8	13.1	57.7	16.0	81.6	13.5	0.0001	0.0001
Eğitim ilk 5 yıl	33	55.6	16.1	21	77.6	17.6	58.0	15.1	77.8	17.7	0.0001	0.0001
Eğitim 6-8 yıl	16	50.9	19.3	9	75.0	14.2	53.1	16.7	74.7	13.2	0.003	0.003
Eğitim lise	1	70.0	-	0	-	-	72.0	-	-	-	-	-
OÖE almış	28	51.4	16.3	27	77.0	17.3	54.7	14.9	76.7	17.1	0.0001	0.0001
OÖE almamış	22	58.1	17.9	3	76.1	7.8	59.3	16.5	78.1	6.1	0.106	0.068
Anne-ilköğretim	29	54.6	18.2	8	74.4	15.1	57.0	17.1	74.8	13.5	0.008	0.011
Anne-ortaöğretim	19	55.4	15.9	13	73.4	18.0	57.5	13.5	72.8	19.4	0.006	0.014
Anne-yükseköğrt	2	41.6	14.1	9	84.0	14.6	46.0	17.2	84.7	11.7	0.005	0.003
Baba-ilköğretim	17	52.0	20.4	5	76.1	12.4	54.8	19.0	76.0	12.3	0.022	0.030
Baba-ortaöğretim	16	53.7	14.1	8	83.9	8.1	56.0	11.9	84.2	7.7	0.0001	0.0001
Baba-yükseköğrt	17	57.4	16.7	17	73.8	19.7	59.3	15.7	73.7	19.5	0.014	0.025
Anne çalışıyor	6	51.1	14.4	10	84.5	13.9	52.6	13.5	85.3	11.2	0.0001	0.0001
Anne çalışmıyor	44	54.8	17.6	20	73.1	16.7	57.3	16.0	72.7	17.1	0.0001	0.001
Tek çocuk	7	56.9	18.0	2	73.3	30.6	59.1	16.8	78.0	21.3	0.348	0.222
Tek çocuk değil	43	54.0	17.2	28	77.1	16.0	56.3	15.6	76.8	16.4	0.0001	0.0001
İlk çocuk	23	55.0	18.1	14	78.7	19.3	57.6	15.6	78.5	18.6	0.001	0.001
İlk çocuk değil	27	53.9	16.6	16	75.3	14.0	55.9	15.9	75.4	14.5	0.0001	0.0001
Anne sütü < 6 ay	14	51.7	18.6	8	72.0	21.7	53.9	16.3	72.6	21.8	0.031	0.034
Anne sütü ≥ 6 ay	36	55.4	16.7	22	78.6	14.3	57.8	15.5	78.5	14.1	0.0001	0.0001
Konuşma < 18 ay	26	55.3	16.6	26	76.8	17.5	57.7	15.0	76.7	17.2	0.0001	0.0001
Konuşma ≥ 18 ay	24	53.4	18.0	4	77.5	8.2	55.6	16.5	78.0	9.6	0.016	0.015
Düşük SED	48	54.1	17.3	20	74.7	17.0	56.4	15.8	74.0	17.5	0.0001	0.0001
Yüksek SED	2	61.6	14.1	10	81.1	15.3	64.6	8.9	82.6	12.6	0.130	0.088
Evleri var	36	52.7	16.1	23	77.3	15.0	55.9	14.3	77.3	14.1	0.0001	0.0001
Evleri yok	14	58.8	19.6	7	75.4	21.9	59.0	19.1	75.6	23.5	0.094	0.097
Odası var	29	51.4	16.2	19	76.2	17.8	54.6	14.7	76.7	16.7	0.0001	0.0001
Odası yok	21	58.5	17.9	11	78.0	14.6	59.7	16.7	77.2	16.4	0.004	0.008
Bilgisayar var	27	53.2	15.9	17	76.6	18.3	56.0	14.6	77.4	17.4	0.0001	0.0001
Bilgisayar yok	23	55.8	18.7	13	77.2	14.4	57.5	17.1	76.2	15.5	0.001	0.003

OÖE: okul öncesi eğitim, SED: sosyoekonomik düzey

Benzer şekilde gruplar arasında çocukların doldurdıkları yaşam kalitesinin psikososyal sağlık alt ölçeği ile ölçek toplam skorları arasındaki ortalama farklılıklarını etkileyen bağımsız değişkenlerin analizi yapıldı (Tablo 45).

Tablo 45. Çocuk yaşam kalitesi değerlendirmesinin dağılımı ve karşılaştırılması

Çocuk-ergen form	Psikososyal sağlık alt-ölçek toplam						Yaşam kalitesi ölçek toplam				Psiko- sosyal için <i>p</i>	Ölçek- toplam için <i>p</i>
	DEHB (n=50)			Kontrol (n=30)			DEHB (n=50)		Kontrol (n=30)			
	n	X	SD	n	X	SD	X	SD	X	SD		
İlişkili değişkenler												
Çocuk (7-11 yaş)	36	74.3	17.8	24	78.4	10.7	74.6	17.2	78.4	10.6	0.275	0.290
Ergen (12-15 yaş)	14	77.1	15.3	6	85.8	9.6	76.5	12.3	84.0	9.2	0.219	0.197
Kız cinsiyet	10	70.3	18.7	8	76.0	10.3	70.7	17.0	77.5	8.0	0.452	0.315
Erkek cinsiyet	40	76.3	16.6	22	81.3	10.8	76.2	15.6	80.3	11.3	0.161	0.243
Eğitim ilk 5 yıl	33	74.1	18.6	21	78.0	11.2	74.3	17.9	77.7	11.1	0.348	0.394
Eğitim 6-8 yıl	16	76.7	14.4	9	84.2	8.5	77.1	11.4	83.9	7.8	0.171	0.129
Eğitim lise	1	80.0	-	0	-	-	70.0	-	-	-	-	-
OÖE almış	28	78.5	14.9	27	80.7	9.5	78.0	14.9	80.4	8.4	0.530	0.476
OÖE almamış	22	70.7	18.9	3	72.7	20.5	71.4	16.6	72.2	24.1	0.865	0.939
Anne-ilköğretim	29	72.3	19.0	8	81.2	6.5	72.5	17.6	80.7	7.7	0.044	0.066
Anne-ortaöğretim	19	81.4	11.4	13	77.8	14.8	80.7	11.2	77.1	13.7	0.448	0.423
Anne-yükseköğrt	2	55.8	5.8	9	81.7	6.4	60.2	9.3	82.1	6.7	0.001	0.003
Baba-ilköğretim	17	75.4	18.9	5	82.3	6.0	75.5	16.8	81.9	6.8	0.215	0.227
Baba-ortaöğretim	16	80.9	14.5	8	71.6	10.1	81.8	13.2	70.7	11.0	0.123	0.053
Baba-yükseköğrt	17	69.3	16.2	17	83.0	10.4	68.4	15.2	83.0	9.0	0.007	0.002
Anne çalışıyor	6	77.5	19.1	10	80.8	6.6	78.8	16.9	81.4	6.7	0.689	0.727
Anne çalışmıyor	44	74.8	17.0	20	79.4	12.4	74.6	15.8	78.6	12.0	0.230	0.271
Tek çocuk	7	73.3	23.1	2	75.0	4.7	72.7	21.9	73.4	5.7	0.926	0.966
Tek çocuk değil	43	75.4	16.2	28	80.2	11.0	75.5	14.9	80.0	10.7	0.140	0.146
İlk çocuk	23	73.4	17.4	14	81.1	7.2	73.9	16.4	80.5	7.4	0.073	0.105
İlk çocuk değil	27	76.5	16.9	16	78.8	13.3	76.2	15.6	78.7	12.8	0.644	0.582
Anne sütü < 6 ay	14	74.8	20.0	8	77.0	12.2	76.6	17.5	76.2	13.7	0.752	0.960
Anne sütü ≥ 6 ay	36	75.2	16.0	22	80.9	10.3	75.4	15.4	80.8	9.1	0.106	0.059
Konuşma < 18 ay	26	71.6	15.6	26	80.4	11.5	71.0	14.8	80.1	11.1	0.026	0.016
Konuşma ≥ 18 ay	24	78.8	18.0	4	76.6	2.3	79.6	16.0	76.2	4.3	0.571	0.404
Düşük SED	48	75.2	17.2	20	78.7	11.9	75.1	16.1	78.0	11.4	0.341	0.403
Yüksek SED	2	71.4	16.4	10	82.1	8.2	74.8	11.2	82.6	8.1	0.179	0.264
Evleri var	36	75.0	16.3	23	81.3	10.1	75.1	15.8	81.7	8.9	0.077	0.047
Evleri yok	14	75.2	19.3	7	75.2	12.1	75.1	16.5	72.6	12.9	1.000	0.725
Odası var	29	76.2	16.1	19	79.2	9.9	76.7	15.5	78.4	10.9	0.433	0.654
Odası yok	21	73.5	18.5	11	81.0	12.5	72.9	16.4	81.5	10.0	0.241	0.126
Bilgisayar var	27	77.5	15.9	17	80.6	10.5	77.3	15.0	80.4	11.3	0.491	0.475
Bilgisayar yok	23	72.2	18.3	13	78.9	11.4	72.5	16.7	78.4	9.6	0.185	0.186

OÖ: okul öncesi, SED: sosyoekonomik düzey

Analiz sonucunda; Annesi ilk öğrenim düzeyinde eğitim almış DEHB'li çocukların psikososyal sağlık alt-ölçek toplam skorunun düşüklüğü anlamlı düzeyde bulundu ($p=0.044$). Annesi yüksek öğrenim düzeyinde eğitim almış sağlıklı çocuk ve ergenlerin psikososyal sağlık ve ölçek toplam skorlarının yüksekliği anlamlı düzeyde bulundu (psikososyal için $p=0.001$, ölçek toplam için $p=0.003$). Benzer şekilde babası yüksek

öğrenim düzeyinde eğitim almış sağlıklı çocuk ve ergenlerin psikososyal sağlık ve ölçek toplam skorlarının yüksekliği anlamlı düzeyde bulundu (psikososyal için $p=0.007$, ölçek toplam için $p=0.002$). 18 aydan önce konuşmaya başlamış sağlıklı çocuk ve ergenlerin psikososyal sağlık ve ölçek toplam skorlarının yüksekliği anlamlı düzeyde bulundu (psikososyal için $p=0.007$, ölçek toplam için $p=0.002$). Evleri kendilerine ait sağlıklı çocuk ve ergenlerin ölçek toplam skorunun yüksekliği anlamlı düzeyde bulundu ($p=0.047$).

Araştırmanın bir diğer amacı benlik saygısı ile yaşam kalitesi bağımlı değişkenleri arasında bir ilişkinin olup olmadığını saptamaktır. Bu amaçla çocuk ve ergenlerin doldurduğu yaşam kalitesi ölçek ortalama dağılımları esas alınarak gruplar arasında benlik saygısının “yüksek” ve “yüksek değil” değişkenleri ile karşılaştırıldı (Tablo 46).

Tablo 46. Benlik saygısı ile çocuk yaşam kalitesi ölçek skorlarının karşılaştırılması

Çocuk-ergen ilişkili değişkenler	Benlik saygısı yüksek				Benlik saygısı yüksek değil				Yüksek için p	Yüksek değil için p
	DEHB (n=15)		Kontrol (n=17)		DEHB (n=35)		Kontrol (n=13)			
	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD		
FSTP	77.0	16.1	79.4	16.0	74.5	19.8	77.7	12.5	0.680	0.583
DİP	78.6	18.0	72.0	16.5	67.7	24.1	73.8	15.9	0.289	0.316
SİP	88.3	14.5	86.4	14.6	81.1	19.3	90.0	6.7	0.722	0.023
OİP	77.3	18.6	79.4	16.7	68.4	19.2	78.2	9.5	0.742	0.024
PSTP	81.7	14.9	79.3	12.9	72.4	17.4	80.6	7.5	0.669	0.027
ÖTP	80.3	14.5	79.3	12.7	72.9	16.1	79.9	7.1	0.836	0.043

Analiz sonucunda; Benlik saygısı yüksek olmayan DEHB’li çocuk ve ergenlerin sosyal işlevsellik ($p=0.023$), okul işlevselliği ($p=0.024$), psikososyal sağlık ($p=0.027$) ve ölçek toplam ($p=0.043$) puanlarındaki düşüklüğün anlamlı düzeylerde bulunduğu saptandı.

Araştırmanın son amacı DEHB grubundaki çocuk ve ergenlerin benlik saygısının yüksekliğini öngördürecek prediktörleri saptamaktır. DEHB grubunda yaş, cinsiyet, baba eğitim düzeyi, okul öncesi eğitim ve sosyoekonomik düzey değişkenlerinin regresyon modelleri oluşturularak multivaryans lojistik regresyon analizi uygulandı (Tablo 47).

Analiz sonucunda, bu beş değişkenden yalnızca babanın eğitiminin yüksek oluşunun anlamlı bulunduğu saptandı (beta=4.06, $p=0.046$).

Tablo 47. DEHB grubuna ait benlik saygısı yüksekliğinin prediktörleri

	OR	95%CI	p
Yaş			
7-11 yaş	1.43	0.32-6.33	0.631
12-15 yaş	1		
Cinsiyet			
Erkek	0.80	0.11-5.41	0.822
Kız	1		
Baba eğitim düzeyi			
Yüksek	4.06	1.02-16.10	0.046
Orta ve ilköğretim	1		
Okul öncesi eğitim			
Almamış	0.26	0.06-1.10	0.068
Almış	1		
Sosyoekonomik düzey			
Yüksek	2.42	0.14-41.60	0.540
Düşük	1		

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada DEHB'li çocuk ve ergenlerin benlik saygısı ve yaşam kalitesi düzeylerinin sağlıklı yaşlıları ile karşılaştırılması amaçlanmıştır. Bu amaçla DEHB tanısı konulan 40'ı erkek 10'u kız toplam 50 çocuk ve ergen ile herhangi bir bedensel ya da ruhsal bozukluğu bulunmayan 22'si erkek, 8'i kız toplam 30 çocuk ve ergen çalışmaya kabul edilerek, hasta ve kontrol grubu başlıkları altında iki grup oluşturulmuştur.

Öncelikle gruplar arasında tanımlayıcı bağımsız değişkenlerin dağılımı açısından bir farklılık olup olmadığı araştırılmıştır. Örneklemin kendisine ait tanımlayıcı değişkenlerden yaş, cinsiyet, yaş grubu dağılımı, eğitim ve eğitim grupları dağılımı açısından gruplar arasında benzerlik bulunduğu saptanmıştır.

DEHB grubunun yaş ortalaması 10.3 yaş olarak saptanmış olup en küçük yaş 7, en büyük yaş 15 olarak bulunmuştur. DEHB belirtileri okul öncesi dönemde başlamakla birlikte çoğu olgunun tanısı ancak okul hayatı başladığında konulmaktadır. Bu da anne-babaların çoğunun çocuklarından rahatsız olmalarına karşın ancak okul ortamındaki sorunlarla karşılaştıktan sonra çare arayışlarına girmeleri ile açıklanabilir.

DEHB grubunda cinsiyet dağılımı 40 erkek ve 10 kız çocuk ve ergen şeklinde olup DEHB popülasyonunda gözlenen 3/1-9/1 arasında değişen oranlarla erkek hakimiyeti ile paralellik göstermektedir. Örnekleminizden yola çıkarak polikliniğimize erkek DEHB olgularının kızlardan 4 kat daha fazla olarak başvurduğu sonucuna ulaşılmıştır. Aşkın ve arkadaşlarının çalışmasında bu oran 5/1 (35), Şenol ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada 6/1 olarak bildirilmiştir (40). Cinsiyet farkı, kızlarda eşlik eden davranış bozuklukları daha az görülmesi ve daha fazla oranda dikkat eksikliği alt tipinin bulunması nedeniyle kliniklere başvuru oranlarının erkeklerden daha az olmasına bağlanabilir (44).

Örneklemin kendisine ait tanımlayıcı değişkenlerinden okul öncesi eğitim almaları açısından gruplar karşılaştırıldığında, DEHB'li çocuk ve ergenlerin sağlıklı yaşlılarına göre anlamlı düzeyde daha az okul öncesi eğitimi almış oldukları saptanmıştır. Bu da, yine bu çocukların okul öncesi dönemde aşırı hareketli, uyumsuz ya da yaşından beklenenden daha fazla dikkatsizlik gösterdikleri için okul öncesi eğitim programlarına uyum sağlayamadıklarını, başlamış olsalar bile gelişen sorunlar nedeniyle anaokul ortamından uzaklaştırılmış olmaları ile açıklanabilir.

Örneklemin anne-babasına ait tanımlayıcı değişkenlerden anne-baba yaş ortalamaları, baba eğitim düzeyi, baba meslek dağılımı, anne-babasının her ikisinin hayatta ve madde kullanmıyor oluşları değişkenleri açısından homojen dağılım gösterdikleri saptanmıştır.

Örneklemin DEHB’li çocuk ve ergenlerinin annelerinin eğitim düzeylerinin, sağlıklı çocuk ve ergenlerin annelerinin eğitim düzeylerinden anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, DEHB’li çocuk ve ergenle baş etmekte annelerin eğitim düzeyinin etkili olabileceği yönünde bir izlenim uyandırmaktadır. Aynı şekilde annelerinin çalışıyor olup olmamalarına göre dağılımları karşılaştırıldığında, DEHB’li grubun annelerinin çoğunun çalışmıyor oluşu anlamlı bulunmuştur. Annelerin eğitim düzeyinin artması beraberinde anneleri çalışma hayatına da kazandırıyor olabilir.

Örneklemin kardeşlerine ve ailesine ilişkin tanımlayıcı değişkenlerinden tek çocuk olma, ilk çocuk olma, ailedeki kişi sayısı, aile tipi, aile üyelerinde psikiyatrik bir bozukluk varlığı değişkenleri açısından gruplar arasında bir farklılık saptanmamıştır.

Aynı şekilde örneklemin gelişimsel özellikleri ile ilgili değişkenlerinden doğumun zamanı ve şekli, yürümeye başlama yaşı, sfinkter kontrolünü kazanmaya başlama yaşı değişkenleri açısından DEHB’li ve sağlıklı çocuk-ergenlerin birbirlerine benzer dağılımlar gösterdiği saptanmıştır. Ancak, doğum ağırlığı ve konuşmaya başlama yaşları değişkenleri açısından grupların birbirlerinden farklı olduğu, DEHB’li çocuk ve ergenlerin sağlıklı yaşlıtlarına göre doğum ağırlığının daha fazla, konuşmaya başlama yaşının ise daha geç olduğu görülmüştür. Konuşmaya başlama yaşının daha geç oluşu DEHB’deki silik nörolojik belirtilerin varlığı ve altta yatan olası organik nedenlerin ayırt edilmesi için önemli olabilir.

Örneklemin ekonomik değişkenlerin değerlendirildiği ev, oda ve bilgisayar mülkiyetleri dağılımları açısından birbirlerinden farksız olduğu saptanmıştır. Sosyoekonomik düzey yüksek ve düşük olarak tanımlanıp, gruplar arasındaki dağılımları karşılaştırıldığında ise, DEHB’li grubun sosyoekonomik düzeyinin anlamlı olarak daha düşük düzeylerde olduğu bulunmuştur. Bu durumun, hem DEHB’li çocuğa yönelik anne-babanın tedavi arama şanslarını, bozuklukla baş etme şanslarını azaltabilen yönüyle anne-babaya, benlik saygısını etkileyebildiği için DEHB’li çocuğa bakan yanları vardır.

DEHB tanısı konulan çocuk ve ergenlerin büyük kısmının (%74.0) “bileşik tip DEHB” olduğu, bunu %16.0 ile “dikkatsizliğin önde geldiği DEHB”nin takip ettiği, en az

ise %10.0 ile “hiperaktivite/impulsivitenin önde geldiği DEHB”nin bulunduğu saptanmıştır. DEHB alt-tiplerinin dağılımı ile ilgili hem yurt dışı hem yurt içinde yapılan çalışmalarda en sık görülen alt tipin bileşik tip olduğu gösterilmiştir. Tahiroğlu ve arkadaşlarının 2005 yılında yayınlanan çalışmalarında, Adana ili Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvuranlardan oluşan örnekleme, toplam 401 DEHB’li olgunun %78.1’inde bileşik alt-tip DEHB saptamışlardır (54). Bizim örnekleminizde bu oran %74.0 olup, paralellik gösterdiği saptanmıştır. Aynı çalışmada hiperaktivitenin önde geldiği alt tip için %17.0, dikkatsizliğin önde geldiği alt-tip olarak %5.0 oranlarını bildirmiştir (54). Bizim örnekleminizde ise en az gözlenen hiperaktivitenin önde geldiği alt-tip olarak saptanmıştır. Bu fark, örneklem rakamlarının farklılığından kaynaklanıyor olabilir.

Örneklemin her iki grubundaki çocuk ve ergenlere uygulanan WISC-R zeka testi sonuçlarının “sözel alt puanı, performans alt puanı ve WISC-R toplam puanı” ortalamalarının karşılaştırılmasında, her iki grubun sonuçlarının birbirine benzer olduğu görülmüştür. Zeka düzeylerinin dağılımının benzer oluşu uygulanan benlik saygısı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin değerlendirilmesinde güvenilirliği artırıcı yönde olarak yorumlanmıştır.

Örneklemin benlik saygısını değerlendirmek için Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin doğasında bulunan 3 alt değişkenle düzeyleri “yüksek, orta ve düşük” şeklinde tanımlanmış ve dağılımları karşılaştırılmıştır. Buna göre DEHB’li çocuk ve ergenlerin %30.0’unun benlik saygısı “**yüksek**”, %62.0’sinin “**orta**”, %8.0’inin “**düşük**” düzeyde bulunmuştur. Kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerin ise %56.7’sinin benlik saygısı “**yüksek**”, %43.3’ünün “**orta**” düzeyde olduğu saptanmıştır. Kontrol grubuna ait değerlendirmede hiç “**düşük**” benlik saygısı düzeyine rastlanmamıştır. Gruplar arasında karşılaştırmanın yapılabilmesi için benlik saygısı bağımlı değişkeni “benlik saygısı yüksek” ve “benlik saygısı yüksek değil” şeklinde yeniden tanımlanıp, benlik saygısı orta ve düşük bulunanlar “yüksek değil” grubunda değerlendirilmiştir. Buna göre her üç DEHB’li çocuk ve ergenden yalnızca birisinin benlik saygısı “yüksek”, kalan 2/3’ünün benlik saygısının “yüksek olmadığı” sonucuna ulaşılmıştır. Kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerin ise yarısından fazlasının benlik saygısı “yüksek” bulunmuştur.

Literatürde DEHB’de benlik saygısının araştırıldığı, benlik saygısı ile ilişkilendirilen benlik kavramı, benlik algısı gibi kavramların karşılaştırıldığı yayımlar

vardır. Bunlardan Slomkowski ve arkadaşları, 1995 yılında yayınlanan bir çalışmalarında, DSM-III ölçütleri ile DEHB tanısını koydukları 65 DEHB'li olgunun benlik saygısını Weis ve Hechtman'ın 1986'da tanımladığı 11-itemli bir anket ile değerlendirmişler (altı başlık; fizik görünüm, entellektüalite, genel sağlık, yaratıcılık, fiziksel beceriklik, sosyal beceriklik) ve 62 sağlıklı kontrol ile karşılaştırmışlardır. DEHB grubundaki çocukların anketteki altı başlıklı alt-değerlendirmede kontrol grubuna göre anlamlı düzeylerde düşüklüğün bulunduğunu göstermişlerdir (3).

Dumas ve Pelletier, 1999 yayınlanan bir çalışmalarında, DEHB'de benlik kavramı ve benlik algısını araştırmışlardır. Yaşları 6-11 yaş arasında 57'si DEHB'li (20 kız ve 37 erkek) ve 59'u (25 kız ve 34 erkek) kontrol grubu olan 116 çocuğa altı adet tanımlanmış alt testten oluşan Çocuklar için Benlik Algısı Profilini uygulamışlardır. Sonuçta, sportif yeterlilik hariç, benlik kavramının tüm boyutlarını DEHB'li çocuklarda kontrol grubundaki çocuklara göre daha düşük olarak bulmuşlardır (4).

Shaw-Zirt ve arkadaşları, 2005 yılında yayınlanan bir çalışmalarında, DEHB'li ergenlerin uyum, sosyal beceriler ve benlik saygısını değerlendirmişlerdir. Bu amaçla DEHB'li 21 kolej öğrencisi, bu öğrencilerle yaş, cinsiyet ve not ortalaması yönünden benzer ama belirgin DEHB semptomları göstermeyen 20 öğrenci ile karşılaştırmışlardır. DEHB semptomlu öğrencilerin benlik saygılarını daha düşük ve sosyal işlevsellik ve okul işlevselliklerini daha az olarak bulmuşlardır (5).

Barber ve arkadaşları 2005 yılında yayınlanan bir çalışmalarında, DEHB tanısı konmuş çocuklarla bu teşhisin konmadığı çocukların benlik kavramlarını karşılaştırmışlardır. Bu çalışmaya yaşları 8-12 yaş arasında değişen, 38'i DEHB'li ve 39'u sağlıklı toplam 77 çocuk kabul edilmiş, çocuklara okul çağı çocuklarının benlik kavramlarını ölçmek üzere tasarlanan "Çocuklar İçin Hazırlanmış Benlik Kavramı Profili Anketi" uygulanmıştır. Sonuçta DEHB grubu çocukların belirgin derecede düşük benlik kavramı ve kontrol grubundaki çocuklarla karşılaştırıldığında davranış kontrolü alt skalasında daha düşük bir puana sahip oldukları saptanmıştır (6).

Edbom ve arkadaşları, 2008 yılında yayınlanan bir çalışmalarında, DEHB semptomları ile benlik saygısının gelişmesi arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Bu çalışmada populasyon temelli örnekleme ikiz DEHB'lileri 8 yaşında iken ve 13 yaşında iken değerlendirilmişlerdir. Birincisinde ve ikincisinde anne-babalara çocukları hakkında ölçek doldurulmaları istenmiş, ikincisinde çocukların da benlik saygısı ile ilgili "Youth

Self Report (YSR)'' ölçekler de uygulanmıştır. DEHB semptomları ve benlik saygısı analiz edildiğinde, DEHB semptomlarının 8-13 yaşlar için anne-baba bildirimlerinin yüksek skorlar içerdiği, 13 yaşındaki benlik saygısı geri bildirimlerinin düşük olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak populasyon temelli örnekleme uzun dönem DEHB semptomları düşük benlik saygısı ile ilişkilendirilmiştir (7).

Yukarıda özetlenen beş çalışmada da özet olarak DEHB'li çocuk ve ergenlerin benlik saygılarının etkilendikleri karşılaştırıldıkları kontrol grubuna göre bu etkilenmenin anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bizim çalışmamızda kullandığımız Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinin sonuçlarının interval=ölçümsel olmayıp, ordinal=kategorik (benlik saygısının yüksek-düşük-orta) şekilde olması yukarıda adı geçen çalışmaların sonuçları ile bire-bir karşılaştırmayı olanaksız kılmaktadır. Ama benlik saygısının yüksek ve yüksek değil şeklinde tanımlanması ile bizim sonuç olarak söyleyebileceğimiz, DEHB'li grubun 2/3'ünün benlik saygısının yüksek bulunmayışı, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anlamlı bulunmuştur.

Benlik saygısının DEHB'li çocuk ve ergenlerde orta düzeylerde etkilenmiş olduğunu bildiren literatürde tek bir yayına ulaşılmıştır. Bu çalışmada Bussing, Zima ve Perwien, DEHB'li bireylerin benlik saygılarının düzeyini saptamayı, sosyodemografik faktörler düzenlendiğinde düşük benlik saygısının diğer değişkenleri kestirme gücünü tanımlamayı ve ilaçla tedavinin benlik saygısı üzerine olan etkisini araştırmayı amaçlamışlardır. Bu amaçla 143 DEHB'li çocuğun "Piers-Harris'in Benlik Kavramı Ölçeği" ile benlik saygılarını saptamışlardır. Sonuçları normatif data olarak kabul ettikleri aynı eyaletteki okullardan topladıkları toplam 1183 öğrencinin benlik saygısı ölçeği toplam skorunun ortalaması ile karşılaştırmışlardır. Ölçeğin toplam skoru, davranış, okul, fizik görünüm, anksiyete, popülerite, mutluluk/doyum alt başlıkları normatif data ile karşılaştırıldığında tüm alt-başlıklardaki puanlarının DEHB'li grupta **orta düzeyde** olduğunu göstermektedir (8). Bizim çalışmamızda DEHB'li grubun %30.0'unun benlik saygısı yüksek, %62.0'sinin orta, %8.0'inin düşük düzeylerde olduğu, kontrol grubunun %56.7'sinin yüksek ve %43.3'ünün orta düzeylerde bulunup, hiç düşük düzeyin bulunmadığı saptanmıştır. Bussing ve arkadaşlarının çalışmasındaki sonuçlar her ne kadar interval düzeyde olsa da, skor ortalamalarının orta düzeylerde düşük çıkması açısından, bu çalışmadaki sonuçlar ile paralellik göstermektedir.

Araştırmamızda benlik saygısı düzeyi üzerine bağımsız değişkenlerin etkisini araştırmak için her bağımsız değişken, gruplar arasında “benlik saygısı yüksek” ve “benlik saygısı yüksek değil” değişkenleri ile karşılaştırılmıştır. Buna göre DEHB’li grubun 7-11 yaş grubunda bulunan, erkek cinsiyetinde olan, ilk çocuk olarak dünyaya gelmiş olan, anne sütünü 6 aydan daha az almış bulunan, düşük sosyoekonomik düzeyden gelen DEHB’li çocuk ve ergenlerin benlik saygılarının “yüksek değil” olması daha anlamlı bulunmuştur. “Yüksek değil” tanımlaması “düşük” olarak kabul edilirse çocuk yaş grubunda olmak, erkek cinsiyetinde olmak, ilk çocuk olarak dünyaya gelmiş olmak, anne sütünü 6 aydan daha az almış olmak, düşük sosyoekonomik düzeyden gelmiş olmak değişkenlerinin DEHB tanılı çocuklarda benlik saygısının düşüklüğü riski açısından göz önünde bulundurulmasında fayda vardır yorumu yapılabilir.

Alston ve Romney, 1992 yılında yayınlanan bir çalışmalarında, DEHB’li tedavi alan ve almayan erkek çocuklarının benlik saygılarını karşılaştırmayı amaçlamışlar, yaşın belirleyiciliğini saptamak için kesme-noktası olarak 11.5 yaş kabul ederek her iki grubu 11.5 yaş altı ve üstü şeklinde iki gruba daha ayırmışlar ve uyguladıkları “Coopersmith Self Esteem Inventory” sonuçlarını karşılaştırmışlardır (12). Sonuç olarak 11.5 yaşın altındaki çocukların benlik saygısının daha düşük olduğunu bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda DEHB’li 7-11 yaş çocuk grubunun benlik saygısının düşük oluşu anlamlı düzeyde bulunmuştur. Birbiri ile paralellik gösteren bu sonucun bir açıklaması küçük yaş grubu DEHB’nin baş etme mekanizmalarının henüz ergen DEHB’liler kadar gelişmemiş olmasına bağlanabilir.

Çalışmamızda erkek cinsiyetin benlik saygısının daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. DEHB’de benlik saygısına cinsiyetin etkisini araştıran çalışmalardan Ek ve arkadaşlarının, 2008 yılında yayınlanan bir çalışmada Piers-Harris Ölçeği uygulanmış, kızlarda daha düşük benlik saygısı, daha az ruhsal iyi olma hali, daha zayıf anne-baba ve akran ilişkisi saptamışlardır (11). Bu çalışmada DEHB’li çocuklarda ve eşik altı semptomları bulunan dikkat eksikliği ve/veya öğrenme problemleri bulunan çocukların benlik saygısı değerlendirilmiş, toplum temelli örnekten, 10 ve 11 yaş grubundaki DEHB/eşik altı DEHB bulunanlar ile (n=30), hafif dikkatsizlik ve/veya öğrenme problemi bulunanları (n=64) hedef seçilmiştir. Kızlar ve erkeklerin verdikleri yanıtlar ayrı ayrı incelenmiştir. Sonuç olarak DEHB’li/eşik altı DEHB’si bulunan çocukların referans popülasyon ile aralarında global benlik saygısı açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Bizim çalışmamızda erkek cinsiyetinin benlik saygısının düşük oluşunun anlamlı bulunması, çalışmaların dizaynındaki farklılıktan kaynaklanmış ya da DEHB örneklemimizdeki erkek hakimiyetinden kaynaklanmış olabilir.

İlk çocuk ve anne sütünü 6 aydan daha az almış olmak bağımsız değişkenlerinin DEHB’de benlik saygısı üzerine olan etkisinin araştırıldığı bir çalışmaya literatürde rastlanmamıştır. İleriye dönük çalışmalarda bu iki değişkenin DEHB’de benlik saygısı oluşumu üzerine etkileri araştırılabilir.

Çalışmamızda düşük sosyoekonomik düzeyin DEHB’de benlik saygısının düşüklüğü ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bussing ve arkadaşları, çalışmalarında bu değişkenin benlik saygısı üzerine etkisiz olduğunu bulmuşlardır. Aradaki farklılığın nedeni yine çalışma dizaynındaki farklılıktan kaynaklanıyor olabilir.

DEHB’li grubun kendi içinde benlik saygısının yordayıcılarının saptanması için yapılan lojistik regerasyon analizinde yalnızca babanın eğitim düzeyinin benlik saygısı için belirleyici olduğu bulunmuştur. Buna göre babası yüksek öğretim düzeyinde eğitim almış DEHB’li çocuk ve ergenin benlik saygısı, babası yüksek öğretim düzeyinde eğitim almamış DEHB’li çocuk ve ergenin benlik saygısından 4 kat daha yüksek bulunmuştur.

Literatürde DEHB’de benlik saygısının potansiyel yordayıcılar olarak yaş (7, 12), cinsiyet (11), psikostimulan kullanımı (13-15) rapor edilmiş ve bunların DEHB’li çocukların benlik saygılarını etkileyebilecekleri gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda erkek cinsiyetinin benlik saygısının daha düşük bulunması, 7-11 çocuk yaş grubunun daha düşük benlik saygısına sahip olduğunun saptanması literatürdeli bu raporlar ile paralellik göstermiştir. Bizim çalışmamızda çalışma dizaynı yalnızca tanısı konmuş ve tedavisi planlanma aşamasında görülen çocuk ve ergenlerin ölçeklerle değerlendirilmesi esasına dayandığı için, tedavi başladıktan sonra bu çocuk ve ergenlerin ikinci bir değerlendirilmesi yapılmamıştır. Böylesi bir izlemin yapılarak tedavi ile sonuçlardaki değişikliğin saptanabilmesi tedavinin etkinliğini gözleyebilmek açısından önemli olacaktır.

Bu çalışmada yaşam kalitesi çocuklarda sağlıkla ilgili bir genel yaşam kalitesi ölçeği olan “Çocuklar için Yaşam Kalitesi (PedsQL 4.0TM) ölçeği” kullanılarak değerlendirilmiştir. Yurt dışında benzer çok fazla sayıda ölçek bulunduğu ve DEHB’li gruplarda bir dolu yaşam kalitesi değerlendirmesi yapılmış olmasına karşın, literatürde PedsQL’in DEHB’de kullanıldığı bir çalışmaya rastlanmıştır. Bu ölçeğin hazırlayıcısı olan Varni, 2006 yılında yayınlanan bir çalışmada, DEHB’li grupta bu ölçeği kullanmış ve

kronik hastalıklı çocuklar ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırmıştır (29). Bu amaçla 5-16 yaş grubu toplam 72 DEHB’li çocuğun PedsQL 4.0 sonuçlarını analiz etmiş, sonuçları kronik bozukluğa sahip çocuklar ve sağlıklı yaşlıları ile karşılaştırılmıştır. Sonuç olarak DEHB’li çocukların psikososyal işlevselliğindeki bozulmanın yeni tanı konmuş kanserli çocuklar ve serebral palsili çocuklarla karşılaştırılabilir düzeylerde olduğu, sağlıklı çocuklardan anlamlı düzeylerde düşük bulunduğunu bildirmiştir. DEHB’nin kronik diğer hastalıklar kadar çocukların yaşam kalitesini etkilediğine vurgu yapmış, kronik bir bozukluk olan DEHB’de yaşam kalitesinin değerlendirilmesinin önemini altını çizmiştir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin DEHB’li çocuklarda yerel, bölgesel, ulusal düzeyde değerlendirilmesinin ve sonuçlarına göre müdahalelerin yapılmasının gerekliliğine işaret etmiştir.

Bizim çalışmamızın planlanmasında ise DEHB’li grup yalnızca sağlıklı yaşlıları ile karşılaştırılmış, anne-babaların ve çocuk-ergenlerin doldurdukları formlar ayrı ayrı analiz edilmiştir. Yaşam kalitesi alt ölçekleri “fiziksel sağlık toplam puanı, duygusal işlevsellik puanı, sosyal işlevsellik puanı, okul işlevselliği puanı, psikososyal sağlık toplam puanı ve ölçek toplam puanı” değişkenleri ile tanımlanmış, her değişkenin aritmetik ortalaması saptanarak elde edilen ortalamalar gruplar arasında karşılaştırılmıştır. DEHB’li gruptaki çocuk ve ergenlerin anne-babalarının çocukları hakkında doldurdukları yaşam kalitesi tüm alt-ölçek puanlarının, kontrol grubundaki çocuk-ergenlerin anne-babalarının geri bildirimlerine ait sonuçlardan anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur.

Anne-babanın cevapladıkları yaşam kalitesi değişkenleri üzerine etki eden bağımsız değişkenleri saptamak için bağımlı değişkenler olarak ölçeğin “psikososyal alt-ölçek toplam” ve “ölçek toplam” dağılımları esas alınmış ve her bir bağımsız değişken ile karşılaştırılmıştır. Kız çocuk-ergene sahip olma, okul öncesi eğitim almamış çocuk-ergene sahip olma, tek çocuk-ergene sahip olma, yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olma dışındaki tüm diğer bağımsız değişkenlerin, anne-babaların DEHB’li çocuklarının yaşam kalitesini değerlendirmesini hem psikososyal alt-ölçek toplamında hem tüm ölçek toplamında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği bulunmuştur. Buradan şu sonucu çıkarmak mümkün olabilir; DEHB’li çocuk-ergene sahip anne-babalar, çocuk ve ergenlerini, yaşamlarının tüm kesitlerinde (fiziksel sağlık, duygusal işlevsellik, sosyal işlevsellik, okul işlevselliği) olumsuz yönde etkilenmiş olarak görmektedirler.

Literatürde, anne-babaların çocuğun yaşadığı belirtileri, akran ilişkilerini ya da gelecekle ilgili endişelerini tam olarak bilememeleri, formları doldururken diğer çocuklarından ya da tanıdıkları çocuklardan etkilenmeleri, kendi beklenti ve umutlarından, o andaki stres ya da ruhsal durumlarından etkilenme olasılıklarının olması anne-baba formlarının zayıf yönleri olarak belirtilmektedir (93, 95).

Literatürde, anne-baba ve çocuk formları eş zamanlı olarak değerlendirildiğinde, genellikle çocukların anne-babalarından farklı olarak kendilerindeki bozukluğun sebebi ve tedavisi ile ilgilenmediği, bozukluğa daha iyimser baktıkları saptanmıştır (96).

Klassen ve arkadaşları, “Child Health Questionnaire” ölçeğindeki sekiz QOL alt sorgusunu ve bir maddesini esas alarak, anne-babaların doldurdukları ölçeğin çocukların kendi değerlendirmelerinden daha olumsuz olup olmadığını ve demografik, sosyoekonomik ve klinik faktörlerle ilişkisini araştırmışlardır. Sonuç olarak, çocukların anne-babalarından dört alanda daha iyi, bir alanda daha kötü geri bildirimde bulduklarını saptamışlardır. Anne-baba ile çocuk geri bildirimleri arasındaki farklılıkların Karşıt olma-karşı gelme bozukluğu bulunanlarda anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlenmiştir. Sonuç olarak her ne kadar anne-baba ve çocuk arasında farklı geri bildirim olsa da yaşam kalitesi ölçeği kullanılmasının DEHB’li çocuklarda ortalama bir yaşam kalitesi değerlendirmesine olanak verdiğini söylemişlerdir (24).

Klassen ve arkadaşlarının bir başka çalışmasında DEHB’nin tedavisi ile değişen parametreler araştırılmıştır. Semptomlarda azalma, işlevsellikte artma, kendilik algısında ve yakın ilişkilerinde iyilik-halinde artma gibi değişen parametreler hem çocuk hem anne-babalarına 50 maddeden oluşan Child Health Questionnaire ölçeği ile HRQL ölçeği uygulanarak değerlendirilmiştir. Sonuç olarak DEHB’li çocukların anne-babalarının geri bildirimleri ölçek alt puanlarının hepsinde çocuklarınkinden düşük bulunmuştur. DEHB’li çocukların anne-babalarının duygusal-davranışsal rollerde, davranış, iyilik hali ve benlik saygısı parametrelerinde çocukların daha kötü bildirdikleri saptanmıştır. DEHB anne-babanın da duygusal değerlendirmeleri üzerine olumsuz etki ediyor olabileceğine, bu konuda aile içi aktivitelerin artırılması ve aile içi uyumun artırılmasına yönelik müdahalelerin sonuçları olumlu etkileyebileceğine vurgu yapılmıştır (25).

Çalışmamızda çocuk-ergenlerin, yalnızca okul işlevselliğinin bozukluğundan yakındıkları saptanmıştır. Yaşamın sosyal işlevsellik, fizik işlevsellik, duygulanım kesitlerinde herhangi bir şikayetleri bulunmayıp, yalnızca okul işlevselliğinin

bozulmasından yakınmaktadırlar. Bu sonuçlar için özetle şu açıklama olasıdır; DEHB’li bir çocuk ya da ergene sahip anne-babanın, bu bozukluğun anne-babanın kendi duygulanımları ve bozuklukla baş etmeleri üzerine olumsuz etkisi nedeniyle de anne-babalar yönergelerdeki en olumsuz itemleri işaretliyor olabilir. Çocuk ve ergenlerin bu geri bildirimini şöyle de yorumlanabilir; ya gerçekte bu kesitlerde de yaşam kalitesi bozulmuş olmasına karşın DEHB’li çocuk ve ergenler, kendilerini değerlendirmekte yetersiz kalıyor olabilirler. Ya da gerçekten aslında okul ortamı dışında bu çocuk ve ergenlerin herhangi bir sorunları bulunmuyor olabilir. Bu olasılıklar çok iyi tasarlanarak yapılandırılmış kontrollü çalışmalarla, ileriye dönük olarak izlendiği takdirde açıklığa kavuşturabilecektir.

Çalışmanın bir diğer amacı yaşam kalitesi ile benlik saygısı değişkenleri arasında bir ilişkinin olup olmadığını araştırmaktır. Bu amaçla çocukların doldurdukları yaşam kalitesi ölçek puan ortalamaları benlik saygısı ile karşılaştırılmıştır. Sonuç olarak benlik saygısı yüksek olmayan DEHB’li çocukların sosyal işlevsellik, okul işlevselliği, psikososyal sağlık toplam puanlarında ve ölçek toplam puanında daha düşük puanlara sahip olduğu gözlenmiştir. Buradan şu sonuç çıkartılabilir, DEHB’de benlik saygısının düşüklüğü yaşam kalitesinin kesitlerini etkileyebileceği gibi, yaşamın kesitlerindeki etkilenmişlik, benlik saygısını da etkileyebilecektir. Klassen ve arkadaşlarının, DEHB’li çocuklar ile anne-babalarının doldurdukları yaşam kalitesi sonuçları arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla yaptıkları çalışmalarında yaşam kalitesi ortalama skorların davranış ve benlik saygısına göre farklı olduklarını saptamışlardır (25).

Çalışmamızda son olarak DEHB grubunda benlik saygısının prediktörleri araştırılmış, 7-11 yaş grubu, erkek cinsiyet, babanın eğitim düzeyinin yüksekliği, okul öncesi eğitim almış oluşu ve düşük sosyoekonomik düzey bağımsız değişkenlerinden oluşturulan regresyon modelinde, yalnızca babanın yüksek eğitiminin benlik saygısındaki yüksekliği belirlediği saptanmıştır. Buna göre babası yüksek öğretim düzeyinde eğitim almış DEHB’li çocuk ve ergenlerin benlik saygısı, babasının eğitim düzeyi yüksek olmayanlara göre 4 kat daha yüksek bulunmuştur.

Çalışma yalnızca Trabzon ili, il merkezi örneklemeden çalışılmış olup, toplam 50 DEHB’li olgu analiz edilmiştir. Bu nedenle sonuçların genelleştirilmesi olası değildir.

Bu çalışma Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği kullanılarak benlik saygısının DEHB’li çocuklarda etkilenmiş olduğunu göstermesi, yine DEHB’li çocukların babalarının eğitim düzeylerinin benlik saygılarını etkilediğini göstermesi açısından ilk çalışmadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

SONUÇLAR

1. Hasta ve kontrol grubunun yaş, cinsiyet, mevcut eğitim durumu değişkenleri açısından birbirlerinden farklı olmadığı saptanmıştır.
2. Kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerin okul öncesi eğitimi alma oranları DEHB grubundaki çocuk ve ergenlerden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.
3. Her iki grubun anne-baba yaş ortalamaları dağılımları birbirlerine benzer olduğu görülmüştür.
4. İki grup arasında baba eğitim düzeyleri dağılımı ve eğitim yılı ortalaması açısından bir fark bulunmazken, kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerin annelerinin yüksek öğretim eğitimi almış olma oranları ve toplamda aldıkları eğitim yılı aritmetik ortalaması, DEHB grubundaki çocuk-ergenlerin annelerinin eğitiminden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.
5. Kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerin annelerinin çalışıyor olması, DEHB’li çocuk ve ergenlerin annelerinin durumu ile karşılaştırıldığında anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.
6. Her iki gruptaki çocuk ve ergenlerin “ilk çocuk olma” ve “tek çocuk olma” değişkenleri dağılımları açısından birbirine benzer oranlarda oldukları saptanmıştır.
7. DEHB’li gruptaki çocuk ve ergenlerin doğum ağırlığının kontrol grubundakilere göre yüksek oluşu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
8. Her iki gruptaki çocuk ve ergenlerin anne sütü alma süreleri açısından birbirlerinden farklı olmadığı saptanmıştır.
9. DEHB’li ve sağlıklı çocuk ve ergenlerin yürüme yaşı, gece-gündüz bezinden çıkma yaşlarının birbirlerinden farklı olmadığı saptanırken, DEHB’li çocukların konuşma yaşı, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anlamlı olarak daha geç bulunmuştur.
10. DEHB’li gruptaki çocuk ve ergenlerin kontrol grubundaki yaşlılarından daha düşük sosyoekonomik düzeye sahip olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
11. Her iki gruptaki çocuk ve ergenlerin evlerinin mülkiyeti, kendilerine ait odalarının varlığı, evlerinde bilgisayar varlığı değişkenlerinin dağılımları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılığın bulunmadığı saptanmıştır.

12. DEHB’li çocuk ve ergenlerin büyük kısmının (%74.0) bileşik tip DEHB alt tipi tanı ölçütlerini karşıladığı, bunu sırasıyla dikkatsizliğin önde geldiği tip (%16.0) ve hiperaktivite/impulsivitenin önde geldiği DEHB (%10.0)’in takip ettiği bulunmuştur.
13. Grupların WISC-R zeka testi puanlarının dağılımları birbirlerine benzer olduğu görülmüştür.
14. DEHB grubu ile kontrol grubu “benlik saygısı” değişkeni açısından karşılaştırıldığında benlik saygısının DEHB’li grupta anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır.
15. DEHB grubunda benlik saygısını etkileyen değişkenler olarak; 7-11 yaş grubu, erkek cinsiyet, ilk 5 yıllık örgün eğitimde olmak, okul öncesi eğitim almış olmak, ilk çocuk olmak, anne sütünü 6 aydan az almak, düşük sosyoekonomik düzeyden gelmek, kendi evlerinde yaşıyor olmak, kendisine ait odasının bulunması değişkenlerinin varlığı saptanmıştır.
16. DEHB alt tiplerinin benlik saygısı üzerine olan etkisi birbirlerine benzer olarak bulunmuştur.
17. DEHB grubu ile kontrol grubu anne-babaların doldurdukları “yaşam kalitesi” değişkeni açısından karşılaştırıldığında yaşam kalitesi ölçek değerlendirme sonuçlarına göre DEHB’li çocukların yaşamlarının tüm kesitlerinde (fiziksel sağlık, sosyal işlevsellik, duygusal işlevsellik, okul işlevselliği) düşük yaşam kalitesine sahip oldukları bulunmuştur.
18. DEHB grubu ile kontrol grubu çocuk ve ergenlerin doldurdukları “yaşam kalitesi” değişkeni açısından karşılaştırıldığında yaşam kalitesi ölçek değerlendirme sonuçlarına göre DEHB’li çocukların yaşamlarının sadece okul ile ilgili olan kesitinde düşük yaşam kalitesine sahip oldukları bulunmuştur.
19. DEHB grubundaki anne-babaların doldurdukları yaşam kalitesi psikososyal ve ölçek toplam puanlarını etkileyen değişkenler olarak; kız çocuk-ergene sahip olmak, okul öncesi eğitim almamış çocuk-ergene sahip olmak, tek DEHB’li çocuk ve ergene sahip olmak, yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olmak, kendilerine ait bir evlerinin bulunmaması değişkenleri **dışındaki** tablo 44’de gösterilen **tüm diğer bağımsız değişkenlerin**, DEHB’li bir çocuk-ergene sahip anne-babaların

yaşam kalitesi değerlendirmesini hem psikososyal alt-ölçek toplamında hem tüm ölçek toplamında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği bulunmuştur.

20. Çocuk ve ergenlerin doldurdukları yaşam kalitesi ölçek toplam puan ortalamaları benlik saygısı ile karşılaştırıldığında, benlik saygısı yüksek olmayan çocukların sosyal işlevsellik, okul işlevselliği, psikososyal sağlık toplam puanlarında ve yaşam kalitesi ölçek toplam puanında daha düşük puanlara sahip olduğu gözlenmiştir.
21. Babası yüksek öğretim düzeyinde eğitim almış DEHB’li çocuk ve ergenlerin benlik saygısı, babasının eğitim düzeyi yüksek olmayanlara göre 4 kat daha yüksek bulunmuştur.

ÖNERİLER

1. Çalışmaya tanısı konmuş ama tedavisi henüz planlanmamış aşamada çocuk ve ergenin benlik saygısı ve yaşam kalitesi değerlendirildiği için tedavi ile bu değişkenlerdeki değişiklikler tayin edilememiştir. Tedavi süreciyle birlikte bu değişkenlerin hangi boyutta sürdüğünün araştırılması ileriye dönük tedavinin takibinde yol gösterici olabilecektir.
2. Yaşam kalitesi değerlendirmesinde anne-babaların DEHB’li çocuklarını değerlendirmelerinin, çocuk-ergenlerin kendi değerlendirdiklerinden farklı bulunuşu ileri çalışmalarla aydınlatılmalıdır. Belki bozukluğun anne-baba duygulanımı ve başetmeleri üzerindeki olumsuz etkisi nedeniyle bu sonuç gerçekleşiyor olabilir.
3. DEHB’li çocuk ve ergene sahip anne-babaların yaşam kesitlerini ve yaşam kalitelerini değerlendiren çalışmalar planlanabilir.
4. DEHB’li çocuk ve ergenler, aslında yaşam kaliteleri bozulmuş olmasına karşın kendilerini değerlendirmekte yetersiz kalıyor olabilirler. Çok iyi yapılandırılmış, kontrollü çalışmalarla ileriye dönük izlem çalışmalarıyla bu konu aydınlatılabilecektir.

7. ÖZET

Bu araştırmada, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) olan, yaşları 7-15 arasında bulunan ocuk ve ergenlerin benlik saygısı ve yaşam kalitesi düzeylerinde bir farklılığın bulunup bulunmadığı araştırılmıştır.

Araştırmanın rneklemini Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi ocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine 1 Nisan 2008-31 Mart 2009 tarihleri arasında başvuran 7-15 yaş grubunda bulunan toplam 50 DEHB’li ocuk-ergen ve onların anne-babalarından, kontrol grubu yaşları eşleştirilmiş sağlıklı 30 ocuk-ergen ve onların anne-babalarından oluşmuştur. Araştırmada ocukların benlik saygısı ‘‘Rosenberg Benlik Saygısı leği’’ ile; yaşam kalitesi ‘‘ocuklar için Yaşam Kalitesi leği’’ ile ölçülmüş, sosyodemografik zellikler ‘‘Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu’’ ile saptanmıştır. İstatistiksel analiz için SPSS 13.0 programı kullanılmıştır. Gruplar arasında değişkenlerin karşılaştırılmasında student t testi ve chi-square testi kullanılmıştır. $p<0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Sonuç olarak benlik saygısının DEHB’li grupta anlamlı düzeyde düşük olduğu, anne-babaların doldurdıkları yaşam kalitesi leğine göre DEHB’li çocukların yaşamlarının tüm kesitlerinde düşük yaşam kalitesine sahip oldukları, ocuk ve ergenlerin doldurdıkları yaşam kalitesi leğine göre DEHB’li çocukların yaşamlarının sadece okul ile ilgili olan kesitinde düşük yaşam kalitesine sahip oldukları bulunmuştur. ocuk ve ergenlerin doldurdıkları yaşam kalitesi ölçek puan ortalamaları benlik saygısı ile karşılaştırıldığında, benlik saygısı yüksek olmayan çocukların sosyal, okul, psikososyal sağlık puanlarında ve ölçek toplam puanında daha düşük puanlara sahip olduğu gözlenmiştir. DEHB’li ocuk ve ergenlerin benlik saygısı prediktörü olarak babanın eğitim düzeyinin yüksekliliği bulunmuştur (beta=4.06).

Anahtar Kelimeler: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Benlik Saygısı, Rosenberg Benlik Saygısı leği, Yaşam Kalitesi, ocuklar için Yaşam Kalitesi leği

8. SUMMARY

In this research, the relation has been compared whether there are significant differences between the self-esteem, and quality of life of child and adolescents aged between 7 -15 years old with Attention Deficit Hyperactivity Disorder have been investigated.

The study population consisted of 50 children who were 7 and 15 years old and referred to the Karadeniz Technical University Faculty of Medicine, Department of Child and Adolescent Psychiatry clinic with ADHD April 1, 2008 and March 31, 2009. The control group also comprises 30 healthy children and their parents. In this study self esteem has been measured by Rosenberg Self-Esteem Scale, health-related quality of life has been measured by PedsQL 4.0 TM. Socio-demographic characteristics have been determined by Personal Information Form. Statistical analysis was performed with SPSS 13.0 for Windows. The differences between two groups were tested using independent sample t-test and chi-square test. All test values were considered significant at p less than 0.05.

The research findings have demonstrated that there are statistically significant relations between children and adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and healthy children and adolescents in terms of self esteem levels. There are statistically significant relations between parents' and children' reports of child quality of life (QOL) for a sample of children diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder. Parents rated their child's QOL significantly worse than their children. Children with ADHD rated their QOL only significantly poorer in a school functioning area. In two group, have demonstrated that there are statistically significant relations between self esteem levels and reports of child quality of life. In ADHD group, have indicated clinically important differences in mean scores for social, school, psychosocial health and quality of life total scores and self-esteem. In ADHD group, independent predictors of lower self-esteem were being father's high education levels (beta=4.06).

Key words: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Self-esteem, Rosenberg Self-Esteem Scale, Quality of Life, Pediatric Quality of Life Inventory.

9. KAYNAKLAR

1. Schachar R, Tannock R: Chapter 25. Syndromes of Hyperactivity and Attention Deficit. In *Child and Adolescent Psychiatry Textbook*. Rutter M, Taylor EA: Malden, Mass.; Oxford: Blackwell Science, 4th edition. p:399-400, 2002.
2. Kendall J: The use of qualitative methods in the study of wellness in children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*, 10(4):27-38, 1997.
3. Slomkowski C, Klein RG, Mannuzza S: Is self-esteem an important outcome in hyperactive children? *J Abnorm Child Psychol*, 23(3):303-15, 1995.
4. Dumas D, Pelletier L: A study of self-perception in hyperactive children. *Am J Matern Child Nurs*, 24(1):12-19, 1999.
5. Shaw-Zirt B, Popali-Lehane L, Chaplin W, Bergman A: Adjustment, social skills, and self-esteem in college students with symptoms of ADHD. *J Atten Disord*. 8(3):109-20, 2005.
6. Barber S, Grubbs L, Cottrell B: Self-perception in Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Pediatr Nurs*. 20 (4):235-45, 2005.
7. Edbom T, Lichtenstein P, Granlund M, Larsson JO: Long-term relationships between symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and self-esteem in a prospective longitudinal study of twins. *Acta Paediatr*, 95(6):650-7, 2006.
8. Bussing R, Zima BT, Perwien AR: Self-esteem in special education children with ADHD: relationship to disorder characteristics and medication use. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39(10):1260-9, 2000.
9. Hoza B, Pelham WE, Milich R, Pillow D, McBride K: The self-perceptions and attributions of attention deficit hyperactivity disordered and nonreferred boys. *J Abnorm Child Psychol*, 21(3):271-86, 1993.
10. Wilson JM, Marcotte AC: Psychosocial adjustment and educational outcome in adolescents with a childhood diagnosis of attention deficit disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35(5):579-87, 1996.

11. Ek U, Westerlund J, Holmberg K, Fernell E: Self-esteem in children with attention and/or learning deficits: the importance of gender. *Acta Paediatr*, 97(8):1125-30, 2008.
12. Alston CY, Romney DM: A comparison of medicated and nonmedicated attention-deficit disordered hyperactive boys. *Acta Paedopsychiatr*, 55(2):65-70, 1992.
13. Cohen NJ, Thompson L: Perceptions and attitudes of hyperactive children and their mothers regarding treatment with methylphenidate. *Can J Psychiatry* 27(1):40-42, 1982.
14. Frankel F, Cantwell DP, Myatt R, Feinberg DT: Do Stimulants Improve Self-esteem in Children with ADHD and Peer Problems? *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 9(3):185-94, 1999.
15. Öztürk M, Sayar K, Tüzün Ü, ST Kandil: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nda Metilfenidat ve Benlik Saygısı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 10(3):139-143, 2000.
16. Kelly PC, Cohen ML, Walker WO, Caskey OL, Atkinson AW: Self-esteem in children medically managed for attention deficit disorder. *Pediatrics*, 83(2):211-217, 1989.
17. Gonzalez LO, Sellers EW: The Effects of a Stress-management Program on Self-concept, Locus of Control, and the Acquisition of Coping Skills in School-age Children Diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 15 (1):5-15, 2002.
18. Coleman WL: Social competence and friendship formation in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Adolesc Med State Art Rev*, 19(2):278-99, 2008.
19. Gallichan DJ, Curle C: Fitting square pegs into round holes: the challenge of coping with attention-deficit hyperactivity disorder. *Clin Child Psychol Psychiatry*, 13(3):343-63,2008.
20. Treuting JJ, Hinshaw SP: Depression and Self-Esteem in Boys with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Associations with Comorbid Aggression and Explanatory Attributional Mechanisms. *J Abnorm Child Psychol*, 29(1):23-39, 2001.

21. Sawyer MG, Whaites L, Rey JM, Hazell PL, Graetz BW, Baghurst P: Health-related quality of life of children and adolescents with mental disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41(5):530-537, 2002.
22. DeVeugh-Geiss J, Conners CK, Sarkis EH, Winner PK, Ginsberg LD, Hemphill JM et al: GW320659 for the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41(8):914-920, 2002.
23. Topolski TD, Edwards TC, Patrick DL, Varley P, Way ME, Buesching DP: Quality of life of adolescent males with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Atten Disord*. 7(3):163-73, 2004.
24. Klassen AF, Miller A, Fine S: Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 114(5):e541-7, 2004.
25. Klassen AF, Miller A, Fine S: Agreement between parent and child report of quality of life in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Care Health Dev*, 32(4):397-406, 2006.
26. 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.
27. Landgraf JM, Rich M, Rappaport L: Measuring quality of life in children with attention-deficit/hyperactivity disorder and their families: development and evaluation of a new tool. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 156(4):384-391, 2002.
28. Bastiaansen D, Koot HM, Ferdinand RF, Verhulst FC: Quality of life in children with psychiatric disorders; self-, parent, and clinician report. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43(2):221-230, 2004.
29. Varni JW, Burwinkle TM: The PedsQL as a patient-reported outcome in children and adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: a population-based study. *Health Qual Life Outcomes*, 4: 26, 2006. doi:10.1186/1477-7525-4-26.
30. Kanay A: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan 9-13 Yaş Grubu İlköğretim Öğrencilerinin Uyumsal Davranışları, Benlik Kavramı ve Akademik Başarıları Arasındaki İlişkiler. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü. İzmir, 2006.

31. Orbay S: Psikiyatri Kliniğine Başvuran Çocuk ve Ergenlerde, Anne-Baba Tutumu, Benlik Kavramı ve Semptomlar Arasındaki İlişkinin Araştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. İzmir, 1996.
32. 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.
33. Şenol S: Bölüm 30. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Çuhadaroğlu Çetin F. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. HYB Basım Yayın. Ankara, sayfalar: 293-294, 2008.
34. Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000, Köroğlu E (çeviri ed.), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, Cilt 1. Sayfalar:116-130, 2007.
35. Aşkın R, Akdağ R, Banoğlu R, Karakelleoğlu C, Kahya H, Ulaşmış Y: Erzurum’da 7-12 yaş arası çocuklarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun yaygınlığı. Karadeniz Tıp Dergisi, 6(2):207-210, 1993.
36. Motavallı N: Kentsel Kesimde Türk İlkokul Çocuklarında “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Nozolojik Bağlamda Prevalansının Araştırılması. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı, İstanbul, 1994.
37. Albayrak EC: Bursa İlinde Bir İlkokul Örneğinde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Sıklığı ile ilgili Sosyodemografik Özellikler. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Bursa, 1998.
38. Özcan ME, Eğri M, Kutlu NO, Yakıncı C, Karabiber H, Genç M: Okul Çağı Çocuklarında DEHB Yaygınlığı: Ön Çalışma. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi, 5(2-3):138-142, 1998.
39. 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, 13(6):354-361,2004.
40. 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.
41. 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.
 42. Ercan Es, Avcı A, Mukaddes Motavallı N, Semerci B, Şenol S, Yazgan Y: Ercan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Klinik Uygulama Klavuzu. Türkiye-2008.
 43. Kuperman S, Johnson B, Arndt S, Lindgren S, Wolraich M: Quantitative EEG differences in a nonclinical sample of children with ADHD and undifferentiated ADD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35(8):1009-1017, 1996.
 44. Achenbach TM: Empirically Taxonomy: How to Use Syndromes and Profile Types Derived from the CBCL from 4 to 8, TRF, and, WSR. University of Vermont Department of Psychiatry, Burlington, 1993.
 45. Conners CK: A teacher rating scale for use in drug studies with children. *Am J Psychiatry*, 126(6):884-888, 1969.
 46. Conners CK: Symptoms patterns in hyperkinetic, neurotic and normal children. *Child Dev*, 41(4):667-682, 1970.
 47. Pelham WE, Gnagy EM, Greenslade KE, Milich R: Teacher ratings of DSM-III-R symptoms for the disruptive behavior disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31(2):210-218, 1992.
 48. Turgay A: Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (Yayınlanmamış ölçek). Integrative Therapy Institute Toronto, Kanada, 1995.
 49. Erol N, Şimşek Z, Öner Ö, Münir K: Behavioral and emotional problems among Turkish children at ages 2 to 3 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44 (1):80-87, 2005.
 50. Şener Ş, Dereboy Ç, Dereboy IF ve ark: Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Uyarlaması-1. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 2(1):131-141, 1995.
 51. Dereboy Ç, Şener Ş, Dereboy IF, Sertcan Y: Conners öğretmen derecelendirme ölçeği Türkçe uyarlaması-2: Dikkat eksikliği, hiperaktivite ve davranım alt-

- ölçeklerinin uyarlanmasına doğru. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 4(1): 10-18, 1997.
52. Ercan ES, Amado S, Somer O, Çıkoğlu S: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin Bir Test Bataryası Geliştirme Çabası. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 8(3):132-144, 2001.
53. Barkley RA: History. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. Third Edition. Barkley RA (Ed.) Guilford Pres, New York, sayfalar:3-75, 2006.
54. Tahiroğlu AY, Avcı A, Fırat S, Seydaoğlu G: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Alt Tipleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 6(1): 5-10, 2005.
55. Reiff MI, Banez GA, Gulbert TP: Children who have attentional disorders: Diagnosis and evaluation. *Pediatr Rev*, 14(12):455-465, 1993.
56. Castellanos FX: Towards a pathophysiology of attention deficit/hyperactivity disorder. *Clin Pediatr*, 36(7):381-393, 1997.
57. Oner O, Oner P, Aysev A, Küçük O, İbis E: Regional cerebral blood flow in children with ADHD: changes with age. *Brain Dev*, 27(4):279-85, 2005.
58. Yıldız Ö: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda SPECT ve EEG Bulguları. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Kocaeli, 2004.
59. Biederman J, Spencer TJ: Genetics of childhood disorders: XIX. ADHD. Part 3: Is ADHD a noradrenergic disorder? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39(10):1330-1332, 2000.
60. Marans S, Cohen DJ: Child Psychoanalytic Theories of Development. Chapter 13. In: Melvin Lewis. *Child And Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook*. Third Edition. Lippincott Williams & Wilkins, sayfa:206, 2002.
61. Rosenberg M: Self-concept from middle childhood through adolescence. In J. Suls (Ed.), *Psychological perspectives on the self* (Vol. 3, pp. 107-136). Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1986.
62. Bandura A: The assessment and predictive generality of self-percepts of efficacy. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 13(3):195-9, 1982.
63. Yager J, Gitlin MJ: Clinical Manifestations of Psychiatric Disorders. Chapter 8. In: Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Sadock BJ, Sadock

- VA (eds). Eighth Edition. Volume One. Lippincott Williams&Wilkins, PA, USA, sayfalar: 983-984, 2005.
64. Harter S: Causes, correlates, and the functional role of global self-worth: A life span perspective. In J. Kolligian and R. Stenberg (Eds.), *Perceptions of competence and incompetence across the life span*. New Haven, CT, sayfalar: 67-97, 1990.
 65. Rosenberg M, Schooler C, Schoenbach C, Rosenberg F. Global self-esteem and specific self-esteem: Different concepts, different outcomes. *Am Social Rev*, 60 (5):141-56, 1995.
 66. Willoughby C, Polatajko H, Currado C, Harris K, King G: Measuring the self-esteem of adolescents with mental health problems: theory meets practice. *Can J Occup Ther*, 67(4):230-8, 2000.
 67. Yörükoğlu A: "Gençlik Çağı" Ruh Sağlığı Ruhsal Sorunlar, 4. Basım, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, Ankara, 1987.
 68. Crocker J, Major B: Social stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma. *Psychological Review*, 26 (4): 608-630, 1989.
 69. Harter S: Processes underlying the construction, maintenance, and enhancement of the self-concept in children. In J.Suls & A.G. Greenwald (Eds.), *Psychology perspectives on the self*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, volume 3, pp: 136-182, 1986.
 70. Rosenberg M: Self-concept from middle childhood through adolescence. In J. Sulz (Ed.), *Psychological perspectives on the self*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, volume 3, pp: 107-136, 1986.
 71. Dumont M, Provost MA: Resilience in Adolescents: Protective Role of Social Support, Coping Strategies, Self-Esteem, and Social Activities on Experience of Stress and Depression. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(3):343-363, 1999.
 72. Rosenberg M: *Society and the adolescent self-image*. New Jersey: Princeton University Pres, 1965. And also, Hagborg WJ: The Rosenberg Self-Esteem scale and Harter's Self-Perception profile for adolescents: A concurrent validity study. *Psychology in the Schools*, 30(2): 132-36, 2006.
 73. Çuhadaroğlu F: *Adolesanlarda benlik saygısı*. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakütesi, Psikiyatri Bölümü, Ankara, 1986.

74. Coopersmith S: The Antecedents of Self-esteem. Freeman WH (Ed) San Francisco, WH Freeman Yayınevi, 1967.
75. Güçray S: Çocuk yuvasında ve ailesi yanında kalan 9-11 yaş çocuklarının öz saygı gelişimini etkileyen bazı faktörler. Basılmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, PDR Anabilim Dalı, Ankara, 1989.
76. Pişkin M: Türk ve İngiliz Lise Öğrencilerinin Benlik Saygısı Yönünden Karşılaştırılması”, 3. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongre Kitapçığı, Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi, Adana, 1997.
77. Piers EV: The Piers-Harris Children’s Self-Concept Scale, Revised Manual. Los Angeles, CA: Western Psychological Services, 1986.
78. Öner N: Piers-Harris Çocuklarda Öz Kavramı Ölçeği El Kitabı Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 1996.
79. Willoughby C, King G, Polatajko H: A therapist's guide to children's self-esteem. The American Journal of Occupational Therapy, 50 (2): 124-132, 1996.
80. Harter, S: Issues in the assessment of the self-concept of children and adolescents. In A. M. La Greca (Ed.), Through the eyes of the child: Obtaining self-reports from children and adolescents. Boston, MA: Allyn and Bacon, pp. 292-325, 1990.
81. Canadian Association of Occupational Therapists in cooperation with Health Canada and the Canada Communication Group-Publishing: Supply and Services Canada. Occupational Therapy Guidelines for Client Centred Mental Health Practice, 1993.
82. Harter S: Processes underlying the construction, maintenance, and enhancement of the self-concept in children. In J.Suls & A.G. Greenwald (Eds.), Psychology perspectives on the self. Hillsdale, NJ: Erlbaum, volume 3, pp: 186-192, 1986.
83. Şenol S, İşeri E, Koçkar Aİ: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Dikkati Dağınık, Yerinde Duramayan Çocuklara Doğru Yaklaşımlar. HYB Yayıncılık, Ankara, sayfa:54, 2005.
84. Voeks JL: A Comprehensive Study of Self-Esteem in Children Diagnosed with Attention Deficit And Hyperactivity Disorder. A Research Paper. University of Winconsin-Stout, 2003.
85. Bouden E, Halayem MB: Attention Deficit and Hyperactivity in the Child. Tunis Med. 79 (6-7): 335-40, 2001.

86. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Eighth Edition. Editors: Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock. Volume One. Chapter 5. Quantitative and Experimental Methods in Psychiatry. Juann E. Mezzich, Tevfik Bedirhan Üstün. Lippincott Williams&Wilkins, PA, USA, pp:663-664, 2005.
87. World Health Organization: International Classification of Impairments, Activities, and Participation (A Manual of Dimensions of Disablement and Functioning). Çeviren Üstün BT. Geneve, 1997.
88. 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.
89. Fidaner H, Elbi ve ark. Fidaner H, Elbi H, Fidaner C ve ark: Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOLBREF. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi, 9(2):64-78,1999
90. Harding L: Children's quality of life assessment: A review of generic and health related quality of life measures completed by children and adolescents. Clin Psychol Psychother, 8(1):79-96, 2001.
91. Matza LS, Swensen AR, Flood EM ve ark: Assesment of Health-Related Quality of Life in Children: A review of conceptual, metodolological and regulatory issues. Value Health, 7(1):79-92, 2004.
92. Wallander JL, Schmitt M, Koot HM: Quality of life measurement in children and adolescents: Issues, instruments and applications. J Clin Psychol 57(4):571-585, 2001.
93. Eiser C, Mohay H, Morse R: The measurement of quality of life in young children. Child Care Health Dev 26(5):401-414, 2000.
94. Schmeck K, Poustka F: Quality of life and child psychiatric disorders. Quality of Life in Mental Disorders içinde, Katching H, Freeman H, Sartorius N (ed). Chichester, England: Wiley, sayfalar: 179-191, 1997.
95. 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.
96. Rebok G, Riley A, Forrest C, Starfield B, Green B, Robertson J, Tambor E: Elementary school-aged children's reports of their health: a cognitive interviewing study. Qual Life Res 10(1):59-7, 2001.

97. Varni JW, Seid M, Rode CA: The PedsQL: measurement model for the Pediatric Quality of Life Inventory. *Med Care* 37(2):126-139, 1999.
98. 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.
99. Üneri ÖŞ: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin 2-7 yaşlarındaki Türk çocuklarında geçerlik ve güvenirliği. Basılmamış Uzmanlık Tezi. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kocaeli, 2005.
100. Çakın Memik N: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışması. Basılmamış Uzmanlık Tezi. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kocaeli, 2005.
101. Çakın Memik N, Ağaoğlu B, Coşkun A, Üneri ÖŞ, Karakaya I: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 13-18 Yaş Ergen Formunun Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(4):353-363, 2007.
102. Barkley R, Anastopoulos A, Guevremont D, Fletcher K: Adolescents and ADHD: Patterns of behavioral adjustment, academic functioning and treatment utilization. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30(5):752-761, 1991.
103. Bulinger M: Current approaches to measure the health-related quality of life children. *European Review of Applied Psychology* 45(4): 245-254, 1995.

EKLER

Ek-1: Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Ek-2: Yıkıcı Davranım Bozuklukları Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (Turgay 95)

Ek-3: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Ek-4: Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği

Ek-5: Aydınlatılmış Onam