



T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

İZMİR DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU HASTALARINDA TEDAVİ ALAN VE TEDAVİ ALMAYAN GRUPLARIN ARKADAŞLARINDAN ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEK AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

DR. AYLİN ÇAKIR

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2024





T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

İZMİR DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU HASTALARINDA TEDAVİ ALAN VE TEDAVİ ALMAYAN GRUPLARIN ARKADAŞLARINDAN ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEK AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

DR. AYLİN ÇAKIR

TEZ DANIŞMANI: DOÇ. DR. FATMA SİBEL DURAK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2024

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR…….. iv

KISALTMALAR…….. v

ŞEKİL LİSTESİ…… vii

TABLO LİSTESİ…….. viii

ÖZET…… ix

ABSTRACT…… xi

1-GİRİŞ VE AMAÇ…….. 1

2- GENEL BİLGİLER…….. 4

2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu…….. 4

2.1.1 Tanım ve Tarihçe …….. 4

2.1.2. Epidemiyoloji……. 5

2.1.3 Tanı ve Klinik Özellikler…… 5

2.1.3. DEHB ve Komorbidite 5

2.1.4 Etiyopatogenez …….. 8

2.1.4.1 Genetik Faktörler……. 9

2.1.4.2 Çevresel Faktörler…… 9

2.1.4.3.Nörotransmitterler ……... 9

2.1.4.4 Yapısal Nörogörüntüleme…… 11

2.1.4.5 Fonksiyonel Nörogörüntüleme…… 11

2.1.4.5.1 Hemodinamik Yöntemler ……. 12

2.1.4.5.2 Magnetoensefalografik Ölçümler…….. 12

2.1.4.6 DEHB'ye Tedavi Yaklaşımı…… 12

2.1.4.6.1 Farmakolojik Tedaviler……. 13

2.1.4.6.2 Farmakoloji Dışı Tedaviler…… 15

2.1.4.6.2.1 Davranışsal ve Psikososyal Tedaviler…… 15

2.1.4.6.3 DEHB ve Sosyal Destek …….. 15

3. GEREÇ VE YÖNTEM…….. 17

3.1. Çalışma Dizaynı ……... 17

3.2. Çalışma Popülasyonu …….. 17

3.3 Çalışmanın Hipotezleri…….. 18

3.4 Çalışma Akışı …… 18

3.5 Araştırmada Kullanılan Psikometrik Ölçekler…….. 20

3.5.1 Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam boyu Şekli Türkçe uyarlaması (ÇDŞG-ŞY) …… 20
3.5.2 Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formu (WISC-R) …….. 20
3.5.3 Turgay Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (YDB-TDÖ) ……. 21
3.5.4 4-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği: Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) (Child Behavior Check-List = CBCL)…….. 21
3.5.5 Barkley Çocuk Dikkat Anketi……. 22
3.5.6 Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASD/AR) …….. 23
3.6 Örneklem Hesabı…… 24
3.7 İstatistiksel Analiz…….. 24
4. BULGULAR……... 26
4.1 Sosyodemografik Özellikler…….. 26
4.1.1 Cinsiyet ve Yaş Dağılımları…… 26
4.1.2 Katılımcıların Aile Özellikleri……. 27
4.1.3 Katılımcıların Doğum Özellikleri…… 29
4.1.4 Katılımcıların Gelişim Özellikleri ve Diğer Tıbbi Özellikleri……. 30
4.2 Katılımcıların Barkley Çocuk Dikkat Anketi Sonuçları……. 30
4.3 Katılımcılar Arasında Child Behavioral Check List (CBCL) Ölçeği Verilerinin Karşılaştırması……. 31
4.4 Katılımcılar Arasında Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği Verilerinin Karşılaştırması…….. 33
4.5 Katılımcılar Arasında WISC-R Zeka Testi Verilerinin Karşılaştırması…….. 34
4.6 Katılımcıların Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Anketi Verileri…….. 35
4.7 Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Sonuçları ile Temel Özelliklerin ve Barkley Çocuk Dikkat Toplam Puan Korelasyonu…….. 36
4.8 Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Sonuçları ile CBCL Alt Kategorilerinin Korelasyonu…… 37
4.9 Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Sonuçları ile Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği Korelasyonu……. 37
4.10 Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam Puanına Etki Eden Faktörlerin İncelenmesinde Lineer Regresyon Analizi Verileri…… 38
5.TARTIŞMA……. 39
6.SONUÇ VE ÖNERİLER……... 52
7.ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI…….. 53

8.ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ…….. 54
9. KAYNAKLAR…… 55
10. ÖZGEÇMİŞ…….. 67
11. EKLER…….. 68
11.1. EK-1: Etik kurul onayı…….. 69
11.2. EK-2: Veri toplama formları…… 72

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve mesleki tecrübeleriyle gelişimime büyük katkısı bulunan, tez sürecimde deneyimleriyle yol gösteren tez danışmanım ve değerli hocam Doç. Dr. Fatma Sibel Durak'a

Eğitimim boyunca akademik tecrübelerini paylaşan, ilgisi ve deneyimleriyle her zaman yanımda olan, bu tezin oluşmasında desteklerini esirgemeyen sevgili hocam Doç. Dr. Nagihan Cevher Binici'ye

Kısa bir süre çalışma fırsatı bulduğum; bu süreçte deneyim, tecrübe ve bilgilerinden çok fayda gördüğüm sayın hocam Doç. Dr. Ayşe Kutlu'ya

Tez sürecimde bilgilerini, deneyimlerini, yardımlarını esirgemeyen sayın hocam Prof. Dr. Eyüp Sabri Ercan'a

Dört yıllık asistanlık sürecini paylaştığım, vakit geçirmekten çok keyif aldığım, her daim yanımda olan, tez yazım sürecimde manevi desteklerini hep hissettiğim Dr. Buse Sucu, Dr. İbrahim Alperen Can ve Dr. Zeynep Çağla Sert'e

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları rotasyonumun çok keyifli ve öğretici geçmesini sağlayan, psikiyatri alanında ufkumu açan Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda çalışan tüm hocalarıma, asistan arkadaşlarıma ve diğer tüm ruh sağlığı çalışanlarına

Çocuk Nöroloji rotasyonumda katkılarından dolayı Prof. Dr. Aycan Ünalp ve tüm çocuk nörolojisi ekibine

Ege Üniversitesi Çocuk ve Ergen Alkol Madde Bağımlılığı Araştırma Uygulama Merkezi rotasyonumda katkılarından dolayı değerli hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma

Yoğun çalışma sürecinde beraber çalıştığımız, desteklerini hep arkamda hissettiğim klinik sekreterlerimize, psikologlarımıza ve psikiyatri hemşiremize

Birlikte çalıştığımız tüm asistan arkadaşlarıma

Hayatım boyunca iyi ve kötü her durumda yanımda olan, bugünlere gelmemi sağlayan, desteklerini ve ilgilerini esirgemeyen canım annem ve canım babama,

Kardeşi olduğum için kendimi çok şanslı hissettiğim, her zaman yanımda olan ve her zaman yanımda olacağını bildiğim abim Alper Yılmaz'a

Her anımda yanımda olan, çıktığım yolda başarılı olmam için elinden geleni yapan, her zaman destekçim olan sevgili eşim Dr. İnan Çakır'a

Tüm kalbimle teşekkür ederim…

KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AMP: Amfetamin

ASD-AR: Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

ATX: Atomoksetin

CADDRA: Kanada Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Birliği

CBCL: Çocuk ve Ergenler için Davranış Değerlendirme Ölçeği, Child Behaviour Checklist

CLO: Klonidin

ÇDŞG-ŞY-T: Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu – Türkçe Uyarlaması

ÇERSAH: Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

DAT-I: Dopamin Transporter – I

DB: Davranım Bozukluğu

DDA: Düşük Doğum Ağırlığı

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

DSM: Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders

DUSP6: Dual Specificity Phosphatase 6

FDA: Food and Drug Administration, Gıda ve İlaç Dairesi

fMRG: Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme

FOXP2: Forkhead Box Protein P2

GFC: Guanfasin

IQR: Interquartile Range, Çeyreklikler Arası Fark

kg: kilogram

KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

mg: miligram

MPH: Metilfenidat

MRG: Manyetik Rezonans Görüntüleme

MTA: Multimodal Treatment Study for Attention Deficit Hyperactivity Disorder

NET: Norepinefrin Transporter

OSB: Otizm Spektrum Bozukluğu

PET: Pozitron Emisyon Tomografi

SPECT: Tek Foton Emisyonu Bilgisayar Tomografisi

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

TCA: Trisiklik Antidepresanlar

WISC-R: Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği-Yeniden Gözden Geçirilmiş Formu

YDB-TDÖ: Turgay Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1 Nörotransmitterlerin Presinaptik ve Postsinaptik Düzenlemesi……. 11

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1 DEHB Tanı Kriterleri…….. 7
Tablo 4.1 Katılımcıların Yaş ve Cinsiyet Özellikleri…….. 26
Tablo 4.2 Katılımcıların Anne Özellikleri……... 27
Tablo 4.3 Katılımcıların Baba Özellikleri…… 28
Tablo 4.4 Katılımcıların Diğer Aile Özellikleri……... 29
Tablo 4.5 Katılımcıların Anne Gebelik ve Doğum Özellikleri…… 29
Tablo 4.6 Katılımcıların Gelişim Özellikleri ve Diğer Tıbbi Öyküleri…… 30
Tablo 4.7 Katılımcıların Barkley Çocuk Dikkat Anketi Verileri……. 31
Tablo 4.8 Katılımcıların CBCL Ölçeği Kategorilerinde Karşılaştırması……. 33
Tablo 4.9 Katılımcıların Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği Verilerinin Karşılaştırması……. 34
Tablo 4.10 Katılımcıların WISC-R Zeka Testi Verilerinin Karşılaştırması…… 35
Tablo 4.11 Katılımcıların Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Anketi Verileri…….. 36
Tablo 4.12 Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Sonuçları ile Temel Özelliklerin ve Barkley Çocuk Dikkat Toplam Puan Korelasyonu…….. 36
Tablo 4.13 Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Sonuçları ile CBCL Alt Kategorilerinin Korelasyon Verileri……. 37
Tablo 4.14 Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Sonuçları ile Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği Korelasyonu Verileri……. 38
Tablo 4.15 Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam Puanına Etki Eden Faktörlerin İncelenmesinde Lineer Regresyon Analizi Verileri……. 39

ÖZET

GİRİŞ: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) özelliklerine sahip çocukların yaşamlarında sosyal desteğin rolü önemlidir çünkü bu çocuklar genellikle ebeveynleri ve öğretmenleri tarafından önemli miktarda dikkat ve eğitimsel desteğe ihtiyaç duyan çocuklar olarak görülür. Algılanan yüksek sosyal desteğin çocuk ve ergenlerde olumlu davranışsal sonuçlarla ilişkili olduğunu bilinmektedir. Çalışmamız ile DEHB olgularında arkadaşlardan algılanan sosyal destek üzerine etkili faktörler saptanması ve buna yönelik önerilerin geliştirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışma kesitsel bir çalışma olarak İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniği'nde gerçekleştirildi. Sağlıklı kontrol, ilaç kullanan DEHB ve ilaç kullanmayan DEHB olmak üzere 7-12 yaş grubundan oluşan 3 katılımcı grubu alındı. Araştırmaya katılan tüm olgu grubu ve sağlıklı çocuklara Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders 4.baskı'ya (DSM-IV) Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği ve Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu – Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) uygulanarak diğer psikiyatrik hastalık varlığı araştırmaya katılan klinisyen tarafından değerlendirildi. Araştırmalara katılan tüm çocukların ebeveynlerine; Sosyodemografik Veri Formu, CBCL (Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği), Barkley'in Çocuk Dikkat Anketi, Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği doldurulmak üzere verildi. Çalışmaya katılan olgulara Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASD-AR) uygulandı. Sonlanım ölçütü ASD-AR puanları olarak belirlendi. Verilerin analizi Statistical Package for Social Sciences (SPSS) Windows 26 paket programı (Chicago, İllinois, USA) kullanılarak yapıldı. Arkadaşlardan algılan sosyal destek puanlarının yordayıcılarının belirlenmesinde lineer regresyon analizi kullanıldı. Tüm testler için istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR: Çalışmaya sağlıklı kontrol grubunda 51, ilaç kullanan DEHB grubunda 51 ve ilaç kullanmayan DEHB grubunda 52 olmak üzere toplam 154 katılımcı alındı.

DEHB'li çocuklarda sağlıklı kontrol grubuna göre ASD-AR puanları daha düşüktü. İlaç kullanma durumuna göre gruplar arasında fark saptanmasa da; ilaç kullanma durumu ile algılanan sosyal destek arasında anlamlı bir korelasyon mevcuttu. Aynı zamanda yaş, anne baba eğitim düzeyi arttıkça ve Barkley Çocuk Dikkat Anketi puanları azaldıkça algılanan sosyal destek artmaktaydı. YDB-TDÖ dikkat eksikliği ve hiperaktivite puanları yükseldikçe algılanan sosyal destek azalmaktaydı. Algılanan sosyal desteğin yordayıcıları ise aile gelir durumu, Barkley Çocuk Dikkat Anketi puanları, CBCL somatizasyon ve sosyal sorun olarak saptandı.

SONUÇ: DEHB'li olgularda algılanan sosyal destek üzerinde sosyoekonomik özelliklerin büyük önem arz ettiği ve semptomların uygun kontrolünün algılanan sosyal destek üzerinde önemli bir rolü olduğu kanaatindeyiz. Çevresel modifikasyonlar, aile eğitimleri ve semptom şiddetinin uygun takibi ve kontrolü ile algılanan sosyal destek düzeyleri iyileştirilebilir. Bu da DEHB'li olguların yönetiminde ve olumlu davranışların geliştirilmesinde katkı sağlayabilir.

ANAHTAR KELİMELER: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Algılanan Sosyal Destek, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

ABSTRACT

INTRODUCTION: The role of social support is crucial in the lives of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), as these children are often seen as requiring significant attention and educational support from their parents and teachers. High perceived social support is known to be associated with positive behavioral outcomes in children and adolescents. Our study aims to identify the factors influencing social support perceived from friends in ADHD cases and to develop recommendations accordingly.

MATERIAL AND METHODS: The study was conducted as a cross-sectional study in the Department of Child and Adolescent Psychiatry at İzmir Dr. Behçet Uz Children's Hospital. Three participant groups of children aged 7-12 were included: healthy controls, ADHD patients on medication, and ADHD patients not on medication. All case groups and healthy children participating in the study were assessed by a clinician for other psychiatric disorders using the DSM-IV-Based Screening and Assessment Scale and the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children - Present and Lifetime Version - Turkish Adaptation .The parents of all participating children completed the Sociodemographic Data Form, the Child Behavior Checklist (CBCL), Barkley's Child Attention Questionnaire, and the DSM-IV-Based Screening and Assessment Scale for Disruptive Behavior Disorders. The children in the study completed the Perceived Social Support from Friends Scale (PSS-FR). The primary outcome measure was the PSS-FR score. Data analysis was performed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 26 (Chicago, Illinois, USA). Linear regression analysis was used to determine the predictors of perceived social support scores from friends. For all tests, a statistical significance level of $p<0.05$ was accepted.

RESULTS: A total of 154 participants were included in the study: 51 in the healthy control group, 51 in the ADHD group on medication, and 52 in the ADHD group not on medication. Children with ADHD had lower PSS-FR scores compared to the healthy control group. Although no difference was found between the groups based on medication status, a significant correlation was observed between medication use and

perceived social support. Additionally, perceived social support increased with age, parental education level, and as scores on Barkley's Child Attention Questionnaire decreased. Conversely, perceived social support decreased as scores on the DSM-IV-Based Screening and Assessment Scale for attention deficit and hyperactivity increased. Predictors of perceived social support were identified as family income level, scores on Barkley's Child Attention Questionnaire, CBCL somatization, and social problems.

CONCLUSIONS: We believe that socioeconomic characteristics play a significant role in perceived social support among individuals with ADHD and that proper control of symptoms has a substantial impact on perceived social support. Through environmental modifications, family education, and appropriate monitoring and management of symptom severity, levels of perceived social support can be improved. This could, in turn, contribute to better management of ADHD cases and foster the development of positive behaviors.

KEYWORDS: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Perceived Social Support, Child and Adolescent Mental Health

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), çocukluk çağının en yaygın görülen nörogelişimsel bozukluklarındandır ve dünya genelinde okul çağı çocuklarında yaklaşık %5 oranında görülmektedir (1). DEHB, alt tipleri tanımlanmış olmakla beraber klinik görünüm oldukça heterojendir. Komorbidite çalışmaları, DEHB'li olguların yarısından çoğunda en az bir psikiyatrik bozukluk ya da öğrenme bozukluğunun eşlik ettiğini ortaya koymuştur (2).

Arkadaşlık, karşılıklı sevgi ve karşılıklılığa dayanan bir ilişkidir. Yakın bir arkadaşlığa sahip olmanın, akran reddinin sonuçlarını hafiflettiği ve uyum zorluklarına karşı tampon oluşturduğu gösterilmiştir. Arkadaşlar birbirini desteklediği ve savunduğu için arkadaşlıkların, dışsallaştırma sorunları olan çocuklar için bile mağduriyete karşı koruyucu bir işlev gördüğünü bildirilmektedir. Arkadaşlıkların aynı zamanda okula uyum için de önemli olduğuna inanılmaktadır çünkü arkadaşlar araçsal ve duygusal destek sağlayabilir, okuldan daha fazla keyif alma fırsatı yaratabilir. Arkadaşlık sorunları; arkadaşsız olmak, düşük kaliteli arkadaşlıklara sahip olmak, davranışsal veya sapkın özelliklere sahip çocuklarla arkadaş olmak, kısa veya istikrarsız arkadaşlıklara sahip olmak gibi çeşitli şekillerde tanımlanmıştır. Bu tür arkadaşlık sorunları yaşayan çocukların zorbaların kurbanı olma, sapkın davranışlarda bulunma, okulda zorluk yaşama ve yalnızlık duygusu yaşama riskleri daha yüksektir (3).

Dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan çocukların önemli bir kısmı sosyal ilişkilerinde ve davranışlarında önemli zorluklar göstermektedir. Sözün kesilmesi, aşırı konuşma, gürültü yapma ve sırasını beklemekte zorluk davranışları, DEHB'li çocukların oyun etkinlikleri sırasında akranlarına müdahaleci ve sinir bozucu görünmesine neden olabilir. Benzer şekilde, dikkatin dağılması ve dinlemedeki başarısızlığın akranlarıyla etkili bir şekilde ilgilenme, sosyal ipuçlarını fark etme ve bunlara yanıt verme becerisini etkilemesi muhtemeldir. DEHB'nin her üç belirtisini (birleşik tip, dikkat eksikliği baskın tip ve hiperaktivite-dürtüsellik baskın tip) gösteren çocuklar, akran reddi açısından yüksek risk altındadır. DEHB ve eşlik eden karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB) veya davranım bozukluğu olan çocuklarda, yalnızca DEHB olan çocuklara göre akran reddi oranları da daha yüksektir. DEHB semptomlarını azaltan yoğun kanıta dayalı tedavilerle bile olumsuz akran saygısının kolayca tersine çevrilemeyeceğini göstermektedir (4).

Akran grubu tarafından reddedilme, DEHB'li çocuklarda hem içe yönelim hem de dışa yönelim sorunları için bir risk göstergesi gibi görünmektedir. Akranları tarafından reddedilen çocukların sosyal olarak izole olmaları muhtemeldir, bu da sosyal desteği sınırlayabilir ve ardından depresyon gibi içe yönelim sorunları riskini artırabilir. Akranları tarafından reddedilen çocukların, reddedilen diğer akranlarına arkadaş olarak yönelme olasılıkları da daha yüksektir; bu tür akranların suçlu davranışları modelleme ve teşvik etme olasılıkları daha yüksek olabilir, böylece sorunların dışsallaştırılması riski artar (5).

Sosyal desteğin benlik kavramı, olumlu sosyal beceri davranışları ve akademik performans ile orta düzeyde ve pozitif yönde ilişkili olacağı varsayılmıştır; Sosyal desteğin sorunlu davranışlarla orta düzeyde ve olumsuz yönde ilişkili olduğu söylenebilir. Olumlu sosyal destek ile olumlu sosyal beceri davranışları arasında bir ilişki bulunmuştur. Araştırmalarda, sosyal desteğin olumlu psikolojik ve fiziksel sonuçlarla bağlantılı olduğunu gösterilmiştir. Algılanan yüksek sosyal desteğin çocuk ve ergenlerde olumlu davranışsal sonuçlarla ilişkili olduğu bulunmuştur. Algılanan sosyal destek düzeyi yüksek olan çocuk ve ergenlerin genellikle daha az uyum sorunu yaşadıkları bildirilmiştir. Dolayısıyla algılanan sosyal destek ile uyum sorunları arasında ters bir ilişki olduğu görülmektedir (6).

DEHB özelliklerine sahip çocukların yaşamlarında sosyal desteğin rolü önemlidir çünkü bu çocuklar genellikle ebeveynleri ve öğretmenleri tarafından önemli miktarda dikkat ve eğitimsel desteğe ihtiyaç duyan çocuklar olarak görülür. DEHB'li çocukların hem akademik hem de sosyal işlevsellik alanlarında daha sonraki uyumlarının zayıf olduğu bulunmuştur. DEHB özelliklerine sahip çocukların daha düşük sıklıklarda sosyal destek algılayacakları ancak sosyal destek davranışlarının veya olaylarının önemini benzer şekilde algılayacakları varsayılmıştır. DEHB'li çocukların akranları tarafından olumsuz görülme olasılığının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Hatta DEHB'li çocukların akranları tarafından olumsuz algılanmasının, ilk etkileşimlerden kısa bir süre sonra bile ortaya çıktığı görülmüştür (6).

Dikkat zorlukları, DEHB'li bireylerin sosyal olarak içine kapanık ve ilgisiz görünmesine neden olabilir ve duygusal olarak destekleyici olmalarını ve arkadaşlarının ihtiyaç ve duygularını karşılıklı olarak anlamalarını zorlaştırabilir. Hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri duyguları modüle etmede, çatışmaları adil bir şekilde çözmede ve hassas bir şekilde etkileşimde bulunmada zorlukla sonuçlanabilir. Bu nedenle, her ne kadar sosyal problemler DEHB'nin tanı kriterlerinin bir parçası olmasa da çoğu zaman bu bireylerde mevcut olan temel semptom boyutlarının aynı zamanda onların sosyal becerilerinin ve sosyal işlevselliklerinin gelişimine de müdahale etmesi şaşırtıcı değildir (7).

DEHB'li bireylerin sosyal işleyişlerini araştıran çalışmaların çoğu, akran reddini ve sosyal beceri eksikliklerini incelemektedir (7). Ancak DEHB'de algılanan sosyal desteği araştıran çalışmalar kısıtlıdır.

Algılanan yüksek sosyal desteğin çocuk ve ergenlerde olumlu davranışsal sonuçlarla ilişkili olduğunu bulunmuştur (6). Çalışmamız ile DEHB olgularında arkadaşlardan algılanan sosyal desteğin içe yönelim ve dışa yönelim sorunlarının üzerinde etkisinin belirlenerek olası komorbid tanıların gelişmesinin önlenebileceği, sosyal ve akademik sorunların gelişmesinin önlenebileceği düşünülmektedir. Ayrıca etkin tedavi planlamasının ve müdahale stratejilerinin geliştirilebileceği öngörülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

2.1.1 Tanım ve Tarihçe

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik semptomları ağırlıklı olarak baş gösteren ve günümüzde çocuk ve ergen psikiyatrik bozuklukları arasında %5 gibi yüksek bir oranda görülen bir hastalıktır. DEHB ilk olarak George Still tarafından 1901'de tanımlanmıştır (Still, 1902) (8). Royal Academy of Physicians'a verdiği derslerde, aşırı hareketlilik, dikkatsizlik ve "iradi inhibisyon" eksikliği sorunları olan 20 çocuğun yer aldığı bir vaka serisini anlatmıştır. Ayrıca, günümüzde Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu ya da Davranım Bozukluğu olarak tanımlanacak olan saldırganlık, itaatsizlik, disipline direnme ve dürüst olmama belirtilerini de tarif etmiştir ve bu bozukluklar genellikle DEHB ile birlikte görülmektedir (8).

Dr. Still'in dersinin ardından, aynı belirtilere farklı tanısal etiketler verilmiştir, bunlar arasında, 1917'deki ensefalit lethargica pandemisinden sonra aşırı hareketlilik ve dikkatsizlik gösteren çocukları tanımlamak için kullanılan Minimal Beyin Hasarı ve Minimal Beyin Disfonksiyonu yer almaktadır. Günümüzde DEHB olarak adlandırılan durum, ilk kez 1968'de ikinci baskısı yayımlanan Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) içine "Çocukluk Çağı Hiperkinetik Bozukluğu" olarak dahil edilmiştir. Durumun tanımı, sonraki DSM baskılarında tanısal terminolojideki değişiklikler ve alt tiplerin belirlenmesi doğrultusunda değişmiştir. DSM-IV baskısında, klinik olarak işlevselliği bozan yaygın dikkatsizlik, hiperaktivite ve/veya dürtüsellik belirtilerini, yedi yaşından önce ortaya çıkmış olması koşuluyla, tanı için gerekli görmektedir (8).

2013'te yayınlanan DSM-V ile 'Nörogelişimsel Bozukluklar' başlığı içerisinde yer almış, belirtiler için başlangıç yaş kriteri 7 yerine 12 olarak değiştirilmiş ve otizm spektrum bozuklukları bir dışlama kriteri olarak belirtilmemiştir (9). Erişkinler için 5 tanı kriterinin karşılanması tanı için yeterli görülmüş ve Dikkat Eksikliği Baskın Tip, Hiperaktivite ve Dürtüsellik Baskın Tip ve Bileşik tip olarak üç alt tipte tanımlanmaya devam edilmiştir (9).

2.1.2. Epidemiyoloji

DEHB sıklığı dünya genelinde araştırılan bölgelere göre farklılıklar göstermektedir. Polanczyk ve ark.'nın 2014 yılında yaptığı bir çalışmaya göre çocuk ve adolesanlarda görülme sıklığı %5,8 olarak gösterilmiştir (10). Biederman ve ark.'nın 2005 yılında yaptığı başka bir çalışmada ise dünya genelinde çocukların %8-12'sinin DEHB'den etkilendiği saptanmıştır. 2013 yılında Ercan ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada ise Türkiye'de DEHB'nin görülme sıklığı %12,7 olarak gösterilmiştir (11).

DEHB'nin gençlik dönemlerinde erkek çocuklarında kız çocuklarından fazla görüldüğüne dair çalışmalar olsa da bu çalışmalar çocukluk ve ergenlik döneminde kız ve erkek çocuklarının gösterdikleri semptomların farklılığından ve çalışmanın yapıldığı kesite bağımlı olduğundan kesin bir sonuca işaret etmemektedir (12). Rohde ve ark.'nın çalışmasında ise kız ve erkek çocuklarında görülme oranında net bir farklılık görülmemiş olup kız çocuklarında da erkek çocukları gibi içe yönelim ve dışa yönelim bozuklukları görüldüğü gösterilmiştir (13). Newcorn ve ark.'nın çalışmasında ise anksiyete bozukluğunun adolesan kızlarda erkeklere göre daha fazla artış gösterdiği gösterilmiştir (14).

2.1.3 Tanı ve Klinik Özellikler

DEHB için yapılan araştırmalarda birçok fizyolojik ve nöropatolojik değişiklik saptanmış olsa dahi DEHB tanısında kullanılabilecek özgünlüğe sahip bir değişiklik saptanamamıştır (15). Bu değişikliler yapılan insan ve hayvan deneylerinde DEHB'li bireylerde frontal-subkortikal-serebellar katekolamin disregülasyonu ve dopaminin taşınmasındaki bozulmalardır. Ayrıca direk tanı koydurucu herhangi bir biyobelirteç bulunamamıştır (15). Ancak yapılan moleküler genetik, evlat edinme ve ikiz çalışmalarında DEHB'nin yüksek oranda kalıtsal olduğu, yapılan diğer çalışmalarda ise doğumsal ve psikososyal sorunların bireyin DEHB'li olma ihtimalini arttırdığı gösterilmiştir (16). Bu yüzden DEHB tanısı için klinik semptomların varlığına göre sınıflama ve tanılandırma yapılmaktadır.

DEHB için DSM-V tanımlamasına göre üç ana alt tipi bulunmaktadır (9). Bunlar; dikkat eksikliğinin baskın olduğu tip, hiperaktivite ve dürtüselliğin baskın olduğu tip ve ikisinin de

ortak olarak bulunduğu kombine tip. DSM-V'te DEHB'nin tanısı için 9 adet dikkat eksikliği göstergesi ve 9 adet hiperaktivite/dürtüsellik göstergesi bulunmaktadır. Bu 9 kriterden 17 yaşından küçük olan bir birey 6 tanesini semptom olarak son 6 ay içerisinde iş, okul, sosyal yaşam veya iş hayatını etkileyecek düzeyde gösteriyorsa o alt tipe yönelik olarak DEHB kabul edilmektedir. Eğer birey 17 yaşın üstündeyse 5 semptomu göstermesi yeterlidir (Tablo 1) (9).

Dalsgaard ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada DEHB'li çocuklarda kazalardan kaynaklı yaralanmalarının daha sık görüldüğü gösterilmiştir (17). Aynı zamanda DEHB'li çocuklarda akranları ve aileleriyle zayıf ilişkilerin, yaşam kalitesinin düşüklüğün, okul performansında düşüklüğün daha sık görüldüğü gösterilmiştir (17). DEHB'li adolesanlarda ise sınıfta kalma oranlarının fazla olduğu, daha erken sigara başlangıç yaşı olduğu ve daha yüksek miktarda sigara kullanımı olduğu, marihuana veya diğer uyuşturucuların daha sık kullanıldığı, erken cinsel aktivitede bulundukları, genç yaşta hamile kalma oranında yükseklik olduğu gösterilmiştir (18). Çocukluk başlangıçlı DEHB'li erişkin bireylerde yapılan çalışmalarda ise düşük eğitim durumu, azalmış iş performansı, artmış duygusal bozukluklar görülmüştür (19). Erişkin başlangıçlı DEHB'li bireylerde artmış trafik kazası riski, artmış suç işlemeye yatkınlık, artmış işsizlik oranı, madde kullanım bozukluğu, kazalar ve diğer dış faktörlerden dolayı hayat döngülerinin diğer bireylere göre daha kısa olduğu gösterilmiştir (20).

Tablo 2.1 DEHB Tanı Kriterleri

DSM-V Tanı Kriterleri	
Dikkat Eksikliği	**Aşırı Hareketlilik ve Dürtüsellik**
Çoğu kez, ayrıntılara özen göstermez ya da okul çalışmalarında (derslerde), işte ya da etkinlikler sırasında dikkatsizce yanlışlar yapar (ayrıntıları gözden kaçırır ya da atlar, yaptığı iş yanlıştır).	Çoğu kez, kıpırdanır ya da ellerini ya da ayaklarını vurur ya da oturduğu yerde kıvranır.
Çoğu kez, iş yaparken ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmekte güçlük çeker (örn. ders dinlerken, konuşmalar ya da uzun bir okuma sırasında odaklanmakta güçlük çeker).	Çoğu kez, oturmasının beklendiği durumlarda oturduğu yerden kalkar (örn. sınıfta, ofiste ya da işyerinde ya da yerinde durması gereken diğer durumlarda yerinden kalkar).
Çoğu kez, doğrudan kendisine doğru konuşulurken, dinlemiyor gibi görünür (örn. dikkatini dağıtacak açık bir dış uyaran olmasa bile, aklı başka yerde gibi görünür).	Çoğu kez, uygunsuz ortamlarda, ortalıkta koşturur durur ya da bir yerlere tırmanır. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, kendini huzursuz hissetmekle sınırlı olabilir.
Çoğu kez, verilen yönergeleri izlemez ve okulda verilen görevleri, sıradan günlük işleri ya da işyeri sorumluluklarını tamamlayamaz (örn. işe başlar ancak hızlı bir biçimde odağını yitirir ve dikkati dağılır).	Çoğu kez, boş zaman etkinliklerine sessiz bir biçimde katılamaz ya da sessiz bir biçimde oyun oynayamaz.
Çoğu kez, işleri ve etkinlikleri düzene koymakta güçlük çeker (örn. ardışık işleri yönetmekte güçlük çeker; kullandığı gereçleri ve kişisel eşyalarını düzenli tutmakta güçlük çeker; dağınık ve düzensiz çalışır, zaman yönetimi kötüdür; zaman sınırlamalarına uyamaz).	Çoğu kez, her an hareket halindedir (örn. restoranlar, toplantılar gibi yerlerde uzun bir süre sessiz sakin duramaz ya da böyle durmaktan rahatsız olur; başkalarınca, yerinde duramayan ya da izlemekte güçlük çekilen kişiler olarak görülürler).
Çoğu kez, sürekli bir zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez ya da bu tür işlere girmek istemez (örn. okulda verilen görevler ya da ödevler; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, rapor hazırlamak, form doldurmak, uzun yazıları gözden geçirmek).	Çoğu kez aşırı konuşur.
Çoğu kez, işi ya da etkinlikleri için gerekli nesneleri kaybeder (örn. okul gereçleri, kalemler, kitaplar, gündelik araçlar, cüzdanlar, anahtarlar, yazılar, gözlükler, cep telefonları).	Çoğu kez, sorulan soru tamamlanmadan yanıtını verir (örn. insanların cümlelerini tamamlar; konuşma sırasında sırasını bekleyemez).
Çoğu kez, dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağılır (yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, ilgisiz düşünceleri kapsayabilir).	Çoğu kez sırasını bekleyemez (örn. kuyrukta beklerken).
Çoğu kez, günlük etkinliklerinde unutkandır (örn. sıradan günlük işleri yaparken, getir götür işlerini yaparken; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, telefonla aramalara geri dönmede, faturaları ödemede, randevularına uymakta).	Çoğu kez, başkalarının sözünü keser ya da araya girer (örn. konuşmaların, oyunların ya da etkinliklerin arasına girer; sormadan ya da izin almadan başka in-sanların eşyalarını kullanmaya başlaya-bilir; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, başkalarının yaptığının arasına girer ya da başkalarının yaptığını birden kendi yapmaya başlar)

2.1.3. DEHB ve Komorbidite

DEHB ile karşıt olma karşı gelme bozukluğu, davranım bozukluğu, anksiyete bozukluğu, öğrenme bozuklukları, depresif bozukluk, uyku bozuklukları gibi birçok bozukluk birliktelik göstermektedir (13). DEHB ile anksiyete arasında bağlantı kuran bir çalışmada DEHB'li çocuklarda yaşanılan sosyal iletişim problemlerinden dolayı bir süre sonra anksiyete ve depresyonun tetiklendiği gösterilmiştir. Adolesan çağlarda ergenlikle beraber anksiyetenin görülme sıklığında da artış olmaktadır. DEHB'li bireylerin kişilerle iletişimi etkili bir şekilde sürdürememesi ve buna bağlı olarak sosyal hayatlarında yaşadıkları sıkıntıların anksiyeteyi tetiklediği ortaya atılmıştır (21).

DEHB ile Otizm Spektrum Bozukluğunun (OSB) da beraberlik gösterdiği görülmüştür (22). ABD'de yapılan bir çalışmada OSB'li bireylerin %42'sinde DEHB'nin eşlik ettiği ortaya konmuştur (22). OSB'nin semptomlarına baktığımızda DEHB ile birçok ortak semptom görülmektedir. Ancak yapılan son çalışmalar ile DEHB ile OSB semptomlarının ayrımı yapılmaya başlanmıştır (23).

Öğrenme bozukluklarıyla DEHB'nin birlikteliğini araştıran çalışmalarda %10 ile %92 arasında geniş bir aralıkta birliktelik görülebileceği saptanmıştır (24). Bu aralığın bu kadar geniş olması her iki durumu ayırt etme konusundaki farklılıklara ve farklı çalışmalarda kullanılan tanı yöntemleri ile açıklanmaktadır. Dikkat eksikliğinin baskın olduğu DEHB alt tipinin öğrenme bozukluklarıyla daha fazla birliktelik gösterdiği düşünülmektedir (24).

Tourrette Sendromu ile DEHB'nin birlikteliği ise Freeman ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada 55% oranında saptanmıştır (25). Benzer çalışmalarda aynı zamanda erken Tourette Sendromu tanısı alan hastalarda DEHB'nin diğer bozukluklara göre daha sık görüldüğü fark edilmiştir (26).

DEHB'ye eşlik eden bir diğer bozukluk ise depresif bozukluktur (27). DEHB'li genç bireylerde depresif bozukluk görülme oranı 12% ile 50% arasında saptanmıştır ki bu oran DEHB'li olmayan genç bireylerde saptanan oranın beş katıdır (27). DEHB'li olan bireylerde depresif bozukluklar, bozukluğun başlamasından birkaç yıl sonra görülmeye başlar ve bu bozukluklar diğer komorbiditelerden bağımsızdır. Depresif bozuklukların DEHB ile birliktelik göstermesinin aynı anksiyetede olduğu gibi kişinin DEHB'ye bağlı gösterdiği semptomlardan dolayı yaşadığı sosyal sıkıntıların bir sonucu olduğu düşünülmektedir (27).

2.1.4 Etiyopatogenez

DEHB'nin etiyolojisinde birbirleriyle etkileşime girerek birçok genetik, çevresel ve biyolojik faktör rol almakta olup bu durum etiyolojisinin saptanmasını zorlaştırmaktadır (28).

2.1.4.1 Genetik Faktörler

Yapılan çalışmalarda DEHB'nin aile fertlerinde birliktelik gösterme oranı 75% ile 90% arasında göstermektedir (29). Bu kalıtım kadın ve erkekler arasında eşit oranda olup DEHB'nin dikkat eksikliği baskın olan ya da hiperaktivite ve dürtüsellik baskın olan alt tiplerinde herhangi bir farklılık görülmemiştir. DEHB'li ikiz kardeşler üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada DEHB gelişiminde güçlü bir genetik komponent olduğu saptanmıştır (29). Erişkinlerde genetik faktörlerin çevresel faktörlerin etkisi olmadan baskınlık gösterdiği ortaya konulmuştur (29).

Toplum temelli yapılan iki farklı çalışmada DEHB semptomları için benzer bir tek nükleotid polimorfizmi olduğu ortaya konmuştur (30). Yapılan genom araştırmalarında on iki farklı lokusun DEHB ile ilişkisi olduğu görülmüştür. Forkhead Box Protein P2 (FOXP2) ve Dual Specificity Phosphatase 6 (DUSP6) genlerinin de DEHB ilişkili genlerden olduğu gösterilmiştir (31).

Bastain ve ark. bazı nadir genetik hastalıkların da (Fragile X Sendromu, tüberoz sikleroz, 22q11 mikro gen delesyonu ve Williams Sendromu) DEHB ile yüksek oranda birliktelik gösterdiğini saptamıştır (32). Bu hastalıklar OSB ve şizofreni gibi diğer birçok bozukluk için de yüksek bir risk faktörüdür (32).

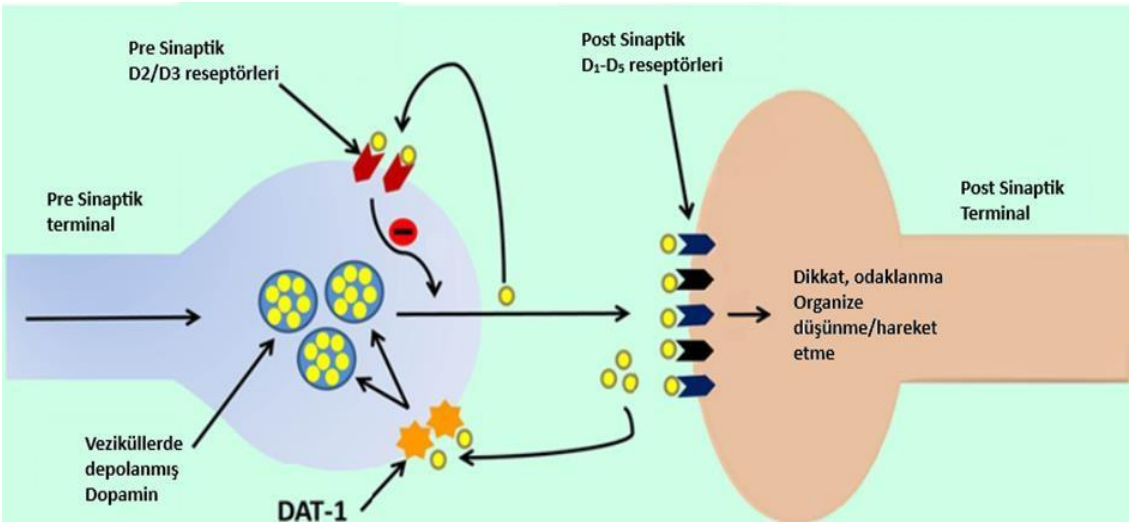
2.1.4.2 Çevresel Faktörler

Çevresel faktörlerin DEHB gelişiminde önemli bir rolü vardır. Gözlemsel vaka kontrol ve epidemiyolojik çalışmalar göstermektedir ki prenatal ve perinatal faktörlere maruz kalmak, çevresel toksinler, diyet ve psikososyal faktörler DEHB ile ilişkilendirilmiştir (32).

DEHB gelişimi ile ilişkili olduğu gösterilen prenatal ve perinatal faktörler ise düşük doğum ağırlığı (DDA), prematürite, intrauterin maternal stres maruziyeti, annenin sigara içmesi, alkol kullanımı, parasetamol gibi reçeteli ilaçlar ve yasadışı maddelerin kullanımıdır (32).

2.1.4.3.Nörotransmitterler

DEHB'de hipoaktif ve hiperaktif katekolamin deşarjının rol oynadığı öne sürülmektedir. Aksiyon potansiyeli olmaksızın presinaptik aralığa çok düşük miktarda dopamin salınımı ile presinaptik terminalde bulunan D2 ve D3 reseptörlerinin uyarılması sonucunda sinaptik aralıkta negatif feedback ortaya çıkmaktadır ve zaten az olan dopamin salınımı inhibe olmaktadır (33). Gerçek bir aksiyon potansiyeli presinaptik aralıkta gerçekleştiği zaman ise yüksek miktarda veziküler dopamin salınımı gerçekleşmekte ve bu postsinaptik dopamin reseptörlerini uyarmaktadır. Bu sırada salınacak olan dopamin miktarı negatif feedback sağlayan D2/D3 reseptörlerinin uyarılmasıyla orantılıdır. Dopaminin postsinaptik aralıktaki etkinliği ise presinaptik alanda bulunan Dopamin Transporter – I (DAT-I) ile geri alınmasıyla son bulur (Şekil 1). Aynı şekilde norepinefrin de salınımı da α ve β reseptörler üzerinden düzenlenmektedir. Bu reseptörler α1(α1a, α1b, α1d), α2 (α2a, α2b, α2c) ve β1, β2, β3 olarak tanımlanmıştır. D2/D3 reseptörü gibi α2 reseptörü de presinaptik aralıkta otoreseptör olarak görev yapmaktadır ancak postsinaptik aralıkta daha fazla bulunduğuna inanılmaktadır ve α2a reseptörü prefrontal kortekste baskın konumdadır (33). DAT-I gibi norepinefrin de Norepinefrin Transporter (NET) ile geri alınıp sonrasındaki uyarılar için kullanımı sağlanmaktadır. Bu sebeple norepinefrin kontrolü de α2a ve NET tarafından sağlanmaktadır. DEHB patogenezinde ise sıkıntı hisseden ve yorulan bir kişinin presinaptik aralığından az miktarda dopamin ve norepinefrin salındığı buna bağlı olarak postsinaptik aralıkta yetersiz bir uyarı gerçekleştiği için kişiyi dikkati dağınık ve dürtüsel yaptığı düşünülmektedir. Stres altındaki durumlarda ise bu nörotransmitterlerin çok fazla salınmasıyla reseptörler aşırı uyarılmakta ve dikkat dağınıklığı ortaya çıkmaktadır (33).



Şekil 2.1 Nörotransmitterlerin Presinaptik ve Postsinaptik Düzenlemesi

2.1.4.4 Yapısal Nörogörüntüleme

DEHB'li hastalarda temel görüntüleme yöntemi olarak hastaların çoğunlukla çocuk olması nedeniyle iyonize radyasyon içermeden görüntüleme imkanı sağladığı için Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) tercih edilmektedir (34). Yapılan çalışmalarda DEHB'li bireylerin beyninde belirli bölgelerde küçülme olduğu saptanmıştır. Bu küçülmeler korpus kallosum, prefrontal korteks, bazal gangliyon ve serebellumda saptanmıştır. Ancak hiçbir çalışmada görüntüsel farklılıklar kesin olarak kanıtlanmamıştır ve tanısal bir görüntüleme özelliği bulunmamaktadır.

2.1.4.5 Fonksiyonel Nörogörüntüleme

DEHB'de nöronal görüntüleme için hemodinamik yöntemler (fonksiyonel MRG, fonksiyonel yakın kızılötesi spektrokopi, Pozitron Emisyon Tomografi (PET), tek foton emisyonu bilgisayar tomografisi/SPECT) ve magnetoensefalografi kullanılmaktadır (35).

2.1.4.5.1 Hemodinamik Yöntemler

DEHB için yapılan PET ve SPECT incelemelerinde dopamin salınımında bozukluklar olduğu görülmüştür. Bu bulgulardan yola çıkılarak dopaminerjik sistemdeki bozukluğun hastalığın patofizyolojisinde önemli bir rolü olduğu ortaya konmuştur (36). Dokuz PET ve SPECT çalışmasından yapılan bir meta-analizde DEHB'li kişilerde kontrol grubuna göre %14 daha fazla dopamin transporter dansitesi bulunduğu saptanmıştır (37).

Fonksiyonel MRG (fMRG) ise PET ve SPECT ile karşılaştırıldığında non-invaziv olması ve radyasyon içermemesi gibi çeşitli avantajlara sahiptir. fMRG kan oksijenlenme seviyesine bağlı kontrast değişiklilerine karşı duyarlıdır ve bu sayede nöronal aktivite ölçülebilmektedir.

Saenz ve ark.'nın gerçekleştirdiği fMRG çalışmalarının meta-analizinde DEHB'de beynin belli alanlarında fonksiyon bozuklukları olduğu görülmüştür. Motor yanıt, girişim engelleme, görev değiştirme çalışmalarında yapılan meta-analizler kontrol grubuyla karşılaştırıldığında DEHB'li bireylerde beynin bilateral frontobazal gangliyon, oksipital, pariyetal ve temporal bölgelerinde azalmış aktivite saptanmıştır.

2.1.4.5.2 Magnetoensefalografik Ölçümler

Magnetoensefalografi beyinde nöronların oluşturduğu elektriksel aktiviteye bağlı oluşan manyetik alanın ölçümü ile yapılan bir testtir. Yapılan çalışmalarda DEHB'li bireylerde frontal ve santral bölgelerde kontrol grubuna göre hiper bağlantılılık gözlenmiştir (39). Ayrıca beynin Varsayılan Mod Ağının birçok farklı bölgesinde de DEHB'li erişkinlerde hiper ve hipo bağlantılılık görülmüştür (39).

2.1.4.6 DEHB'ye Tedavi Yaklaşımı

DEHB çocuk, adolesan ve yetişkinlerin yaşamını zedeleyen yaygın bir hastalık olduğu için araştırılmış birçok farklı tedavi protokolü mevcuttur. Bu tedaviler içerisinde; patofizyolojik yolakların bulunup fark edilen patolojilerin düzeltilmesi için uygulanan ilaç

tedavilerinin haricinde ilaç dışı tedavileri de içermektedir. Uygulanabilecek olan tedavi çeşitliliğinin geniş olması, klinisyenlerin hangi tedavi uygulamasından başlayarak süreci ilerleteceğinin kararında zorluklar yaratmaktadır.

Caye ve ark. yaptığı bir çalışmada belirtildiği üzere, farmakolojik yöntemlerin erken dönem etkilerinin beklenen şekilde olmasına karşın uzun dönemde bireylerin tedaviden daha az fayda gördüklerini, farmakolojik olmayan ilaç uygulamalarından bilişsel terapi ve nörofeedback uygulamalarının faydalı olmadığı gösterilmiştir (40).

2.1.4.6.1 Farmakolojik Tedaviler

Birçok klinik rehberde DEHB için asıl tedavi yöntemi olarak farmakolojik yöntemler kullanılmakta ve önerilmektedir (41). Danielson ve ark. yaptığı bir çalışmada DEHB tanısı almış çocukların tedavisinde %90 civarında en nihayetinde ilaç tedavisine başvurulduğu saptanmıştır (42).

Farmakolojik tedavi olarak en çok psikostimülanlar tercih edilmektedir. Bunlar metilfenidat (MPH), dekstroamfetamin, amfetamin (AMP), karışık amfetamin tuzları ve lisdeksamfetamindir. Ülkemizde sadece metilfenidat bulunmaktadır. İkinci kuşak tedaviler olarak atomoksetin (ATX), guanfasin (GFC) ve klonidin (CLO) de bireyin tedaviden yanıt alamaması, kontraendikasyonlar ve bireyin ilacı tolere edememesi durumunda kullanılmaktadır. Rutin kullanıma girmemiş olan bupropiyon, modafilin ve trisiklik antidepresanlar (TCA) da tedavide kullanılmaktadır (40).

Farmakolojik tedaviler temel olarak katekolamin yolağı üzerinden etki göstermektedir. Bu ilaçlar sinaptik aralıkta dopamin ve noradrenalin geri alımını engelleyerek, bu katekolaminlerin etkisini arttırarak etki göstermektedir (43). Ayrıca DEHB'li bireylerde dopamin transporterlarının miktarı ve bunun katekolamin seviyeleri üzerindeki etkisi de tartışmalıdır. Yapılan bazı çalışmalarda hızlı dopamin geri dönüşümüyle artan transporter sebebiyle dopamin salınımında azalma olduğu gösterilmiştir (44). Diğer çalışmalar ise dopamin salınımındaki düşük mitardan kaynaklı olarak dopamin eksikliğinin olduğunu göstermiş ve bazı bireylerde farmakolojik tedavinin etkisiz olmasını bu nedene bağlamıştır (45).

Farmakolojik tedavilerde kullanılan ilaçların mekanizmaları her ilaçta farklılık göstermektedir. Psikostimülanlar (MPH ve AMP) dopamin ve noradrenalin transporterlarını inhibe etmektedir. Ağırlıklı olarak striatum ve prefrontal korteksteki geri alım inhibitörü vazifesi görüp nörotransmitter miktarını arttırmaktadır (46). ATX ise NET-1'i inhibe ederek etki gösterir. Noradrenalin geri alımını inhibe ederek tüm beyindeki noradrenalin ve prefrontal korteksteki dopamin salınımını arttırmaktadır (47). CLO ve GFC ise santral sinir sisteminde noradrenalin α2 reseptörlerine bağlanarak salınımını arttıran α2 reseptör agonistir. Arnsten ve ark. yaptığı bir çalışmada DEHB'de hareket bozukluklarının temel sebebi olarak prefrontal kortekste artmış olan noradrenerjik etki ve locus coeruleustan kaynaklanan dolaylı bir noradrenalin etkisi olduğu gösterilmiştir (48). Bupropion ise hidrobupropiyon ve treohidrobupropiyon isimli iki metabolite ayrılarak etki gösterir. Bu metabolitler noradrenalin transporterini inhibe ederek noradrenalin salınımını arttırmaktadır (49). TCA'lar ise temel olarak noradrenalin ve seratonin transporterlarını inhibe ederek etki gösterir (50). Modafilin ise geleneksel psikostimülanlardan farklı olarak dopamin reseptörlerinde yapısal değişiklik yaparak dopamin salınımını arttırdığı gösterilmiştir (51).

Farmakolojik tedavide kullanılan bu ilaçlar farklı yollardan etki gösterse de hepsinin son etkileri benzer olup dopamin ya da noradrenalin etkinliğini arttırmaktadır. Bu da yürütme işlevi, ödül, bellek ve zamanlama da dahil olmak üzere birçok bilişsel işlevi kontrol eden çok çeşitli beyin yolaklarının (GABAaerjik ve glisinerjik başta olmak üzere) nörotrasmisyonunu modüle eder (52). Dopaminerjik ve noradrenerjik bu etkiler tedavinin bütün yönlerini açıklamamaktadır. İlacın etkisinin başlaması ve bitmesi arasındaki süreç tam olarak belli olmamakla beraber stimülanlar için kısa dönem, stimülan olmayanlar için uzun dönem etkiler görüldüğü gösterilmiştir. İspatlanmamış olsa da makul bir hipotez olarak, tedavi ilaçlarının nörotransmiterlerin reseptör ve taşıyıcılarının gelişimi ve düzenlenmesinde rol alarak uzun dönem etkilere de yol açtığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (53). Bu hipotezin doğru olması halinde stimülan ilaçların uzun dönemde kortikal gelişim ve diğer beyin yapılarındaki değişikliklerin tedavisi için kullanılabilir (54).

2.1.4.6.2 Farmakoloji Dışı Tedaviler

2.1.4.6.2.1 Davranışsal ve Psikososyal Tedaviler

İlaç tedavisi dışında ilk önerilen tedaviler davranışsal ebeveyn eğitimi ve sosyal beceri eğitimidir. Bu tedaviler genellikle çok küçük yaşta DEBH tanısı almış çocuklarda kullanılmaktadır. Ayrıca standart medikal tedavinin yanına herhangi bir yaşta ilk eklenen seçenektir ve birçok kaynak medikal tedavinin yanına bu tedavilerin eklenmesini önermektedir (41).

Yine de yapılan çalışma sonuçları karışık ve karmaşık olduğu için kesin bir sonuca ulaşmak zor olmuştur. Bu kapsamda yapılan büyük bir çalışma da MTA'dır (Multimodal Treatment Study for Attention Deficit Hyperactivity Disorder) (55). Bu 14 aylık randomize klinik çalışmada MPH tedavisi alan farklı yaş gruplarındaki çocukların tedavilerine ek olarak davranışsal tedavi (daha önce bahsi geçen eğitimlerin bir kombinasyonu olarak ebeveyn eğitimi, okul tabanlı ve çocuk merkezli davranışsal tedaviler) alan bireyler, sadece MPH tedavisi alan bireyler, sadece davranışsal tedavi alan bireyler ve sosyal yaşantısına tedavi almadan devam eden DEHB'li bireyler kullanılmıştır. Bu çalışmada kombine tedavi ve sadece MPH tedavisi arasında anlamlı bir fark görülmemiştir ve davranışsal tedavinin iyi uygulanan bir ilaç tedavisinin yanında etkisi olmamaktadır (55).

MTA sonrasında yapılan çalışmalarda ise farklı sonuçlar elde edilmiştir. Pelgram ve ark. yaptığı bir çalışmada davranışsal tedavi ile ilk tedaviye başlandıktan sonra düşük doz ilaç tedavisinin eklenmesinin ilk ilaç tedavisiyle başlanıp sonrasında davranışsal tedaviye başlanmasına göre daha etkili olduğunu göstermiştir (56).

2.1.4.6.3 DEHB ve Sosyal Destek

Sosyal destek hem daha az psikopatoloji hem de genel iyilik hali için gereklidir. DEHB'li bireylerde suça yatkınlık, madde kullanımı bozukluğu ve hayat kalitesindeki düşüklük, sosyal destek azlığının duygusal ve sosyal sorunların oluşumunda etkisinin olduğunu göstermektedir (57). Jester ve ark. dikkat eksikliği ve hiperaktivitenin ebeveynlerin sosyal desteği ile doğrudan

ilişkili olduğunu göstermiş ve erken çocukluk döneminde ebeveyn desteğinin az olması sonucunda aynı bozuklukların adolesanlıkta da görüldüğünü göstermiştir (58). Moen ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada ise on beş yaşında ya da daha küçük DEHB'li çocukların, sosyal destek ile birlikte aile fonksiyonlarının pozitif yönde etkilendiğini göstermiştir (59). Demaray ve ark. DEHB'li çocuklarda sosyal desteğin benlik algısı ve pozitif sosyal beceriler ile alakalı olduğunu göstermiştir (60). DEHB'li elli beş okul çocuğu ile yapılan bir çalışmada aile ve sınıf arkadaşları tarafından desteklenmenin bireyin özgüven, kendi değerini bilme ve sosyal kabullenme açısından pozitif etkilediğini göstermiştir (61). Schei ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada DEHB'li bireylerde normal yörüngesinde olumsuz olarak yönlenebilecek olan davranışların sosyal destek ile azaltılabileceği gösterilmiştir (62). Yapılan çalışmalarda okulda pozitif sosyal desteğin DEHB'nin temel özelliklerini oluşturan hiperaktivite ve dikkat eksikliğinin belirgin düzeyde azalttığını, kendini kabullenmeyi ve kendine güvenmeyi arttırdığını göstermiştir (58).

Bu çalışmada da DEHB olgularında arkadaşlardan algılanan sosyal desteğin etkilendiği faktörleri incelemek, sosyal destek ile içe yönelim ve dışa yönelim sorunlarının şiddeti arasındaki ilişkiyi göstererek komorbid tanıların gelişimi ile sosyal ve akademik sorunların gelişiminin önlenmesinde etkin tedavi planlamasının ve müdahale stratejilerinin geliştirilmesine katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışma Dizaynı

Çalışma kesitsel bir çalışma olarak İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniği'nde gerçekleştirildi. Çalışmanın etik kurul onayı 07.12.2023 tarihinde 907 protokol numarası ile alındı. Çalışmaya etik kurul onayı alındıktan sonra başlandı. Dahil edilen tüm katılımcıların yasal vasilerinden Aydınlatılmış Onam Formu aracılığıyla onam alındı.

3.2. Çalışma Popülasyonu

Çalışmaya Alınma Kriterleri

1. DSM V tanı kriterlerine göre DEHB tanısı konmuş 7-12 yaş arası kız ve erkek olgular
2. DEHB tanılı tedavi almayan grup için; son 6 ayda hiçbir psikotrop ilaç kullanmamış olmak
3. DEHB tanılı tedavi alan grup için; 3 aydır DEHB için kanıtlanmış tedavi alıyor olmak
4. Olguların klinik olarak normal bilişsel kapasiteye sahip olması ve yapılan WISC-R puanları 80'nin üzerinde olan olgular
5. Herhangi bir nörolojik hastalık öyküsü bulunmaması
6. Aileden onam alınması olarak tanımlandı.

Çalışmaya Alınmama Kriterleri

1. Psikiyatrik değerlendirme sonucunda ek psikopatolojisi olan olgular.
2. Klinik olarak normal bilişsel kapasitede olmayan olgular.
3. DEHB tanılı tedavi almayan grup için; son 6 ayda herhangi bir psikotrop tedavi almış olmak
4. DEHB tanılı tedavi alan grup için; son 3 aydır DEHB için kanıtlanmış tedavi almıyor olmak
5. Nörolojik hastalık öyküsü olan olgular
6. Ailenin onamının olmaması olarak tanımlandı.

3.3 Çalışmanın Hipotezleri

1. DEHB tanılı olgularda algılanan sosyal desteğin, sağlıklı kontrollerden daha düşük olması beklenmektedir.
2. DEHB tanılı tedavi alan ve almayan olgular arasında, tedavi almayan grubun algıladığı sosyal desteğin daha az olması beklenmektedir.
3. DEHB tanısına ek olarak KOB ve DB gibi dışa yönelim semptomları olan olgularda algılanan sosyal desteğin, tedavi alsa da daha düşük olacağı düşünülmektedir.
4. DEHB tanılı olgularda semptom şiddeti ile algılanan sosyal desteğin negatif korale olması beklenmektedir.

3.4 Çalışma Akışı

Araştırman etik onayı alındıktan sonraki 1 yıl içinde, SBÜ İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (ÇERSAH) polikliniklerine ilk başvurusu olan ya da DEHB tanısıyla izlenen 7-12 yaş aralığındaki çocuk ve ergenler içinden seçilen hastalar çalışmaya dahil edilerek gerçekleştirildi.

Hastanemiz çocuk ve ergen ruh sağlığı polikliniğine dikkat eksikliği ve/veya aşırı hareketlilik, dürtüsellik belirtileri ile başvuran tüm çocuk ve ergenler, detaylı bir değerlendirme sonrasında DSM-V tanı ölçütlerine göre tanı almaktadırlar. Çalışmada ilk klinik ruhsal değerlendirme görüşmesi sonrası mevcut belirtilerin şiddeti, hangi ortamlarda ortaya çıktığını ve eşlik eden diğer belirtilerin değerlendirilmesi amacıyla aileler tarafından; Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, 4-18 yaş Çocuk ve Ergenler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL), Çocuk Barkley Dikkat Anketi doldurudu.

Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği ve diğer ölçek sonuçlarıyla beraber yapılan klinik değerlendirmeler sonucunda DEHB, DEHB ve KOKGB, DEHB ve davranım bozukluğu olan olgular belirlendi.

Çocukların zihinsel kapasiteleri klinik olarak rutinde değerlendirilmektedir. Tüm olgulara WISC-R zeka testi (Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği-Yeniden Gözden Geçirilmiş Formu) ile zihinsel kapasite değerlendirildi. Klinik olarak veya testler sonucunda normal zihinsel kapasite gelmeyen olgular çalışmadan dışlandı.

Yapılan detaylı değerlendirme sonucunda yeni tanı DEHB ya da bu tanıyla izlenmekte olan son 6 ay içinde psikotrop ilaç kullanımı olmayan 7-12 yaş aralığındaki çocuklar ve son 3 aydır DEHB tedavisi alan çocuklar ve yakınları çalışma hakkında bilgilendirildi ve kabul edenler çalışmaya dahil edildi. Sözel bilgilendirme sonrasında Ebeveyn Bilgilendirilmiş Gönüllü Onay Formu okunarak yazılı beyan alındı. 9 yaş ve üzeri olgu grubundan da "9-18 Yaş Çocuk Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" okunarak yazılı beyan alındı.

Kontrol grubu çocuk ve ergen psikiyatrisi kliniğine başvuran ve yapılan değerlendirme sonrasında psikiyatrik bir tanı almayan ve çalışma grubu ile benzer yaş ve cinsiyet dağılımı olan sağlıklı çocuklar oluşturuldu. Çalışmaya katılmayı kabul eden aileler çalışma hakkında sözel olarak bilgilendirildi ve Ebeveyn Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Kontrol Grubu) okunarak yazılı beyan alındı. Dokuz yaş ve üzeri kontrol grubundan "9-18 Yaş Çocuk Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" (Kontrol Grubu) okunarak yazılı beyan alındı.

Araştırmaya katılan tüm olgu grubu ve sağlıklı çocuklara DSM-IV e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği ve Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu – Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) uygulanarak diğer psikiyatrik hastalık varlığı araştırmaya katılan klinisyen tarafından değerlendirildi.

Araştırmalara katılan tüm çocukların ebeveynlerine; Sosyodemografik Veri Formu, CBCL (Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği), Barkley'in Çocuk Dikkat Anketi, Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği doldurulmak üzere verildi.

Çalışmaya katılan olgulara Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği uygulandı. Çalışmaya 7-12 yaş arası kız ve erkek cinsiyetinde minimum 50 DEHB tanılı tedavi alan olgu, 50 DEHB tanılı tedavi almayan olgu, 50 sağlıklı kontrol grubu alınması planlandı.

3.5 Araştırmada Kullanılan Psikometrik Ölçekler

3.5.1 Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam boyu Şekli Türkçe uyarlaması (ÇDŞG-ŞY)

ÇDŞG-ŞY çocuk ve ergenlerde şimdiki ve yaşam boyu olan psikopatolojileri saptamak amacıyla kullanılan yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. Form üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde çocuğun demografik özellikleri, genel sağlık durumu, varsa daha önceki psikiyatri başvurusu ve tedavisi, aile ve akran ilişkileri, okul bilgileri gibi genel bilgiler sorgulanır. İkinci bölüm özgül psikiyatrik belirtilerin sorgulandığı tarayıcı sorular ve değerlendirme ölçütlerini içermektedir. Tarama görüşmesi ile pozitif belirtiler varsa o psikopatolojiyi daha iyi değerlendirmek amacıyla ek belirti listesi sorgulanmaktadır. Belirtilerin varlığına ve şiddetine çocuğun ya da ergenin, anne babanın ve klinisyenin görüşleri birleştirilerek karar verilmektedir. ÇDŞG-ŞY ile duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, dışa atım bozuklukları, yıkıcı davranım bozuklukları, madde kötüye kullanımı, yeme bozuklukları ve tik bozuklukları değerlendirilebilmektedir. Üçüncü bölüm çocuğun değerlendirme yapıldığı zamanda işlev düzeyini belirlemek amacıyla kullanılan genel değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin Türk örneklemi için geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (63,64).

3.5.2 Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formu (WISC-R)

Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği, David Wechsler (1949) tarafından, konuşma ve dil becerileri yeterli düzeyde olan 6-16 yaş aralığındaki çocuk ve gençlerin zihinsel kapasitelerinin değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir ve yeniden düzenlenerek WISC-R (1974) adını almıstır. Ülkemizde 1995 yılında Savaşır ve Şahin tarafından standardizasyon çalısmaları yapılarak WISC-R ölçeği Türk kültürüne uyarlanmıştır (65).

3.5.3 Turgay Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (YDB-TDÖ)

DSM-IV ölçütlerinin anlamları değiştirilmeden soru şekline dönüştürülmesi şeklinde Atilla Turgay tarafından geliştirilmiş bir değerlendirme aracıdır. Ölçek, dikkat eksikliğini sorgulayan 9, aşırı hareketliliği sorgulayan 6, dürtüselliği sorgulayan 3, karşıt olma karşı gelme bozukluğunu sorgulayan 8 ve davranım bozukluğunu sorgulayan 15 madde olmak üzere toplam 41 maddeden oluşmaktadır. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite tanısı düşünülen çocukların anne, baba veya öğretmenleri tarafından doldurulmaktadır. Her madde için 0=yok, 1=biraz, 2=fazla, 3=çok fazla seçenekleri bulunmaktadır.

Ölçeğin Türkçe formunun çalışması Ercan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (66). Çalışma sonucunda Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeğinin alt ölçekler düzeyinde gerçekleştirilen analizleri tatmin edici düzeyde güvenilir ve geçerli bulunmuş, tanı ve tarama amacıyla yardımcı olabilecek ayrıntılı bir ölçek olduğu belirtilmiştir (66).

3.5.4 4-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği: Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) (Child Behavior Check-List = CBCL)

4-18 yaş arası çocuk ve gençlerin yeterlilik alanları ve sorun davranışlarını anne ve babadan alınan bilgiler doğrultusunda belirlemek amacıyla Achenbach ve Edelbroch (1983) tarafından geliştirilmiştir (67). Ölçek, "Sosyal Yeterlilik" ve "Sorun Davranışlar" olmak üzere iki ana bölümden oluşmaktadır. Sosyal Yeterlilik Ölçeği; etkinlik, sosyallik ve okul alt ölçeklerinden oluşur. Etkinlik alt ölçeği; spor etkinlikleri, spor dışı ilgi alanları ve uğraşları, ev ya da ev dışında çocuğun üstlendiği işleri içerir. Sosyallik alt ölçeği; üye olunan kulüp ve kuruluşları, arkadaş ve kardeş ilişkilerini sorgular. Okul alt ölçeği; çocuğun okuldaki başarısı, sorunları, etkinliklere katılımını araştırır. 35 etkinlik, sosyallik ve okul alt ölçeklerinin toplamından "Toplam Yeterlilik" alt puanı elde edilir. Sorun Davranışlar Ölçeği; Ölçeğin ikinci bölümünde; çocuk ve gençlerde görülen, duygusal ve davranışsal sorunları tanımlayan 113 maddeden oluşan sorular bulunmaktadır. Bu sorulara ait veriler kendi aralarında birleştirilerek çeşitli alt ölçek grupları oluşur. Son 6 aydaki görülme sıklığına göre 0, 1, 2 şeklinde

derecelendirilir. İçe yönelim ve dışa yönelim olarak iki ayrı davranış belirti puanı elde edilir. İçe yönelim grubu; sosyal içe çekilme, somatik yakınmalar, anksiyete depresyon alt ölçeklerinden oluşur. Dışa yönelim grubu; suça yönelik davranışlar, ve saldırgan davranışlar alt testlerinin toplamından oluşur. Ayrıca her iki gruba da girmeyen; sosyal sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları da alt testlerin diğerlerini oluşturmaktadır. Toplam problem davranış puanı, bu ölçeklerin toplamından elde edilir. Tanı koyucu bir özelliği olmayan CBCL, davranışların standart biçimde tanımlanmasını sağlar. Günümüzde ABD'de yaygın olarak kullanılan ve farklı ülkelerde standardizasyon ve adaptasyonu yapılmış bir ölçektir. Bu ölçeğin Türkçe ilk çevirisi, 1983 yılında Akçakın ve Savaşır tarafından yapılmıştır. Bu çeviri CBCL'nin 1981 formudur. Daha sonra 1991 formu, dilimize çevrilmiş ve geçerliliği yapılmıştır (68). Ölçek anne, baba veya yakınlardan biri tarafından doldurulabilir. Sorun davranışlardan oluşan ikinci bölümde, 8 maddenin üstünde boş bırakılan testler geçersiz sayılır. Testi alanın en az ilkokulu bitirmiş olması yeğlenir. Eğitim düzeyi yetersiz olan veya okuma yazma bilmeyen anne, baba ya da yakınlara form bir görüşmeci tarafından uygulanabilir. Veriler mevcut bilgisayar programına puanlanarak girilmektedir. Her hasta için etkinlik, okul yeterliliği ve toplam yeterlilik skorlarıyla, sosyal içe çekilme, somatik yakınmalar, anksiyete depresyon, suça yönelik davranışlar, saldırgan davranışlar, içe yönelim, dışa yönelim ve toplam davranış sorunları skorları elde edilir. Bu skorlar cinsiyet ve yaşlarına göre Türk toplumu için bulunan standartlarla karşılaştırılabilir.

3.5.5 Barkley Çocuk Dikkat Anketi

Barkley Çocuk Dikkat Anketi, yavaş bilişsel tempo olgularını taramak amacıyla Russell Barkley tarafından oluşturulmuştur (69). Bu ölçek dörtlü likert yapıdadır. "Asla veya nadiren, "bazen", "sık sık", "çok sık" ölçütlerine karşılık gelen bir, iki, üç ve dört puanları verilerek hesaplanan 12 maddeden oluşmaktadır. Ebeveyn veya öğretmen tarafından yapılan değerlendirmede bir maddenin üç ya da dört puan alması o semptomun olduğu anlamına gelmektedir. İşlevsellikte bozulmayı da tarayan ölçek; ev hayatı, arkadaş ilişkileri, okul ve boş zaman aktiviteleri alanlarını tarar ve bu alanlardan en az ikisinde işlevsellikte bozulmaya yol açan en az üç madde karşılandığında olgu yavaş bilişsel tempo tanısı almaktadır.

Ölçeğin orijinal halinin faktör analizinde iki farklı alt boyut mevcuttur. Bunlar hayale dalıp gitme ve yavaşlıktır. Hareket azlığı, letarji, davranışlarda yavaşlık gibi semptomlar ilk alt

boyuta aittir ve yedi maddeden oluşmaktadır. Gündüz düşleri, boş boş bakma ve zihinsel bulanıklık diğer alt gruba ait olup beş maddeden oluşmaktadır. (1,2,3,4,5,9,12 numaralı maddeler gündüz düşleri, 6,7,8,10,11 numaralı maddeler yavaşlık) Barkley tarafından ölçeğin iç tutarlılık puanı 0.934 olarak test tekrar güvenilirliği r=0,84 olarak bulunmuştur (69).

Ölçeğin ülkemizde yapılan geçerlilik güvenilirlik çalışması sonucunda YBT dikkat eksikliği ön planda olan DEHB ile ilişkili olduğu, hiperaktivite-dürtüsellik baskın DEHB'de ise negatif olarak ilişkili bulunmuştur. Aynı zamanda içe yönelim sorunlarıyla ilgili olduğu ama dışa yönelim sorunlarıyla ilgili olmadığı da gösterilmiştir. Cronbach alfa katsayısı 0.86 olarak saptanmış olup geçerli ve güvenilirdir. Bu ölçeğin kesme puanı 23 olarak hesaplanmıştır (70).

Barkley ölçeğin analiz çalışmasında 12 maddeden 3'ünün varlığını kesme noktası olarak seçmesinin nedeni 3 veya daha fazla maddenin genel popülasyonun %5,7'sine karşılık gelmesi neticesinde seçmiştir. Bu oran aynı zamanda dikkat eksikliği baskın DEHB ve hiperaktivite baskın DEHB'nin prevalanslarının ortalamasıdır. Sonuçta kesme noktası oluşturma yöntemi standardize değildir ve literatüre bakıldığında yavaş bilişsel tempo değerlendirmesinde farklı araştırmacıların kendi yorumlarını katarak farklı kesim noktalarını dikkate aldıkları görülmüştür (71).

3.5.6 Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASD-AR)

Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (PSSFr) Procidano ve Heler(1983) tarafından geliştirilmiştir (72). Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, bireylerin ihtiyaçları olan arkadaşlarından aldıkları destek, bilgi ve geri bildirimi ne kadar hissettiklerini ölçmektedir.

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, tek boyutlu ve 20 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçekte bulunan 20 maddeye verilen yanıtlar "Evet", "Hayır" ve "Kararsızım" seçeneklerinden oluşmaktadır. 2., 6., 7., 15., 18. ve 20. maddelere "Hayır" cevabı verildiyse bu maddeler "1" puan alırken, diğer kalan maddelere "Evet" cevabı verildiyse bunlar da "1" puan almaktadır. "Kararsızım" ise "0" puan olarak puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan 0 ile 20 arasında olup, yüksek toplam puan arkadaşlardan algılanan sosyal destek düzeyinin yüksek olduğunu ifade etmektedir.

Procidano ve Heler (1983), Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin tutarlı bir ölçek olduğunu saptamışlardır (72). Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısı.90'dır. Test-tekrar test güvenirlik katsayısı.83'tür. Geçerlik çalışması sonuçları ölçeğin psikolojik sıkıntı ve sosyal yeterlik ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Tüm ölçümler psikolojik semptomlarla ilişkilendirilmektedir. Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, California Kişilik Envanteri ve kişilerarası bağımlılık ile de ilişkili görülmüştür.

Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği 1993 yılında Eskin tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (72). Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlama çalışmasında, faktör analizi sonuçlarına göre Algılanan Destek, Sağlanan Destek ve Arkadaş Samimiyeti olmak üzere üç faktör olduğu bulunmuştur ve Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları; Algılanan Destek için .84, Sağlanan Destek için .68, Arkadaş Samimiyeti (yakın arkadaşlık) için .60 olarak belirlenmiştir (73).

3.6 Örneklem Hesabı

Çalışmanın örneklem büyüklüğü G*Power 3.1.9 (G*Power, Universität Düsseldorf, Almanya) programı kullanılarak hesaplanmıştır. Öncül hipotezler doğrultusunda sosyal destek puanlarının 3 gruba göre farklılık gösterip göstermediğinin incelenmesinde grup bazlı gerekli en az örneklem sayısı tek yönlü varyans analizi G power program ile incelenmiştir. Gruplar arası fark için orta düzey etki büyüklüğü alındığında, tip I hata miktarı $\alpha=0.05$, testin hedeflenen gücü 1- $\beta=0.80$ iken 3 grup için istatistiksel analizler için gerekli olan toplam örneklem sayısı 147 olarak hesaplanmıştır. Her bir grup için 50 kişi ile minimum 150 katılımcı ile çalışmanın tamamlanması planlanmıştır.

3.7 İstatistiksel Analiz

Verilerin analizi Statistical Package for Social Sciences (SPSS) Windows 26 paket programı (Chicago, İllinois, USA) kullanılarak yapıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ve histogramlar ile değerlendirildi. Normal dağılan sayısal veriler ortalama±standart sapma şeklinde, normal dağılmayan sayısal veriler ise median ve çeyrekliler

arası fark şeklinde (IQR %25-%75) sunuldu. Kategorik değişkenler ise sayı (n) ve frekans (%) ile sunuldu. Kategorik değişkenler Ki-kare veya Fisher Exact test ile; sürekli değişkenler ise Student T testi veya Mann Whitney U testi ile karşılaştırıldı. Sayısal veriler için ikiden fazla grup karşılaştırmasında ANOVA veya Kruskal Wallis testleri kullanıldı. Korelasyon analizinde normal dağılan verilerde Pearson, normal dağılıma uymayan verilerde Spearman korelasyon testi uygulandı. Arkadaşlardan algılan sosyal destek puanlarının yordayıcılarının belirlenmesinde lineer regresyon analizi kullanıldı. Tüm testler için istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1 Sosyodemografik Özellikler

4.1.1 Cinsiyet ve Yaş Dağılımları

Çalışma sağlık kontrol grubunda 51 (%33,1), ilaç kullanan DEHB grubunda 51 (%33,1), ilaç kullanmayan DEHB grubunda ise 52 (%33,7) olmak üzere toplam 154 katılımcı ile gerçekleştirildi. Tüm katılımcıların 120'si (%77,9) erkek, 34'si (%22,1) kızdı. Tüm katılımcıların median yaşı 9 yıl (min-maks: 7-12) idi. Kontrol grubu, ilaç kullanan ve kullanmayan DEHB gruplarında median yaş 9 yıl (min-max:7-12) ile gruplar arasında benzer dağılım göstermekteydi (p=0,781). Katılımcıların sınıfı kontrol grubunda median 3 (min-maks: 1-6), ilaç kullanan DEHB grubunda median 4 (min-maks: 1-6), ilaç kullanmayan DEHB grubunda median 3 (min-maks: 1-6) idi (p=0,406). Katılımcıların yaş ve cinsiyet özellikleri Tablo 1'de sunuldu.

Tablo 4.1 Katılımcıların Yaş ve Cinsiyet Özellikleri

	Sağlıklı Kontrol N=51		**İlaç Kullanan DEHB N=51**		**İlaç Kullanmayan DEHB N=52**		**P Değeri**
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Cinsiyet							
Kız	16	31,4	7	13,7	11	21,2	0,098
Erkek	35	68,6	44	86,3	41	78,8	
Yaş, yıl median (min-maks)	9 (7-12)		9 (7-12)		9 (7-12)		0,781
Kaçıncı Sınıf median (IQR25-75)	3 (1-6)		4 (1-6)		3 (1-6)		0,406

Min: minimum, Maks: maksimum, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

4.1.2 Katılımcıların Aile Özellikleri

Anne eğitim durumu gruplar arasında anlamlı fark göstermekteydi (p<0,001). Kontrol grubunda üniversite mezunu anne oranı diğer gruplara göre anlamlı düzeyde yüksekti (sırasıyla adjusted p<0,001 ve p=0,001). Anne çalışma durumu da gruplar arasında anlamlı fark gösterdi (p=0,008). Kontrol grubunda çalışan anne oranı diğer gruplara göre anlamlı düzeyde daha yüksekti (sırasıyla adjusted p=0,02 ve p=0,016). Anne psikiyatrik başvuru mevcudiyeti de gruplar arasında anlamlı fark göstermekteydi (p=0,002). Kontrol grubunda diğer gruplara göre anlamlı düzeyde daha az anne psikiyatrik başvurusu saptandı (sırasıyla adjusted p=0,006 ve p=0,01). Ancak annede psikiyatrik tanı mevcudiyeti gruplar arasında anlamlı fark göstermedi (p=0,261). Annede psikiyatrik tedavi durumları gruplar arasında anlamlı fark göstermekteydi (p=0,032). Hiç psikiyatrik tedavi almamış olan anne oranı kontrol grubunda diğer gruplara göre anlamlı düzeyde yüksekti (sırasıyla adjusted p=0,048 ve p=0,033). Anne yaşı ve anne ek hastalık durumu gruplar arasında anlamlı fark göstermedi. Katılımcıların anne özellikleri Tablo 2'de verildi.

Tablo 4.2 Katılımcıların Anne Özellikleri

	Sağlıklı Kontrol N=51		**İlaç Kullanan DEHB N=51**		**İlaç Kullanmayan DEHB N=52**		**P Değeri**
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Anne Eğitim Durumu							
Okuryazar Değil	0	0	0	0	0	0	**<0,001**
İlkokul Mezunu	2	3,9	8	15,7	14	26,9	
Ortaokul Mezunu	6	11,8	9	17,6	2	3,8	
Lise Mezunu	12	23,5	19	37,3	21	40,4	
Üniversite Mezunu	31	60,8	15	29,4	15	28,8	
Anne Çalışma Durumu							
Çalışmıyor	21	41,2	37	72,5	34	65,4	**0,008**
Çalışıyor	30	58,8	13	25,5	17	32,7	
Emekli	0	0	1	2	1	1,9	
Annede Psikiyatrik Başvuru Var	4	7,8	19	37,3	13	25	**0,002**
Annede Psikiyatrik Tanı Var	3	5,9	8	15,7	5	9,6	0,261
Anne Psikiyatrik Tedavi Durumu							
Psikiyatrik Tedavi Hiç Almamış	47	92,2	34	66,7	42	80,8	**0,032**
Psikiyatrik Tedavi Eskiden Almış	2	3,9	11	21,6	6	11,5	
Psikiyatrik Tedavi Almakta	2	3,9	6	11,8	4	7,7	
Annede Ek Hastalık Var	8	15,4	4	7,8	3	5,8	0,203
Anne Yaşı, Yıl Median (min-maks)	38 (29-49)		36 (27-51)		39 (24-49)		0,311

Min: minimum, Maks: maksimum, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

Katılımcıların baba özelliklerinde gruplar arasında anlamlı fark gösteren tek parametre baba eğitim durumu idi (p<0,001). Üniversite mezunu olan baba oranı kontrol grubunda diğer gruplara göre anlamlı düzeyde daha yüksekti (her iki grup için de adjusted p=0,001). Baba yaşı, baba çalışma durumu, baba psikiyatrik başvuru, tanı ve tedavi oranları ve baba ek hastalık oranları açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (tümü için p>0,05). Katılımcıların baba özellikleri Tablo 3'te verildi.

Tablo 4.3 Katılımcıların Baba Özellikleri

	Sağlıklı Kontrol N=51		**İlaç Kullanan DEHB N=51**		**İlaç Kullanmayan DEHB N=52**		**P Değeri**
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Baba Eğitim Durumu							
Okuryazar Değil	1	2,0	0	0	0	0	**<0,001**
İlkokul Mezunu	2	3,9	12	23,5	14	26,9	
Ortaokul Mezunu	2	3,9	11	22,6	13	25	
Lise Mezunu	16	31,4	18	35,3	20	38,5	
Üniversite Mezunu	30	58,8	10	19,6	5	9,6	
Baba Çalışma Durumu							
Çalışmıyor	1	2	3	5,9	3	5,9	0,241
Çalışıyor	49	96	42	82,4	45	88,2	
Emekli	1	2	6	11,8	3	5,9	
Babada Psikiyatrik Başvuru Var	1	2	5	9,8	4	7,7	0,250
Babada Psikiyatrik Tanı Var	1	2	4	7,8	1	1,9	0,205
Baba Psikiyatrik Tedavi Durumu							
Psikiyatrik Tedavi Hiç Almamış	48	94,1	46	90,2	48	92,3	0,280
Psikiyatrik Tedavi Eskiden Almış	3	5,9	1	2	2	3,8	
Psikiyatrik Tedavi Almakta	0	0	4	7,8	2	3,8	
Babada Ek Hastalık Var	5	9,8	2	3,9	2	3,8	0,337
Baba Yaşı, Yıl Median (min-maks)	42 (34-53)		41 (30-59)		43 (31-54)		0,965

Min: minimum, Maks: maksimum, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

Katılımcıların diğer aile özelliklerinde ise; aile aylık gelir durumu ve aile çocuk sayısı anlamlı fark göstermekteydi (sırasıyla p=0,023 ve p=0,021). Aile aylık gelir durumu asgari ücretin altında olan katılımcı oranı ilaç kullanmayan DEHB grubunda kontrol ve ilaç kullanan DEHB grubuna göre anlamlı düzeyde yüksekti (sırasıyla adjusted p=0,027 ve p=0,048). Aile çocuk sayısı kontrol grubunda ilaç kullanmayan DEHB grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşüktü (adjusted p=0,017). Katılımcıların diğer aile özellikleri Tablo 4'te verildi.

Tablo 4.4 Katılımcıların Diğer Aile Özellikleri

	Sağlıklı Kontrol N=51		İlaç Kullanan DEHB N=51		İlaç Kullanmayan DEHB N=52		P Değeri
	N	%	N	%	N	%	
Anne-Baba Beraberlik Durumu							
Anne Baba Birlikte	47	92,2	41	80,4	42	80,8	
Anne Baba Resmen Boşanmış	3	5,9	7	13,7	8	15,4	0,635
Anne Baba Ayrı Yaşıyor	1	2	2	3,9	1	1,9	
Eş Kaybı	0	0	1	2	1	1,9	
Anne Baba Akrabalık Var	2	3,9	5	9,8	9	13,7	0,083
Aile Aylık Gelir Durumu							
Asgari Ücretin Altında	0	0	2	3,9	6	11,5	**0,023**
Asgari Ücret	3	5,9	7	13,7	9	17,3	
Asgari Ücretin Üstünde	48	94,1	42	84,4	37	71,2	
Kardeşlerde Psikiyatrik Hastalık Var	2	6,1	6	15,4	6	13,6	0,443
Kardeşlerde Ek Hastalık Var	2	6,1	4	10,4	8	18,2	0,248
Aile Çocuk Sayısı Median (min-maks)	2 (1-3)		2 (1-5)		2 (1-4)		**0,021**
Ailenin Kaçıncı Çocuğu Median (min-maks)	1 (1-3)		1 (1-5)		1 (1-4)		0,475

Min: minimum, Maks: maksimum, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

4.1.3 Katılımcıların Doğum Özellikleri

Katılımcıların annelerinde gebelikte sigara kullanımı gruplar arasında anlamlı fark göstermekteydi (p=0,004). Kontrol grubunda ilaç kullanan ve kullanmayan DEHB gruplarında göre anlamlı düzeyde düşük oranda sigara kullanım öyküsü mevcuttu (sırasıyla adjusted p=0,006 ve p=0,011). Diğer doğum özellikleri açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (tümü için p>0,05) (Tablo 5).

Tablo 4.5 Katılımcıların Anne Gebelik ve Doğum Özellikleri

	Sağlıklı Kontrol N=51		İlaç Kullanan DEHB N=51		İlaç Kullanmayan DEHB N=52		P Değeri
	N	%	N	%	N	%	
Gebelikte İlaç Kullanımı Var	6	11,8	8	15,7	10	19,2	0,579
Gebelikte Sigara Kullanımı Var	0	0	10	19,6	9	17,3	**0,004**
Gebelikte Alkol Kullanımı Var	0	0	0	0	0	0	N/A
Gebelikte Radyasyon Maruziyeti Var	0	0	0	0	0	0	N/A
İstenmeyen Gebelik	0	0	6	11,8	4	7,7	0,050
İstenen Gebelik	51	100	45	88,2	48	92,8	
Normal Doğum	16	31,4	16	31,4	13	25	0,713
Sezaryen Doğum	35	68,6	35	68,6	39	75	
Doğum Haftası							
Çok Erken (<34 hafta)	1	2	3	5,9	1	1,9	
Erken (34-38 Hafta)	5	9,8	8	15,7	5	9,6	0,534
Normal (38-42 Hafta)	45	88,2	39	76,5	44	84,6	
Geç (>42 Hafta)	0	0	1	2	2	3,8	
Doğum veya Doğum Sonrası							
Problem Yok	41	80,4	39	79,6	44	88	
Oksijensiz Kalma	0	0	0	0	1	2	
Morarma	0	0	0	0	0	0	
Yenidoğan Sarılığı	5	9,8	4	9,2	2	4	0,434
Kuvöz Bakımı	2	3,9	4	9,2	2	4	
Yoğun Bakım Gereksinimi	2	3,9	0	0	0	0	
Uzamış Sarılık	1	2,0	1	2,0	1	2	

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

4.1.4 Katılımcıların Gelişim Özellikleri ve Diğer Tıbbi Özellikleri

Katılımcıların gelişim özellikleri ve diğer tıbbi öykülerinde gruplar arasında anlamlı fark gösteren tek parametre okuma yazma öğrenme dönemi olarak saptandı (p=0,019). Üç grupta da okuma yazmaya geçemeyen katılımcı saptanmadı. Ancak 1.sınıf 2.dönemde geçme oranı kontrol grubunda ilaç kullanan ve ilaç kullanmayan DEHB gruplarına göre anlamlı düzeyde daha düşüktü (sırasıyla adjusted p=0,038 ve p=0,045). Katılımcıların gelişim özellikleri ve diğer tıbbi öyküleri Tablo 6'da sunuldu.

Tablo 4.6 Katılımcıların Gelişim Özellikleri ve Diğer Tıbbi Öyküleri

	Sağlıklı Kontrol N=51		**İlaç Kullanan DEHB N=51**		**İlaç Kullanmayan DEHB N=52**		**P Değeri**
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Kronik Hastalık Varlığı	8	15,7	5	9,8	7	13,5	0,672
Alerji Varlığı	10	19,6	17	33,3	14	29,6	0,292
İlaç Kullanımı	11	21,6	8	15,7	8	15,4	0,650
Ameliyat Öyküsü	16	31,4	10	19,6	7	13,5	0,080
Düzenli Fiziksel Aktivite	30	58,8	22	43,1	22	42,3	0,169
Okul Öncesi Eğitim Alma	45	88,2	43	84,3	38	73,1	0,117
Okuma Yazma Öğrenme Okuma Yazmaya Geçemedi 1.Sınıf İlk Dönem 1.Sınıf İkinci Dönem	 0 50 1	 0 98 2	 0 41 10	 0 80,4 19,6	 0 45 7	 0 86,5 13,5	**0,019**
Yürümeye başlama, ay Median (min-maks)	12 (9-24)		12 (9-24)		12 (9-24)		0,977
İlk Kelime, ay Median (min-maks)	12 (9-24)		12 (9-30)		12 (9-24)		0,082
Cümle kurma, ay Median (min-maks)	18 (12-36)		19 (14-36)		18 (15-36)		0,250
Tuvalet eğitimi, ay Median (min-maks)	25 (18-48)		24 (15-48)		30 (18-48)		0,794

Min: minimum, Maks: maksimum, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

4.2 Katılımcıların Barkley Çocuk Dikkat Anketi Sonuçları

Barkley Çocuk Dikkat Anketi toplam puan median değeri kontrol grubunda 12 (min-maks: 12-22) saptandı. İlaç kullanan DEHB grubunda median 15 (min-maks: 12-23) iken ilaç kullanmayan DEHB grubunda median 16 (min-maks: 12-23) saptandı. Üç grup arasında anlamlı fark olduğu görüldü (p<0,001). İlaç kullanan ve kullanmayan DEHB grupları arasında anlamlı fark yokken, kontrol grubunda hem ilaç kullanan hem de ilaç kullanmayan DEHB gruplarına göre anlamlı düzeyde düşük puanlar görüldü (her ikisi için de adjusted p<0,001) (Tablo 7).

Tablo 4.7 Katılımcıların Barkley Çocuk Dikkat Anketi Verileri

	Sağlıklı Kontrol N=51	İlaç Kullanan DEHB N=51	İlaç Kullanmayan DEHB N=52	P Değeri	Post hoc
Barkley Çocuk Dikkat Anketi Total Puan Median (min-maks)	12 (12-22)	15 (12-23)	16 (12-23)	**<0,001**	A<B=C

Min: minimum, Maks: maksimum, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
A: Sağlıklı Kontrol, B: İlaç Kullanan DEHB, C: İlaç Kullanmayan DEHB

4.3 Katılımcılar Arasında Child Behavioral Check List (CBCL) Ölçeği Verilerinin Karşılaştırması

CBCL alt kategorilerinde gruplar arası anlamlı fark göstermeyen yalnızca somatizasyon idi (p=0,144). Etkinlik kategorisinde gruplar arasında anlamlı fark mevcuttu (p=0,018). Farkın kaynağına bakıldığında; ilaç kullanmayan DEHB grubu ile ilaç kullanan DEHB ve kontrol grubu arasında anlamlı fark yokken, ilaç kullanan DEHB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptandı (adjusted p=0,014).

CBCL sosyallik kategorisinde gruplar arası anlamlı fark mevcuttu. Farkın kaynağına bakıldığında; ilaç kullanmayan DEHB grubu ile ilaç kullanan DEHB grubu arasında anlamlı fark yokken, kontrol grubunda hem ilaç kullanan hem de ilaç kullanmayan DEHB gruplarına göre anlamlı düzeyde yüksek puanlar saptandı (sırasıyla adjusted p=0,001 ve p=0,013).

CBCL içe dönüklük kategorisinde gruplar arasında anlamlı fark saptandı (p=0,018). Farkın kaynağına bakıldığında; ilaç kullanan DEHB ile ilaç kullanmayan DEHB grupları arasında ve ilaç kullanan DEHB grubu ile kontrol grubu arasında anlamlı fark yokken; ilaç kullanmayan DEHB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek puanlar saptandı (adjusted p=0,015).

CBCL anksiyete depresyon kategorisinde gruplar arasında anlamlı fark saptandı (p<0,001). Farkın kaynağına bakıldığında; ilaç kullanan DEHB grubu ile kontrol grubu arasında anlamlı fark yokken, ilaç kullanan DEHB grubunda ilaç kullanmayan DEHB grubuna göre ve kontrol grubunda ilaç kullanmayan DEHB grubuna göre anlamlı düzeyde düşük puanlar saptandı (sırasıyla adjusted p=0,010 ve p<0,001).

CBCL sosyal sorunlar alt kategorisinde gruplar arasında anlamlı fark saptandı (p<0,001). Farkın kaynağına bakıldığında; ilaç kullanan ve kullanmayan DEHB grupları arasında anlamlı fark yokken kontrol grubunda hem ilaç kullanan hem de ilaç kullanmayan gruba göre anlamlı düzeyde düşük puanlar saptandı (her ikisi için de adjusted p<0,001).

CBCL düşünce sorunları kategorisinde gruplar arasında anlamlı fark saptandı ($p<0,001$). Alt karşılaştırmalarda kontrol grubunun hem ilaç kullanan hem de ilaç kullanmayan DEHB gruplarına göre anlamlı düzeyde daha düşük puanlara sahip olduğu (sırasıyla adjusted $p=0,003$ ve $p<0,001$), ancak DEHB grupları arasında anlamlı fark olmadığı saptandı.

CBCL dikkat sorunları kategorisinde gruplar arasında anlamlı fark mevcuttu ($p<0,001$). Alt karşılaştırmalarda kontrol grubu ile ilaç kullanan DEHB arasında anlamlı fark yokken, ilaç kullanmayan DEHB grubunda hem ilaç kullanan gruba hem de kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek puanlar mevcuttu (her ikisi için de adjusted $p<0,001$).

CBCL suça yönelim kategorisinde gruplar arasında anlamlı fark saptandı ($p<0,001$). Alt karşılaştırmalarda kontrol grubu ile ilaç kullanan DEHB arasında anlamlı fark yokken, ilaç kullanmayan DEHB grubunda hem ilaç kullanan gruba hem de kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek puanlar mevcuttu (sırasıyla adjusted $p=0,015$ ve $p<0,001$).

CBCL saldırganlık kategorisinde gruplar arasında anlamlı fark saptandı ($p<0,001$). Alt karşılaştırmalarda kontrol grubu ile ilaç kullanan DEHB arasında anlamlı fark yokken, ilaç kullanmayan DEHB grubunda hem ilaç kullanan gruba hem de kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek puanlar mevcuttu (her ikisi için de adjusted $p<0,001$).

CBCL toplam sorun kategorisinde gruplar arasında anlamlı fark saptandı ($p<0,001$). Alt karşılaştırmalarda kontrol grubu ile ilaç kullanan DEHB arasında anlamlı fark yokken, ilaç kullanmayan DEHB grubunda hem ilaç kullanan gruba hem de kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek puanlar mevcuttu (her ikisi için de adjusted $p<0,001$).

CBCL içe yönelim kategorisinde gruplar arasında anlamlı fark saptandı ($p<0,001$). Alt karşılaştırmalarda kontrol grubu ile ilaç kullanan DEHB arasında anlamlı fark yokken, ilaç kullanmayan DEHB grubunda hem ilaç kullanan gruba hem de kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek puanlar mevcuttu (sırasıyla adjusted $p=0,017$ ve $p<0,001$).

CBCL dışa yönelim kategorisinde gruplar arasında anlamlı fark mevcuttu ($p<0,001$). Alt karşılaştırmalarda kontrol grubu ile ilaç kullanan DEHB arasında anlamlı fark yokken, ilaç kullanmayan DEHB grubunda hem ilaç kullanan gruba hem de kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek puanlar mevcuttu (her ikisi için de adjusted $p<0,001$). CBCL verileri Tablo 8'de verildi.

Tablo 4.8 Katılımcıların CBCL Ölçeği Kategorilerinde Karşılaştırması

Median (Min-Maks)	Sağlıklı Kontrol N=51	İlaç Kullanan DEHB N=51	İlaç Kullanmayan DEHB N=52	P Değeri	Post Hoc
Etkinlik	48 (24-55)	40 (20-55)	44 (20-55)	**0,018**	A>B C=A C=B
Sosyallik	50 (28-55)	39 (20-55)	41 (23-55)	**0,001**	A>B=C
İçe Dönüklük	50 (50-67)	54 (50-81)	56 (50-98)	**0,018**	C>A A=B B=C
Somatizasyon	50 (50-70)	56 (50-82)	55 (50-82)	0,144	Fark yok
Anksiyete Depresyon	50 (50-75)	55 (50-82)	61 (50-79)	**<0,001**	A=B<C
Sosyal Sorunlar	50 (50-70)	56 (50-77)	56 (50-83)	**<0,001**	A<B=C
Düşünce Sorunları	50 (50-73)	57 (50-73)	61 (50-76)	**<0,001**	A<B=C
Dikkat Sorunları	50 (50-70)	63 (50-89)	65 (51-81)	**<0,001**	A=B<C
Suça Yönelim	50 (50-59)	54 (50-75)	58 (50-75)	**<0,001**	A=B<C
Saldırganlık	50 (50-64)	56 (50-75)	58 (50-87)	**<0,001**	A=B<C
Toplam Sorun	46 (26-71)	58 (38-76)	64 (41-76)	**<0,001**	A=B<C
İçe Yönelim	49 (33-75)	53 (34-79)	58 (34-75)	**<0,001**	A=B<C
Dışa Yönelim	44 (33-63)	56 (30-74)	58 (38-78)	**<0,001**	A=B<C

Min: minimum, Maks: maksimum, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, CBCL: Child Behavioral Check List
A: Sağlıklı Kontrol, B: İlaç Kullanan DEHB, C: İlaç Kullanmayan DEHB

4.4 Katılımcılar Arasında Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği Verilerinin Karşılaştırması

Katılımcılar arasında Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği tüm alt kategorilerinde gruplar arasında anlamlı fark mevcuttu (tümü için $p<0,001$). Alt karşılaştırmalarda; dikkat eksikliği kategorisinde 2 ve üzeri olan madde sayısının kontrol grubunda hem ilaç kullanan hem de kullanmayan DEHB gruplarına göre anlamlı düzeyde düşük olduğu, ilaç kullanan DEHB grubunun ise ilaç kullanmayan gruba göre anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı (tüm karşılaştırmalarda adjusted $p<0,001$). Dikkat eksikliği toplam puanda da aynı sonuçlar saptandı (tüm karşılaştırmalarda adjusted $p<0,001$).

Hiperaktivite kategorisinde 2 ve üzeri madde sayısının kontrol grubunda hem ilaç kullanan hem de kullanmayan DEHB gruplarına göre anlamlı düzeyde düşük olduğu, ilaç kullanan DEHB grubunun ise ilaç kullanmayan gruba göre anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı (tüm karşılaştırmalarda adjusted $p<0,001$). Hiperaktivite toplam puanda da aynı sonuçlar saptandı (tümü karşılaştırmalarda adjusted $p<0,001$).

Karşıt olma karşı gelme bozukluğu kategorisinde 2 ve üzeri madde sayısının kontrol grubunda hem ilaç kullanan hem de kullanmayan DEHB gruplarına göre anlamlı düzeyde düşük olduğu, ilaç kullanan DEHB grubunun ise ilaç kullanmayan gruba göre anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı (tüm karşılaştırmalarda adjusted $p<0,001$). Karşıt olma karşı gelme bozukluğu toplam puan kategorisinde de aynı sonuç elde edildi (adjusted p değerleri; kontrol

ve ilaç kullanan DEHB: 0,003, kontrol-ilaç kullanmayan DEHB: <0,001, DEHB grupları arası: 0,001).

Davranım bozukluğu kategorisinde 2 ve üzeri madde sayısının kontrol grubunda hem ilaç kullanan hem de kullanmayan DEHB gruplarına göre anlamlı düzeyde düşük olduğu, ilaç kullanan DEHB grubunun ise ilaç kullanmayan gruba göre anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı (tüm karşılaştırmalarda adjusted p<0,001). Davranım bozukluğu toplam puan kategorisinde de ise kontrol grubu ile ilaç kullanan DEHB arasında anlamlı fark yokken ilaç kullanmayan DEHB grubunda hem kontrol hem de ilaç kullanan DEHB grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek puanlar elde edildi (her ikisi için de adjusted p<0,001). Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği verileri Tablo 9'da verildi.

Tablo 4.9 Katılımcıların Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği Verilerinin Karşılaştırması

Median (Min-Maks)	Sağlıklı Kontrol N=51	İlaç Kullanan DEHB N=51	İlaç Kullanmayan DEHB N=52	P Değeri	Post Hoc
Dikkat Eksikliği 2 ve üzeri olan madde sayısı	0 (0-2)	2 (0-9)	6 (0-9)	**<0,001**	**A<B<C**
Dikkat Eksikliği Toplam Puan	3 (0-10)	9 (0-27)	16 (4-27)	**<0,001**	**A<B<C**
Hiperaktivite 2 ve üzeri olan madde sayısı	0 (0-3)	2 (0-9)	6 (0-9)	**<0,001**	**A<B<C**
Hiperaktivite Toplam Puan	2 (0-12)	10 (1-25)	17 (3-25)	**<0,001**	**A<B<C**
Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu 2 ve üzeri olan madde sayısı	0 (0-3)	1 (0-7)	3 (0-7)	**<0,001**	**A<B<C**
Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu Toplam Puan	1 (0-11)	5 (0-21)	9 (0-21)	**<0,001**	**A<B<C**
Davranım Bozukluğu 2 ve üzeri olan madde sayısı	0 (0-0)	0 (0-1)	0 (0-2)	**<0,001**	**A<B<C**
Davranım Bozukluğu Toplam Puan	0 (0-1)	0 (0-4)	1 (0-8)	**<0,001**	**A=B<C**

Min: minimum, Maks: maksimum, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
A: Sağlıklı Kontrol, B: İlaç Kullanan DEHB, C: İlaç Kullanmayan DEHB

4.5 Katılımcılar Arasında WISC-R Zeka Testi Verilerinin Karşılaştırması

WISC-R zeka testi total puanı kontrol grubunda median 112 (min-maks:84-141), ilaç kullanan DEHB grubunda median 99 (min-maks:81-121), ilaç kullanmayan DEHB grubunda

ise median 100 (min-maks:80-133) saptandı (p<0,001). WISC-R alt kategorilerinden gruplar arasında anlamlı fark göstermeyen tek parametre şifre idi.

Alt grup karşılaştırmalarında; sözel kategorisinde DEHB grupları arasında anlamlı fark yokken, kontrol grubunda hem ilaç kullanan hem de kullanmayan DEHB gruplarına göre anlamlı düzeyde yüksek puanlar saptandı (her ikisi için de adjusted p<0,001). Performans kategorisinde de DEHB grupları arasında anlamlı fark yokken, kontrol grubunda hem ilaç kullanan hem de kullanmayan DEHB gruplarına göre anlamlı düzeyde yüksek puanlar saptandı (sırasıyla adjusted p=0,006 ve p<0,001). Total puanda da DEHB grupları arasında anlamlı fark yokken, kontrol grubunda hem ilaç kullanan hem de kullanmayan DEHB gruplarına göre anlamlı düzeyde yüksek puanlar saptandı (her ikisi için de adjusted p<0,001). WISC-R zeka testi verileri Tablo 10'da sunuldu.

Tablo 4.10 Katılımcıların WISC-R Zeka Testi Verilerinin Karşılaştırması

Median (Min-Maks)	Sağlıklı Kontrol N=51	İlaç Kullanan DEHB N=51	İlaç Kullanmayan DEHB N=52	P Değeri	Post Hoc
Sözel	110 (85-133)	96 (70-128)	96 (74-126)	**<0,001**	**A>B=C**
Performans	114 (86-145)	102 (86-140)	105 (82-136)	**<0,001**	**A>B=C**
Total	112 (84-141)	99 (81-121)	100 (80-133)	**<0,001**	**A>B=C**
Genel Bilgi	10 (4-15)	8 (3-16)	8 (3-14)	**0,002**	**A>B=C**
Benzerlik	13 (8-19)	10 (5-17)	11 (2-16)	**<0,001**	**A>B=C**
Aritmetik	12 (7-17)	10 (2-15)	10 (5-18)	**<0,001**	**A>B=C**
Sözcük Dağarcığı	11 (10-16)	9 (6-13)	10 (6-14)	**0,016**	**A>B A=C B=C**
Yargılama	11 (5-17)	10 (2-14)	11 (5-14)	**0,001**	**A>B A=C B=C**
Sayı Dizisi	11 (5-15)	9 (5-14)	10 (5-15)	**0,007**	**A>B A=C B=C**
Resim Tamamlama	12 (5-18)	11 (5-16)	11 (5-14)	**0,018**	**A>B=C**
Resim Düzenleme	11 (7-16)	10 (4-15)	10 (6-15)	**<0,001**	**A>B=C**
Küplerle Desen	13 (6-19)	11 (6-19)	12 (7-19)	**0,007**	**A>B=C**
Parça Birleştirme	12 (7-16)	11 (5-16)	11 (8-16)	**0,010**	**A>B=C**
Şifre	12 (8-17)	11 (5-17)	11 (6-19)	0,050	Fark yok

Min: minimum, Maks: maksimum, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, WISC-R: Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formu
A: Sağlıklı Kontrol, B: İlaç Kullanan DEHB, C: İlaç Kullanmayan DEHB

4.6 Katılımcıların Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Anketi Verileri

Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanı median değeri kontrol grubunda 16 (3-20), ilaç kullanan DEHB grubunda 12 (2-19), ilaç kullanmayan grupta ise 11 (0-20) ile

gruplar arasında anlamlı fark göstermekteydi (p<0,001). Farkın kaynağına alt karşılaştırmalar ile bakıldığında; DEHB grupları arasında anlamlı fark görülmezken kontrol grubunda ilaç kullanan ve kullanmayan DEHB gruplarına göre anlamlı düzeyde yüksek puanlar gösterdiği saptandı (sırasıyla adjusted p=0,015 ve p<0,001). Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Anketi Verileri Tablo 11'de sunuldu.

Tablo 4.11 Katılımcıların Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Anketi Verileri

Median (Min-Maks)	Sağlıklı Kontrol N=51	İlaç Kullanan DEHB N=51	İlaç Kullanmayan DEHB N=52	P Değeri	Post Hoc
Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASD/AR)	16 (3-20)	12 (2-19)	11 (0-20)	**<0,001**	**A>B=C**

Min: minimum, Maks: maksimum, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
A: Sağlıklı Kontrol, B: İlaç Kullanan DEHB, C: İlaç Kullanmayan DEHB

4.7 Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Sonuçları ile Temel Özelliklerin ve Barkley Çocuk Dikkat Toplam Puan Korelasyonu

ASD/AR puanı ile ilaç grubu (kontrol- ilaç kullanan-ilaç kullanmayan sırasına göre), yaş, anne eğitim durumu ve baba eğitim durumu arasında anlamlı zayıf düzeyli pozitif korelasyon saptandı. Barkley Çocuk Dikkat toplam puanı ile ASD/AR puanları arasında anlamlı zayıf negatif korelasyon saptandı. ASD/AR sonuçları ile temel özelliklerin ve Barkley Çocuk Dikkat Toplam Puan arasındaki korelasyon verileri Tablo 12''de sunuldu.

Tablo 4.12 Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Sonuçları ile Temel Özelliklerin ve Barkley Çocuk Dikkat Toplam Puan Korelasyonu

R katsayısı P değeri	Katılımcı Grubu	Yaş	Cins	Anne Eğitim Durumu	Anne Psikiyatrik Tanı	Baba Eğitim Durumu	Baba Psikiyatrik Tanı	Kardeşlerde Psikiyatrik Hastalık	Düzenli Fiziksel Aktivite	Barkley Çocuk Dikkat Toplam Puan
ASD/AR	0,358	0,180	-0,009	0,234	0,117	0,161	-0,034	-0,130	0,040	-0,350
	<0,001	**0,021**	0,909	**0,003**	0,138	**0,041**	0,668	0,152	0,616	**<0,001**

4.8 Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Sonuçları ile CBCL Alt Kategorilerinin Korelasyonu

ASD/AR puanı ile etkinlik ve sosyallik arasında zayıf düzeyli anlamlı pozitif korelayson mevcuttu. İçe dönüklük, sosyal sorun, düşünce sorunu, dikkat sorunu, suça yönelim, saldırganlık, toplam sorun, içe yönelim ve dışa yönelim puanları arasında ise anlamlı zayıf düzeyli negatif korelasyon saptandı. Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Sonuçları ile CBCL Alt Kategorilerinin Korelasyon verileri Tablo 13'te verildi.

Tablo 4.13 Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Sonuçları ile CBCL Alt Kategorilerinin Korelasyon Verileri

R katsayısı P değeri	Etkinlik	Sosyallik	İçe Dönüklük	Somatizasyon	Anksiyete Depresyon	Sosyal Sorunlar	Düşünce Sorunları	Dikkat Sorunları	Suça Yönelim	Saldırganlık	Toplam Sorun	İçe Yönelim	Dış Yönelim
ASD-AR	0,178	0,212	-0,241	-0,054	-0,150	-0,285	-0,199	-0,317	-0,189	-0,207	-0,251	-0,192	-0,205
	0,023	**0,007**	**0,002**	0,492	0,056	**<0,001**	**0,011**	**<0,001**	**0,015**	**0,008**	**0,001**	**0,014**	**0,009**

ASD-AR: Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

4.9 Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Sonuçları ile Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği Korelasyonu

Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği sonuçları ile Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği alt kategorileri arasındaki korelasyona bakıldığında; hem dikkat eksikliği hem de hiperaktivite kategorilerinin 2 ve üzeri madde sayısı ile toplam puanları ve davranım bozukluğu kategorisinin 2 ve üzeri

madde sayısı arasında anlamlı zayıf düzeyli negatif korelasyon olduğu saptandı. Diğer alt kategorileri ile anlamlı korelasyon görülmedi (Tablo 14).

Tablo 4.14 Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Sonuçları ile Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği Korelasyonu Verileri

R katsayısı P değeri	Dikkat Eksikliği 2 ve üzeri olan madde sayısı	Dikkat Eksikliği Toplam Puan	Hiperaktivite 2 ve üzeri olan madde sayısı	Hiperaktivite Toplam Puan	Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu 2 ve üzeri olan madde sayısı	Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu Toplam Puan	Davranım Bozukluğu 2 ve üzeri olan madde sayısı	Davranım Bozukluğu Toplam Puan
ASD/AR	-0,283	-0,304	-0,198	-0,212	-0,128	-0,150	-0,163	-0,107
	<0,001	**<0,001**	**0,011**	**0,006**	0,104	0,056	**0,037**	0,176

4.10 Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam Puanına Etki Eden Faktörlerin İncelenmesinde Lineer Regresyon Analizi Verileri

Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam Puanına etkili faktörlerin araştırılmasında çoklu lineer regresyon analizi uygulandı. Modelleme öncesinde uygulanan korelasyon analizinde anlamlı bulunan ve puanlar üzerinde etkili olması beklenen değişkenler dahil edilerek gerçekleştirildi. Anne eğitim durumu, aile aylık net gelir, Barkley Çocuk Dikkat Toplam Puan, WISC-R toplam puan, CBCL Somatizasyon, anksiyete/depresyon, sosyal sorunlar, saldırganlık, içe yönelim ve dışa yönelim alt kategorileri eklenerek oluşturulan model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (R^2=0,383, p<0,001). Modele göre yordayıcı faktörler aile aylık net gelir, Barkley Çocuk Dikkat Toplam Puanı, CBCL somatizasyon ve sosyal sorun puanları olarak saptandı. Modelin varyansın %38,3'ünü açıkladığı saptandı (Tablo 15).

Tablo 4.15 Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam Puanına Etki Eden Faktörlerin İncelenmesinde Lineer Regresyon Analizi Verileri

	B	SE	Beta	t	P Değeri
Anne Eğitim Durumu	0,774	0,399	0,167	1,942	0,055
Aile Aylık Net Gelir	2,646	0,740	0,296	3,576	**0,001**
Barkley Çocuk Dikkat Toplam Puan	-0,344	0,133	-0,225	-2,588	**0,011**
WISC-R Total Puan	-0,058	0,032	-0,149	-1,821	0,072
CBCL Somatizasyon	0,161	0,072	0,232	2,233	**0,028**
CBCL Anksiyete Depresyon	0,193	0,111	0,321	1,740	0,085
CBCL Sosyal Sorunlar	-0,198	0,069	-0,302	-2,864	**0,005**
CBCL Saldırganlık	-0,216	0,119	-0,359	-1,816	0,072
CBCL İçe Yönelim	-0,179	0,103	-0,379	-1,731	0,086
CBCL Dışa Yönelim	0,161	0,092	0,372	1,749	0,083
Modelin R^2 Değeri=0,383 p değeri<0,001					

5. TARTIŞMA

DEHB'li çocuklarda arkadaşlardan algılanan sosyal destek üzerine etkili faktörleri incelemeyi amaçladığımız ve sağlıklı kontrol, ilaç kullanan DEHB ve ilaç kullanmayan DEHB gruplarını karşılaştırdığımız bu çalışmada; sağlıklı kontrol grubunda ASD-AR puanlarının DEHB gruplarından daha yüksek olduğunu ancak DEHB grupları arasında anlamlı fark olmadığını saptadık. Aynı zamanda arkadaşlardan algılanan sosyal destek düzeylerini yordayıcı faktörler olarak; aile gelir durumu, Barkley Çocuk Dikkat Anketi puanları, CBCL somatizasyon ve sosyal sorun kategori puanları olduğunu gösterdik. ASD-AR puanları ile YDB-TDÖ dikkat eksikliği ve hiperaktivite puanları arasında ve davranım bozukluğu kategorisinde 2 ve üzeri madde sayısı anlamlı negatif korelasyon bulunurken, KOKGB kategorisinde anlamlı korelasyon yoktu.

Çalışmamızda katılımcı grupları arasında yaş, cinsiyet ve okuduğu sınıf açısından homojen bir dağılım mevcuttu. Ancak her grupta cinsiyet dağılımının erkek lehine olduğu görüldü. Literatürde çoğunlukla erkek cinsiyette DEHB tanısının daha sık konulduğu ve yaklaşık erkek/kız oranının 4/1 olduğu görülmektedir (74,75). Çoğunlukla kız çocuklarında dikkatsizlik, dürtüsellik ve hareketlilik gibi semptomların daha hafif seyretmesinin poliklinik başvurularını azaltarak bu sonuca yol açtığı düşünülmektedir (75). Aynı zamanda erkeklerde KOKGB ve DB ile birlikteliğin daha sık olması da erkeklerde tanı sıklığında artış ile ilişkili görünmektedir. Bu açıdan çalışmaya alınan gruplarda cinsiyet dağılımları literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Anne eğitim durumu ve çalışma durumu çalışmamızda DEHB gruplarında kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşük saptandı. Çalışma durumu ile ilgili literatüre bakıldığında; DEHB'li çocukların bakım yükünün çoğunlukla primer olarak annede olduğu görülmektedir. DEHB'li çocukların bakım sorumluluğunu esas üstlenen kişilerle ilgili yürütülen çalışmalarda %90-100 arasında primer sorumlunun anne olduğu görülmüştür (76-78). Bu durum annelerin çalışma oranlarında düşme ile sonuçlanmış olabilir. Aynı zamanda bu durum çalışmayan annelerin çocukları ile daha çok vakit geçirme olanağı bulup DEHB semptomlarını daha kolay fark etmeleri ve profesyonel desteğe başvuru oranlarının artması ile ilişkilendirilebilir. Benzer şekilde eğitim düzeyi daha düşük olan annelerde dolaylı olarak çalışma oranları düşüp çocukları ile daha sık vakit geçirme olanağı sayesinde daha sık DEHB tanısı alınmasına yol açmış olabilir.

Çalışmamızda katılımcı grupları arasında baba çalışma durumu açısından annelerde olduğu gibi bir fark saptanmamıştır. Ancak üniversite mezunu baba oranı kontrol grubunda anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Hem baba hem de anne eğitim durumunun DEHB gruplarında daha düşük saptanmasında DEHB'nin kalıtımsal özelliklerinin rol oynadığı görüşündeyiz. Araştırmalar, DEHB'nin hem çocuklukta hem de yaşamın ilerleyen dönemlerinde zayıf okul performansı ile ilişkili olduğunu göstermektedir (79). DEHB'li çocuklar, kontrollerle karşılaştırıldığında okuma ve aritmetik başarı testlerinde daha düşük puanlar alma, daha düşük not ortalamasına sahip olma, sınıf tekrarı ve özel eğitim sınıflarına yerleştirilme riskleri daha yüksektir (80). DEHB'li ergenler, eşleştirilmiş kontrollerle karşılaştırıldığında daha fazla sınıfta kalmakta ve standart akademik başarı testlerinde daha kötü performans göstermektedir. Dolayısıyla DEHB grubunun aile bireylerinde de DEHB semptom ve bulguların bulunma olasılığı kontrol grubuna göre kalıtımsal özellikler nedeniyle daha yüksektir ve bu durum aile eğitim durumunun daha düşük saptanması ile ilişkili görünmektedir (81). Aynı zamanda düşük eğitimli ebeveynlerin çocuklarında DEHB ve depresyon gibi psikiyatrik bozukluklara yakalanma riski iki ila üç kat daha fazla saptanmıştır (82). Nicel ve moleküler genetik çalışmalar düşük eğitim düzeyi ile DEHB ve depresyon arasında genetik korelasyonlar olduğunu göstermiştir (83). Bu genetik varyantlar bir sonraki nesile aktarıldığında, doğrudan etkiler olmasa bile düşük ebeveyn eğitimi ile çocuk sonuçları arasında bir ilişki ortaya çıkabilir. Üçüncüsü, düşük ebeveyn eğitim düzeyi, ailelerin nesiller boyunca paylaştığı genetik ve çevresel risk faktörlerinin de ötesinde maddi koşulları, ebeveynlik becerilerini, sosyal gelişimi veya stresi etkileyebilir ve dolayısıyla çocukların ruh sağlığını ve öğrenmesini etkileyebilir.

Aile gelir durumuna bakıldığında çalışmamızda kontrol grubunda DEHB gruplarına göre aylık gelir durumu "asgari ücretin üzerinde" olan katılımcı oranı anlamlı düzeyde yüksekti. Anne ve baba eğitim durumu bulgularımızın da desteklediği şekilde bu sonucun DEHB'li bireylerin ebeveynlerinin de DEHB veya komorbid psikiyatrik hastalık varlığı ile ilişkili olarak başarı oranlarının düşük olması ve daha düşük gelirli işlerde çalışmaları ile ilişkili olabileceğini düşünmekteyiz. Choi ve ark.'nın gerçekleştirdiği ve çocukluk dönemi hane halkı gelir durumu değişimlerinin DEHB ile ilişkisini inceledikleri bir çalışmada düşük gelirli ailelerden gelen çocuklarda DEHB görülme sıklığının önemli ölçüde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bir sistematik derlemede ise çatışma/ebeveyn-çocuk düşmanlığının, uygunsuz muamelenin veya ailevi sıkıntıların DEHB ile ilişkili olduğunu ve çocukluğun erken dönemlerde ciddi yoksulluğun DEHB için bağımsız bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir (84). Başka bir

çalışmada, DEHB'nin yoksulluk, konut durumu, gelir, tek ebeveynlik, daha genç annelik gibi bir dizi sosyal ve ekonomik dezavantajlı durum ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (85). Her ne kadar bizim çalışmamız kesitsel bir çalışma olması sebebiyle neden sonuç ilişkisi hakkında yeterli fikir sağlamasa da bulgularımız literatürle uyumlu görünmektedir.

Çalışmamızda aile çocuk sayısı DEHB gruplarında kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha fazlaydı. Ülkemizde Kocaman ve ark. tarafından 135 DEHB'li çocuk ve 104 sağlıklı kontrol ile gerçekleştirilen bir çalışmada gruplar arasında doğum sırası ve kardeş sayısı açısından anlamlı fark saptanmamıştır (86). Ancak DEHB'li grupta doğum sırası ile hiperaktivite ve KOKGB ölçeği arasında anlamlı düzeyde pozitif korelasyon saptanmıştır. Aile ve doğum ile ilişkili faktörlerin DEHB etiyolojisinde önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. Ancak bu etkinin görece küçük bir etki olduğu ve özellikle genetik faktörler üzerinden ortaya çıktığı öne sürülmektedir (87). Yine kontrol gruplarının da dahil edildiği çalışmalarda doğum sırası ile DEHB arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (88,89). Bizim çalışmamızda da doğum sırası gruplar arasında anlamlı fark göstermemiştir. Bununla birlikte aile çocuk sayısının gruplar arasında anlamlı fark göstermesinin birkaç nedeni olabileceğini düşünmekteyiz. Birincisi; aile eğitim durumunun DEHB gruplarında daha düşük olması uygulanan doğum kontrol yöntemlerinde ve aile planlamasında da etkisini göstermiş olabilir. İkincisi kardeş sayısı arttıkça ev içi iletişimde yaşanan güçlükler, ailenin yeterli ilgi gösterememesi ve ekonomik problemler DEHB'li çocukların semptom şiddetlerini arttırarak aile tarafından fark edilme sıklığını arttırmış olabilir.

Anne gebeliğine dair özellikler arasında gebelikte sigara içme oranlarını DEHB gruplarında kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek saptadık. Liu ve ark.'nın gerçekleştirdiği ve toplamda 2.447 okul çağı çocuğu ve ailesinin dahil edildiği kohort çalışmasında gebelik öncesi ve sırasında sigara maruziyet kalıplarının DEHB gelişimine etkisi araştırılmıştır (90). Gebelik öncesinde babanın sigara içmesi ve gebelikten 1 yıl önce ve gebelik süresince annenin sigaraya maruz kalması çocuklarda DEHB gelişimi için anlamlı bir risk faktörü olarak saptanmıştır. Huang ve ark.'nın toplamda 50.044 DEHB'li birey ve 2.998.059 katılımcı ile gerçekleştirdiği ve 15 kohort ile 5 vaka-kontrol çalışmasını içeren geniş çaplı bir meta-analizde gebelikte sigara içmenin çocukta DEHB riskini arttırdığı saptanmıştır (91). DEHB riski, anneleri ağır sigara içen çocuklarda hafif sigara içen annelere göre daha yüksek saptanmıştır.

Çalışmamızda okuma yazma öğrenmenin DEHB gruplarında kontrol grubuna göre daha yüksek oranda 1.sınıf 2.döneme sarktığı görülmüştür. Trane ve ark.'nın DEHB'li 518 ve

sağlıklı 851 çocuk ile geçekleştirdikleri bir çalışmada kelime tanıma, el yazısı/yazım, aritmetik hesaplamalar gibi temel akademik beceriler karşılaştırılmış ve DEHB varlığı tüm akademik testlerde daha kötü performansla ilişkilendirilmiştir (92). Maria Re ve ark. tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada da benzer sonuçlar saptanmış ve DEHB'li bireylerin başlangıçta kontrol grubuna göre yazma becerilerinin daha düşük olduğu ve yazım hatalarının daha sık yapıldığını ancak özel bir yazma kolaylaştırma eğitimi sonrası bu farkın kapandığını göstermişlerdir (93).

Çalışmamızda CBCL ile yapılan değerlendirmede; yalnızca somatizasyon kategorisinde gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Anksiyete/depresyon, dikkat sorunları, saldırganlık, toplam sorun, içe yönelim ve dışa yönelim kategorilerinde ilaç kullanan grup ile kontrol grubu arasında fark olmadığı ancak ilaç kullanmayan DEHB grubunda daha yüksek puanlar olduğu görülmüştür. Bu kategorilerde gruplar arası farkın ilaç kullanan DEHB ve kontrol grubu arasında bulunmaması farmakolojik tedavilerin bu alandaki etkinliğine işaret etmektedir. Literatürde, metilfenidat kullanımının DEHB'li hastalarda dikkat görevleri sırasında lateral prefrontal korteksi ve striatal devreleri medial frontal bölgelere ve temporale kıyasla önemli ölçüde yukarı düzenlediği belgelenmiştir (94). Aynı zamanda DEHB'de eşlik eden KOKGB varlığında da metilfenidat ve risperidonun agresif davranışlar üzerinde etkili olduğu ancak yalnızca metilfenidatın dikkat eksikliği semptomları üzerinde etkisi olduğu görülmektedir (95). Ek olarak metilfenidat her durumda saldırganlığı azaltmada antipsikotiklerden veya duygudurum düzenleyici ilaçlardan daha etkili saptanmıştır (96). Dolayısıyla çalışmamızda dikkat sorunları ve saldırganlık kategorilerinde başta olmak üzere ilaç kullanan DEHB grubu ile kontrol grubu arasında anlamlı fark saptanmaması ilacın etkinliği ile ilgili literatürdeki verilerle tutarlıdır.

Wang LJ ve ark. tarafından gerçekleştirilen ve 79 DEHB'li çocuğun 12 aylık metilfenidat tedavisi öncesi ve sonrası öğretmenleri tarafından değerlendirilen CBCL ölçek puanları incelenen bir çalışmada; 12 aylık tedavi sonrasında öğrencilerde sosyal sorunlar, dikkat sorunları, saldırgan davranış ve dışa yönelim sorunlarında anlamlı azalmalar bildirilmiştir (97). Ebeveynlerinde ise bu fark bildirilmemiştir. Ebeveynlerin, çocukları bu programlara götüren taraf olması nedeniyle, ebeveyn ve öğretmen değerlendirmeleri arasındaki farkın plasebo etkisi veya bilgi yanlılığından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. İlginç bir şekilde, öğretmenler DEHB-Kombine/Hiperaktif tipindeki öğrencilerde DEHB-Dikkat eksikliği tipine göre daha fazla davranışsal iyileşme gözlemlemiştir. Bazı önceki çalışmalar da öğretmenlerin DEHB kombine tipindeki çocuklarda hiperaktivite ve saldırganlıkta daha büyük düşüşler

gözlemlediğini bulmuştur (98). Çalışmamızda tedavi süreleri ve dozajları açısından belli bir standart sağlanamamış olması çalışmamızın kısıtlılıklarından biridir. Dolayısıyla tedavi etkinliği açısından yeterli bilgi sağlayamamış olabiliriz. Aynı zamanda sosyal sorunlar, düşünce sorunları, suça yönelim ve sosyallik kategorilerinde DEHB grupları arasında anlamlı fark olmayışı da bu durumla ilgili olabilir. İlacın tüm alt kategorilerde aynı sürede etkinlik göstermiyor olması olasıdır. Bununla birlikte CBCL ölçeği sadece DEHB'nin çekirdek semptomlarını hedeflememektedir. Geniş bir yelpazedeki davranışsal semptomları kapsar. Dolayısıyla ilaç kullanan grupta çekirdek semptomlardaki fark daha belirginken CBCL tüm kategorilerinde benzer sonuçlar elde edilememesi de bununla ilişkili olabilir. Bu konu ile ilgili uygun randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç devam etmektedir.

Çalışmamızda YDB-TDÖ ölçeğinde dikkat eksikliği, hiperaktivite, KOKGB ve davranım bozukluğu kategorilerinin tümünde 2 ve üzeri madde sayısında ilaç kullanmayan DEHB grubu ilaç kullanan DEHB grubundan, ilaç kullanan DEHB grubu da kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek puanlar almıştır. Yıldız Öç ve ark.'nın ülkemizde gerçekleştirdiği ve 7-14 yaş aralığında DEHB tanılı 83 çocuk ile metilfenidat etkinliğini değerlendirdikleri 8 haftalık açık etiketli prospektif çalışmada YDB-TDÖ ölçeğine göre tedavi sonrası DEHB belirti şiddetlerinde anlamlı azalma olduğu gösterilmiştir (99). Bu çalışmada hem kısa etkili metilfenidat (IR-MPH) hem de uzun etkili yavaş salınımlı bir preparat olan OROS-MPH preparatları karşılaştırılmış ve her iki grupta da YDB-TDÖ puanlarındaki değişim açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak bu tarz ölçek değerlendirmelerinde ilaçların etki süresine bağlı olarak ölçeği dolduran ebeveyn/öğretmen olmasının sonuçları etkileyebileceğine vurgu yapılmıştır. Bizim çalışmamızda YDB-TDÖ ölçekleri aileler tarafından doldurulmuş ve ilaçların etki sürelerine göre gruplandırma yapılmamıştır. Buna rağmen tüm kategorilerde ilaç kullanan grupta semptom şiddetleri ilaç kullanmayan gruba göre daha düşük saptanmıştır.

Ekinci ve ark. tarafından gerçekleştirilen bir başka çalışmada travmatik beyin hasarı ile birlikte DEHB'si olan çocuklarda gerçekleştirdikleri bir çalışmada 20 çocuk değerlendirilmiş ve 8 haftalık metilfenidat tedavisi sonrasında YDB-TDÖ ölçek puanlarında anlamlı bir gerileme olduğu saptanmıştır (100). Faraone ve ark.'nın gerçekleştirdiği ve 23 çalışmanın dahil edildiği bir meta-analizde ise psikostimülanların dikkat eksikliği ve hiperaktivite semptomlarında önemli bir etkinliğe sahip olduğu, amfetamin ürünlerinin metilfenidata göre daha etkili olabileceği ve metilfenidat kullanan DEHB hastalarının %70-80'inin metilfenidattan anlamlı bir fayda gördüğü gösterilmiştir (101). Çalışmamızda da her ne kadar tedavi doz, süre ve uyumları yeterli değerlendirilememiş olsa da ilaç kullanan grupta YDB-

TDÖ tüm alt kategorilerinde ilaç kullanmayan DEHB grubuna göre daha düşük puanlar saptanması literatürle uyumlu görünmektedir.

Çalışmamızda WISC-R zeka testine göre; sözel, performans ve totalde kontrol grubunun puanları DEHB gruplarına göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Alt kategorilerden; genel bilgi, benzerlik, aritmetik, resim düzenleme, küplerle desen, parça birleştirme kategorilerinde DEHB grupları arası yine anlamlı fark bulunmazken kontrol grubu DEHB gruplarına göre yüksek puan almıştır. Ancak yargılama, sayı dizisi, sözcük dağarcığı kategorilerinde anlamlı fark yalnızca kontrol grubu ile ilaç kullanan grup arasında saptanmıştır. Wechsler'ın tanımına göre zeka, kişinin çevresini algılaması ve onunla başa çıkabilmesini sağlayan geniş kapsamlı doğal bir yatkınlıktır (102). Amaçlı davranışlarla toplumsal uyarılara ve değerlere duyarlı olmak, sosyal yargılama becerisi, kararlılık, iç denetim, öngörü, girişkenlik, canlılık gibi pek çok üst bilişsel sürecin etkinliği de zeka ile doğrudan bağlantılıdır (103). DEHB'nin nöropsikiyatrik değerlendirilmesinde, WISC-R ölçeği yaygın biçimde kullanılmaktadır. Bakar ve ark. tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada 6-16 yaş aralığında 105 erkek DEHB'li çocuk ve 90 sağlıklı kontrolü WISC-R ile değerlendirilmiş ve WISC-R puanlarının 90 sağlıklı denekten 40'ını DEHB olarak ve 105 DEHB hastasından 32'sini sağlıklı olarak yanlış sınıflandırdığını göstermiştir (104). Dolayısıyla WISC-R'nin DEHB'yi yordama değerinin düşük olduğu bilinmektedir. Soysal ve ark.'nın gerçekleştirdiği çalışmada ise küçük bir örneklemde DEHB alt gruplarında WISC-R puanları karşılaştırılmış ve hem genel grup hem de DEHB alt tipleri arasında fark bulunamamıştır (103). Bu da WISC-R'ın hem tanı hem de DEHB tiplendirmesinde etkili bir ölçek olmayabileceğini desteklemektedir. Soysal ve ark.'nın çalışmasında aynı zamanda DEHB'nin alt tipleri arasında, WISC-R'nin Yargılama alt tipi açısından bir fark gözlenmemiştir. Bu da DEHB'li çocukların bilişsel olgunlaşmada sağlıklı akranlarını yakaladıklarını, ancak davranışa geçiş sürecinde sorun yaşadıklarını göstermektedir. DEHB'de en önemli sorunlardan birisi de çevresel ipuçlarının doğru bir şekilde algılanıp yorumlanmaması olduğu belirtilmiştir.

Evinç ve ark. tarafından 6-16 yaş 59 DEHB'li çocuk, başka bir psikiyatrik tanısı olan 51 çocuk ve 43 sağlıklı kontrol ile gerçekleştirilen bir çalışmada ise herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan sağlıklı kontrollerin hem herhangi bir psikiyatrik tanısı olan hem de DEHB'si olan gruba göre WISC-R profillerinin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (105). Her ne kadar tanı ve tiplendirmede WISC-R tek başına güvenilir bir araç olmasa da DEHB'de WISC-R puanlarının sağlıklı kontrollere göre düşük olduğu görülmektedir.

WISC-R kategorilerinden sözcük dağarcığı, yargılama ve sayı dizisi kategorilerinde anlamlı fark yalnızca kontrol grubu ile ilaç kullanan grup arasında saptanmıştır. DEHB tedavisinde kullanılan psikostimülanların bilişsel fonksiyonlar üzerinde olumlu etkileri olduğu gibi nörolojik ve psikiyatrik yan etkileri de mevcuttur (106). DEHB için herhangi bir tedavinin potansiyel olumsuz nöropsikiyatrik etkilerinin araştırılması, komorbidite ve DEHB ile diğer nöropsikiyatrik durumlar arasındaki semptom örtüşmesi nedeniyle karmaşıktır. Ancak bazı kategorilerde ilaç kullanmayan gruba göre ilaç kullanan grupta puanların daha düşük olması ilaç yan etkileri ile ilişkili olabilir. Bir diğer olası açıklama; ilaç kullanan DEHB hastalarının başlangıç semptom şiddetlerinin daha çok olması ve bununla ilişkili olarak ilaç başlanmış olması olabilir. Çalışmamızın bir müdahale çalışması olmaması sebebiyle katılımcıların başlangıç puanları bilinmemekte ve tedavi ile nasıl bir değişim gözlendiği söylenememektedir.

Çalışmamızda ASD-AR ölçek puanları kontrol grubunda DEHB gruplarına göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Ancak DEHB grupları arasında anlamlı fark yoktu. DEHB'li çocukların, çok sayıda sistematik incelemenin gösterdiği gibi sağlıklı akranlarına kıyasla sosyal işlevsellikte önemli farklılıklar yaşadıkları bilinmektedir (106,107). Literatürde, sosyal işlevsellik; sosyal beceriler, sosyal biliş ve akran işlevselliği şeklinde birbirine bağlı ancak farklı üç alanı kapsayan genel bir yapı olarak kabul edilmektedir (107-110). Ros ve Graziano tarafından gerçekleştirilen bir meta-analizde 109 farklı çalışmadan elde edilen sonuçlar göstermiştir ki; DEHB'li çocukların en fazla zorluk çektikleri alanın akran işlevselliği, yani akran statüsü ve arkadaşlıklardır (110). Akran ilişkilerinde bir bireyin akranları tarafından kabul veya reddedilme derecesi oldukça önemlidir. Akran işlevselliğini inceleyen iki kapsamlı sistematik inceleme ile 14 farklı çalışmadan elde edilen bulgular DEHB'li çocukların ve gençlerin sağlıklı akranlarına göre akranları tarafından reddedilme olasılıklarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (107-108). Akran reddinin DEHB'li çocuklar ve gençler için etkileri, akademik başarısızlık, okul terki, depresyon, anksiyete, madde ve/veya alkol kötüye kullanımı riskinin artması olarak tanımlanmaktadır (111,112). Dahası, DEHB'li çocuklar ve ergenlerin, sağlıklı akranlarına göre akran zorbalığı deneyimlerini bildirme olasılıkları daha yüksek bulunmuştur (113,114). DEHB'li ergenlerin %57'si haftada en az bir kez herhangi bir biçimde akranları tarafından bir zorbalığa maruz kaldığını bildirmiştir (113). Ancak ebeveynler ve öğretmenler DEHB'li çocuklarının kendilerinin zorba olma veya diğer akranlarını tehdit etme olasılıklarının daha yüksek olduğunu düşünmektedir (115). Aile ilişkilerinden daha az memnuniyet duyan DEHB'li ergenlerde zorbalık yapma oranları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (116). Ancak DEHB'li kız ergenlerin, sağlıklı kız akranlarına göre zorbalığa

katılma olasılıkları daha yüksek görünse de istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı düşünülmektedir (114).

Arkadaşlık, akran statüsünden belirgin şekilde farklıdır ve iki çocuk arasındaki karşılıklı ve gönüllü yakın bir ilişki olarak tanımlanmaktadır (117). Arkadaşlık yoluyla, çocuklar ve gençler nasıl iş birliği yapacaklarını, çatışmayı nasıl yöneteceklerini ve duygularını uygun şekilde nasıl ifade edeceklerini öğrenirler (118). Arkadaşlık becerileri ve düzeyleri sıklıkla akranlar, ebeveynler, öğretmenler ve öz bildirim anketleri ile serbest oyun görevlerinde gözlem yoluyla ölçülmektedir (119). Becker ve ark. tarafından gerçekleştirilen ve DEHB'li çocukların akran işlevselliğini inceleyen bir sistematik derlemede DEHB'li çocukların akran işlevselliğinin daha düşük olduğu gösterilmiş ve analize dahil edilen çalışmalarda bu işlevsellik üzerinde negatif etkiye sahip olduğu gösterilen faktörler; KOKGB semptom ve bulguları, anksiyete düzeyleri, psikiyatrik komorbiditeler ve gelir durumu olarak özetlenmiştir (107). Kok ve ark. tarafından DEHB'li kız çocuklarının akran işlevselliği ile ilgili gerçekleştirilen sistematik derlemede; DEHB'li kız çocuklarının sağlıklı akranlarına göre arkadaşlık, akran etkileşimi, sosyal beceriler ve işlevsellik, akran zorbalığına maruz kalma ve dışsallaştırıcı davranış alanlarında daha fazla zorluk gösterdiği saptanmıştır (108). DEHB'li kızlarda sağlıklı akranlara göre daha düşük arkadaşlık katılımı ve istikrar oranları görülmüştür. Her ne kadar DEHB'li kızlarda cinsiyete özgü sorunların da beraber ele alınması gerektiği ve depresyon gibi bulguların daha sık görüldüğü vurgulansa da çalışmamızda cinsiyet ile ASD-AR puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır. Ancak literatürde DEHB'li kız çocuklarının sorunları ile erkeklerden daha iyi başa çıkma becerileri olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (120,121). Bu başa çıkma becerileri arkadaşlardan algılanan sosyal destek ve akran ilişkileri ile işlevselliği üzerinde de olumlu etkiye sahip olmuş olabilir.

Çalışmamızda ASD-AR puanları ile anlamlı pozitif korelasyon gösteren demografik parametreler; yaş, anne-baba eğitim durumu ve katılımcı grubu iken (ilaç kullanmayan gruptan kontrol grubuna doğru pozitif) iken Barkley Çocuk Dikkat Ölçek puanları negatif korelasyon göstermekteydi. Bununla tutarlı şekilde YDB-TDÖ dikkat eksikliği, hiperaktivite ve davranım bozukluğu da anlamlı negatif korelasyon gösterdi. ASD-AR puanları CBCL'de ise etkinlik ve sosyallik ile zayıf pozitif, içe dönüklük, sosyal sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları, suça yönelim, saldırganlık, toplam sorun, içe ve dışa yönelim ile anlamlı negatif korelasyon göstermekteydi.

Biederman ve ark.'nın 110 6-17 yaş DEHB'li erkek çocuk ve 105 sağlıklı kontrolle gerçekleştirdikleri 10 yıllık bir takip çalışmasında DEHB'li çocukların %65'inin 10 yılın

sonunda DSM-IV kriterlerinin tamamını karşılamamaya başladıklarını ve %78'inin kalıcı DEHB tanımlarından en az birini karşıladığını saptanmıştır. Her ne kadar önemli bir oranda DEHB yaş ilerlese de persiste ediyor görünse de yaşla birlikte DEHB semptom şiddeti ve varlığının azaldığı görülmüştür (122). Çalışmamızda arkadaşlardan algılanan sosyal desteğin yaş ilerledikçe artmasının altında yatan neden yaşla değişen semptom şiddeti olabileceği kanaatindeyiz. Aynı zamanda alınan farmakolojik veya non-farmakolojik tedavilerle yaş ilerledikçe de akran ilişkilerinde ilerleme kaydedilmiş olması da olasıdır.

Çalışmamızda ASD-AR ile katılımcı grubu arasında da anlamlı korelasyon mevcuttu. İlaç kullanmayan gruptan kontrol grubuna doğru ASD-AR puanları artmaktaydı. Bununla beraber DEHB grupları arasında ikili karşılaştırmalarda ASD-AR puanları anlamlı fark göstermemekteydi. Bu sonucun çalışmamızın küçük bir örneklemde ve kesitsel olarak gerçekleştirilmiş olması ile ilişkili olduğu kanaatindeyiz. İlaç kullanan DEHB grubunda semptom şiddetlerinin anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görülmüştür. Ancak bunun ASD-AR puanları üzerine etkisi olup olmadığı kohort çalışmaları ile izlenmelidir. İlaç kullanan DEHB grubunun tedavi öncesi algıladıkları sosyal destek düzeylerinin bilinmemesi bu konuda yorum gücümüzü kısıtlamaktadır.

Chou ve ark.'nın gerçekleştirdiği bir çalışmada aile ilişkilerinden memnuniyet düzeyi ile akranlarına zorbalık yapma arasında anlamlı negatif bir ilişki bulunmuştur (116). Çalışmamızda aile ilişkilerinden memnuniyet düzeyi doğrudan ölçülmemiş olsa da anne-baba eğitim durumunun daha düşük olması aile ilişkilerinde bozulmalara yol açmış ve arkadaşlardan algılanan sosyal destek üzerinde de etkide bulunmuş olabilir. Bayın tarafından gerçekleştirilen bir yüksek lisans tez çalışmasında sağlıklı ergenlerde affetme ve algılanan sosyal destek ile ilişkili parametreler incelenmiş ve akraba iletişimini iyi olarak tanımlayan ergenlerin, kötü veya orta olarak tanımlayanlara göre algıladığı sosyal desteğin daha yüksek olduğu görülmüştür (123). Aynı çalışmada aile sosyal destek puanları çok olarak sınıflandırılan grupta, az ve orta olarak sınıflandırılan gruplara göre algılanan sosyal destek puanları anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Ustabaş tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada ise erkek öğrencilerde algılanan sosyal destek aile eğitim düzeyinden etkilenmezken kız öğrencilerde aile eğitim düzeyi daha yüksek olanların arkadaşlarından daha yüksek düzeyde sosyal destek algıladığı saptanmıştır (124). Her ne kadar bu çalışmalar DEHB'li çocuklarda gerçekleştirilmemiş olsa da algılanan sosyal destek üzerine etkili faktörler açısından bulgularımızla uyumludur.

Diamantopoulou ve ark. tarafından gerçekleştirilen ve DEHB semptomları ile akran ilişkileri arasındaki etkileşimin incelendiği bir çalışmada 12 yaşında toplamda 635 katılımcı

çalışmaya dahil edilmiş ve akran ilişkileri ile ilgili algıda DEHB semptomları, agresif davranışlar, içselleştirme sorunları, sosyal uyumluluk düzeylerinin önemli etkilere sahip olduğu saptanmıştır (125). Çocukların içselleştirme sorunları ne kadar fazla ise kendilerini o kadar yalnız hissettikleri saptanmıştır. DEHB semptomları arttıkça akran ilişkilerinde uyumsuzluk ve kendileri ile ilgili negatif algının da arttığı gösterilmiştir (125). Literatürde daha önce yapılmış çalışmalarda da DEHB semptom şiddeti arttıkça akran hoşnutsuzluğu ve olumsuz öz algıların arttığı gösterilmiştir (126-128). Benzer şekilde bizim de çalışmamızda hem Barkley Çocuk Dikkat Anketi toplam puanı hem de YDB-TDÖ dikkat eksikliği, hiperaktivite ve davranım bozukluğu puanları ASD-AR puanları ile anlamlı negatif korelasyon göstermiştir. Aynı zamanda CBCL içe dönüklük, sosyal sorun, dikkat sorun, suça yönelim ve saldırganlık kategorilerinin de anlamlı negatif korelasyona sahip olması Diamantopoulou ve ark.'nın bulguları ile benzer görünmektedir (125).

Davranım bozuklukları insanlara, hayvanlara veya mallara karşı tekrarlayan ve sürekli saldırgan veya saldırgan olmayan olumsuz davranışların tezahürleriyle karakterize edilen ciddi davranış sorunlarını ifade etmektedir. Bunlar arasında meydan okuma, kavgacılık, yıkıcılık, tehdit edici davranışlar sergileme, fiziksel olarak acımasız olma, itaatsiz olma, zorbalık yapma, yangın çıkarma, hırsızlık yapma, tekrarlayan yalan söyleme, kasıtlı yaralama, zorla cinsel aktivite ve sık sık okuldan kaçma yer almaktadır (129). Davranım bozukluğu olan çocuklar genellikle diğer insanların nasıl düşündüğünü anlamakta zorluk çekerler, bazen duyarsız-duygusuz olarak tanımlanabilmektedir. Olgunlaşmamış dil becerilerine sahip olabilmekte ve arkadaşlıklar kurmak ve sürdürmek için uygun sosyal becerilerden yoksun olabilmekte ve bu da üzüntü, hayal kırıklığı ve öfke duygularını daha da kötüleştirebilmektedir (129). Davranım bozukluğu olan çocukların çoğunlukla otorite figürlerine karşı meydan okudukları bilinse de kardeşlerine veya akranlarına karşı da düşmanca davranabilmektedirler. Bu düşmanca davranış örüntüsü, evde, okulda ve daha geniş toplumdaki yaşamlarını önemli ölçüde olumsuz etkilemekte ve tüm ilişkilerini ciddi şekilde bozmaktadır (129). Her ne kadar davranım bozuklukları regresyon analizinde anlamlı bir yordayıcı olarak görünmese de bunun örneklem büyüklüğümüz ve örneklemimiz içerisinde davranım bozukluğu gösteren katılımcı sayımızın az olması ile ilişkili olduğu kanaatindeyiz. Korelasyon analizinde davranım bozukluğu puanının ASD-AR puanları ile negatif korelasyon göstermesi bunu desteklemektedir.

Lineer regresyon analizinde ASD-AR için anlamlı negatif yordayıcılar, Barkley Çocuk Dikkat Anketi toplam puanı ve CBCL sosyal sorunlar olarak saptandı. Aile gelir düzeyi ve ilginç bir şekilde CBCL somatizasyon ise pozitif yönde bir yordayıcı olarak saptandı. Başkak

ve ark.'nın somatizasyonun kültürel boyutlarını inceledikleri bir derlemede; Batı toplumlarında somatizasyonun bir iletişim yolundan çok tedavi edilen ve edilmesi gereken bir hastalık olarak sınıflandırılırken daha kollektivist toplumlarda bir hastalık olarak sınıflandırılmaktan ziyade sosyal yardım ve bütünleşme mekanizmalarını harekete geçiren bir iletişim yöntemi olarak hizmet ettiği vurgulanmıştır (130). Dolayısıyla var olmayan bir hastalık olarak yaklaşmanın ve hastaların stigmatizasyonunun önüne geçmek adına somatizasyonu bir iletişim kurma biçimi olarak ele almanın avantajlı olabileceği öne sürülmüştür. Ülkemiz diğer Batı toplumlarına göre daha kollektivist yapıda bir toplum olarak değerlendirilebilir. Bu hipotezi destekler biçimde, Çevik ve ark.'nın Avrupa'ya göç eden Türkler üzerinde gerçekleştirdikleri bir çalışmada; göç eden Türk toplumlarının gelenek ve göreneklerini daha iyi sürdürdükleri ve kolektif biçimde kimliklerini daha iyi koruyabildikleri aynı zamanda da psikosomatik belirtilerin çarpıcı biçimde daha fazla olduğu gösterilmiştir (131). Biz de CBCL somatizasyon kategorisinde elde ettiğimiz bulguların kültürel boyutlarla ilişkili olduğu kanaatindeyiz. Toplum yapımızda somatizasyona diğer Batı ülkeleri gibi yaklaşılmamaktadır. Altta yatan başka bir hastalık saptanmasa dahi çocukların baş ağrısı, karın ağrısı gibi somatik yakınmalarına çevreleri tarafından daha çok ilgi gösterildiğini ve dolayısıyla algılanan sosyal destek düzeylerini olumlu etkilediği kanaatindeyiz.

Ailenin gelir durumu ve sosyoekonomik özellikleri Thapar ve Russell'in çalışmalarında gösterildiği gibi DEHB gelişimi ve semptomların şiddeti için bir risk faktörü olarak tanımlanmaktadır (85,87). Çalışmamızda Barkley Çocuk Dikkat Anketi toplam puanı ve YDB-TDÖ ölçek puanlarının da tutarlı bir şekilde işaret ettiği üzere DEHB'nin çekirdek semptomlarının şiddeti arttıkça algılanan sosyal destek azalmaktadır. Aile gelir durumunun dolaylı bir etki ile algılanan sosyal destek üzerinde etkili olduğu görüşündeyiz. Aliyev ve ark.'nın ortaokul öğrencilerinin algılanan sosyal destek düzeylerini aynı ölçek ile inceledikleri bir çalışmada aile gelir düzeyi ile algılanan sosyal destek arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır (132). Ancak bu çalışma DEHB'li çocuklarla gerçekleştirilmemiştir. Dolayısıyla sağlıklı ortaokul öğrencilerinde gelir düzeyinin algılanan sosyal destekte etkili olmayıp DEHB'li çocuklarda etkili olmasının bu dolaylı etki aracılığıyla ortaya çıkmış olması olasıdır.

Barkley Çocuk Dikkat Anketi toplam puanının ASD-AR üzerinde negatif bir yordayıcı olarak saptanması beklenen bir sonuçtur. DEHB'li çocuklarda sosyal becerilerde ve akran ilişkilerinde yaşanan zorluklar arasında başkaları ile konuşurken dikkatli dinleyememe, sohbeti kesme ve sosyal ipuçlarını anlayamama gibi durumlar yer almaktadır (133). Ragnarsdottir ve

ark. tarafından da tanımlandığı gibi dikkat eksikliği ve hiperaktivite-dürtüsellik semptomlarının akran işlevselliğini etkilediği bilinmektedir. Forner ve ark.'nın 7-11 yaşları arasında DEHB'li ve sağlıklı çocuklardan oluşan kontrol grubunu akran ilişkileri yönüyle karşılaştırdıkları bir çalışmada öğretmen ve ebeveyn bildirimleri ile değerlendirme yapılmış ve DEHB semptomlarının akran ilişkilerindeki zorluklar ve sosyal kabul oranlarında düşme ile korale olduğu gösterilmiştir (134). Evans ve ark. ise 5-8 yaşlarında olan 346 DEHB'li çocuk üzerinde 4 yıl süreli izlem ile gerçekleştirdikleri ve KOKGB ile DEHB semptomlarının akademik performans ve akran işlevselliği üzerine etkisini inceledikleri çalışmada dikkat eksikliği semptomlarının akran zorbalığına maruz kalma düzeyini arttırdığı, hiperaktivite ve dürtüselliğin de uzun vadede aynı sonuca yol açtığı gösterilmiştir (135). Bu çalışmada da KOKGB ve dürtüsellik semptomlarından çok dikkat eksikliğinin prediktif değeri daha yüksek saptanmıştır. Barkley Çocuk Dikkat Anketi puanlarının ASD-AR puanları üzerine doğrudan etkisini inceleyen çalışma literatürde saptanamamıştır. Ancak dolaylı olarak bahsedilen bu çalışmalarda dikkat eksikliği semptom düzeyi ile korale görünen kötü akran işlevselliği çalışmamızın bulguları ile tutarlı görünmektedir.

Literatürde sosyal desteği oluşturan ve etkileyen faktörler üzerinde bir uzlaşı olmaması konunun farklı şekillerde ele alınmasına neden olmuştur (132). Sosyal destek Cobb ve ark. tarafından bireyin sevildiğini sayıldığını, ilgilenildiğini ve çok yönlü bağlılıklar tarafından oluşturulan bir sosyal ilişki bağının bir parçası olduğunu hissetmesi olarak tanımlamıştır (136). Walker ve ark. ise bireyin sosyal kimliğini pozitif yönde etkileyen ve bireysel ilişkilerle aldıkları duygusal ve maddi yardım ve hizmetler aracılığıyla alınan bilgi, kurulan sosyal ilişkiler olarak tanımlamıştır. Algılanan sosyal destek için "ilişkiden sağlanan doyum" tanımlamasını yapan yazarlar da mevcuttur (132). Algılanan sosyal destek ile benlik saygısı, olumlu davranış, psikosomatik yakınmalarda azalma, psikiyatrik semptom şiddetlerinde gerileme arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (138). Dolayısıyla algılanan sosyal desteği etkileyen faktörleri belirlemek; bu faktörlerin olumlu modifikasyonlar için yol gösterici olabilir. Çalışmamızda ASD-AR puanları üzerinde aile gelir durumu ve semptom şiddeti ile davranış ölçek puanlarının etkisi her ne kadar literatürle uyumlu olsa da kullandığımız tüm ölçekler ve incelediğimiz tüm parametreleri değerlendirmeye alan benzer bir çalışma bulunmamaktadır. Bu açıdan literatüre yeni bulgularla katkıda bulunduğumuz görüşündeyiz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

DEHB'nin arkadaşlardan algılanan sosyal destek üzerine etkisini ve algılanan sosyal destek üzerine etkili diğer faktörleri incelediğimiz bu çalışmada DEHB'li çocuklarda ASD-AR puanlarının daha düşük olduğunu saptadık. İlaç kullanma durumuna göre gruplar arasında fark saptanmasa da; ilaç kullanma durumu ile algılanan sosyal destek arasında anlamlı bir korelasyon mevcuttu. Aynı zamanda yaş, anne baba eğitim düzeyi arttıkça ve Barkley Çocuk Dikkat Anketi puanları azaldıkça algılanan sosyal destek artmaktaydı. YDB-TDÖ dikkat eksikliği, hiperaktivite ve davranım bozukluğu puanları yükseldikçe algılanan sosyal destek azalmaktaydı. Algılanan sosyal desteğin yordayıcıları ise aile gelir durumu, Barkley Çocuk Dikkat Anketi puanları, CBCL somatizasyon ve sosyal sorun olarak saptandı. Özetle;

1. DEHB tanılı olgularda algılanan sosyal destek, sağlıklı kontrollerden daha düşüktür.
2. DEHB tanılı tedavi alan ve almayan olgular arasında algılanan sosyal destek açısından fark yoktur.
3. DEHB tanısına ek olarak KOKGB ve davranış bozukluğu gibi dışa yönelim semptomlarının algılanan sosyal destek üzerinde yordayıcılığı saptanmamıştır.
4. DEHB tanılı olgularda dikkat eksikliği ve hiperaktivite semptom şiddeti arttıkça algılanan sosyal destek azalmaktadır.
5. Arkadaşlardan algılanan sosyal desteğin yordayıcıları; aile gelir durumu, Barkley Çocuk Dikkat Anketi puanları, CBCL somatizasyon ve sosyal sorun kategorileri olarak saptanmıştır.

Bu bulgular ışığında; DEHB'li olgularda algılanan sosyal destek üzerinde sosyoekonomik özelliklerin büyük önem arz ettiği ve semptomların uygun kontrolünün algılanan sosyal destek üzerinde önemli bir rolü olduğu kanaatindeyiz. Çevresel modifikasyonlar, aile eğitimleri ve semptom şiddetinin uygun takibi ve kontrolü ile algılanan sosyal desteğin ve dolayısıyla DEHB'nin yönetiminin iyileştirilebileceğini düşünmekteyiz.

7. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Çalışmamızın en önemli kısıtlılığı kesitsel bir çalışma olmasıdır. Çalışmamız bir müdahale çalışması değildir. Bu nedenle tedaviye uyumlar ve uygun dozda kullanım durumları kesin bir şekilde takip edilememiştir. Aynı zamanda bilgiler ebeveyn ve öz bildirim anketleri gibi subjektif yöntemler ile elde edilmiştir. Bir diğer kısıtlılığımız çalışmamızın tek merkezli olmasıdır. Bu durum belli bir bölgenin sosyodemografik özelliklerini kapsamasına ve sonuçların genellenebilirliğinin azalmasına yol açmıştır.

8. ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ

Çalışmamız DEHB'li çocuklarda arkadaşlardan algılanan sosyal destekle ilişkili faktörlerin araştırıldığı sınırlı çalışmadan biridir. Kapsamlı demografik ve klinik ölçeğin kullanılmış olması ve sonuçlar üzerinde karıştırıcı olabilecek faktörlerin detaylı değerlendirilmesi, aynı zamanda ilaç kullanan DEHB, ilaç kullanmayan DEHB ve sağlıklı kontrol grubu olmak üzere 3 grupta incelemelerin yapılması da önemli bilgiler sağlamıştır. Sağlıklı kontrol grubunun yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş olması ve bu özelliklerin homojen dağılımı da uygun karşılaştırmaların yapılmasına olanak sağlamıştır. Bu konuda literatürde yapılmış benzer çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bu açıdan literatüre katkıda bulunduğumuz görüşündeyiz.

9. KAYNAKLAR

1- Polanczyk G, De Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. Am J Psychiatry 2007;164:942–8.

2- Bugadova G. Editörler: Eyüp Sabri Ercan, Öznur Bilaç, İpek Perçinel Yazıcı ve ark. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Güncel Yaklaşımlar ve Temel Kavramlar 2.basım 2024.

3- Marton I, Wiener J, Rogers M, Moore C. Friendship Characteristics of Children With ADHD. J Atten Disord 2015;19:872–81.

4- Barkley RA. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. Russel A.B. America: 2015.

5- Press THEG, Barkley RA. Russell A. Barkley - Attention-Deficit Hyperactivity Disorder_ A Handbook for Diagnosis and Treatment-The Guilford Press (2014). America: n.d.

6- Demaray MK, Elliott SN. Perceived Social Support by Children with Characteristics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Sch Psychol Q 2001;16:68–90.

7- Rokeach A, Wiener J. Friendship Quality in Adolescents With ADHD. J Atten Disord 2020;24:1156–68.

8- Kos, JM., Richdale, AL. . The history of attention- deficit/hyperactivity disorder. Australian Journal of Learning Disabilities, 2004; 9(1), 22–24.

9- DSM-5® Update (2018) Supplement to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

10- Polanczyk GV., Willcutt EG., Salum, GA., Kieling, C., Rohde, LA. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. International Journal of Epidemiology. 2014; 43(2), 434–442.

11- Biederman, J., Faraone, SV. Attention-deficit hyperactivity disorder. The Lancet, 2005; 366(9481), 237–248.

12- Mowlem FD, Rosenqvist MA, Martin J, Lichtenstein P, Asherson P, Larsson H. Sex differences in predicting ADHD clinical diagnosis and pharmacological treatment. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2019;28(4):481-489.

13- Rohde LA, J. K. Buitelaar JK, Gerlach M, S. V. Faraone. The World Federation of ADHD Guide. Porto Alegre, Artmed. Comorbidity between ADHD and anxiety disorders across the lifespan. Int J Psychiatry Clin Pract. 2019;23(4):238-244.

14- Newcorn, J. H. Managing ADHD and comorbidities in adults. The Journal of Clinical Psychiatry. 2009; 70, e40.

15- Drechsler R, Brem S, Brandeis D, Grünblatt E, Berger G, Walitza S. ADHD: Current Concepts and Treatments in Children and Adolescents. Neuropediatrics. 2020;51(5):315-335.

16- Biederman J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder [published correction appears in Lancet. 2006 Jan 21;367(9506):210]. Lancet. 2005;366(9481):237-248.

17- Dalsgaard S, Leckman JF, Mortensen PB, Nielsen HS, SimonsenM. Effect of drugs on the risk of injuries in children with attention deficit hyperactivity disorder: a prospective cohort study. Lancet Psychiatry. 2015;2:702–9.

18- Galera C, Melchior M, Chastang JF, Bouvard MP, Fombonne E. Childhood and adolescent hyperactivity-inattention symptoms and academic achievement 8 years later: the GAZEL Youth study. Psychol Med. 2009;39:1895–906.

19- Hechtman L, Swanson JM, Sibley MH, Stehli A, Owens EB, Mitchell JT, et al. Functional adult outcomes 16 years after childhood diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder: MTA results. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.2016;55:945–52

20- Chang Z, Lichtenstein P, D'Onofrio BM, Sjolander A, Larsson H. Serious transport accidents in adults with attention-deficit/ hyperactivity disorder and the effect of medication: a population-based study. JAMA Psychiatry. 2014;71:319–25.

21- Biederman, J., Monuteaux, M. C., Spencer, T., Wilens, T. E., Macpherson, H. A., & Faraone, S. V.. Stimulant therapy and risk for subsequent substance use disorders in male adults with ADHD: A naturalistic controlled 10-year follow-up study. American Journal of Psychiatry, 2008; 165, 597–603.

22- Stevens MC, Gaynor A, Bessette KL, Pearlson GD. A preliminary study of the effects of wor-king memory training on brain function. Brain Imaging Behav 2016; 10: 387-407.

23- Mayes D, Calhoun L, Mayes D, Molitoris S. Autism and ADHD: Overlapping and discriminating symptoms. Research in Autism Spectrum Disorders. 2012;6:277–285.

24- Biederman J, Milberger S, Faraone SV, et al. Family-environment risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. A test of Rutter's indicators of adversity. Arch Gen Psychiatry. 1995;52(6):464-470.

25- Freeman RD; Tourette Syndrome International Database Consortium. Tic disorders and ADHD: answers from a world-wide clinical dataset on Tourette syndrome

[published correction appears in Eur Child Adolesc Psychiatry. 2007 Dec;16(8):536]. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2007;16 Suppl 1:15-23.

26- Spencer T, Biederman J, Wilens T. Attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbidity. Pediatr Clin North Am. 1999;46(5):915-vii.

27- Angold A, Costello EJ, Erkanli A. Comorbidity. J Child Psychol Psychiatry. 1999;40(1):57-87.

28- Blackman GL, Ostrander R, Herman KC. Children with ADHD and depression: a multisource, multimethod assessment of clinical, social, and academic functioning. J Atten Disord. 2005;8(4):195-207.

29- Biederman J, Mick E, Faraone SV. Depression in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) children: "true" depression or demoralization?. J Affect Disord. 1998;47(1-3):113-122.

30- Pappa I, Fedko IO, Mileva-Seitz VR, et al. Single Nucleotide Polymorphism Heritability of Be-havior Problems in Childhood: Genome-Wide Complex Trait Analysis [published correction appears in J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2015 Nov;54(11):965]. J Am Acad Child Ado-lesc Psychiatry. 2015;54(9):737-744.

31- Larsson H, Anckarsater H, Råstam M, Chang Z, Lichtenstein P. Childhood attention-deficit hyperactivity disorder as an extreme of a continuous trait: a quantitative genetic study of 8,500 twin pairs. J Child Psychol Psychiatry. 2012;53(1):73-80.

32- Thapar A, Cooper M. Attention deficit hyperactivity disorder. Lancet. 2016;387(10024):1240-1250.

33- Sharma A, Couture J. A review of the pathophysiology, etiology, and treatment of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). Ann Pharmacother. 2014;48(2):209-225.

34- Thapar A, Cooper M, Eyre O, et al. What have we learnt about the causes of ADHD? J Child Psychol Psychiatry 2013; 54: 3–16.

35- Albajara Sáenz A, Villemonteix T, Massat I. Structural and functional neuroimaging in atten-tion-deficit/hyperactivity disorder. Dev Med Child Neurol. 2019;61(4):399-405.

36- Thompson JMD, Waldie KE, Wall CR, et al, and the ABC study group. Associations between acetaminophen use during pregnancy and ADHD symptoms measured at ages 7 and 11 years. PLoS One 2014; 9: e108210. T

37- Fusar-Poli P, Rubia K, Rossi G, Sartori G, Balottin U. Striatal dopamine transporter alterations in ADHD pathophysiology or adaptation to psychostimulants? A meta-analysis Am J Psychiatry 2012; 169: 264–72.

38- Albajara Sáenz A, Villemonteix T, Massat I. Structural and functional neuroimaging in attention-deficit/hyperactivity disorder. Dev Med Child Neurol. 2019;61(4):399-405. doi:10.1111/dmcn.14050

39- Khadmaoui A, Gomez C, Poza J, et al. MEG analysis of neural interactions in attention-deficit/hyperactivity disorder. Comput Intell Neurosci 2016; 2016: 8450241.

40- Caye A, Swanson JM, Coghill D, Rohde LA. Treatment strategies for ADHD: an evidence-based guide to select optimal treatment. Mol Psychiatry. 2019;24(3):390-408.

41- Excellence NIfC. Attention deficit hyperactivity disorder: the NICE guideline on diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. London: The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists; 2009.

42- Danielson ML, Visser SN, Chronis-Tuscano A, DuPaul GJ. A national description of treatment among United States children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. J Pediatr. 2018;192:240–6.

43- Arnsten AF, Li BM. Neurobiology of executive functions: catecholamine influences on prefrontal cortical functions. Biol Psychiatry. 2005;57:1377–84.

44- Dougherty DD, Bonab AA, Spencer TJ, Rauch SL, Madras BK, Fischman AJ. Dopamine transporter density in patients with attention deficit hyperactivity disorder. Lancet. 1999;354:2132–3.

45- Volkow ND, Wang GJ, Kollins SH, Wigal TL, Newcorn JH, Telang F, et al. Evaluating dopamine reward pathway in ADHD: clinical implications. JAMA. 2009;302:1084–91.

46- Wilens TE. Effects of methylphenidate on the catecholaminergic system in attention-deficit/hyperactivity disorder. J Clin Psychopharmacol. 2008;28:S46–53.

47- Swanson CJ, Perry KW, Koch-Krueger S, Katner J, Svensson KA, Bymaster FP. Effect of the attention deficit/hyperactivity disorder drug atomoxetine on extracellular concentrations of norepinephrine and dopamine in several brain regions of the rat. Neuropharmacology. 2006;50:755–60.

48- Arnsten AF. The use of α-2A adrenergic agonists for the treatment of attention deficit / hyperactivity disorder. Expert Rev Neurother. 2010;10:1595–605.

49- Learned-Coughlin SM, Bergstrom M, Savitcheva I, Ascher J, Schmith VD, Langstrom B. In vivo activity of bupropion at the human dopamine transporter as measured by positron emission tomography. Biol Psychiatry. 2003;54:800–5.

50- Goodman R, Ford T, Richards H, Gatward R, Meltzer H. ThenDevelopment and Well-Being Assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. J Child Psychol Psychiatry. 2000;41:645–55.

51- Schmitt KC, Reith ME. The atypical stimulant and nootropic modafinil interacts with the dopamine transporter in a different manner than classical cocaine-like inhibitors. PLoS ONE. 2011;6:e25790.

52- Hart H, Radua J, Nakao T, Mataix-Cols D, Rubia K. Meta- analysis of functional magnetic resonance imaging studies of inhibition and attention in attention-deficit/hyperactivity dis- order: exploring task-specific, stimulant medication, and age effects. JAMA Psychiatry. 2013;70:185–98.

53- Poelmans G, Pauls DL, Buitelaar JK, Franke B. Integrated genome-wide association study findings: identification of a neurodevelopmental network for attention deficit hyperactivity disorder. Am J Psychiatry. 2011;168:365–77.

54- Schweren LJ, de Zeeuw P, Durston S. MR imaging of the effects of methylphenidate on brain structure and function in attention- deficit/hyperactivity disorder. Eur Neuropsychopharmacol. 2013;23:1151–64.

55- The MTA Cooperative Group. Multimodal Treatment Study of children with ADHD. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Arch Gen Psychiatry. 1999;56:1073–86.

56- Pelham WE Jr, Fabiano GA, Waxmonsky JG, Greiner AR, Gnagy EM, Pelham WE, et al. Treatment sequencing for Childhood ADHD: a multiple-randomization study of adaptive medication and behavioral interventions. J Clin Child Adolesc Psychol. 2016;45:396–415.

57- Schei, J., Nøvik, T.S., Thomsen, P.H. et al. Improved quality of life among adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder is mediated by protective factors: a cross sectional survey. BMC Psychiatry 2015; 15, 108.

58- Jester, J. M., Nigg, J. T., Adams, K., et al. Inattention/hyperactivity and aggression from early childhood to adolescence: Heterogeneity of trajectories and differential influence of family en-vironment characteristics. Development and Psychopathology.2005; 17(1),99–125.

59- Moen, O. L., Hedelin, B.,Hall-Lord, M. L.. Parental perception of family functioning in everyday life with a child with ADHD. Scandinavian Journal of Public Health, 2015;43(1), 10–17.

60- Demaray, M. K., Elliott, S. N.. Perceived social support by children with characteris-tics of attention-deficit/hyperactivity disorder. School Psychology Quarterly. 2001; 16(1), 68-90.

61- Mastoras, S. M., Saklofske, D. H., Schwean, V. L., Climie, E. A.. Social support in children with ADHD: An exploration of resilience. Journal of Attention Disorders.2018; 22(8), 712–723.

62- Schei, J., Nøvik, T.S., Thomsen, P.H. et al. Improved quality of life among adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder is mediated by protective factors: a cross sectional survey. BMC Psychiatry.2015; 15, 108.

63- Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997;36:980–8.

64- Gökler, B. et al. No Title. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağliği Derg 2004:109–16. https://psycnet.apa.org/record/2005-11929-001.

65- Wechsler. Wechsler Intelligence Scale for Children; manual. - PsycNET n.d.

66- ES E. Development of a test battery for the assessment of attention deficit hyperactivity disorder. Turk J Child Adolesc Psychiatry 2001;8:132–44.

67- TM A. Manual for The Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile. Univ Vermont, Dep Psychiatry 1991.

68- N E. The adaptation and standardisation of the child behavior checklist among 6-18 year-old Turkish children. Eunethydis Eur Approaches to Hyperkinetic Disord 1995.

69- Barkley RA. Distinguishing sluggish cognitive tempo from ADHD in children and adolescents: executive functioning, impairment, and comorbidity. J Clin Child Adolesc Psychol 2013;42:161–73.

70- Firat S, Bolat GU, Gul H, Baytunca MB, Kardas B, Aysev A, et al. Barkley Child Attention Scale Validity and Reliability Study. Dusunen Adam J Psychiatry Neurol Sci 2018;31:284-.

71- Baytunca MB, Inci SB, Ipci M, Kardas B, Bolat GU, Ercan ES. The neurocognitive nature of children with ADHD comorbid sluggish cognitive tempo: Might SCT be a disorder of vigilance? Psychiatry Res 2018;270:967–73.

72- Procidano ME, Heller K. Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. Am J Community Psychol 1983;11:1–24.

73- Eskin M. Reliability of the turkish version of the perceived social support from friends and family scales, scale for interpersonal behavior, and suicide probability scale. J Clin Psychol 1993;49:515–22.

74- Ramtekkar UP, Reiersen AM, Todorov AA, Todd RD. Sex and age differences in attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and diagnoses: implications for DSM-V and ICD-11. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2010;49(3):217-28.e283.

75- Barbaresi WJ, Katusic SK, Colligan RC, Pankratz VS, Weaver AL, Weber KJ, et al. How common is attention-deficit/hyperactivity disorder?: Incidence in a population-based birth cohort in Rochester, Minn. Archives of pediatrics & adolescent medicine. 2002;156(3):217-24.

76- Navaie-Waliser M, Spriggs A, Feldman PH. Informal caregiving: differential experiences by gender. Med Care. 2002;40(12):1249–59. 153.

77- Sciberras E, Fulton M, Efron D, Oberklaid F, Hiscock H. Managing sleep problems in school aged children with ADHD: A pilot randomised controlled trial. Sleep Med. 2011;12(9):932–5.

78- Lycett K, Mensah FK, Hiscock H, Sciberras E. A prospective study of sleep problems in children with ADHD. Sleep Med. 2014;15(11):1354–61.

79- Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. Psychol Med 2006;36(2):159–165.

80- Biederman J, Faraone S, Milberger S, et al. A prospective 4-year follow-up study of attention-deficit hyperactivity and related disorders. Arch Gen Psychiatry. 1996;53(5):437–446.

81- Polderman TJ, Boomsma DI, Bartels M, Verhulst FC, Huizink AC. A systematic review of prospective studies on attention problems and academic achievement. Acta Psychiatr Scand 2010;122(4):271–284.

82- Torvik FA, Eilertsen EM, McAdams TA, et al. Mechanisms linking parental educational attainment with child ADHD, depression, and academic problems: a study of extended families in The Norwegian Mother, Father and Child Cohort Study. J Child Psychol Psychiatry. 2020;61(9):1009-1018.

83- Demontis, D. , Walters, R.K. , Martin, J. , Mattheisen, M. , Als, T.D. , Agerbo, E. , Neale, B.M. Discovery of the first genome-wide significant risk loci for attention deficit/hyperactivity disorder. Nature Genetics. 2019;51, 63–75.

84- Thapar A, Cooper M, Eyre O, Langley K. Practitioner review: what have we learnt about the causes of ADHD? J Child Psychol Psychiatry. 2013;54:3–16.

85- Russell G, Ford T, Rosenberg R, Kelly S. The association of attention deficit hyperactivity disorder with socioeconomic disadvantage: alternative explanations and evidence. J Child Psychol Psychiatry. 2014;55:436–445.

86- Kocaman O, Kara T, Aydoğan Avşar P, Kuru T. Birth Order and Number of Siblings in Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Case Control Study. Acta Med. Alanya 2024;8(1): 31-36.

87- Thapar A, Cooper M, Jefferies R, Stergiakouli E. What causes attention deficit hyperactivity disorder? Arch Dis Child. 2012;97(3):260–5.

88- Yürümez E, Uğur Ç. The relationship between attention deficit hyperactivity disorder and birth order. Turk J Child Adolesc Ment Health. 2017;24(3):229–37.

89- Ghanizadeh A, Abotorabi-Zarchi M, Mohammadi MR, Firoozabadi A. Birth Order and Sibling Gender Ratio of a Clinical Sample Birth Order and Sibling Gender Ratio of a Clinical Sample of Children and Adolescents Diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Iranian J Psychiatry. 2012;7(2):109–13.

90- Liu D, Ren Y, Wu T, Shen H, Yan P, Meng Y, Zhang Q, Zhang J, Bai P and Zhao J (2022) Parental smoking exposure before and during pregnancy and offspring attention-deficit/hyperactivity disorder risk: A Chinese child and adolescent cohort study. Front. Public Health 10:1017046

91- Huang L, Wang Y, Zhang L, et al. Maternal Smoking and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Offspring: A Meta-analysis. Pediatrics. 2018;141(1):e20172465.

92- Trane FE, Willcutt EG. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Academic Functioning: Reading, Writing, and Math Abilities in a Community Sample of Youth with and without ADHD. Res Child Adolesc Psychopathol. 2023;51(4):583-596.

93- Re, A. M., Caeran, M., & Cornoldi, C. (2008). Improving Expressive Writing Skills of Children Rated for ADHD Symptoms. Journal of Learning Disabilities, 41(6), 535-544.

94- Tamminga HGH, Reneman L, Huizenga HM, Geurts HM. Effects of methylphenidate on executive functioning in attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan: a meta-regression analysis. Psychol Med. 2016. Jul;46(9):1791–807.

95- Masi G, Manfredi A, Nieri G, Muratori P, Pfanner C, Milone A. A Naturalistic Comparison of Methylphenidate and Risperidone Monotherapy in Drug-Naive Youth With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Comorbid With Oppositional Defiant Disorder and Aggression. J Clin Psychopharmacol. 2017. Oct;37(5):590–4.

96- Masi G, Milone A, Manfredi A, Brovedani P, Pisano S, Muratori P. Combined pharmacotherapy-multimodal psychotherapy in children with Disruptive Behavior Disorders. Psychiatry Research. 2016. Apr;238:8–13.

97- Wang, Liang-Jen, Chen K., Huang, Yu-Shu.. Changes in Behaviour Symptoms of Patients with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder during Treatment: Observation from Different Informants. Psychiatry investigation. 2013;10. 1-7.

98- Wang LJ, Huang YS, Chiang YL, Hsiao CC, Shang ZY, Chen CK. Clinical symptoms and performance on the Continuous Performance Test in children with attention deficit hyperactivity disorder between subtypes: a natural follow-up study for 6 months. BMC Psychiatry. 2011;11:65.

99- Yıldız Öç Ö, Ağaoğlu B, Karakaya I, Şişmanlar ŞG, Çakın Memik N. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanılı Türk çocuklarında OROS-metilfenidatın etkinlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi. Anatolian Journal of Psychiatry 2010;11:44-50.

100- Ekinci O, Direk MÇ, Gunes S, et al. Short-term efficacy and tolerability of methylphenidate in children with traumatic brain injury and attention problems. Brain Dev. 2017;39(4):327-336.

101- Faraone SV, Buitelaar J. Comparing the efficacy of stimulants for ADHD in children and adolescents using meta-analysis. Eur Child Adolesc Psychiatry 2010;19:353–64.

102- Anastasi A. Psychological Testing. Sixth ed., New York: Macmillian Publishing Company, 1990, 125-137.

103- Soysal AŞ, İlden-Koçkar A, Erdoğan E, Şenol S, Gücüyener K. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan bir grup hastanın WISC-R profillerinin incelenmesi. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 2001; 9:205-212.

104- Erdoğan-Bakar, E., Soysal, Ş., Kiriş, N., Şahin, A.,Karakaş, S. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Değerlendirilmesinde Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği Geliştirilmiş Formunun Yeri [The Place of Wechsler Intelligence Scale for Children-

Revised in Assessment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder]. Klinik Psikiyatri Dergisi: The Journal of Clinical Psychiatry. 2005; 8(1), 5–17.

105- Evinç SG, Gençöz T. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanisi Alan Cocuklarin WISC-R Profillerinin, Farkli Bir Psikiyatrik Tani Alan ve Herhangi Bir Tanisi Olmayan Cocuklarla Karşilaştirilmasi [WISC-R profiles of children with attention deficit hyperactivity disorder: a comparative study]. Turk Psikiyatri Derg. 2007;18(2):109-117.

106- Krinzinger H, Hall CL, Groom MJ, et al. Neurological and psychiatric adverse effects of long-term methylphenidate treatment in ADHD: A map of the current evidence. Neurosci Biobehav Rev. 2019;107:945-968.

107- Becker S.P., Luebbe A.M., and Langberg J.M., Co-occurring mental health problems and peer functioning among youth with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A review and recommendations for future research. Clinical Child and Family Psychology Review, 2012. 15(4): p. 279–302.

108- Kok F.M.,. Problematic peer functioning in girls with ADHD: A systematic literature review. PloS one, 2016. 11(11): p. e0165119.

109- McQuade J.D., Peer functioning in adolescents with ADHD, in ADHD in adolescents: Development, assessment, and treatment, Becker S.P., Editor. 2020, The Guildford Press: New York. p. 128–147.

110- Ros R. and Graziano P.A., Social functioning in children with or at risk for attention deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 2018. 47(2): p. 213–235.

111- Bagwell C.L. Attention-deficit hyperactivity disorder and problems in peer relations: Predictions from childhood to adolescence. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2001. 40(11): p. 1285–1292.

112- Mrug S. Peer rejection and friendships in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Contributions to long-term outcomes. Journal of Abnormal Child Psychology, 2012. 40(6): p. 1013–1026.

113- Becker S.P., et al., Rates of peer victimization in young adolescents with ADHD and associations with internalizing symptoms and self-esteem. European Child & Adolescent Psychiatry, 2017. 26(2): p. 201–214.

114- Sciberras E., Ohan J., and Anderson V., Bullying and peer victimisation in adolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder. Child Psychiatry and Human Development, 2012. 43(2): p. 254–270.

115- Wiener J. and Mak M., Peer victimization in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Psychology in the Schools, 2009. 46(2): p. 116–131.

116- Chou W.-J., et al., Bullying victimization and perpetration and their correlates in adolescents clinically diagnosed with ADHD. Journal of Attention Disorders, 2018. 22(1): p. 25–34

117- Mikami A., The importance of friendship for youth with attention-deficit/hyperactivity disorder. Clinical Child and Family Psychology Review, 2010. 13(2): p. 181–198.

118- Hoza B., Peer functioning in children with ADHD. Journal of Pediatric Psychology, 2007. 32(6): p. 655.

119- Spender K, Chen YR, Wilkes-Gillan S, et al. The friendships of children and youth with attention-deficit hyperactivity disorder: A systematic review. PLoS One. 2023;18(8):e0289539.

120- Quinn PO. 100 Questions and Answers about Attention Deficit Hyperactivity Disorder in women and girls. Burlington, MA: Jones & Barlett Learning; 2010.

121- Quinn PO, Nadeau KG, Littman ED. Understanding girls with AD/HD. Silver Spring, MD: Advantage Books; 1999.

122- Biederman J, Petty CR, Evans M, Small J, Faraone SV. How persistent is ADHD? A controlled 10-year follow-up study of boys with ADHD. Psychiatry Res. 2010;177(3):299-304.

123- Ümit Bayın. Ergenlerde Affetme ve Algılanan Sosyal Destek. Sakarya Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Temmuz 2020.

124- Ustabaş, S. İlköğretim 8. sınıf öğrencilerinin saldırganlık ve algılanan sosyal destek düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ağustos 2011.

125- Diamantopoulou, S., Henricsson, L., Rydell, A.-M. ADHD symptoms and peer relations of children in a community sample: Examining associated problems, self-perceptions, and gender differences. International Journal of Behavioral Development. 2005; 29(5), 388–398.

126- Gaub, M., Carlson, C. L. Gender differences in ADHD: A metaanalysis and critical review. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1997;36, 1036–1045.

127- Greene, R. W., Biederman, J., Faraone, S. V.,et al. Social impairment in girls with ADHD: Patterns, gender comparisons, and correlates. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2001; 40, 704–710.

128- Hinshaw, S. P. Preadolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder: I. Background characteristics, comorbidity, cognitive and social functioning, and parenting practices. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2002; 70, 1086–1098.

129- Ogundele MO. Behavioural and emotional disorders in childhood: A brief overview for paediatricians. World J Clin Pediatr. 2018;7(1):9-26.

130- Başkak B, Çevik A. Somatizasyonun Kültürel Boyutları. Psychiatry in Türkiye. 2007; 9-1.

131- Çevik A., Avrupadaki Göçmen Türklerde Kimlik Sorunlarının Reaktivasyonu ve Bunun Kliniğe Yansıması: Yas, Kimlik Sorunları ve Somatizasyon, Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi. 1999; 1, 55-62.

132- Aliyev R, Tunç E. Ortaokul Öğrencilerinin Algılanan Sosyal Destek Düzeyi ve Benlik Algılarının İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Haziran 2017 21(2): 401-418.

133- Faradilla A. Social Skill Interventions on Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Parents and Peers Involvement. Advances in Social Science, Education and Humanities Research 2020; 395, 1-5.

134- Forner, C. B., Miranda, B. R., Fortea, I. B., Castellar, R. G., Diago, C. C., Casas, A. M. ADHD symptoms and peer problems: Mediation of executive function and theory of mind. Psicothema. 2017; 29(4), 514-519.

135- Evans, S. C., Cooley, J. L., Blossom, J. B., Pederson, C. A., Tampke, E. C.,Fite, P. J. Examining ODD/ADHD symptom dimensions as predictors of social, emotional, and academic trajectories in middle childhood. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 2019.

136- Cobb, S.. Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine. 1976; 38, 300–314.

137- Walker, O.C., Jr., Gilbert A. Churchill, Jr., Neil M. Ford.. Motivation and Performance in Industrial Selling: Present Knowledge and Needed Research. Journal of Marketing Research. 1977; 14, 156-68.

138- Emser TS, Christiansen H. Perceived social support in children and adolescents with ADHD. Res Dev Disabil. 2021;111:103863.

10. ÖZGEÇMİŞ

I. Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı: Aylin Çakır

Uyruğu: TC

Medeni Durumu: Evli

Görev Yeri: İzmir S.B.Ü. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Unvan: Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Asistan Doktor

Doğum Tarihi ve Yeri:

İş Adresi: Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İsmet Kaptan Mah. Sezer Doğan Sok. No:11 Konak/İZMİR

E-mail Adresi:

Yabancı Dili: İngilizce

II. Eğitimi

S.B.Ü. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Eğitimi, 2021-2025

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi 2014-2020

Aydın Adnan Menderes Anadolu Lisesi 2009-2013

Kuşadası Belkent İlköğretim Okulu 2001-2009

III. Mesleki Deneyimi

Uşak Merkez Toplum Sağlığı Merkezi - Pratisyen Hekim (Ekim 2020-Şubat 2021)

İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi EAH Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları - Asistan Doktor (2021- halen)

11. EKLER

11.1. EK-1: Etik kurul onayı

11.2. EK-2: Veri toplama formları

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		**Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Hastalarında Tedavi Alan ve Tedavi Almayan Grupların Arkadaşlarından Algıladıkları Sosyal Destek Açısından Değerlendirilmesi**
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		
ETİK KURUL PROTOKOL NUMARASI		907
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	S.B.Ü İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	İsmet Kaptan mahSezer Doğan sk.no:11 Konak/İZMİR 35210
	TELEFON	02324116000-2835
	FAKS	02324418207
	E-POSTA	buch.etikkurul@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	**Doç.Dr.Fatma Sibel DURAK**			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	S.B.Ü İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN FAZI VE TÜRÜ	FAZ 1 ☐			
		FAZ 2 ☐			
		FAZ 3 ☐			
		FAZ 4 ☐			
		Gözlemsel ilaç çalışması ☐			
		Tıbbi cihaz klinik araştırması ☐			
		İnvitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları ☐			
		İlaç dışı klinik araştırma ☐			
		Diğer ise belirtiniz:Gözlemsel çalışma			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	30.11.2023	1	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	30.11.2023	1	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	30.11.2023	1	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

	Belge Adı		Açıklama
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	SİGORTA	☐	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐	
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐	
	İLAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
	DİĞER:	☐	

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof.Dr. Demet CAN

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	**Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Hastalarında Tedavi Alan ve Tedavi Almayan Grupların Arkadaşlarından Algıladıkları Sosyal Destek Açısından Değerlendirilmesi**
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	
ETİK KURUL PROTOKOL NUMARASI	907
KARAR BİLGİLERİ — Karar No:2023/17-01	Tarih:.07.12.2023

Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oybirliği ile karar verilmiştir.
İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr. Demet CAN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Kat
Prof. Dr. Demet CAN	Pediatrik Allerji-İmmünoloji ve Çocuk Göğüs Hast..	S.B.Ü Dr.Behçet Uz Çoc. Hast. ve Cer. E.A.H.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐
Prof.Dr. Timur MEŞE	Çocuk Kardiyoloji	S.B.Ü Dr.Behçet Uz Çoc. Hast. ve Cer. E.A.H.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐
Prof. Dr. İlker DEVRİM	Çocuk Enfeksiyon Hast.	S.B.Ü Dr.Behçet Uz Çoc. Hast. ve Cer. E.A.H.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐
Prof. Dr. Nergiz DURMUŞ SÜTPİDELER	Farmakoloji	DokuzEylülÜniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐
Prof. Dr. Özlem YILMAZ	Fizyoloji	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐
Prof.Dr. Türkan GÜNAY	Halk Sağlığı	DokuzEylülÜniversitesiHalk Sağlığı	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐
Prof.Dr.Hasan AĞIN	Çocuk Yoğunbakım	S.B.Ü Dr.Behçet Uz Çoc. Hast. ve Cer. E.A.H.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐
Prof. Dr. Aycan ÜNALP	Çocuk Nörolojisi	S.B.Ü Dr.Behçet Uz Çoc. Hast. ve Cer. E.A.H.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐
Prof. Dr. Nida DİNÇEL	Çocuk Nefroloji	S.B.Ü Dr.Behçet Uz Çoc. Hast. ve Cer. E.A.H.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐
Prof. Dr .Tülin GÖKMEN YILDIRIM	Çocuk Neonatoloji	S.B.Ü Dr.Behçet Uz Çoc. Hast. ve Cer. E.A.H.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐
Prof.Dr.Hurşit APA	Çocuk Acil Tıp	S.B.Ü Dr.Behçet Uz Çoc. Hast. ve Cer. E.A.H.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐
Prof.Dr.Akgün ORAL	Çocuk Cerrahi	S.B.Ü Dr.Behçet Uz Çoc. Hast. ve Cer. E.A.H.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐
Prof.Dr.Nesrin GÜLEZ	Pediatrik Allerji-İmmünoloji	S.B.Ü Dr.Behçet Uz Çoc. Hast. ve Cer. E.A.H.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐
Baki OKAN	Avukat/Arabulucu	Serbest	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐
Yusuf SUSUZDERE	İnşaat Mühendisi	S.B.Ü Dr.Behçet Uz Çoc. Hast. ve Cer. E.A.H	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanı

T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
S.B.Ü İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi
Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Konu:Karar hk. /217 07.12.2023

Doç.Dr. Fatma Sibel DURAK

Kurulumuz tarafından 07.12.2023 tarihinde 907 protokol numarası ile görüşülen "**Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Hastalarında Tedavi Alan ve Tedavi Almayan Grupların Arkadaşlarından Algıladıkları Sosyal Destek Açısından Değerlendirilmesi**" isimli araştırmanıza ilişkin kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Ek:Etik Kurul Kararı

ÇOCUK HASTALARDA YAPILACAK OLAN

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (PROSPEKTİF ÇALIŞMALAR)

İÇİN "EBEVEYN" BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

[LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!] Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrasında özgür iradenizle vermeniz gerekmektedir.

1. ARAŞTIRMAYLA İLGİLİ BİLGİLER:

Araştırmanın Tıbbi Adı: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Hastalarında Tedavi Alan ve Tedavi Almayan Grupların Arkadaşlarından Algıladıkları Sosyal Destek Açısından Değerlendirilmesi

Araştırmanın kolay anlaşılır bir dilde, sağlık mesleği mensubu olmayan kişilere yönelik başlığı: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Hastalarında Tedavi Edilen ve Tedavi Edilmeyenlerin Arkadaşlardan Algıladıkları Sosyal Destek Açısından Değerlendirilmesi

Araştırmanın İçeriği: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olgularında Tedavi Alan ve Tedavi Almayanların Arkadaşlarından Algıladıkları Sosyal Desteğin Değerlendirilmesi

Araştırmanın Amacı: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olgularında Tedavi Alan ve Tedavi Almayanların Arkadaşlarından Algıladıkları Sosyal Desteğin Değerlendirilmesi

Araştırmanın Öngörülen Süresi: 12 ay

Araştırmaya Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 150

Araştırmada İzlenecek Uygulamalar ve Tedavi:

Polikliniğe başvuran 7-12 yaş kız ve erkek olgular arasında Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı alan ve çalışmayı kabul eden olgulara çocuk ve ergenlerdeki arkadaşlardan algılanan sosyal desteği değerlendirmeye yönelik klinisyen ve klinik psikolog tarafından test bataryası uygulanacaktır. Çocuğunuza çalışma hakkında anlayacağı şekilde sözlü bilgilendirme yapılacaktır

2. ARAŞTIRMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR(LAR):

Bu araştırmada sizin için beklenen yarar ebeveyn olarak psikolojik dayanıklılığınızın belirlenmesi ve çocuğunuzun yaşam kalitesi ve işlevselliğinin değerlendirilmesidir

3. GÖNÜLLÜNÜN UYGULAMA SIRASINDA KARŞILAŞABİLECEĞİ RİSKLER VE RAHATSIZLIKLAR:

Herhangi bir risk teşkil etmemektedir.

4. GÖNÜLLÜLER İÇİN ARAŞTIRMADAN BEKLENEN TIBBİ YARAR:

Bu araştırmada uygulanan tedavi ile çocuğunuzun hastalığı kontrol altına alınabilir ya da araştırma sonucunda elde edilen bilgilerle çocuğunuzun hastalığının tanısının konulması sağlanabilir. Ayrıca araştırmanın sonuçları başka insanların yararına kullanılabilir.

5. ÇALIŞMA HAKKINDA YENİ BİLGİLER ELDE EDİLİRSE NE OLACAK?

Araştırmaya katılmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek, araştırma konusuyla ilgili yeni bilgiler elde edildiğinde zamanında bilgilendirileceksiniz.

6. GEBELİK

…….... nin doğmamış fetüs ya da anne sütü emen çocuk için riskleri bilinmemektedir. Gebe ya da çocuk emziren kadınlar bu çalışmaya katılamazlar. En iyisi gönüllünün gebe olmadığından ve çalışma boyunca gebe kalmamaya niyetli olduğundan emin olmalısınız. Çocuk doğurma potansiyeli varsa çalışma doktoru sizinle uygun doğum kontrol yöntemlerini konuşacaktır. Çalışma sırasında gönüllünün gebe kaldığından şüphelenirseniz, hemen çalışma doktoruna haber vermelisiniz. Gönüllü gebe ise, izin alınmadan araştırmadan çıkarılacaktır.

7. ARAŞTIRMAYA SEÇENEK OLAN GİRİŞİMLER YA DA TEDAVİLER KONUSUNDA BİLGİLENDİRİLME

Bu araştırmada uygulanacak tetkik ve tedaviye yönelik girişimler dışında çocuğunuzun hastalığı ile ilgili bu yöntemden başka aşağıda belirttiğim alternatif yöntemler var ancak bu araştırmada uygulanmayacaktır.

8. ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILMA DURUMLARI

Uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız, gebelik veya çocuğunuzun çalışma ilacı ile ilgili bir yan etkiye maruz kalması veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle doktorunuz sizin izniniz olmadan çocuğunuzu çalışmadan çıkarabilir.

9. ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ GİDERLERİN KARŞILANMASI

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

10. ARAŞTIRMAYA KATILMA DURUMUNDA HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Çocuğunuzun bu araştırmada yer alması nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

11. ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN İRTİBAT

Uygulama süresi boyunca araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklar için, ya da araştırma dışı bir ilaç almak durumunda kaldığınızda aşağıdaki doktor ile irtibat kurabilirsiniz.

1. Doç. Dr. Fatma Sibel Durak 1.Telefon:

2. Dr. Aylin Yılmaz 2. Telefon:

12. ZARARLARIN KARŞILANMASI:

Çocuğunuz bu çalışmaya katıldığı için zarar görecek olursa, gerekli olan tıbbi bakım sorumlu araştırmacı / doktor tarafından yerine getirilecektir. Çalışma ilacı ya da uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür tıbbi zarara karşı masraflarınız sorumlu araştırmacı / doktor tarafından karşılanacaktır.

13. GÖNÜLLÜLÜK, ARAŞTIRMAYI REDDETME VE ARAŞTIRMADAN ÇEKİLME HAKKI, ÇALIŞMADAN ÇIKARILMA:

a. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Bu konuda size ve çocuğunuza şimdi veya çalışmanın herhangi bir aşamasında baskı ve zorlayıcı davranış uygulanmayacaktır.

b. Çocuğunuzun araştırmaya katılmasını reddetme hakkına sahipsiniz. Sorumlu araştırmacı / doktora haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğiniz anda bu çalışmadan çekilebilirsiniz. Çocuğunuzun bu çalışmaya katılmasını reddetmeniz ya da sonradan çekilmeniz halinde hiçbir sorumluluk altına girmeyeceksiniz. Bu durum şimdi ya da gelecekte çocuğunuzun gereksinim duyduğu tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyecektir.

d. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı / doktor ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmaliniz nedeniyle ya da almakta olduğunuz tıbbi bakımın kalitesini yükseltmek amacıyla, sizin onayınızı almadan çocuğunuzu çalışma kapsamından çıkarabilir.

14. GİZLİLİK Çalışma doktorunuz çocuğunuz ile ilgili kişisel bilgileri, araştırmayı ve istatiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır. Ancak çocuğunuzun kimlik bilgileri gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, çocuğunuz ile ilgili bilgileri Etik Kurullar ya da Resmi Makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, sonuçlar hakkında bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak çocuğunuzun kimliği açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili bir sorununuz olduğunda ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Fatma Sibel Durak

GÖREVİ : Sorumlu Araştırmacı

TELEFON :

(Katılımcı çocuğun ebeveyninin beyanı)

S.B.Ü. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları kliniğinde Doç. Dr. Fatma Sibel Durak tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum.

Çocuğumun araştırmaya katılması konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer çocuğumun çalışmaya katılmasını reddedersem, bu durumun çocuğumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkisine herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden verdiğim izni geri çekebilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma ile ilgili bir sorum olduğunda, *Doç. Dr. Fatma Sibel Durak'ı,* numaralı telefondan arayabileceğimi, S.B.Ü. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İsmet Kaptan Mh, Sezer Doğan Sokağı No:11, 35210 Konak/İzmir adresinden ulaşabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla, çocuğumun tedavisi sırasında elde edilen klinik /laboratuvar bulgularının söz konusu klinik araştırmada kullanılmasını gönüllü olarak kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

……

……

……
……..

Tarih:

Velisinin adı- soyadı:

Velisinin imzası:

Araştırıcınım

Adı-soyadı: Ünvanı Tarih:

Adres:

Tel:

İmza:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

ÖNEMLİ NOTLAR:

1. Aydınlatma ve katılımcının beyanı kesinlikle birbirlerinin devamı şeklinde olacaktır. Ayrı ayrı sayfalarda yer almayacaktır.
2. Hazırlanan bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun her sayfasında tarih, versiyon ve toplam sayfa sayısı üzerinden sayfa numarası olmalıdır. İmza sayfası dışındaki tüm sayfalarda gönüllü parafı bulunmalıdır.

T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

S.B.Ü. DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

ÇOCUK HASTALARDA YAPILACAK OLAN

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (PROSPEKTİF ÇALIŞMALAR)

İÇİN "9-18 YAŞ ÇOCUK" BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

[LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!] Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrasında özgür iradenizle vermeniz gerekmektedir.

1. ARAŞTIRMAYLA İLGİLİ BİLGİLER:

Araştırmanın Tıbbi Adı: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Hastalarında Tedavi Alan ve Tedavi Almayan Grupların Arkadaşlarından Algıladıkları Sosyal Destek Açısından Değerlendirilmesi

Araştırmanın kolay anlaşılır bir dilde, sağlık mesleği mensubu olmayan kişilere yönelik başlığı: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Hastalarında Tedavi Edilen ve Tedavi Edilmeyenlerın Arkadaşlarından Algıladıkları Sosyal Destek Açısından Değerlendirilmesi

Araştırmanın İçeriği: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olgularında Tedavi Alan ve Tedavi Almayanların Arkadaşlarından Algıladıkları Sosyal Desteğin Değerlendirilmesi

Araştırmanın Amacı: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olgularında Tedavi Alan ve Tedavi Almayanların Arkadaşlarından Algıladıkları Sosyal Desteğin Değerlendirilmesi

Araştırmanın Öngörülen Süresi: 12 ay

Araştırmaya Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 150

Araştırmada İzlenecek Uygulamalar ve Tedavi:

Polikliniğe başvuran 7-12 yaş kız ve erkek olgular arasında Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı alan ve çalışmayı kabul eden olgulara arkadaşlardan algılanan sosyal desteği değerlendirmeye yönelik klinisyen ve klinik psikolog tarafından test bataryası uygulanacaktır

2. ARAŞTIRMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR(LAR):

Bu araştırmada sizin için beklenen yarar okul, aile, ruhsal ve bedensel sağlık alanlarındaki işlevselliğinizin ve yaşam kalitenizin değerlendirilmesidir

3. GÖNÜLLÜNÜN UYGULAMA SIRASINDA KARŞILAŞABİLECEĞİ RİSKLER VE RAHATSIZLIKLAR:

Herhangi bir risk teşkil etmemektedir.

4. GÖNÜLLÜLER İÇİN ARAŞTIRMADAN BEKLENEN TIBBİ YARAR:

Bu araştırmada uygulanan tedavi ile hastalığın kontrol altına alınabilir ya da araştırma sonucunda elde edilen bilgilerle hastalığının tanısının konulması sağlanabilir. Ayrıca araştırmanın sonuçları başka insanların yararına kullanılabilir.

5. ÇALIŞMA HAKKINDA YENİ BİLGİLER ELDE EDİLİRSE NE OLACAK?

Araştırmaya katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek, araştırma konusuyla ilgili yeni bilgiler elde edildiğinde zamanında bilgilendirileceksiniz.

6. GEBELİK

…….... nin doğmamış fetüs ya da anne sütü emen çocuk için riskleri bilinmemektedir. Gebe ya da çocuk emziren kadınlar bu çalışmaya katılamazlar. En iyisi gebe olmadığından ve çalışma boyunca gebe kalmamaya niyetli olduğundan emin olmalısın. Çocuk doğurma potansiyelin varsa çalışma doktoru seninle uygun doğum kontrol yöntemlerini konuşacaktır. Çalışma sırasında gebe kaldığından şüphelenirsen, hemen çalışma doktoruna haber vermelisin. Gebe isen, iznin alınmadan araştırmadan çıkarılacaksın.

7. ARAŞTIRMAYA SEÇENEK OLAN GİRİŞİMLER YA DA TEDAVİLER KONUSUNDA BİLGİLENDİRİLME

Bu araştırmada uygulanacak tetkik ve tedaviye yönelik girişimler dışında hastalığınla ilgili bu yöntemden başka aşağıda belirttiğim alternatif yöntemler var ancak bu araştırmada uygulanmayacaktır. Eğer bu çalışmaya katılmasını kabul etmezsen aşağıda sözü edilen öteki tedavileri alma hakkına sahipsin.

8. ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILMA DURUMLARI

Uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemen, çalışma programını aksatman, gebelik veya çalışma ilacı ile ilgili bir yan etkiye maruz kalman veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle doktorun senin iznin olmadan seni çalışmadan çıkarabilir.

9. ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ GİDERLERİN KARŞILANMASI

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları sana veya güvencesi altında bulunduğun resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

10. ARAŞTIRMAYA KATILMA DURUMUNDA HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer alman nedeniyle sana hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

11. ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN İRTİBAT

Uygulama süresi boyunca araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklar için ya da araştırma dışı bir ilaç almak durumunda kaldığında aşağıdaki doktor ile irtibat kurabilirsiniz.

1. Doç. Dr. Fatma Sibel Durak 1.Telefon:

2. Dr. Aylin Yılmaz 2. Telefon:

12. ZARARLARIN KARŞILANMASI:

Bu çalışmaya katıldığın için zarar görecek olursan, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı / doktor tarafından yerine getirilecektir. Çalışma ilacı ya da uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür tıbbi zarara karşı masrafların sorumlu araştırmacı / doktor tarafından karşılanacaktır.

13. GÖNÜLLÜLÜK, ARAŞTIRMAYI REDDETME VE ARAŞTIRMADAN ÇEKİLME HAKKI, ÇALIŞMADAN ÇIKARILMA:

a. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Bu konuda sana şimdi veya çalışmanın herhangi bir aşamasında baskı ve zorlayıcı davranış uygulanmayacaktır.

b. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahipsin. Sorumlu araştırmacı / doktora haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğin anda bu çalışmadan çekilebilirsin. Bu çalışmaya katılmayı reddetmen ya da sonradan çekilmen halinde hiçbir sorumluluk altına girmeyeceksin. Bu durum şimdi ya da gelecekte senin gereksinim duyduğu tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyecektir.

d. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı / doktor ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmalin nedeniyle ya da almakta olduğun tıbbi bakımın kalitesini yükseltmek amacıyla, onayını almadan seni çalışma kapsamından çıkarabilir.

14. GİZLİLİK Çalışma doktorun kişisel bilgilerini, araştırmayı ve istatiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır. Ancak kimlik bilgilerini gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, bilgilerini Etik Kurullar ya da Resmi Makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, sonuçlar hakkında bilgi istemeye hakkın vardır. Çalışma sonuçları tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğin açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili bir sorunun olduğunda ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksinim duyduğunda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geç.

ADI : Fatma Sibel Durak

GÖREVİ : Sorumlu Araştırmacı

TELEFON :

(Katılımcı çocuğun beyanı)

S.B.Ü. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları kliniğinde Doç. Dr. Fatma Sibel Durak tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer çalışmaya katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden verdiğim izni geri çekebilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma ile ilgili bir sorum olduğunda, *Doç. Dr. Fatma Sibel Durak'ı,* numaralı telefondan arayabileceğimi, S.B.Ü. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İsmet Kaptan Mh, Sezer Doğan Sokağı No:11, 35210 Konak/İzmir adresinden ulaşabileceğimi biliyorum

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla, tedavim sırasında elde edilen klinik /laboratuvar bulgularının söz konusu klinik araştırmada kullanılmasını gönüllü olarak kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

……
……
……
……..

Tarih:

Velisinin adı- soyadı:

Velisinin imzası:

Araştırıcının

Adı-soyadı, Ünvanı Tarih:

Adres:

Tel:

İmza:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

S.B.Ü. DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

SAĞLIKLI ÇOCUKLARDA YAPILACAK OLAN

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (PROSPEKTİF ÇALIŞMALAR)

İÇİN "EBEVEYN" BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!] Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrasında özgür iradenizle vermeniz gerekmektedir.

1. ARAŞTIRMAYLA İLGİLİ BİLGİLER:

Araştırmanın Tıbbi Adı: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Hastalarında Tedavi Alan ve Tedavi Almayan Grupların Arkadaşlarından Algıladıkları Sosyal Destek Açısından Değerlendirilmesi

Araştırmanın kolay anlaşılır bir dilde, sağlık mesleği mensubu olmayan kişilere yönelik başlığı: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Hastalarında Tedavi Edilen ve Tedavi Edilmeyenlerin Arkadaşlardan Algıladıkları Sosyal Destek Açısından Değerlendirilmesi

Araştırmanın İçeriği: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olgularında Tedavi Alan ve Tedavi Almayanların Arkadaşlarından Algıladıkları Sosyal Desteğin Değerlendirilmesi

Araştırmanın Amacı: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olgularında Tedavi Alan ve Tedavi Almayanların Arkadaşlarından Algıladıkları Sosyal Desteğin Değerlendirilmesi

Araştırmanın Öngörülen Süresi: 12 ay

Araştırmaya Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 150

Araştırmada İzlenecek Uygulamalar ve Tedavi:

Polikliniğe başvuran 7-12 yaş kız ve erkek olgular arasında Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı alan ve çalışmayı kabul eden olgulara arkadaşlardan algılanan sosyal desteği

değerlendirmeye yönelik klinisyen ve klinik psikolog tarafından test bataryası uygulanacaktır. Çocuğunuza çalışma hakkında anlayacağı şekilde sözlü bilgilendirme yapılacaktır

2. ARAŞTIRMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR(LAR):

Bu araştırmada sizin için beklenen yarar ebeveyn olarak psikolojik dayanıklılığınızın belirlenmesi ve çocuğunuzun yaşam kalitesi ve işlevselliğinin değerlendirilmesidir

3. GÖNÜLLÜNÜN UYGULAMA SIRASINDA KARŞILAŞABİLECEĞİ RİSKLER VE RAHATSIZLIKLAR:

Herhangi bir risk teşkil etmemektedir.

4. GÖNÜLLÜLER İÇİN ARAŞTIRMADAN BEKLENEN TIBBİ YARAR:

Bu araştırmada uygulanan tedavi ile çocuğunuzun hastalığı kontrol altına alınabilir ya da araştırma sonucunda elde edilen bilgilerle çocuğunuzun hastalığının tanısının konulması sağlanabilir. Ayrıca araştırmanın sonuçları başka insanların yararına kullanılabilir.

5. ÇALIŞMA HAKKINDA YENİ BİLGİLER ELDE EDİLİRSE NE OLACAK?

Araştırmaya katılmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek, araştırma konusuyla ilgili yeni bilgiler elde edildiğinde zamanında bilgilendirileceksiniz.

6. GEBELİK

…….... nin doğmamış fetüs ya da anne sütü emen çocuk için riskleri bilinmemektedir. Gebe ya da çocuk emziren kadınlar bu çalışmaya katılamazlar. En iyisi gönüllünün gebe olmadığından ve çalışma boyunca gebe kalmamaya niyetli olduğundan emin olmalısınız. Çocuk doğurma potansiyeli varsa çalışma doktoru sizinle uygun doğum kontrol yöntemlerini konuşacaktır. Çalışma sırasında gönüllünün gebe kaldığından şüphelenirseniz, hemen çalışma doktoruna haber vermelisiniz. Gönüllü gebe ise, izin alınmadan araştırmadan çıkarılacaktır.

7. ARAŞTIRMAYA SEÇENEK OLAN GİRİŞİMLER YA DA TEDAVİLER KONUSUNDA BİLGİLENDİRİLME

Bu araştırmada uygulanacak tetkik ve tedaviye yönelik girişimler dışında çocuğunuzun hastalığı ile ilgili bu yöntemden başka aşağıda belirttiğim alternatif yöntemler var ancak bu araştırmada uygulanmayacaktır.

8. ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILMA DURUMLARI

Uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız, gebelik veya çocuğunuzun çalışma ilacı ile ilgili bir yan etkiye maruz kalması veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle doktorunuz sizin izniniz olmadan çocuğunuzu çalışmadan çıkarabilir.

9. ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ GİDERLERİN KARŞILANMASI

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

10. ARAŞTIRMAYA KATILMA DURUMUNDA HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Çocuğunuzun bu araştırmada yer alması nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

11. ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN İRTİBAT

Uygulama süresi boyunca araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklar için, ya da araştırma dışı bir ilaç almak durumunda kaldığınızda aşağıdaki doktor ile irtibat kurabilirsiniz.

1. Doç. Dr. Fatma Sibel Durak 1.Telefon:

2. Dr. Aylin Yılmaz 2. Telefon:

12. ZARARLARIN KARŞILANMASI:

Çocuğunuz bu çalışmaya katıldığı için zarar görecek olursa, gerekli olan tıbbi bakım sorumlu araştırmacı / doktor tarafından yerine getirilecektir. Çalışma ilacı ya da uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür tıbbi zarara karşı masraflarınız sorumlu araştırmacı / doktor tarafından karşılanacaktır.

13. GÖNÜLLÜLÜK, ARAŞTIRMAYI REDDETME VE ARAŞTIRMADAN ÇEKİLME HAKKI, ÇALIŞMADAN ÇIKARILMA:

a. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Bu konuda size ve çocuğunuza şimdi veya çalışmanın herhangi bir aşamasında baskı ve zorlayıcı davranış uygulanmayacaktır.

b. Çocuğunuzun araştırmaya katılmasını reddetme hakkına sahipsiniz. Sorumlu araştırmacı / doktora haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğiniz anda bu çalışmadan çekilebilirsiniz. Çocuğunuzun bu çalışmaya katılmasını reddetmeniz ya da sonradan çekilmeniz halinde hiçbir sorumluluk altına girmeyeceksiniz. Bu durum şimdi ya da gelecekte çocuğunuzun gereksinim duyduğu tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyecektir.

d. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı / doktor ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmaliniz nedeniyle ya da almakta olduğunuz tıbbi bakımın kalitesini yükseltmek amacıyla, sizin onayınızı almadan çocuğunuzu çalışma kapsamından çıkarabilir.

14. GİZLİLİK Çalışma doktorunuz çocuğunuz ile ilgili kişisel bilgileri, araştırmayı ve istatiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır. Ancak çocuğunuzun kimlik bilgileri gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, çocuğunuz ile ilgili bilgileri Etik Kurullar ya da Resmi Makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, sonuçlar hakkında bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak çocuğunuzun kimliği açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili bir sorununuz olduğunda ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Fatma Sibel Durak

GÖREVİ : Sorumlu Araştırmacı

TELEFON :

(Katılımcı çocuğun ebeveyninin beyanı)

S.B.Ü. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları kliniğinde Doç. Dr. Fatma Sibel Durak tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum.

Çocuğumun araştırmaya katılması konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer çocuğumun çalışmaya katılmasını reddedersem, bu durumun çocuğumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkisine herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden verdiğim izni geri çekebilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma ile ilgili bir sorum olduğunda, *Doç. Dr. Fatma Sibel Durak'ı* numaralı telefondan arayabileceğimi, S.B.Ü. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İsmet Kaptan Mh, Sezer Doğan Sokağı No:11, 35210 Konak/İzmir adresinden ulaşabileceğimi biliyorum

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla, çocuğumun tedavisi sırasında elde edilen klinik /laboratuvar bulgularının söz konusu klinik araştırmada kullanılmasını gönüllü olarak kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

……
……
……
……..

Tarih:

Velisinin adı- soyadı:

Velisinin imzası:

Araştırıcının Adı-soyadı/ünvanı Tarih:

Adres:

Tel:

İmza:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

ÖNEMLİ NOTLAR:

3. Aydınlatma ve katılımcının beyanı kesinlikle birbirlerinin devamı şeklinde olacaktır. Ayrı ayrı sayfalarda yer almayacaktır.
4. Hazırlanan bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun her sayfasında tarih, versiyon ve toplam sayfa sayısı üzerinden sayfa numarası olmalıdır. İmza sayfası dışındaki tüm sayfalarda gönüllü parafı bulunmalıdır.

T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

S.B.Ü. DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

SAĞLIKLI ÇOCUKLARDA YAPILACAK OLAN

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (PROSPEKTİF ÇALIŞMALAR)

İÇİN "9-18 YAŞ ÇOCUK" BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

[LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!] Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrasında özgür iradenizle vermeniz gerekmektedir.

1. ARAŞTIRMAYLA İLGİLİ BİLGİLER:

Araştırmanın Tıbbi Adı: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Hastalarında Tedavi Alan ve Tedavi Almayan Grupların Arkadaşlarından Algıladıkları Sosyal Destek Açısından Değerlendirilmesi

Araştırmanın kolay anlaşılır bir dilde, sağlık mesleği mensubu olmayan kişilere yönelik başlığı: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Hastalarında Tedavi Edilen ve Tedavi Edilmeyenlerin Arkadaşlardan Algıladıkları Sosyal Destek Açısından Değerlendirilmesi

Araştırmanın İçeriği: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olgularında Tedavi Alan ve Tedavi Almayanların Arkadaşlarından Algıladıkları Sosyal Desteğin Değerlendirilmesi

Araştırmanın Amacı: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olgularında Tedavi Alan ve Tedavi Almayanların Arkadaşlarından Algıladıkları Sosyal Desteğin Değerlendirilmesi

Araştırmanın Öngörülen Süresi: 12 ay

Araştırmaya Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 150

Araştırmada İzlenecek Uygulamalar ve Tedavi:

Polikliniğe başvuran 7-12 yaş kız ve erkek olgular arasında Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı alan ve çalışmayı kabul eden olgulara arkadaşlardan algılanan sosyal desteği değerlendirmeye yönelik klinisyen ve klinik psikolog tarafından test bataryası uygulanacaktır

2. ARAŞTIRMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR(LAR):

Bu araştırmada sizin için beklenen yarar okul, aile, ruhsal ve bedensel sağlık alanlarındaki işlevselliğinizin ve yaşam kalitenizin değerlendirilmesidir

3. GÖNÜLLÜNÜN UYGULAMA SIRASINDA KARŞILAŞABİLECEĞİ RİSKLER VE RAHATSIZLIKLAR:

- Herhangi bir risk teşkil etmemektedir.

4. GÖNÜLLÜLER İÇİN ARAŞTIRMADAN BEKLENEN TIBBİ YARAR:

Bu araştırmada uygulanan tedavi ile hastalığın kontrol altına alınabilir ya da araştırma sonucunda elde edilen bilgilerle hastalığının tanısının konulması sağlanabilir. Ayrıca araştırmanın sonuçları başka insanların yararına kullanılabilir.

5. ÇALIŞMA HAKKINDA YENİ BİLGİLER ELDE EDİLİRSE NE OLACAK?

Araştırmaya katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek, araştırma konusuyla ilgili yeni bilgiler elde edildiğinde zamanında bilgilendirileceksiniz.

6. GEBELİK

…….... nin doğmamış fetüs ya da anne sütü emen çocuk için riskleri bilinmemektedir. Gebe ya da çocuk emziren kadınlar bu çalışmaya katılamazlar. En iyisi gebe olmadığından ve çalışma boyunca gebe kalmamaya niyetli olduğundan emin olmalısın. Çocuk doğurma potansiyelin varsa çalışma doktoru seninle uygun doğum kontrol yöntemlerini konuşacaktır. Çalışma sırasında gebe kaldığından şüphelenirsen, hemen çalışma doktoruna haber vermelisin. Gebe isen, iznin alınmadan araştırmadan çıkarılacaksın.

7. ARAŞTIRMAYA SEÇENEK OLAN GİRİŞİMLER YA DA TEDAVİLER KONUSUNDA BİLGİLENDİRİLME

Bu araştırmada uygulanacak tetkik ve tedaviye yönelik girişimler dışında hastalığınla ilgili bu yöntemden başka aşağıda belirttiğim alternatif yöntemler var ancak bu araştırmada uygulanmayacaktır. Eğer bu çalışmaya katılmasını kabul etmezsen aşağıda sözü edilen öteki tedavileri alma hakkına sahipsin.

-

8. ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILMA DURUMLARI

Uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemen, çalışma programını aksatman, gebelik veya çalışma ilacı ile ilgili bir yan etkiye maruz kalman veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle doktorun senin iznin olmadan seni çalışmadan çıkarabilir.

9. ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ GİDERLERİN KARŞILANMASI

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları sana veya güvencesi altında bulunduğun resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

10. ARAŞTIRMAYA KATILMA DURUMUNDA HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer alman nedeniyle sana hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

11. ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN İRTİBAT

Uygulama süresi boyunca araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklar için ya da araştırma dışı bir ilaç almak durumunda kaldığında aşağıdaki doktor ile irtibat kurabilirsiniz.

1. Doç.Dr. Fatma Sibel Durak 1.Telefon:

2. Dr. Aylin Yılmaz 2. Telefon:

12. ZARARLARIN KARŞILANMASI:

Bu çalışmaya katıldığın için zarar görecek olursan, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı / doktor tarafından yerine getirilecektir. Çalışma ilacı ya da uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür tıbbi zarara karşı masrafların sorumlu araştırmacı / doktor tarafından karşılanacaktır.

13. GÖNÜLLÜLÜK, ARAŞTIRMAYI REDDETME VE ARAŞTIRMADAN ÇEKİLME HAKKI, ÇALIŞMADAN ÇIKARILMA:

a. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Bu konuda sana şimdi veya çalışmanın herhangi bir aşamasında baskı ve zorlayıcı davranış uygulanmayacaktır.

b. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahipsin. Sorumlu araştırmacı / doktora haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğin anda bu çalışmadan çekilebilirsin. Bu çalışmaya katılmayı reddetmen ya da sonradan çekilmen halinde hiçbir sorumluluk altına girmeyeceksin. Bu durum şimdi ya da gelecekte senin gereksinim duyduğu tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyecektir.

d. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı / doktor ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmalin nedeniyle ya da almakta olduğun tıbbi bakımın kalitesini yükseltmek amacıyla, onayını almadan seni çalışma kapsamından çıkarabilir.

14. GİZLİLİK Çalışma doktorun kişisel bilgilerini, araştırmayı ve istatiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır. Ancak kimlik bilgilerini gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, bilgilerini Etik Kurullar ya da Resmi Makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, sonuçlar hakkında bilgi istemeye hakkın vardır. Çalışma sonuçları tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğin açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili bir sorunun olduğunda ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksinim duyduğunda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geç.

ADI : Fatma Sibel Durak

GÖREVİ : Sorumlu Araştırmacı

TELEFON :

(Katılımcı çocuğun beyanı)

S.B.Ü. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları kliniğinde Doç. Dr. Fatma Sibel Durak tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer çalışmaya katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden verdiğim izni geri çekebilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma ile ilgili bir sorum olduğunda , *Doç. Dr. Fatma Sibel Durak'ı,* numaralı telefondan arayabileceğimi, S.B.Ü. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İsmet Kaptan Mh, Sezer Doğan Sokağı No:11, 35210 Konak/İzmir adresinden ulaşabileceğimi biliyorum

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla, tedavim sırasında elde edilen klinik /laboratuvar bulgularının söz konusu klinik araştırmada kullanılmasını gönüllü olarak kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

……
……
……
…….

Tarih:

Velisinin adı- soyadı:

Velisinin imzası:

Araştırıcının

Adı-soyadı, ünvanı Tarih:

Adres:

Tel:

İmza:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

S.B.Ü. DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

ÇOCUK PSİKİYATRİSİ SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

ÇOCUĞUN;

Adı soyadı:

Görüşme tarihi:

Doğum tarihi (yaşı):

Oturduğu yer (il/ilçe):

Cinsiyeti: ☐ Kız ☐ Erkek

Doğduğu yer:

Okulu:

Sınıfı:

Kilo:

Boy:

ANNENİN;

Yaşı:

Eğitim Durumu:
☐ Okuryazar değil
☐ İlkokul mezunu
☐ Ortaokul mezunu
☐ Lise mezunu
☐ Üniversite mezunu

Çalışma durumu: ☐ Çalışmıyor ☐ Çalışıyor ☐ Emekli

Mesleği:

Psikiyatrik başvuru: ☐ Yok ☐ Var

Psikiyatrik tanı: ☐ Yok ☐ Var

Psikiyatrik tedavi:
☐ Hiç almamış
☐ Eskiden almış
☐ Tedavi almakta

Tıbbi rahatsızlık: ☐ Yok ☐ Var

BABANIN;

Yaşı:

Eğitim Durumu: ☐ Okuryazar değil
☐ İlkokul mezunu
☐ Ortaokul mezunu
☐ Lise mezunu
☐ Üniversite mezunu

Çalışma durumu: ☐ Çalışmıyor ☐ Çalışıyor ☐ Emekli

Mesleği:

Psikiyatrik başvuru: ☐ Yok ☐ Var

Psikiyatrik tanı: ☐ Yok ☐ Var

Psikiyatrik tedavi: ☐ Hiç almamış
☐ Eskiden almış
☐ Tedavi almakta

Tıbbi rahatsızlık: ☐ Yok ☐ Var

Anne-Baba: ☐ Birlikte
☐ Resmen boşanmış
☐ Ayrı yaşıyorlar
☐ Eş kaybı

Anne-Baba arasında akrabalık: ☐ Yok ☐ Var

Ailenin aylık net geliri: ☐ Asgari ücret veya altında
☐ Asgari ücretin üzerinde

Oturduğunuz ev kira mı? ☐ Hayır ☐ Evet

Çocuk sayısı:

Ailenin kaçıncı çocuğu olduğu:

Evde anne - baba - çocuk dışında yaşayan(lar): ☐ Yok ☐ Var

Aile apartmanında mı oturuyorsunuz: ☐ Hayır ☐ Evet

Gebelik sırasında ilaç kullanımı var mı? ☐ Hayır ☐ Evet

Gebelik sırasında sigara kullanımı var mı? ☐ Hayır ☐ Evet

Gebelik sırasında alkol kullanımı var mı? ☐ Hayır ☐ Evet

Gebelik sırasında ışına maruziyet var mı? ☐ Hayır ☐ Evet

İstenen bir gebelik miydi? ☐ Hayır ☐ Evet

Doğum şekli: ☐ Normal doğum ☐ Sezeryan

Doğum haftası:
☐ Çok Erken (<34 hafta)
☐ Erken(34-38 hafta)
☐ Normal(38-42 hafta)
☐ Geç (>42 hafta)

Doğum ağırlığı:

Doğumda veya doğum sonrasında:
☐ Problem yok
☐ Oksijensiz kalma
☐ Morarma
☐ Yeni doğan sarılığı
☐ Kuvöz bakımı
☐ Yoğun bakım
☐ Uzamış sarılık

Anne sütü aldı mı? ☐ Hayır ☐ Evet (süre belirtiniz.....)

Ek gıdaya ne zaman geçildi? (süre belirtiniz.....)

Ek gıdaya geçişte problem yaşandı mı? ☐ Hayır ☐ Evet

Ne zaman yürüdü:

Ne zaman konuştu:

İlk kelime ne zaman:

İlk cümle ne zaman:

Ne zaman tuvalet eğitimini tamamladı:

Kronik hastalık: ☐ Yok ☐ Var

Geniz eti tanısı: ☐ Yok ☐ Var

Kronik bademcik enfeksiyonu varlığı: ☐ Yok ☐ Var

Kafa travması öyküsü: ☐ Yok ☐ Var

Bilinç kaybı öyküsü: ☐ Yok ☐ Var

Hastane yatışı: ☐ Yok ☐ Var

Epilepsi tanısı: ☐ Yok ☐ Var

Allerji öyküsü: ☐ Yok ☐ Var (Belirtiniz.....)

İlaç kullanımı: ☐ Yok ☐ Var (Belirtiniz.....)

Ameliyat öyküsü: ☐ Yok ☐ Var (Belirtiniz.....)

Kronik horlama: ☐ Yok ☐ Var

Yaşam stili soruları:

Sizce yeterli ve dengeli besleniyor mu? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bazen

Günde kaç ana öğün yemek yer? ..... öğün

Genellikle ne tür yemek yemeyi tercih eder? ☐ Tabldot
☐ Fastfood
☐ Ev yemeği
☐ Diğer

Düzenli olarak fiziksel aktivite/egzersiz/spor yapar mı? ☐ Hayır ☐ Evet

Cevabınız evet ise hangi aktiviteleri yapıyor?

Haftada ortalama kaç saat yapıyor?

Ekran maruziyeti:

Günde kaç saat televizyon izler?

Evde bilgisayar var mı? ☐ Hayır ☐ Evet

Günde kaç saatini bilgisayar karşısında geçirir?

Bakım vereni kim? (süre belirtiniz) ☐ Anne (……)

☐ Anneanne/Babaanne (……)

☐ Bakıcı (……)

☐ Baba (……)

☐ Komşu (……)

☐ Gündüz bakım evi (……)

Okul öncesi eğitim aldı mı? (aldıysa süre belirtiniz) ☐ Hayır ☐ Evet (……)

Okuma yazmayı ne zaman öğrendi? ☐ Okuma-yazmaya geçemedi

☐ 1. sınıf ilk dönem

☐ 1. sınıf ikinci dönem

ÖĞRENCİNİN ADI SOYADI:	EV ADRESİNİZ VE TEL NO:	ANNE-BABANIN İŞİ, EĞİTİMİ VE YAŞI: BABANIN İŞİ: TEL NO: EĞİTİMİ: YAŞI: ANNENİN İŞİ: TEL NO: EĞİTİMİ: YAŞI:
CİNSİYETİ: ( ) ERKEK ( ) KIZ	YAŞI:	
BUGÜNÜN TARİHİ: AY GÜN YIL	ÇOCUĞUN DOĞUM TARİHİ: AY GÜN YIL	FORMU DOLDURAN ( ) Sınıf öğretmeni(adı) ( ) Rehber öğretmen ( ) DİĞER
OKULUN ADI: SINIFI: OKULA DEVAM ETMİYOR: ( )	Çocuğunuzun davranışları ile ilgili bu formu lütfen görüşlerinize yansıtacak biçimde yanıtlayınız. Her bir madde ile ilgili bilgi verebilir ve ikinci sayfadaki boşlukları yanıtlayınız. Teşekkürlerimizle	

I. ÇOCUĞUNUZUN YAPMAKTAN EN ÇOK HOŞLANDIĞI SPORLARI SIRALAYINIZ. (Örneğin: Yüzme, futbol, basketbol, Voleybol, atletizm, bisiklete binme, güreş, balık tutma, taekwondo, Jimnastik gibi.)

( ) HİÇBİRİ

	Yaptıklarına oranla çocuğunuz her birine ne kadar zaman ayırır?				Yaptıklarına oranla çocuğunuz her birinde ne kadar başarılıdır?			
	Bilmiyorum	Normalden az	Normal	Normalden fazla	Bilmiyorum	Normalden az	Normal	Normalden fazla
a.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
b.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
c.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )

II. ÇOCUĞUNUZUN SPOR DIŞINDAKİ İLGİ ALANLARI UĞRAŞ, OYUN VE AKTİVİTELERİNİ SIRALAYINIZ Örneğin: pul, bebek, araba, müzik aleti çalmak (Radyo dinlemeyi ve televizyon izlemeyi kastmıyoruz.)

( ) HİÇBİRİ

	Yaptıklarına oranla çocuğunuz her birine ne kadar zaman ayırır?				Yaptıklarına oranla çocuğunuz her birinde ne kadar başarılıdır?			
	Bilmiyorum	Normalden az	Normal	Normalden fazla	Bilmiyorum	Normalden az	Normal	Normalden fazla
a.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
b.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
c.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )

III. ÇOCUĞUNUZUN ÜYESİ OLDUĞU KULÜP, TAKIM YA DA GRUPLARI SIRALAYINIZ. (Spor, müzik, izlik folklor gibi)

( ) HİÇBİRİ

	Yaptıklarına oranla çocuğunuz her birinde ne kadar aktiftir?			
	Bilmiyorum	Az aktif	Normal	Çok aktif
a.	( )	( )	( )	( )
b.	( )	( )	( )	( )
c.	( )	( )	( )	( )

IV. ÇOCUĞUNUZ EVDE YA DA EV DIŞINDA YAPTIĞI İŞLERİ SIRALAYINIZ. Örneğin: gazete alma, bakkala gitme, Pazara gitme, elektrik ve fırınını yakma, çocuk bakımı, yatak düzeltme, Sofra kurma, bir dükkanda çalışma gibi ödeme yapılan ve yapılmayan Her türlü işleri katınız.

( ) HİÇBİRİ

	Yaptıklarına oranla her birini ne kadar başarı ile yapar?			
	Bilmiyorum	Normalden az	Normal	Normalden fazla
a.	( )	( )	( )	( )
b.	( )	( )	( )	( )
c.	( )	( )	( )	( )

V. 1. Çocuğunuzun yaklaşık olarak kaç tane yakın arkadaşı vardır(kardeşlerini katmayınız)

Hiç yok ( ) 1 ( ) 2 ya da 3 ( ) 4 ya da fazla ( )

2. Çocuğunuz okul dışı zamanlarda haftada kaç kez Arkadaşları ile birlikte olur.(kardeşlerini katmayınız.)

1 den az ( ) 1 yada 2 ( ) 3 ya da daha fazla ( )

VI. Yaşıtlarına oranla çocuğunuzun:

	Kötü	Normal Sayılır	Oldukça iyidir	Kardeşi yoktur
a. Kardeşleri ile arası nasıldır?	( )	( )	( )	( )
b. Diğer çocuklarla arası nasıldır?	( )	( )	( )	
c. Anababasına karşı davranışı nasıldır?	( )	( )	( )	
d. Kendi başına oyun oynaması ve iş yapması nasıldır?	( )	( )	( )	

VII. 1. Çocuğunuzun okul başarısı nasıldır? (6 yaş ve yukarısı için) Çocuğunuz Okula gitmiyorsa lütfen nedenini belirtiniz.....

	Başarısız	Orta	Başarılı	Çok başarılı
a. Okuma-yazma Türkçe	( )	( )	( )	( )
b. Hayat Bilgisi, Sosyal Bilgiler	( )	( )	( )	( )
c. Aritmetik	( )	( )	( )	( )
d. Fen Bilgisi	( )	( )	( )	( )

2. Çocuğunuz alt özel sınıf yada bir özel eğitim kurumunda okuyor mu?

( ) Hayır ( ) Evet- Ne tür bir sınıf ya da okul? .....

3. Çocuğunuz hiç sınıfta kaldı mı?

( ) Hayır ( ) Evet- Kaçıncı sınıfta ve nedeni? .....

4. Çocuğunuzun okulda ders ya da ders dışı sorunları oldu mu?

( ) Hayır ( ) Evet- Açıklayınız .....

.....

Bu sorunlar ne zaman başladı ?
Sorunlar bitti mi?
( ) Hayır ( ) Evet-ne zaman

5. Çocuğunuzun herhangi bir hastalığı, fiziksel rahatsızlığı ya da zihinsel özürü var mıdır?

( ) Hayır ( ) Evet- Açıklayınız .....

6. Çocuğunuzun sizi en çok üzen, kaygılandıran özellikleri nelerdir?

.....
.....
.....
.....

7. Çocuğunuzun en beğendiğiniz özelliklerini belirtiniz.

.....
.....
.....

Aşağıda çocukların özelliklerini tanımlayan bir dizi madde bulunmaktadır. Her bir madde çocuğunuzun şu anki ya dason 6 ay içindeki durumunu belirtmektedir. Bu madde çocuğunuz için çok ya da sıklıkla doğru ise 2, bazen ya da biraz doğru ise 1, hiç doğru değilse 0 sayılarını yuvarlak içine alınız. Lütfen tüm maddeleri işaretlemeye çalışınız.

0 Doğru değil (bildiğiniz kadarıyla) 1 Bazen ya da biraz doğru 2 Çok ya da sıklıkla doğru

0 1 2 1 Yaşından daha küçük bir çocuk gibi davranıyor.

0 1 2 2 Alerjisi vardır. (Yeme, koklama ile, tozlu bir yerde bulunmakta kaşıntı, döküntü, göz yaşarması vs. olması)

0 1 2 3 Çok tartışır.

0 1 2 4 Astım (nefes darlığı) vardır.

0 1 2 5 Karşı cinsten biri gibi davranır.

0 1 2 6 Kakasını tuvaletten başka yerlere yapar.

0 1 2 7 Övünür, yüksekten atar, hava yapar.

0 1 2 8 Dikkatini uzun süre bir konu üzerinde toplayamaz.

0 1 2 9 Bazı düşünceleri kafasına takar ve bunları aklından çıkarmaz (açıklayınız).

0 1 2 10 Yerinde rahat duramaz çok hareketlidir.

0 1 2 11 Yetişkinlerin dizinin dibinden ayrılmaz, onlara çok bağımlıdır.

0 1 2 12 Yalnızlıktan yakınır.

0 1 2 13 Kafası karışıktır, şaşkın görünür.

0 1 2 14 Çok ağlar.

0 1 2 15 Hayvanlara eziyet eder.

0 1 2 16 Başkalarına eziyet eder, zalimce ve kötü davranır.

0 1 2 17 Hayale dalıp gider, kendini unutur.

0 1 2 18 Bile bile kendine zarar verir ya da intihar girişiminde bulunur.

0 1 2 19 Hep dikkat çekmek ister.

0 1 2 20 Eşyalara zarar verir.

0 1 2 21 Ailesine ait ya da başkalarına ait eşyalara zarar verir.

0 1 2 22 Evde söz dinlemez.

0 1 2 23 Okulda söz dinlemez.

0 1 2 24 İştahsızdır, az yemek yer.

0 1 2 25 Diğer çocuklarla geçinemez.

0 1 2 26 Yanlış davranışlardan dolayı suçlanmış gibi görünmez.

0 1 2 27 Genellikle kıskançtır.

0 1 2 28 Yenilip içilmeyecek şeyleri yer ya da içer (kum, kıl, kalem, silgi gibi) (açıklayınız).....

0 1 2 29 Bazı hayvanlardan ve okul dışı ortamlardan ya da yerlerde korkar (açıklayınız).....

0 1 2 30 Okula gitmekten korkar.

0 1 2 31 Kötü bir şey düşünmek ya da yapmaktan korkar.

0 1 2 32 Mükemmel olmasının gerektiğinde inanırç

0 1 2 33 Kimsenin onu sevmediğine inanır ve bundan yakınır.

0 1 2 34 Başkalarının ona zarar vereceğini, kötülük yapacağını düşünür.

0 1 2 35 Kendini değersiz hisseder.

0 1 2 36 Çok sık bir yerlerini incitir, başı kazadan kurtulmaz.

0 1 2 37 Çok kavga dövüş eder.

0 1 2 38 Onunla çok alay edilir (arkadaşları onunla alay eder).

0 1 2 39 Başı belada olan kişilerle dolaşır.

0 1 2 40 Olmayan sesler işitir (açıklayınız).

.....

0 1 2 41 Düşünmeden ya da aniden hareket eder (aklına eseni yapar)

0 1 2 42 Başkalarıyla beraber olmaktansa yalnız kalmayı tercih eder.

0 1 2 43 Yalan söyler ve hile yapar.

0 1 2 44 Tırnaklarını yer.

0 1 2 45 Sinirli ve gergindir.

0 1 2 46 Kas seyirmeleri, tikleri vardır.

0 1 2 47 Gece kabusları, korkulu rüyaları vardır.

0 1 2 48 Diğer çocuklar tarafından sevilmez.

0 1 2 49 Kabızlık çeker.

0 1 2 50 Çok korkak ve kaygılıdır.

0 1 2 51 Baş dönmesi vardır.

0 1 2 52 Kendini çok suçlu hisseder.

0 1 2 53 Aşırı yemek yer.

0 1 2 54 Aşırı yorgundur.

0 1 2 55 Çok kiloludur.

0 1 2 56 Tıbbi nedeni bilinmeyen bedensel şikayetleri vardır.

0 1 2 a Ağrılar sızılar.

0 1 2 b Baş ağrıları.

0 1 2 c Bulantı, kusma hissi.

0 1 2 d Gözle ilgili şikayetler. (açıklayınız)

.....

0 1 2 e Döküntüler ya da başka cilt sorunları.

0 1 2 f Mide - karın ağrısı.

0 1 2 g Kusma.

0 1 2 h Diğer (açıklayınız).

.....

0 1 2 60 Cinsel organlarıyla çok fazla oynar.

0 1 2 61 Okul başarısı düşüktür.

0 1 2 62 Dengesiz ve sakardır.

0 1 2 63 Kendinden büyük çocuklarla olmayı tercih eder.

0 1 2 64 Kendinden küçük çocuklarla olmayı tercih eder.

0 1 2 65 Konuşmayı reddeder.

0 1 2 66 Bazı hareketleri tekrar tekrar yapar. (tanımlayınız)

.....

0 1 2 67 Evden kaçar.

0 1 2 68 Çok bağırır çağırı.

0 1 2 69 Sır vermez, düşüncelerini kendine saklar.

0 1 2 70 Olmayan şeyleri görür.(açıklayınız)

.....

0 1 2 71 Sıkılgan ve utangaçtır.

0 1 2 72 Yangın çıkartır.

0 1 2 73 Cinsel sorunları vardır. (açıklayınız)

.....

0 1 2 74 Gösterişten hoşlanır, maskaralık yapar.

0 1 2 75 Çekingen ve ürkektir.

0 1 2 76 Çocukların çoğundan daha az uyur.

0 1 2 77 Çocukların çoğundan gece ve gündüz daha çok uyur.(açıklayınız)

.....

0 1 2 78 Kakası ile oynar ya da etrafa bulaştırır.

0 1 2 79 Konuşma güçlüğü vardır. (açıklayınız)

.....

0 1 2 80 Boş gözlerle uzun uzun bakar.

0 1 2 81 Evden çalmaları vardır.

0 1 2 82 Evin dışında çalmaları vardır.

0 1 2 83 İhtiyacı olmayan nesneleri toplar, biriktirir. (açıklayınız)

0 1 2 .....

0 1 2 84 Acayip, tuhaf davranışları vardır.(açıklayınız)

.....

0 1 2 87 Duygu durumunda ani değişiklikler olur.

0 1 2 88 Çok sık küser.

0 1 2 89 Şüphecidir

0 1 2 90 Küfürlü ve açık, saçık konuşur.

0 1 2 91 Kendini öldürmekten söz eder.

0 1 2 92 Ukuda yürür ve konuşur. (açıklayınız)

.....

0 1 2 93 Çok fazla konuşur.

0 1 2 94 Başkalarıyla çok fazla dalga geçer, alay ederi.

0 1 2 95 Öfke nöbetleri vardır, çok fazla öfkelenir.

0 1 2 96 Cinsel konuları fazlaca düşünür.

0 1 2 97 İnsanları tehdit eder.

0 1 2 98 Parmak emer.

0 1 2 99 Temizliğe ve titizliğe aşırı düşkündür.

0 1 2 100 Uyku sorunu vardır.

0 1 2 101 Okuldan kaçar, dersini asar.

0 1 2 102 Hareketsiz ve yavaştır, enerjik değildir.

0 1 2 103 Mutsuz, üzgün, çökkün ve bezgindir.

0 1 2 104 Çok gürültücüdür.

0 1 2 105 Tıbbi amaç dışında alkol ya da ilaç kullanır.(açıklayınız)

.....

0 1 2 106 Etraftaki eşyalara amaçsız olarak zarar vermekten zevk alır.

0 1 2 107 Gündüz altını ıslatır.

0 1 2 108 Yatağını ıslatır.

0 1 2 109 Sızlanır, mızırdanır.

0 1 2 110 Karşı cinsten olmayı ister.

0 1 2 111 İçe kapanıktır, başkalırla birlikte olmak istemez.

0 1 2 112 Evhamlıdır her şeyi dert edinir.

0 1 2 113 Çocuğunuzun yukarıdaki listede belirtilmeyen başka sorunları varsa yazınız.

0 1 2 .....

.....

.....

T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SBÜ. İZMIR DR.BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHISI EĞITIM VE ARAŞTIRMA HASTANESI

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

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

Aşağıdaki sorular şu an değerlendirmesini yaptığınız çocuğun / gencin sık rastlanan davranış sorunlarının bazılarını gözden geçirecek ve değerlendirecektir.

Lütfen her bir sorunda size en uygun gelen seçeneği işaretleyiniz.

ADI: .....

SOYADI: .....

YAŞI : .....

CİNSİYETİ: .....

BUGÜNÜN TARİHİ :.....

FORMU DOLDURANIN COCUK / GENCE OLAN YAKINLIĞI: .....

Telif Hakkı İngiltere Therapy Institude 'a aittir. Dr. Atilla Turgay' ın izni ile kullanılmaktadır.
Dr. Atilla Turgay M.D, Clinical Director, Scarborough General Hospital. Child and Adolescent Psiychiatry and Mental Health Division

1. BÖLÜM

A. DİKKATSİZLİK

SORUN	SORUN DERECESİ			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
1-Dikkatini ayrıntılara vermez ya da Okul ödevlerinde, işinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.	O	1	2	3
2-Üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı oyunlarda dikkatini sürdürmede zorluk çeker.	O	1	2	3
3-Kendisine doğrudan hitap edildiğinde dinlemiyormuş gibi görünür.	O	1	2	3
4-Yönergeleri gerektiği gibi izlemez ve okul ödevlerini ufak tefek işleri yada iş yerindeki görevlerini tamamlayamaz.	O	1	2	3
5- Görev ve etkinliklerini düzenlemekte güçlük çeker.	O	1	2	3
6-Uzun süreli dikkat gerektiren işlerden (Okul ödevi, Ev ödevi gibi) kaçınır. Bunlardan hoşlanmaz ve bunlara isteksizdir.	O	1	2	3
7-Üzerine aldığı görev ya da etkinlikler için gerekli olan eşyaları (Kalem, Kitap)kaybeder.	O	1	2	3
8-Dikkati kolayca dağılır.	O	1	2	3
9-Günlük etkinliklerde unutkandır.	O	1	2	3

1. A Bölümünde Karşılanan Ölçüt Sayısı: ...../
1. A Bölümünden Alınan Toplam Puan : ...../

B.AŞIRI HAREKETLİLİK –DÜRTÜSELLİK

AŞIRI HAREKETLİLİK	SORUN DERECESİ			
SORUN	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
10- Elleri ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıyor.	O	1	2	3
11- Sınıfta ya da oturması gereken diğer durumlarda yerinde oturmaz.	O	1	2	3
12- Uygun olmayan durumlarda sağa sola koşturur ya da tırmanır.(Gençlerde ya da erişkinlerde huzursuzluk ile sınırlı olabilir.)	O	1	2	3
13-Sakince oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta zorlanır.	O	1	2	3
14-Hep hareket halindedir ya da sanki motor takılmış gibi davranır.	O	1	2	3
15- Çok konuşur.	O	1	2	3

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

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

2. BÖLÜM

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

II Bölümünde Karşılaşılan Ölçüt Sayısı	...../ 8
II Bölümünde Alınan Toplam Puan Sayısı	...../ 24

3. BÖLÜM

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

	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
D.Kuralları Ciddi Biçimde Bozma				
39.13 yaşından öncesinden başlayarak Ailesinin yasaklarına karşın geceyi dışarı da geçirir.	O	1	2	3
40.Anne babasının ya da onların yerini tutan Kişilerin evinde yaşarken en az iki kez geceleyin Evden kaçtı(ya da uzun süreli dönmemişse bir kez)	O	I	2	3
41.13 yaş öncesinden başlayarak okuldan kaçar.	O	1	2	3

III . Bölümünde karşılanan toplam ölçüt sayısı	...../ 15
III . Bölümünde alınan toplam puan	...../ 45

I. II . III. Bölümünde karşılanan toplam ölçüt sayısı	..... /41
Her üç bölümden alınan toplam puan	..... / 123

BARKLEY ÇOCUK DİKKAT ANKETİ

Adı: Tarih:

Cinsiyet: Yaşı: Sınıfı:

Dolduran (Anne, Baba, Öğretmen)

Yönerge

Çocuğunuzun aşağıda tanımlanan sıkıntıları ne kadar sıklıkla yaşamaktadır? Lütfen, SON 6 AYLIK DÖNEMİ göz önünde bulundurarak her madde için çocuğunuzun davranışını en iyi tanımlandığını düşündüğünüz rakamı daire içine alınız. Eğer çocuğunuz herhangi bir psikiyatrik ya da psikolojik rahatsızlıktan dolayı ilaç tedavisi görüyorsa, puanlama yaparken İLAÇ ÖNCESİ DÖNEMİ baz alarak değerlendiriniz.

	Asla ya da Nadiren	Bazen	Sık Sık	Çok Sık
1. Hayale dalıp gider (Hayal kurmaya yatkınlık)	1	2	3	4
2. Uyanık kalmada ya da harekete geçmede zorlanır	1	2	3	4
3. Zihni bulanıktır ve şaşkın görünür	1	2	3	4
4. Boş gözlerle uzun uzun bakar	1	2	3	4
5. Kafası karışıktır: dikkatini ve çevresinde olanlara odaklayamaz ve aklı başka yerde gibi görünür.	1	2	3	4
6. Diğerlerine oranla kolay yorulur, enerjik değildir	1	2	3	4
7. Diğer çocuklara oranla hareketsizdir	1	2	3	4
8. Yavaş hareket eder ya da uyuşuktur (durgundur)	1	2	3	4
9. Sorulan ya da yönergeleri diğerleri kadar çabuk ya da doğru bir şekilde anlamıyor gibi görünür	1	2	3	4
10. Uykuludur ya da uykulu bir görünüme sahiptir	1	2	3	4
11. İlgisiz ya da çekingendir; diğerlerine kıyasla aktivitelere daha az katılır	1	2	3	4
12. Kendi düşüncelerinde kaybolur	1	2	3	4
13. Eğer maddelerin çoğunu 3 (sık sık) veya 4 (çok sık) olarak işaretlediyseniz, bu sıkıntıların kaç yaşında başladığını belirtiniz				
14. Eğer maddelerin çoğunu 3 (sık sık) veya 4 (çok sık) olarak seçtiyseniz, bu durumlardan herhangi biri çocuğunuzun aşağıdaki alanlardan herhangi birinde zorluk yaşamasına neden oldu mu?				
14a. Ev yaşamı	Hayır	Evet		
14b. Arkadaş ilişkileri	Hayır	Evet		
14c. Okul	Hayır	Evet		
14d. Boş zaman etkinlikleri	Hayır	Evet		

ARKADAŞLARDAN ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

YÖNERGE: Aşağıda, çoğu insanın arkadaşlarıyla ilişkilerinde yaşadıkları duygu ve deneyimleri yansıtan ifadeler verilmiştir. Her ifade için: EVET, HAYIR ve BİLMİYORUM olmak üzere üç yanıt vardır. Lütfen, her ifadeyi okuyarak, duygularınızı yansıtan cevabı her bir ifadenin önündeki karelerden uygun birinin içine (X) koyarak belirtiniz.

	EVET	HAYIR	BİLMİYORUM
1.Arkadaşlarım bana gereğince manevi destek olurlar.			
2.Pek çok insan arkadaşına benim arkadaşıma olduğumdan daha yakındır.			
3.Arkadaşlarım fikirlerimi duymaktan hoşlanır.			
4.Bazı arkadaşlarım sorunlarını doğrudan veya danışmak amacıyla bana başvururlar.			
5.Arkadaşlarımın duygusal desteğine güvenirim.			
6.Arkadaşlarımdan birinin veya birkaçının bana kızgın olduklarını sezsem, bunu kimseye söylemem.			
7.Kendimi arkadaş çevremin dışında hissediyorum.			
8.Bir derdim olduğunda, sonradan komik kaçacağını düşünmeden gidip konuşabileceğim bir arkadaşım var.			
9.Arkadaşlarımla çeşitli konulardaki düşüncelerimizi birbirimize açık açık söyleriz.			
10.Arkadaşlarım benim kişisel gereksinimlerime karşı değildir.			
11.Arkadaşlarım duygusal desteğe ihtiyaçları olduğunda bana başvururlar.			
12.Arkadaşlarım sorunlarımı çözmede bana yardımcı olur.			
13.Arkadaşlarımın bazısıyla aramda karşılıklı derin bir ilişki vardır.			
14.Arkadaşlarım neyi nasıl yapacakları konusunda benden faydalı fikirler alırlar.			
15.Arkadaşlarıma sırlarımı açmak beni rahatsız eder.			
16.Arkadaşlarım tarafından aranan biriyimdir.			
17.Arkadaşlarımın problemlerini çözmede onlara yardımcı olduğumu düşündüklerini sanıyorum.			
18.Arkadaşlarımla aramda, diğer insanların arkadaşlarıyla arasındaki kadar, yakın bir ilişkim yok.			
19.Geçenlerde bir şeyi nasıl yapacağım konusunda arkadaşlarımın birisinden iyi bir fikir aldım.			
20.Arkadaşlarımın çok daha farklı olmasını isterdim.			