T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

İZMİR DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ

SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUK VE ERGENLERİN EBEVEYNLERİNİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖZELLİKLERİNİN ÇOCUK VE ERGENLERİN YAŞAM KALİTESİ VE İŞLEVSELLİKLERİ İLE İLİŞKİSİ

DR. BUSE SUCU

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 HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUK VE ERGENLERİN EBEVEYNLERİNİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖZELLİKLERİNİN ÇOCUK VE ERGENLERİN YAŞAM KALİTESİ VE İŞLEVSELLİKLERİ İLE İLİŞKİSİ

DR. BUSE SUCU

TEZ DANIŞMANI: DOÇ. DR. FATMA SİBEL DURAK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2024

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR..... iii
KISALTMALAR..... iv
TABLO LİSTESİ..... v
ÖZET..... vi
ABSTRACT..... viii
1-GİRİŞ VE AMAÇ..... 1
2- GENEL BİLGİLER..... 3
2.1 Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu..... 3
2.1.1 Tanım ve Tarihçe..... 3
2.1.2 DEHB Epidemiyolojisi 4
2.1.3 DEHB Patofizyolojisi 5
2.1.4 DEHB Klinik Özellikleri ve Tanı Kriterleri..... 6
2.1.5 DEHB İlişkili Komorbiditeler..... 8
2.1.6 DEHB Tedavisi..... 9
2.1.6.1 DEHB'de İlaç Tedavileri..... 9
2.1.6.1.1 Psikostimülanlar..... 9
2.1.6.1.2 Atomoksetin..... 10
2.1.6.1.3 Alfa 2 Agonistler..... 11
2.1.6.1.4 Standart Dışı Terapiler..... 11
2.1.6.1.5 Davranış Temelli Terapi..... 11
2.1.6.1.6 DEHB'li Çocuklarda Multimodal Tedavi Çalışması..... 12
3. GEREÇ VE YÖNTEM..... 14
3.1 Çalışma Dizaynı 14
3.2 Çalışma Popülasyonu 14
3.3 Hipotezler..... 15
3.4 Çalışma Protokolü ve Toplanan Veriler..... 15
3.4.1 Çalışmada Kullanılan Ölçekler..... 17
3.4.1.1 Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam boyu Şekli Türkçe uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) 17
3.4.1.2 4-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği: Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği (Child Behavior Check-List = CBCL) 18
3.4.1.3 Turgay Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (YDB-TDÖ) 19
3.4.1.4 Barkley Çocuk Dikkat Anketi 20
3.4.1.5 Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formu (WISC-R)..... 21
3.4.1.6 Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YİPDÖ)..... 21
3.4.1.7 Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği-Ebeveyn Formu (WİBÖ-E)..... 22
3.4.1.8 Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ)..... 23
3.5 Örneklem Büyüklüğü Hesabı 23
3.6 İstatistiksel Analiz..... 24
4. BULGULAR..... 25
4.1 Sosyodemografik Özellikler..... 25
4.1.1 Cinsiyet ve Yaş Dağılımları..... 25
4.1.2 Katılımcıların Aile Özellikleri..... 26

4.1.3 Katılımcıların Doğum Özellikleri…… 28
4.1.4 Katılımcıların Gelişim Özellikleri ve Diğer Tıbbi Öyküleri…….. 29
4.2 Katılımcılar Arasında Child Behavioral Check List (CBCL) Ölçeği Verilerinin Karşılaştırması…….. 30
4.3 Katılımcılar Arasında Turgay Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (YDB-TDÖ) Verilerinin Karşılaştırması ……. 31
4.4 Katılımcıların Barkley Çocuk Dikkat Anketi Verileri……... 32
4.5 Katılımcılar Arasında WISC-R Zeka Testi Verilerinin Karşılaştırması ……... 33
4.6 Katılımcıların Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YİPDÖ) Puanlarının Karşılaştırması…….. 35
4.7 Katılımcılar Arasında Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği Ebeveyn Formu (WİBÖ-E) Verilerinin Karşılaştırması ……. 36
4.8 Katılımcılar Arasında ÇİYKÖ Ebeveyn ve Çocuk Formu Verilerinin Karşılaştırması 39
4.9 Katılımcıların ÇİYKÖ ve YİPDÖ Ölçekleri Arasında Korelasyon Verileri ……. 41
4.10 Katılımcıların Turgay Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (YDB-TDÖ) Arasında Korelasyon Verileri 41
4.11 Katılımcıların WİBÖ-E ve YİPDÖ Ölçekleri Arasında Korelasyon Verileri…….. 42
4.12 Katılımcıların Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin DSM-IV ve ÇİYKÖ Puanları Arasında Korelasyon Verileri ……. 43
4.13 ÇİYKÖ Çocuk Formu Puanları Üzerine Etki Eden Faktörlerin İncelenmesinde Lineer Regresyon Verileri…… 44
4.14 ÇİYKÖ Ebeveyn Formu Puanları Üzerine Etki Eden Faktörlerin İncelenmesinde Lineer Regresyon Verileri…… 45
4.15 WİBÖ-E Toplam Puan Üzerine Etki Eden Faktörlerin İncelenmesinde Lineer Regresyon Verileri…….. 46
4.16 YİPDÖ Toplam Puan Üzerine Etki Eden Faktörlerin İncelenmesinde Lineer Regresyon Verileri……... 47
5. TARTIŞMA…… 48
6. SONUÇ VE ÖNERİLER……... 63
7. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI…….. 65
8. ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ …… 66
9. KAYNAKLAR ……... 67
10. ÖZGEÇMİŞ…… 84
11. EKLER…….. 85
11.1 ETİK KURUL ONAYI…….. 86
11.2 VERİ TOPLAMA FORMLARI…… 89

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, mesleki gelişimime büyük katkıda bulunan değerli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Fatma Sibel Durak'a

Klinik deneyimleri ve bilgileri ile asistanlık eğitimime katkıda bulunan, kendisinden çok şey öğrendiğim değerli hocam Doç. Dr. Nagihan Cevher Binici'ye

Asistanlığımın bir süresini kendisiyle geçirebilmiş olduğum için kendimi şanslı hissettiğim, cömert bir şekilde bilgisini ve tecrübesini paylaşan sayın hocam Doç. Dr. Ayşe Kutlu'ya

Tez sürecinde tecrübeleri ve bilgisi ile yol gösterici olan sayın hocam Prof. Dr. Eyüp Sabri Ercan'a

Rotasyonlarım boyunca kendilerinden çok şey öğrendiğim İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ile Ege Üniversitesi Madde Bağımlılığı, Toksikoloji ve İlaç Bilimleri Enstitüsü'nde birlikte çalıştığım tüm değerli hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma

Çocuk Nöroloji rotasyonum süresince eğitimime katkıda bulunan başta Prof. Dr. Aycan Ünalp olmak üzere tüm çocuk nöroloji hocalarıma

Tezim boyunca bilgi ve tecrübesiyle desteğini esirgemeyen Uzm. Dr. Fatma Nur Karaarslan'a

Asistanlığa birlikte adım attığımız, bu dört yıllık süreçte hem çok güzel anılarımızın olduğu hem de beraberce bir çok zorluğu aştığımız Dr.Aylin Çakır, Dr. İbrahim Alperen Can ve Dr. Zeynep Çağla Sert'e

Asistanlık dönemim boyunca birlikte çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum klinik sekreterlerimize, psikiyatri hemşiremize ve psikologlarımıza

Hayatımın her anında sonsuz sevgisini ve desteğini hissettiğim her zaman yanımda olan canım annem Fatma Halıcı'ya, yanımda olup bu günlerimi görmesini çok istediğim, çok özlediğim, kızı olduğum için çok şanslı olduğum canım babam Fedai Halıcı'ya, ailemin en büyük hediyesi olan birlikte büyüdüğüm canım kardeşim Buğra Halıcı'ya

İkinci ailem olan sevgilerini ve desteklerini her zaman hissettiğim Sucu Ailesi'ne

Her anımda yanımda olduğunu bildiğim, hayatıma girdiği için kendimi çok şanslı hissettiğim hayat arkadaşım canım eşim Dr. Mustafa Emin Sucu'ya ve biricik oğlum Pırpır'a

Tüm kalbimle teşekkür ederim..

KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

CADDRA: Kanada Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Birliği

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

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

ÇİYKÖ: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği

DE: Dikkat eksikliği

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

DSM: Diagnostic and statistical manual of mental disorders

FDA: Food and Drug Administration, Gıda ve İlaç Dairesi

IQR: Interquartile Range, Çeyreklikler Arası Fark

kg: kilogram

KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

mg: miligram

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

WİBÖ-E: Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği-Ebeveyn Formu

YBT: Yavaş Bilişsel Tempo

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

YİPDÖ: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1 Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanı Kriterleri…….. 7

Tablo 4.1 Katılımcıların Yaş ve Cinsiyet Özellikleri……... 25

Tablo 4.2 Katılımcıların Anne Özellikleri……... 27

Tablo 4.3 Katılımcıların Baba Özellikleri…… 27

Tablo 4.4 Katılımcıların Diğer Aile Özellikleri……... 28

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 CBCL Ölçeği Kategorilerinde Karşılaştırması……. 31

Tablo 4.8 Katılımcıların Turgay Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (YDB-TDÖ) Verilerinin Karşılaştırması……. 32

Tablo 4.9 Katılımcıların Barkley Çocuk Dikkat Anketi Verileri……. 33

Tablo 4.10 Katılımcıların WISC-R Zeka Testi Verilerinin Karşılaştırması…… 34

Tablo 4.11 Katılımcıların Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Verileri… 36

Tablo 4.12 Katılımcıların Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği Ebeveyn Formu (WİBÖ-E) Puan Toplamları……. 38

Tablo 4.13 Katılımcıların Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği Ebeveyn Formu'na (WİBÖ-E) Göre İşlevsellikte Bozulma Varlığı Açısından Karşılaştırması…….. 39

Tablo 4.14 Katılımcıların ÇİYKÖ Ebeveyn ve Çocuk Formu Verilerinin Karşılaştırması…… 40

Tablo 4.15 YİPDÖ ve ÇİYKÖ Ebeveyn ve Çocuk Formu Verileri Arasında Korelasyon Analizi……. 41

Tablo 4.16 YİPDÖ ve YDB-TDÖ Verileri Arasında Korelasyon Analizi…… 42

Tablo 4.17 YİPDÖ ve WİBÖ-E Verileri Arasında Korelasyon Analizi……... 43

Tablo 4.18 ÇİYKÖ Ebeveyn ve Çocuk Formu ve Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin DSM-IV Verileri Arasında Korelasyon Analizi……. 43

Tablo 4.19 ÇİYKÖ Çocuk Formu Puanları Üzerine Etki Eden Faktörlerin İncelenmesinde Lineer Regresyon Verileri…… 44

Tablo 4.20 ÇİYKÖ Ebeveyn Formu Puanları Üzerine Etki Eden Faktörlerin İncelenmesinde Lineer Regresyon Verileri…… 45

Tablo 4.21 WİBÖ-E Toplam Puan Üzerine Etki Eden Faktörlerin İncelenmesinde Lineer Regresyon Verileri……... 46

Tablo 4.22 YİPDÖ Toplam Puan Üzerine Etki Eden Faktörlerin İncelenmesinde Lineer Regresyon Verileri……. 47

ÖZET

GİRİŞ: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) yaşam kalitesi ve işlevsellik üzerinde olumsuz etkilere sahip bir klinik durumdur. DEHB'li çocuklarda yaşam kalitesi ve işlevsellik üzerinde etkili birçok faktör tanımlanmıştır. Ancak ebeveynlerin psikolojik dayanıklılıklarının çocukların yaşam kalitesi ve işlevselliği üzerindeki etkisini araştıran çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmada ebeveynlerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin DEHB'li çocukların yaşam kalitesi ve işlevselliği üzerine etkisini araştırmak ve bu etkiyi ilaç kullanma durumlarına göre incelemek 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. DEHB tanısı konmuş 7-12 yaş arası ilaç kullanan ve kullanmayan kız ve erkek olgular ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilen sağlıklı kontrol grubu olmak üzere çalışma 3 grup ile gerçekleştirildi. Çalışmada Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam boyu Şekli Türkçe uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T), 4-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği: Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği (Child Behavior Check-List = CBCL), Turgay Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (YDB-TDÖ), Barkley Çocuk Dikkat Anketi, Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu (WISC-R), Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YİPDÖ), WİBÖ-E (Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği-Ebeveyn Formu), ÇİYKÖ-Ebeveyn (Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği-Ebeveyn Formu), ÇİYKÖ-Çocuk (Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği-Çocuk Formu) formları kullanıldı. Sonlanım değişkenleri WİBÖ-E, ÇİYKÖ-E ve ÇİYKÖ-Ç ile değerlendirildi. Verilerin analizi Statistical Package for Social Sciences (SPSS) Windows 26 paket programı (Chicago, İllinois, USA) kullanılarak yapıldı. 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. ÇİYKÖ çocuk, ÇİYKÖ ebeveyn, WİBÖ-E ve YİPDÖ puanları için yordayıcı faktörlerin saptanmasında lineer regresyon analizi kullanıldı. Tüm testler için istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR: çalışmaya kontrol grubunda 51, ilaç kullanan DEHB grubunda 54, ilaç kullanmayan DEHB grubunda 58 olmak üzere toplam 163 katılımcı alındı. WİBÖ-E ve ÇİYKÖ ebeveyn ve çocuk formlarında DEHB gruplarının toplam puanlarda ve alt kategorilerin tamamına yakınında kontrol grubuna göre işlevsellik ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu saptandı. Ayrıca ÇİYKÖ ebeveyn ve çocuk puanları arasında anlamlı negatif korelasyon bulundu. Aynısı WİBÖ-E ile değerlendirilen işlevsellik için de geçerli bulundu. ÇİYKÖ çocuk formu puanları için anlamlı yordayıcılığa sahip faktörler YİPDÖ toplam puan ve YDB-TDÖ dikkat eksikliği puanları idi. ÇİYKÖ ebeveyn formu puanları için anlamlı yordayıcılığa sahip faktörler ise katılımcı grubu (kontrol, ilaç kullanan DEHB ve ilaç kullanmayan DEHB), YDB-TDÖ toplam puan ve YDB-TDÖ KOKGB toplam puanları idi. WİBÖ-E puanları üzerinde yordayıcı faktörler YİPDÖ, YDB-TDÖ dikkat eksikliği toplam puan ve KOKGB toplam puanları olarak saptandı.

SONUÇ: Ebeveynlerin psikolojik dayanıklılığı düştükçe DEHB'li çocukların yaşam kalitesi ve işlevselliğinin de bozulduğunu saptadığımız bu çalışmada; çocukların dikkat eksikliği semptom şiddeti arttıkça ebeveynlerin psikolojik dayanıklılığının da düştüğünü dolayısıyla bu ilişkinin iki taraflı olduğunu gösterdik. Her ne kadar sonlanım parametreleri üzerinde ilaç kullanımının olumlu etkisi olduğunu gösteren bulgular elde etmiş olsak da DEHB'li çocukların tedavileri yönetilirken aileleri ile beraber bütüncül bir yaklaşımın göz ardı edilmemesi ve ebeveyn eğitimleri ile destek programlarının çocukların yaşam kalitesi üzerine olumlu etkisi olacağı kanaatindeyiz.

ANAHTAR KELİMELER: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Psikolojik Dayanıklılık, Yaşam Kalitesi, İşlevsellik

ABSTRACT

INTRODUCTION: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a clinical condition that negatively impacts quality of life and functionality. Numerous factors affecting the quality of life and functionality of children with ADHD have been identified. However, studies investigating the effect of parental psychological resilience on the quality of life and functionality of children are limited. This study aimed to examine the effect of parental psychological resilience levels on the quality of life and functionality of children with ADHD and to evaluate this effect according to medication use.

MATERIAL AND METHODS: This cross-sectional study was conducted at the Izmir Dr. Behçet Uz Children's Hospital, Department of Child and Adolescent Psychiatry. The study included three groups: boys and girls aged 7–12 with a diagnosis of ADHD who were either on medication or not, and a healthy control group matched by age and gender. The study used the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version adapted for Turkish, the Child Behavior Checklist (CBCL) for children and adolescents aged 4–18, the DSM-IV-Based Screening and Assessment Scale for Disruptive Behavior Disorders (DBD Rating Scale), the Barkley Child Attention Questionnaire, the Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised (WISC-R), the Adult Resilience Scale (ARS), the Weiss Functional Impairment Rating Scale-Parent Form (WFIRS-P), and the Pediatric Quality of Life Inventory Parent Form (PedsQL-Parent) and Child Form (PedsQL-Child). The primary outcome variables were assessed using WFIRS-P, PedsQL-Parent, and PedsQL-Child.

Data analysis was performed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) Windows 26 (Chicago, Illinois, USA). For comparing more than two groups in numerical data, ANOVA or Kruskal-Wallis tests were used. For correlation analysis, Pearson's test was applied to normally distributed data, and Spearman's test was used for non-normally distributed data. Linear regression analysis was used to determine predictive factors for PedsQL Child, PedsQL Parent, WFIRS-P, and ARS scores. Statistical significance was set at $p < 0.05$ for all tests.

RESULTS: A total of 163 participants were included in the study: 51 in the control group, 54 in the medicated ADHD group, and 58 in the non-medicated ADHD group. Scores on the WFIRS-P and both PedsQL Parent and Child forms indicated that functionality and quality of life were lower in the ADHD groups compared to the control group in most total scores and

subcategories. Additionally, a significant negative correlation was found between the PedsQL Parent and Child scores, as well as with functionality assessed by WFIRS-P. Significant predictors for the PedsQL Child scores were the total ARS score and the attention deficit scores on the DBD Rating Scale. For the PedsQL Parent scores, significant predictors included group category (control, medicated ADHD, and non-medicated ADHD), the total DBD score, and the total Oppositional Defiant Disorder scores on the DBD Rating Scale. Predictors for WFIRS-P scores included the ARS score, total attention deficit scores on the DBD, and total Oppositional Defiant Disorder scores.

CONCLUSIONS: This study demonstrated that as parental psychological resilience decreases, the quality of life and functionality of children with ADHD also decline. We found a bidirectional relationship, indicating that as the severity of children's attention deficit symptoms increases, parental psychological resilience decreases. While our findings suggest a positive impact of medication use on outcome parameters, we believe that a holistic approach, involving families, should not be overlooked in managing the treatment of children with ADHD. Supporting parents with education and intervention programs may positively impact children's quality of life.

KEYWORDS: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Psychological Resilience, Quality of Life, Functionality

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB); çocuğun yaşına ve gelişimsel özelliklerine göre uygun olmayan şekilde dikkat eksikliği, dürtüsellik ve aşırı hareketlilik belirtileriyle çocuğun akademik ve sosyal alanlarda sorunlar yaşamasına neden olan nörogelişimsel bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (1). Çocukluk çağının en sık psikopatolojilerinden olan DEHB'nin yaygınlığının yapılan farklı çalışmalarda %5,2 ile %7,2 arasında değişmekte olduğu bulunmuştur (2,3). Ülkemizde Ercan ve ark.'nın gerçekleştirdiği bir çalışmaya göre ise DEHB'in görülme sıklığı %12,7'dir (4).

Yaşam kalitesi bir bireyin hayattaki kendi durumu ile ilgili öznel algısı olarak tanımlanmakta olup fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevsellik ile ortaya konulur (5). Yaşam kalitesi; kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri bağlamında amaçları, beklentileri, standartları ve ilgilerini kapsayacak şekilde yaşamdaki pozisyonu üzerine algısıdır (5). Aynı zamanda yaşam kalitesi fiziksel, fonksiyonel, emosyonel ve sosyal faktörlerin kombinasyonundan oluşan bir iyilik hali olarak da tanımlanmaktadır. Ancak bireyin tüm bu parametreler açısından kendisi ile ilgili subjektif bir algısını yansıtmaktadır (6). DEHB de çocuğun yaşamında akademik, sosyal ve duygusal alanlarda yol açtığı sıkıntılarla ilişkili olarak çocukta özgüvende azalma, okul başarısında düşme ve bunlara bağlı olarak yaşam kalitesinde bozulmaya yol açabilmektedir (7). Dolayısıyla çocuk ruh sağlığının diğer alanlarında olduğu gibi DEHB'de de çocuğun yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve izleminin önemi giderek artmaktadır (8).

İşlevsellik ise Latince "Fanctus" kelimesinden gelen ve iş yaşamını ve hayatı kendi kendine idame ettirebilme becerisini, yaratıcılık, ilişkileri sürdürebilme ve çalışabilme gibi karmaşık birçok alanı içinde barındıran bir kavramdır (9). Sosyal işlevsellik kişinin yaşadığı çevresi ile ilişkisini, çalışma ortamında veya ilişkilerinde ve sosyal çevresindeki rolleri yerine getirebilme becerisini tanımlamaktadır. Psikolojik bozukluklarda hem tanı hem de tedavi sürecinde işlevsellikteki bozulmaların takibi kilit rol oynamaktadır (10). Klinik pratikte bireyin kendi yaşam kalitesi algısını ve işlevselliğini değerlendiren birçok ölçek incelenmiştir. "Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKO)" 8-12 yaş aralığında yaşam kalitesi ve işlevselliğin değerlendirmesinde geçerlik ve güvenilirliği gösterilmiş ölçeklerden biridir (11).

“Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği-Ebeveyn Formu (WİBO-E)” ise DEHB’li çocuğun ebeveyn tarafından değerlendirildiği ve işlevsellik ve yaşam kalitesi değerlendirmesinde geçerlilik ve güvenilirliği gösterilmiş ölçeklerden bir diğeridir (12).

Psikolojik dayanıklılık terimi ingilizce “resilience” kelimesinin karşılığı olarak, “yılmazlık”, “sağlamlık”, “esneklik”, “direnç”, “kendini toparlama gücü”, “psikolojik sağlamlık” gibi çeşitli isimlerle adlandırılarak farklı tanımlamaları yapılmış bir kavramdır (13). Dayanıklılığı etkileyen kişisel, ailesel ve sosyal olmak üzere çeşitli faktörler tanımlanmıştır (14). Aynı zamanda bu faktörlere dayanarak psikolojik dayanıklılığı ölçmek için farklı ölçekler geliştirildiği görülmektedir. Bu ölçeklerden “Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği” yetişkinlerin direncini artıran koruyucu faktörlere odaklanmakta olup boyutları şu şekilde sıralanmaktadır: kendilik algısı, gelecek algısı, sosyal yeterlilik, aile uyumu, sosyal kaynaklar ve yapısal stil (15). Kendilik algısı kişinin kendinin farkında olmasını; gelecek algısı kişinin geleceğe yönelik bakış açısını; sosyal yeterlilik kişinin sosyal açıdan destek görüp görmediğini; aile uyumu kişinin en yakınlarıyla olan uyumunu; sosyal kaynaklar kişinin sahip olduğu sosyal ilişkileri; yapısal stil de kişinin kendine güvenini, öz disiplinini tanımlamaktadır (15).

DEHB tanısı almış 6-10 yaş arasındaki çocukların ailelerine verilen psikoeğitimin; ailelerin psikolojik dayanıklılık, tükenmişlik, yaşam kalitesi ve çocuklarının semptomları üzerine etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada; ailelere verilen psikoeğitimin ebeveynlerin psikolojik dayanıklılık ölçek puanlarını arttırdığı ve bu psikoeğitim sonrasında DEHB’li çocukların semptomlarında anlamlı bir azalma olduğu saptanmıştır (16). Ebeveynlerin psikolojik dayanıklılığının DEHB’li çocukların semptomları üzerinde etkili bir faktör olduğu ön görülmektedir ancak bu konuda nedensellik ilişkisini net tanımlayan ve işlevsellikle yaşam kalitesi üzerine doğrudan etkisini inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmada “Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği” ile ebeveynlerin psikolojik dayanıklılığının değerlendirilmesi ve ölçülen dayanıklılığın; DEHB’li çocuklarda “ÇİYKO” ve “WİBO-E” ölçekleri ile değerlendirilen işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Aynı zamanda ilaç kullanan ve ilaç kullanmayan DEHB grupları ile sağlıklı kontrol grubu arasında bu etkinin karşılaştırılması hedeflenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

2.1.1 Tanım ve Tarihçe

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) dünya genelinde çocukların yaklaşık %8-12'sini etkileyen ve tüm bir yaşamı etkileyebilen nörogelişimsel bir bozukluktur (17). DEHB klinik olarak dikkat eksikliği, dürtüsellik ve hiperaktivite ile karakterize edilir. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin tanımına göre bireyin yaş ve gelişimine uygun olmayan hiperaktivite, dikkat sorunu ve hazzı erteleyememe ile görülen bir bozukluktur (17). Odaklanmakta zorluk yaşama, öz kontrolden yoksunluk ve aşırı aktivite en temel özellikleridir (18). Çoğunlukla tanısı okul çağında konulur ve tanı koyabilmek için The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5.Baskı'ya (DSM-V) göre belirtilerin 12 yaşından önce başlaması ve birden fazla ortamda ortaya çıkmış olması gerekmektedir (1).

Bilinen ilk DEHB sunumu 1775 yılında Weikard tarafından Almanca bir ders kitabında yer almaktadır. Weikard terminolojik olarak DEHB ifadesini kullanmamış olsa da hiperaktivite ve dürtüsellik içeren bir sendromu ilk tanımlayan kişi olarak bilinmektedir (19). Daha sonrasında 1798 yılında İskoçya'da, 19.yüzyılın sonlarında ise Fransa'da benzer bir sendrom olarak tanımlandığı bilinmektedir (19). Lancet'te ise 1901 yılında "ahlaki kontrol kusuru" olarak adlandırılarak Dr.George Still tarafından bildirilmiştir. Stimülan ilaçların DEHB tedavisindeki rolü ise 1937'de Dr.Chales Bradley tarafından bir amfetamin bileşiği olan benzedrinin davranış bozukluğu olan çocuklarda davranışları iyileştirdiğini keşfetmesi ile ortaya çıkarılmıştır. Metilfenidat ve aile davranış terapilerinin tedavideki rolünün saptanması ise 1960'ları bulmuştur (19).

DEHB belirtileri gösteren çocuklar için Kramer Pollnow Sendromu, minimal beyin hasarı, minimal beyin fonksiyon bozukluğu ve hiperkinetik reaksiyon gibi yıllar boyu farklı terminolojiler kullanılmıştır (19). Dikkat eksikliği bozukluğu olarak tanımlanması ise ancak 1980'de Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM-III'ü

yayınlaması ile başlamıştır. Sonraki yıllarda tanı kriterlerinde çeşitli değişiklikler yapılmıştır ve bozukluğun teşhisi sırasında yalnızca dikkat eksikliğine vurgu yapılmasının doğru olmadığına karar verilerek Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olarak yeniden isimlendirilmiştir (19).

2.1.2 DEHB Epidemiyolojisi

DEHB çocukluk ve adolesan döneminin en yaygın nörogelişimsel bozukluklarından biridir. Aynı zamanda çocukların psikoloji ve psikiyatri kliniklerine gönderilmesinin en sık nedenidir.

Salari ve ark.'nın gerçekleştirdiği meta-analize göre DEHB sıklığı 3-12 yaş arası çocuklarda %7,6, 12-18 yaş arası ergenlerde ise %5,6 oranında saptanmıştır (20). 2012 yılında gerçekleştirilmiş başka bir çalışmaya göre ise 6-12 yaş arası çocuklarda sıklığı %11,4, 12-18 yaş arası gençlerde ise %8 saptanmıştır (21). 2020 yılında Afrikalı çocuk ve ergenlerde DEHB sıklığı %7,47 bulunmuştur (22). Afrikalı çocuklarda gerçekleştirilen bu çalışmada DEHB prevalansı erkeklerde kızlara göre daha yüksek bulunmuştur (22). Çin'de gerçekleştirilen bir başka çalışmada çocukların %5,74'ü, çocuk ve adolesanların ise %6,72'sinin DEHB'li olduğu gösterilmiştir (23). Song P. ve ark.'nın gerçekleştirdiği bir başka meta-analizde ise 18 yaş üzeri DEHB sıklığı %6,76 saptanmıştır (24).

Ülkemizde ise DEHB sıklığı yine çalışmalar arası farklılık göstermekle beraber yaklaşık %13,8 düzeyindedir. Yine ülkemizde gerçekleştirilen bir çalışmada erkek/kız oranı 3.2 olarak gösterilmiştir (25). Ülkemizde Göl ve Bayık tarafından 2013 yılında gerçekleştirilen bir çalışmaya göre her 20 çocuktan birinde DEHB görüldüğü bildirilmiştir (26).

Türkiye'de çocuk ve ergenlerde psikopatolojilerin yaygınlığını belirlemeye yönelik en büyük ve kapsamlı epidemiyolojik çalışma olan EPICPAT-T çalışmasında 6-13 yaş aralığında DEHB sıklığı %12,4 olarak; cinsiyete göre DEHB prevalansı ise erkeklerde ise %15,9, kızlarda %8,6 olarak bulunmuştur (27).

Literatürde birçok çalışmada DEHB'nin görülme sıklığının erkeklerde kızlara göre anlamlı şekilde fazla olduğu gösterilmiştir (28-31). Yapılan bir çalışmada DEHB

için erkek/kız oranları, klinik örneklemde 9:1, epidemiyolojik örneklemde ise 3:1 olarak belirtilmiştir (32). Bu farklılığın kızlarda dikkat eksikliği şikayetlerinin daha çok olup davranışsal sorunların erkeklere kıyasla daha az rastlanmasından ve bu nedenle tedavi başvuru sıklığının erkeklerde daha fazla olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür (33).

2.1.3 DEHB Patofizyolojisi

DEHB etiyopatogenezinde başlıca genetik, nörogelişimsel ve çevresel olmak üzere 3 önemli faktör yer almaktadır.

DEHB patofizyolojisini aydınlatmak için gerçekleştirilen nörofizyolojik, farmakolojik ve beyin görüntüleme çalışmaları altta yatan temel nörotransmitterlerin frontostriatal ağdaki dopamin ve norepinefrin olduğunu göstermiştir (34). Toplam beyin hacminin yaklaşık %3-5 civarında azaldığı, bu azalmanın ise başlıca gri maddede gerçekleştiği saptanmıştır. Özellikle prefrontal alanlarda, bazal ganglion ve serebellumdaki volüm kaybı miktarı arttıkça DEHB semptomlarının şiddeti de artmaktadır (35). Aynı zamanda DEHB'de başta prefrontal korteks olmak üzere kortikal matürasyonun geciktiği de gösterilmiştir.

Epidemiyolojik çalışmalar DEHB gelişiminde çevresel faktörlerin de rol oynadığını göstermektedir. Prenatal ve perinatal risk faktörleri arasında maternal stres, sigara kullanımı, gebelikte alkol kullanımı, düşük doğum ağırlığı ve prematürite tanımlanmıştır. Ayrıca organofosfatlar, poliklorlu bifeniller, kurşun gibi çevresel toksinlerin ve diyetle ilişkili faktörlerin de DEHB gelişiminde rol oynadığı gösterilmiştir (36).

DEHB'nin gelişiminde genetik faktörler de yer almaktadır. DEHB'li bireylerin birinci derece yakınlarının da DEHB gelişimi açısından daha yüksek riskli olduğu gösterilmiştir. Genetik çalışmalarının bir meta-analizinde toplam 20.183 DEHB vakası ve 35.191 kontrol incelenmiş ve genom çapında DEHB gelişiminde rol oynayan 12 bağımsız lokus tanımlanmıştır (37). Hayman ve Fernandez tarafından yapılan bir incelemede ise DEHB genetik çalışmalarından elde edilen 105 DEHB adayı gen rapor edilmiştir (38). Bu genler, ≥ 1 ilişkilendirme çalışmasında ≥ 1 DEHB alt tipi tanısıyla

istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermişse dahil edilmiş ve DEHB'de rol oynayan ADRA2A, DAT1, DRD4, DRD5, 5HTT, DBH, HTR1B, SNAP25 ve TPH2 yer genlerinin belirlenmesine katkıda bulunmuştur (39).

Yapısal ve fonksiyonel nörogörüntüleme çalışmaları prefrontal kortekste başta olmak üzere dopaminerjik ve noradrenerjik disregülasyona bağlı inhibitör süreçlerde kayıp görüldüğünü saptamıştır. Prefrontal kortekteki bozuklukların altında yatan temel mekanizmanın bu katekolaminerjik dengede bozulma olduğu düşünülmektedir (40).

2.1.4 DEHB Klinik Özellikleri ve Tanı Kriterleri

DEHB'nin temel klinik özellikleri dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüselliktir. Çocukluk çağında sıklıkla okul başarısında düşme, arkadaş ve aile ortamında ilişkilerin bozulması, okul performansında düşme, organize olamama sorunları ile fark edilmektedir. Ev ödevlerinin başına oturmakta zorlanma ve verilen görevleri tamamlayamama, sıklıkla görevleri unutma görülür (41). Etrafları ve aileleri tarafından sıkça "sakar" ve "çok unutkan" olarak itham edilirler. Çevreleri ile yaşadıkları ilişki problemleri ve okul başarısında düşme DEHB'li çocukların davranış bozuklukları, anksiyete ve depresyon gibi ek psikiyatrik sorunlar geliştirmesine yol açabilmektedir (41). En sık eşlik eden psikiyatrik hastalıklar sırasıyla; davranış bozuklukları, anksiyete, duygudurum bozuklukları ve öğrenme güçlükleridir. Görülme sıklıkları oldukça yüksek olduğu için DEHB'li çocuklarda ek psikiyatrik sorunlar açısından rutin değerlendirilme önerilmektedir.

DEHB tanısında Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından son baskısı 2013'te yayınlanan Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı veya Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı 5.baskı (DSM-V) kriterleri kullanılmaktadır (Tablo 1) (1).

Tablo 2.1 Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanı Kriterleri (1)

A- Aşağıdakilerden (1) ve/ya da (2) ile belirli, işlevselliği ya da gelişimi bozan, süregiden bir dikkatsizlik ve/ya da aşırı hareketlilik–dürtüsellik örüntüsü:

1. **Dikkatsizlik:** Gelişimsel düzeye uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı (ya da daha çok) belirti en az altı ay sürmektedir:
   Not: Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın, karşı gelmenin, düşmancıl tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir.
   a) Çoğu kez, ayrıntılara özen özen göstermez ya da okul çalışmalarında (derslerde), işte ya da etkinlikler sırasında yanlışlar yapar.
   b) Çoğu kez, iş yaparken ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmekte güçlük çeker.
   c) Çoğu kez, doğrudan kendisine doğru konuşulurken, dinlemiyor gibi görünür.
   d) Çoğu kez, verilen yönergeleri izlemez ve okulda verilen görevleri, sıradan günlük işleri ya da sorumlulukları tamamlayamaz.
   e) Çoğu kez, işleri ve etkinlikleri düzene koymakta güçlük çeker.
   f) Çoğu kez, sürekli bir zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez ya da bu tür işlere girmek istemez.
   g) Çoğu kez, işi ya da etkinlikleri için gerekli nesneleri kaybeder.
   h) Çoğu kez, dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağılır.
   i) Çoğu kez, günlük etkinliklerinde unutkandır.
2. **Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik:** Gelişimsel düzeye uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı (ya da daha çok) belirti en az altı aydır sürmektedir:
   Not: Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın, karşı gelmenin, düşmancıl tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir.
   a) Çoğu kez, kıpırdanır ya da ellerini ya da ayaklarını vurur ya da oturduğu yerde kıvranır.
   b) Çoğu kez, oturmasının beklendiği durumlarda oturduğu yerden kalkar.
   c) Çoğu kez, uygunsuz ortamlarda, ortalıkta koşturur durur ya da bir yerlere tırmanır. (Not: Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, kendini huzursuz hissetmekle sınırlı olabilir.)
   d) Çoğu kez, boş zaman etkinliklerine sessiz bir biçimde katılamaz ya da sessiz bir biçimde oyun oynayamaz.
   e) Çoğu kez, "her an hareket halinde"dir, "motor takılmış" gibi davranır.
   f) Çoğu kez aşırı konuşur.
   g) Çoğu kez, sorulan soru tamamlanmadan yanıtını yapıştırır.
   h) Çoğu kez sırasını bekleyemez.
   i) Çoğu kez, başkalarının sözünü keser ya da araya girer.

B- On iki yaşından önce birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi olmuştur.

C- Birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi iki ya da daha çok ortamda vardır.

D- Bu belirtilerin, toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevselliği bozduğuna ya da işlevselliğin niteliğini düşürdüğüne ilişkin açık kanıtlar vardır.

E- Bu belirtiler, yalnızca şizofreni ya da psikozla giden başka bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

2.1.5 DEHB İlişkili Komorbiditeler

DEHB'nin sıklıkla çeşitli komorbid psikiyatrik hastalıklarla beraberliği mevcuttur. DEHB'li çocuk ve ergenlerin %50-90'ında eşlik eden en az bir psikiyatrik bozukluk saptanmaktadır ve eş tanılar gelişimsel döneme göre değişmektedir (42). Okul çağı çocuklarında Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB), Davranım Bozukluğu (DB), Özgül Öğrenim Bozukluğu (ÖÖB) ve tik bozuklukları, ergenlikte alkol/madde kullanım sorunları ve duygudurum bozuklukları, erişkinlikte ise anksiyete bozuklukları, madde kullanım bozukluğu ve duygudurum bozuklukları ön plana çıkmaktadır (Kanada Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Birliği , CADDRA 2018) (43). Özellikle adolesanlar ve erişkinlerde komorbid psikiyatrik hastalıklar daha da belirginleşmekte ve eş zamanlı depresyon, bipolar bozukluk ve madde kullanım bozuklukları sıklaşmaktadır (44-48). DEHB'li bireylerin erişkinlikte majör depresif bozukluk geliştirme olasılığının 3 kat, distimi geliştirme olasılığının 6 kat ve herhangi bir psikiyatrik bozukluğa sahip olma olasılığının 4 kattan fazla olduğu bildirilmiştir (49). DEHB'de madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı 2 kat daha fazladır. Bu komorbiditeler DEHB'nin klinik seyrinin daha da ağırlaşmasına yol açmaktadır (49).

DEHB ve bipolar bozukluk arasında güçlü ailesel bir ilişki mevcuttur ve bu da her iki durumun da ortak bir genetik katkı ile ortaya çıktığını düşündürmektedir (50). Güncel çalışmalar DEHB ile diğer psikiyatrik bozuklukların benzer nörobiyolojiden kaynaklandığına işaret etmektedir (50). Bipolar bozuklukta DEHB komorbidite oranlarının yaklaşık %9,5-21,2, DEHB'de bipolar bozukluk komorbidite oranlarının yaklaşık %5,1-47,1 arasında olduğu tahmin edilmektedir (51).

DEHB'ye distimi ve depresyon da sık eşlik etmekte bu birlikteliğin yaklaşık %18,6-53,3 oranlarında görüldüğü tahmin edilmektedir (52). Benzer şekilde yapılan çalışmalarda depresyonlu bireylerde eş zamanlı DEHB'nin %9-16 oranlarında görüldüğü bildirilmiştir (52).

Madde kullanım bozuklukları ile birlikte görülen en yaygın komorbid durum DEHB'dir (53). Özellikle alkol, nikotin, esrar ve kokain kullanımı sık görülmektedir. DEHB ile madde kötüye kullanımı iki yönlüdür ve nörobiyolojik faktörler, diğer komorbid psikiyatrik bozukluklar, yenilik arama veya dürtüsellik gibi davranışsal

özellikler ve DEHB semptomlarını kendi kendine tedavi etme girişimleri dahil olmak üzere çeşitli sebeplerden kaynaklanmaktadır (54). DEHB ile çeşitli psikiyatrik durumların bu yüksek oranda birliktelikleri tanı konulmasında çeşitli güçlükler oluşturmaktadır. Bunun yanında DEHB'li bireylerin diğer psikiyatrik komorbiditeler açısından da yakın izlemini gerektirmektedir.

2.1.6 DEHB Tedavisi

DEHB'li çocukların tedavisinde birinci ve en önemli aşamayı çocuk ve ailenin yeterli bir şekilde bilgilendirilmesi oluşturmaktadır. Toplumda psikiyatrik rahatsızlıklara karşı çeşitli önyargılara ve yanlış bilgilere sıklıkla rastlanılmaktadır. Bu da tedaviye uyumu olumsuz etkileyebilmektedir.

DEHB tedavisinde diğer adım davranış değişimi, anne baba eğitimi, aile terapileri, sosyal beceri eğitimleri, akademik beceri eğitimi, bireysel psikoterapi, bilişsel davranışçı terapiler gibi birçok psikososyal yöntemle beraber ilaç tedavilerini içermektedir (55). Psikososyal yöntemler DEHB'li bireylerin yaşam kalitesini arttırmaya yardımcı olsa da çekirdek semptomlar üzerinde etkili olduğu gösterilmiş tedaviler ilaç tedavileridir.

2.1.6.1 DEHB'de İlaç Tedavileri

DEHB tedavisinde kullanılan ilaçlar, stimülanlar (metilfenidat, amfetamin ve türevleri) ve stimülan olmayan ilaçlar (atomoksetin, klonidin, guanfasin, bupropiyon, modafinil, viloksazin) şeklinde gruplandırılmaktadır (56).

2.1.6.1.1 Psikostimülanlar

Psikostimülan ilaçlar 60 yılı aşkın süredir DEHB tedavisinde kullanılmaktadır. DEHB'li çocukların yaklaşık %75 ila %80'i psikostimülan kullanımından potansiyel

fayda görmektedir (57,58). Metilfenidat, deksmetilfenidat, dekstroamfetamin, lisdeksamfetamin ve karışık amfetamin tuzları şu anda piyasada bulunan psikostimülanları oluşturmaktadır. Ülkemizde sadece metilfenidat preparatları bulunmakta olup hızlı ve uzatılmış salınımlı oral formları bulunmaktadır.

Metilfenidat, DEHB için birinci basamak tedavi olarak en yaygın kullanılan ilaçtır. Metilfenidat, hem dopamin hem de norepinefrin taşıyıcıları üzerinde etki göstermekte ve bu yolla prefrontal kortekste norepinefrin miktarını artırmaktadır.

Amfetaminler ise prefrontal kortekste hem metilfenidatlar gibi sinaptik aralıktan DA ve NE geri alımını inhibe ederek hem de veziküllerden sinaptik aralığa DA ve NE salınımını artırarak etki göstermektedir.

Psikostimülanlar iştahsızlık, karın ağrısı, uyku bozuklukları ve baş ağrıları gibi benzer ve sık görülen yan etkiler göstermektedir (56).

2.1.6.1.2 Atomoksetin

Psikostimülanlar DEHB tedavisinde birinci basamak ilaçlar olsa da bazı hastalar yan etki profilini tolere edememeleri veya psikostimülan bir ürüne alerji veya komorbid tik durumu (örneğin Tourette Bozukluğu) gibi bir kontrendikasyon faktörünün varlığı nedeniyle bu sınıftan ajanlar alamamaktadır (57). Ek olarak, hastaların %10-30'u psikostimülanlara yanıt vermemektedir. Atomoksetin bu hastalar için alternatif bir ajandır. Atomoksetinin seçici bir norepinefrin geri alım inhibitörü olarak etki ettiği düşünülmektedir (58). İnhibisyonun bir sonucu olarak, davranışları kontrol ettiği düşünülen beynin prefrontal korteksinde norepinefrin ve dopamin konsantrasyonları artmaktadır. Bu etkinin lokalizasyonu, ilacın beynin geri kalan bölgeleri üzerindeki etkisini sınırlamakta ve atomoksetinin kötüye kullanım potansiyeli taşımamasını açıklamaktadır.

Atomoksetin hastalar tarafından nispeten iyi tolere edilir. Somnolans, ağız kuruluğu, mide bulantısı, kabızlık, baş dönmesi ve iştah azalması genellikle tedavi sürecinin erken dönemlerinde görülmektedir ve zamanla önemli ölçüde azalma eğilimi göstermektedir. Atomoksetin hem kalp hızını hem de kan basıncını hafifçe artırabilir ve ortostatik hipotansiyona neden olabilir, ancak büyümeyi etkilememektedir (56).

2.1.6.1.3 Alfa 2 Agonistler

Alfa $_2$ agonistler, psikostimülanlara suboptimal yanıt veren hastalarda monoterapi veya ek tedavi olarak kullanılabilmektedir (59).

DEHB'de alfa$_2$ agonistlerin kesin etki mekanizması bilinmemektedir. Baskın teori, bu ajanların prefrontal korteksteki α2A adrenoreseptörlerinde norepinefrin etkilerini doğrudan taklit ederek çalıştığıdır. Guanfasin α2A adrenoreseptörleri için seçicidir, klonidin ise α2A, α2B, α2C adrenoreseptörlerinde aktiftir (60). Teorik olarak, bu guanfasin ve klonidinin α2A adrenoreseptörlerinin uyarılması yoluyla benzer etkinliğe sahip olacağı anlamına gelmektedir. Ancak guanfasin α2B ve α2C adrenoreseptörleri üzerinde etkisinin olmaması nedeniyle klonidine göre daha az sedasyona ve hipotansiyona neden olmaktadır (61).

Her iki ilacın yavaş salınımlı formları, 6 yaş ve üzeri DEHB tanılı hastalar için FDA tarafından onaylanmıştır (56).

2.1.6.1.4 Standart Dışı Terapiler

Amerikan Pediatri Akademisi'nin çocuklarda ve ergenlerde DEHB'nin tanısı, değerlendirilmesi ve tedavisine ilişkin kılavuzu, psikostimülanların, atomoksetinin ve alfa $_2$ adrenerjik agonistlerin DEHB'li hastaların yönetimindeki rolünü kabul etmektedir (61). Viloksazin ise yakın zamanda 6-17 yaş arası çocuklarda DEHB tedavisi için FDA onayı almıştır. Venlafaksin, monoamin oksidaz inhibitörleri gibi diğer ajanlar DEHB semptomlarının potansiyel yönetimi için incelenmiştir; ancak, bu seçenekler şu anda FDA tarafından endike değildir veya ana kılavuzlar dahilinde kullanılması önerilmemektedir (61).

2.1.6.1.5 Davranış Temelli Terapi

Davranışsal terapinin DEHB tedavisi için etkinliği tartışmalı bir konudur. "Davranışsal terapi tüm hastalar için birinci basamak terapi olarak mı yoksa sadece daha genç veya daha hafif semptomları olan hastalar için mi kullanılmalı" sorusu literatürde tartışılmaya devam etmektedir (56). Amerikan Psikiyatri Birliği, Amerikan Tabipler Birliği ve Amerikan Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Akademisi'nden farklı kılavuzlar ve öneriler mevcuttur (61). Davranışsal terapinin DSM semptom listesine kıyasla işlevsel sonuçlar üzerinde daha etkili olduğuna dair yayınlar mevcuttur. Bu işlevsel sonuçlardan bazıları; günlük yaşam aktiviteleri, akran ve ebeveyn ilişkileri ve akademik başarı olarak tanımlanmıştır (62).

2.1.6.1.6 DEHB'li Çocuklarda Multimodal Tedavi Çalışması

DEHB'li Çocuklarda Multimodal Tedavi Çalışması 1992 yılında başlatılmış olup, DEHB'li 579 çocuğu uzun vadede takip etmektedir. Şu anda, okul çağındaki çocukların (7-9 yaş) başlangıçtaki yoğun randomize tedaviden sonra yalnızca davranış temelli tedavi, yalnızca ilaç, davranış terapisi artı ilaç kombinasyonu veya toplum bakımı ile değerlendirildiği yayınlanmış 8 yıllık bir takip çalışması bulunmaktadır (63). İlk yoğun tedavi aşaması 14 ay sürmüştür ve 14 aylık ara analizde, kombinasyon tedavisi grubunda (davranış artı ilaç tedavisi) daha fazla klinik iyileşme görülmüştür. Ancak, çalışmanın ilaç tedavisi kollarındaki çocukların daha uzun bir süre boyunca daha yüksek dozda ilaç aldığı ve klinik bir eczacı tarafından ilaç yönetiminin aylık olarak gerçekleştiği, toplum tedavisi gören grupta ise bunun gerçekleşmediği kaydedilmiştir (64). Sekiz yıllık takip çalışmasında, 2 yıl sonra ilacın kalıcı etkilerinin kaybolduğu görülmektedir. Uzun vadeli takip çalışmanın doğası gereği randomizasyon olmadan yapıldığından, yoğun ilaç yönetimi artı davranış terapisi ile klinik faydanın sürdürülüp sürdürülemeyeceğini saptamak oldukça güçtür. Ancak, tek tartışmasız görünen sonuç, hastanın ilk semptomlarının ve hastalık şiddetinin, başlatılan terapinin türü ve yoğunluğuna göre sonlanımları daha iyi ön gördürdüğüdür (56).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun tedavisi için çok sayıda farmakolojik ajan olmasına rağmen, en az yan etkiyle en fazla klinik faydayı sağlayacak tedavi algoritması konusunda hala birçok soru bulunmaktadır. Aynı zamanda ebeveynlerin psikolojik dayanıklılığının DEHB'li çocukların semptomları üzerinde etkili bir faktör olduğu ön görülse de bu konuda nedensellik ilişkisini net tanımlayan ve işlevsellikle yaşam kalitesi üzerine doğrudan etkisini inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmada da "Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği" ile ebeveynlerin psikolojik dayanıklılığının değerlendirilmesi ve ölçülen dayanıklılığın; DEHB'li çocuklarda "ÇİYKÖ" ve "WİBO-E" ölçekleri ile değerlendirilen işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi amaçlandı. Aynı zamanda ilaç kullanan ve ilaç kullanmayan DEHB grupları ile sağlıklı kontrol grubu arasında bu etkinin karşılaştırılması hedeflendi.

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. Çalışmaya 28.03.2024 tarihli GOA-24 numaralı etik kurul onayı alındıktan sonra başlandı. Çalışma Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi esaslarına uyularak gerçekleştirildi. Çalışmaya katılım öncesinde katılımcıların yasal vasilerinden Aydınlatılmış Onam Formu aracılığıyla onam alındı.

3.2 Çalışma Popülasyonu

Çalışmaya Alınma Kriterleri:

1. DSM 5 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.

Çalışmadan Dışlanma 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 alan olgular
4. DEHB tanılı tedavi alan grup için; son 3 aydır DEHB için kanıtlanmış tedavi almayan olgular
5. Nörolojik hastalık öyküsü olan olgular

6. Ailenin onamının olmadığı olgular olarak tanımlandı.

3.3 Hipotezler

Çalışmanın hipotezleri şu şekilde tanımlanmıştır;

1. Çocuklarında DEHB tanısı olan ebeveynlerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin kontrol grubuna (çocuklarında DEHB tanısı olmayan ebeveynlere) göre daha düşük olması beklenmektedir.
2. Ebeveynlerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri (puanları) ile DEHB tanısı olan olguların yaşam kalitesi arasında pozitif yönde istatiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır.
3. Ebeveynlerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri (puanları) ile DEHB tanısı olan olguların işlevsellik düzeyleri arasında pozitif yönde istatiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır.
4. Tedavi almayan DEHB tanılı çocukların yaşam kalitesi ve işlevsellik özelliklerinin tedavi alan çocuklara göre daha düşük (kötü) olması beklenmektedir.
5. DEHB tanısına ek olarak KOKGB semptomları eşlik eden çocukların ebeveynlerinin psikolojik dayanıklılıklarının daha düşük olması beklenmektedir.
6. DEHB tanısına ek olarak KOKGB semptomları eşlik eden çocukların yaşam kalitesi ve işlevsellik düzeylerinin sadece DEHB tanısı alan çocuklara göre daha düşük olması beklenmektedir.

3.4 Çalışma Protokolü ve Toplanan Veriler

Araştırmaya etik onayı alındıktan sonraki 9 ay 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 dahil edildi. 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. İlk 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 dolduruldu.

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 DB olan olgular belirlendi. Çocukların zihinsel kapasiteleri klinik olarak değerlendirildi ve tüm olgularda 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. Dokuz yaş ve üzeri olgu grubundan da "9- 18 Yaş Çocuk Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" okunarak yazılı beyan alındı. Kontrol grubunu 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 oluşturdu. 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) uygulandı ve diğer psikiyatrik hastalık varlığı araştırmaya katılan klinisyen tarafından değerlendirildi. Araştırmaya katılan tüm çocukların ebeveynlerine; Sosyodemografik Veri Formu, CBCL (Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği, Child Behaviour Checklist), Barkley'in Çocuk Dikkat Anketi, Yıkıcı Davranım Bozuklukları için

DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği – Ebeveyn Formu (WİBÖ-E) ve Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği Ebeveyn Formu (ÇİYKÖ) doldurulmak üzere verildi.

3.4.1 Çalışmada Kullanılan Ölçekler

1. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam boyu Şekli Türkçe uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T)
2. 4-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği: Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği (Child Behavior Check-List = CBCL)
3. Turgay Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (YDB-TDÖ)
4. Barkley Çocuk Dikkat Anketi
5. Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu (WISC-R)
6. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YİPDÖ)
7. WİBÖ-E (Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği-Ebeveyn Formu)
8. ÇİYKÖ-E (Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği-Ebeveyn Formu)
9. ÇİYKÖ-Ç(Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği-Çocuk Formu)

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

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 (65,66).

3.4.1.2 4-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği: Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği (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.

3.4.1.3 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 (69). 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.

3.4.1.4 Barkley Çocuk Dikkat Anketi

Barkley Çocuk Dikkat Anketi, yavaş bilişsel tempo (YBT) olgularını taramak amacıyla Russell Barkley tarafından oluşturulmuştur (70). 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 YBT 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 (70).

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 (71).

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 YBT değerlendirmesinde farklı araştırmacıların kendi yorumlarını katarak farklı kesim noktalarını dikkate aldıkları görülmüştür (72).

3.4.1.5 Wechsler Çocuklar İçin Zekâ 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 almıştır. Ülkemizde 1995 yılında Savaşır ve Şahin tarafından standardizasyon çalışmaları yapılarak WISC-R ölçeği Türk kültürüne uyarlanmıştır (73).

3.4.1.6 Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YİPDÖ)

Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, Friborg ve arkadaşları (2005) tarafından geliştirilmiş olup Basım ve Çetin (2011) tarafından Türkçeye uyarlama yapılarak güvenilirlik ve geçerliliği incelenmiştir (74). Ölçek 5'li likert biçiminde değerlendirilmektedir. Yapılan faktör analizi sonucunda, özgün ölçekle örtüşen ve Kendilik Algısı, Gelecek Algısı, Yapısal Stil, Sosyal Yeterlilik, Aile Uyumu ve Sosyal Kaynaklar boyutlarını içeren altı faktörlü yapı doğrulanmıştır. Ölçekte Gelecek Algısı (2, 8, 14, 20) ve Yapısal Stil (3, 9, 15, 21) 4'er maddeyle, Kendilik Algısı (1, 7, 13, 19, 28, 31), Aile Uyumu (5, 11, 17, 23, 48 26, 32) ve Sosyal Yeterlilik (4, 10, 16, 22, 25, 29) 6'şar maddeyle ve Sosyal Kaynaklar (6, 12, 18, 24, 27, 30, 33) 7 maddeyle ölçülmektedir. Ölçek uygulanırken değerlendirmelerin önyargılı olmasından kaçınmak için olumlu ve olumsuz özelliklerin farklı taraflarda yer almıştır. Ölçeğin ölçüt bağımlı geçerliliği için Sosyal Karşılaştırma Ölçeği ve Kontrol Odağı Ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin alt boyutlarının iç tutarlılık katsayılarının 0,66 ile 0,81 sayıları arasında ve test-tekrar test güvenilirliklerinin ise 0,68 ile 0,81 arasında değiştiği bulunmuştur (74)

3.4.1.7 Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği-Ebeveyn Formu (WİBÖ-E)

DEHB ile ilişkili hastalığa özgü işlevsellikte bozulmayı değerlendiren, Dr. Margaret Weiss tarafından geliştirilen, CADDRA kılavuzunda yer alan, ebeveyn ve öz bildirim sürümleri olan bir ölçektir (12). Ölçeğin ebeveyn formu (WİBÖ-E) ebeveynler tarafından doldurulan 50 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçek; aile, okul, yaşam becerileri, çocuğun benlik algısı, sosyal etkinlikler, riskli eylemler alt başlıklarını içermektedir. Aile alt başlığı 10 maddeden, okul alt başlığı öğrenme alanında 4 maddeden, davranış alanında 6 maddeden, yaşam becerileri alt başlığı 10 maddeden, çocuğun benlik algısı alt başlığı 3 maddeden, sosyal etkinlikler alt başlığı 7 maddeden ve riskli eylemler alt başlığı 10 maddeden oluşmaktadır. Okul alanında işlevsellikte bozulmanın değerlendirilebilmesi için iki ayrı faktör olan okul-öğrenme ve okul-davranış maddeleri okul başlığı altında toplanmıştır. Her bir madde 4 seçenekli 0-3 arası puan ile puanlanan likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin yönergesinde ebeveynlerden çocuklarının duygusal ve davranışsal sorunlarını göz önüne alarak, son bir ay içerisinde bu duygusal ve davranışsal sorunların ölçekteki maddelerden her birini nasıl etkilediğini en iyi tarif eden seçeneği işaretlemesi istenmektedir. Ölçek geliştiricileri tarafından, ebeveynlerin çocuklarına uygun olmadığını düşündükleri sorular için "uygun değil" seçeneğini işaretleyebilecekleri belirtilmektedir. Sorunun yanıtı "hiçbir zaman" olarak işaretlenmişse 0, "bazen" olarak işaretlenmişse 1, "sık" olarak işaretlenmişse 2, "çok sık" olarak işaretlenmişse 3 puan almaktadır. İşaretlenen maddelerin toplanmasıyla hem her bir alt başlık için, hem de toplam ölçek için puan hesaplanır. Toplam puan hesaplanırken "uygun değil" olarak işaretlenen maddeler 0 olarak puanlanır. Ortalama puan hesaplanırken "uygun değil" olarak işaretlenenler çıkarıldıktan sonra hesaplama yapılır. Alt başlıktaki maddelerin toplam puanı, ilgili alt başlıktaki madde sayısına bölünerek ortalama puan hesaplanır. Klinisyenlere kolaylık açısından; alt başlıkta bir tane 3 olarak puanlanan maddenin ya da en az iki tane 2 olarak puanlanan maddenin olmasının ya da ortalama puanın 1,5'dan fazla olmasının o alt başlıkla ilgili alanlarda işlevsellikte bozulmanın olduğunu gösterdiği belirtilmiştir. WİBÖ-E ebeveynler tarafından yaklaşık 5-10 dakika arasında değişen bir sürede doldurulmaktadır (12). Ölçek 18 dile tercüme edilmiş ve birçok çalışmada kullanılmıştır (12). DEHB'ye özgü alanda işlevsellikte bozulmayı ölçen ve DEHB örnekleminde geçerli tek ölçektir. İç tutarlılık çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0.8

olarak bulunmuştur. Alanlar faktör analizi ile doğrulanmış, okul alanı öğrenme ve davranış olarak ikiye ayrılmıştır. Diğer işlevsellik ölçekleri ile orta derecede birleşen geçerliğe sahip olduğu görülmüştür. Tedavi sonrası DEHB belirtilerinde görülen azalmanın ölçekte de değişikliğe yol açtığı saptanmıştır (12).

3.4.1.8 Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ)

Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (Pediatric Quality of Life Inventory; PedsQL), 2-18 yaşları arasındaki çocuk ve ergenlerin sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini ölçebilmek için Varni ve arkadaşları tarafından yaklaşık 15 yıllık çalışma sonucu 1999 yılında geliştirilmiş bir yaşam kalitesi ölçeğidir (75). Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımladığı sağlıklılık halinin özellikleri olan fiziksel sağlık, duygusal işlevsellik ve sosyal işlevsellik alanlarını sorgulamakta, bunun yanında okul işlevselliği de sorgulanmaktadır. Ölçeğin güvenilirliğini değerlendirmede iç tutarlık çalışması yapılmış, Cronbach alfa katsayısı 0.93 bulunmuş, geçerlilik değerlendirmesi için yapı geçerliğine ve klinik geçerliğine bakılmıştır (108). Bir genel yaşam kalitesi ölçeği olup, okul ve hastane gibi geniş populasyonlarda, hem sağlıklı hem de hastalığı olan çocuk ve ergenlerde kullanılabilecek, 23 maddeden oluşmaktadır. Maddeler 0-100 arasında puanlanmaktadır. ÇİYKÖ'nin kısa olması, yaklaşık 5-10 dakikalık bir sürede doldurulabiliyor olması, araştırmacı tarafından uygulanmasının ve puanlamasının kolay olması en önemli özelliklerindendir (108). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması; 2-7 yaş grupları için olan formları Üneri tarafından, 8-18 yaş grupları için olan formları Çakın Memik (11,12), tarafından yapılmıştır. Ölçeğin kolay uygulanabilirliği, farklı yaş grupları ve anne-baba için ayrı formlarının olması olumlu özellikleridir.

3.5 Örneklem Büyüklüğü 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 α=0.05, testin hedeflenen gücü 1- β=0.80 iken 3 grup için istatistiksel analizler için gerekli olan toplam örneklem sayısı 126 olarak hesaplanmıştır. Her bir grup için 50 kişi ile toplam 150 katılımcı ile çalışmanın tamamlanması planlanmıştır.

3.6 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. ÇİYKÖ çocuk, ÇİYKÖ ebeveyn, WİBÖ-E ve YİPDÖ puanları için yordayıcı faktörlerin saptanmasında 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 toplam 163 katılımcı ile gerçekleştirildi. Katılımcıların 51'i (%31,3) sağlıklı kontrol grubunda, 54'ü (%33,1) ilaç kullanan DEHB grubunda, 58'i (%35,6) ilaç kullanmayan DEHB grubundaydı. Tüm katılımcıların 48'i (%29,4) kız, 115'i (%70,6) erkekti. Tüm katılımcıların median yaşı 9 (IQR25-75; 8-10) idi. Kız katılımcıların median yaşı 9 (IQR25-75; 8-11), erkek katılımcıların median yaşı 9 (IQR25-75; 8-10) idi. Sağlıklı kontrol grubunda median yaş 9 (IQR25-75; 8-10), ilaç kullanan DEHB grubunda median yaş 9 (IQR25-75;8-11), ilaç kullanmayan DEHB grubunda ise median yaş 9 (IQR25-75;8-10) idi. Gruplar arasında yaş benzer dağılım göstermekteydi.

Kontrol grubunda 16 (%31,4) kız, 35 (%68,6) erkek; ilaç kullanan DEHB grubunda 8 (%14,8) kız, 46 (%85,2) erkek; ilaç kullanmayan DEHB grubunda 13 (%22,4) kız, 45 (%77,6) erkek mevcuttu. Cinsiyet dağılımları gruplar arasında benzerdi (p=0,129).

Katılımcıların bulunduğu sınıf da gruplar arasında benzer dağılım göstermekteydi (Tablo 1).

Tablo 4.1 Katılımcıların Yaş ve Cinsiyet Özellikleri

	Sağlıklı Kontrol N=51		**İlaç Kullanan DEHB N=54**		**İlaç Kullanmayan DEHB N=58**		**P Değeri**
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Cinsiyet							
Kız	16	31,4	8	14,8	13	22,4	0,129
Erkek	35	68,6	46	85,2	45	77,6	
Yaş, yıl median (IQR25-75)	9 (8-10)		9 (8-11)		9 (8-10)		0,809
Kaçıncı Sınıf median (IQR25-75)	3 (2-4)		4 (2-6)		3 (2-5)		0,409

IQR: Interquartile Range, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

4.1.2 Katılımcıların Aile Özellikleri

Anne yaşı kontrol grubunda median 38 (IQR25-75;36-41), ilaç kullanan DEHB grubunda median 37 (IQR25-75; 33-42), ilaç kullanmayan DEHB grubunda median 39 (IQR25-75; 35-43) idi (p=0,419).

Anne eğitim durumuna bakıldığında üç grupta da okuryazar olmayan anne yoktu. Ancak üniversite mezunu anne oranı sağlıklı kontrol grubunda anlamlı düzeyde yüksekti (p=0,001). Çalışan anne oranı da benzer şekilde kontrol grubunda diğer gruplara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p=0,002). Annede psikiyatrik başvuru öyküsü sağlıklı kontrol grubunda 4 (%7,8), ilaç kullanan DEHB grubunda 20 (%37), ilaç kullanmayan DEHB grubunda 16 (%27,6) oranında görüldü. Anne psikiyatrik başvuru öyküsü sağlıklı kontrol grubunda diğer gruplara göre anlamlı düzeyde düşük orandaydı (p=0,002). Benzer şekilde psikiyatrik tedavi daha önce hiç almamış anne sayısı sağlık kontrol grubunda 47 (%92,2) ile diğer gruplara göre anlamlı düzeyde yüksekti (p=0,034). Katılımcıların anne özellikleri Tablo 2'de sunuldu.

Baba eğitim durumunda üniversite mezunu oranı sağlıklı kontrol grubunda diğer gruplara göre daha fazla görüldü (p<0,001). Ancak baba çalışma oranları açısından gruplar benzer dağılmaktaydı. Baba psikiyatrik başvuru, psikiyatrik tanı, psikiyatrik tedavi, ek hastalık durumları gruplar arasında benzer dağılmaktaydı (sırasıyla p=0,200, p=0,359, p=0,316, p=0,271). Baba yaşı sağlıklı kontrol grubunda 42 (IQR25-75; 39-45), ilaç kullanan DEHB grubunda 37 (IQR25-75; 37-48), ilaç kullanmayan DEHB grubunda median 43 (IQR25-75;38-45) idi. Baba yaşı da gruplar arasında benzer dağılım göstermekteydi (p=0,945). Katılımcıların baba özellikleri Tablo 3'te sunuldu.

Tablo 4.2 Katılımcıların Anne Özellikleri

	Sağlıklı Kontrol N=51		İlaç Kullanan DEHB N=54		İlaç Kullanmayan DEHB N=58		P Değeri
	N	%	N	%	N	%	
Anne Eğitim Durumu							
Okuryazar Değil	0	0,00	0	0,00	0	0,00	**0,001**
İlkokul Mezunu	2	3,90	8	14,80	14	24,10	
Ortaokul Mezunu	6	11,80	9	16,70	2	3,40	
Lise Mezunu	12	23,50	21	38,90	23	39,70	
Üniversite Mezunu	31	60,80	16	29,60	19	32,80	
Anne Çalışma Durumu							
Çalışmıyor	21	41,20	39	72,20	40	69,00	**0,002**
Çalışıyor	30	58,80	13	24,10	17	29,30	
Emekli	0	0,00	2	3,70	1	1,70	
Annede Psikiyatrik Başvuru Var	4	7,80	20	37,00	16	27,60	**0,002**
Annede Psikiyatrik Tanı Var	3	5,90	8	14,80	5	8,60	0,285
Anne Psikiyatrik Tedavi Durumu							
Psikiyatrik Tedavi Hiç Almamış	47	92,20	36	66,70	45	77,60	**0,034**
Psikiyatrik Tedavi Eskiden Almış	2	3,90	12	22,20	9	15,50	
Psikiyatrik Tedavi Almakta	2	3,90	6	11,10	4	6,90	
Annede Ek Hastalık Var	8	15,70	5	9,30	4	6,90	0,307
Anne Yaşı, Yıl Median (IQR 25-75)	38 (36-41)		37 (33-42)		39 (35-43)		0,419

IQR: Interquartile Range, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

Tablo 4.3 Katılımcıların Baba Özellikleri

	Sağlıklı Kontrol N=51		İlaç Kullanan DEHB N=54		İlaç Kullanmayan DEHB N=58		P Değeri
	N	%	N	%	N	%	
Baba Eğitim Durumu							
Okuryazar Değil	1	2,00	0	0,00	0	0,00	**<0,001**
İlkokul Mezunu	2	3,90	12	22,20	14	24,10	
Ortaokul Mezunu	2	3,90	11	20,40	13	22,40	
Lise Mezunu	16	31,40	20	37,00	21	36,20	
Üniversite Mezunu	30	58,80	11	20,40	10	17,20	
Baba Çalışma Durumu							
Çalışmıyor	1	2,00	3	5,60	3	5,30	0,320
Çalışıyor	49	96,10	45	83,30	50	87,70	
Emekli	1	2,00	6	11,10	4	7,00	
Babada Psikiyatrik Başvuru Var	1	2,00	5	9,30	6	10,30	0,200
Babada Psikiyatrik Tanı Var	1	2,00	4	7,40	2	3,40	0,359
Baba Psikiyatrik Tedavi Durumu							
Psikiyatrik Tedavi Hiç Almamış	48	94,10	49	90,70	52	89,70	0,316
Psikiyatrik Tedavi Eskiden Almış	3	5,90	1	1,90	3	5,20	
Psikiyatrik Tedavi Almakta	0	0,00	4	7,40	3	5,20	
Babada Ek Hastalık Var	5	9,80	2	3,70	2	3,40	0,271
Baba Yaşı, Yıl Median (IQR 25-75)	42 (39-45)		42 (37-48)		43 (38-45)		0,945

IQR: Interquartile Range, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

Anne baba beraberlik ve akrabalık durumları da gruplar arasında benzer dağılım göstermekteydi (sırasıyla p=0,723 ve p=0,072). Ancak aile gelir durumu asgari ücretin altında olan katılımcı sayısı ilaç kullanmayan DEHB grubunda 6 (%10,3) ile diğer gruplara göre anlamlı düzeyde daha yüksekti (p=0,045). Aile çocuk sayısı sağlıklı kontrol grubunda median 2 (IQR25-75; 1-2), ilaç kullanan DEHB grubunda median 2 (IQR25-75; 2-2), ilaç kullanmayan DEHB grubunda median 2 (IQR25-75;2-2) ile sağlıklı kontrol grubunda anlamlı düzeyde daha düşük saptandı (p=0,038). Katılımcıların diğer aile özellikleri Tablo 4'te sunuldu.

Tablo 4.4 Katılımcıların Diğer Aile Özellikleri

	Sağlıklı Kontrol N=51		**İlaç Kullanan DEHB N=54**		**İlaç Kullanmayan DEHB N=58**		**P Değeri**
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Anne-Baba Beraberlik Durumu							
Anne Baba Birlikte	47	92,20	44	81,50	48	82,80	
Anne Baba Resmen Boşanmış	3	5,90	7	13,00	8	13,80	0,723
Anne Baba Ayrı Yaşıyor	1	2,00	2	3,70	1	1,70	
Eş Kaybı	0	0,00	1	1,90	1	1,70	
Anne Baba Akrabalık Var	2	3,90	5	9,30	10	17,20	0,072
Aile Aylık Gelir Durumu							
Asgari Ücretin Altında	0	0,00	2	3,70	6	10,30	**0,045**
Asgari Ücret	3	5,90	7	13,00	9	15,50	
Asgari Ücretin Üstünde	48	94,10	45	83,30	43	74,10	
Kardeşlerde Psikiyatrik Hastalık Var	2	6,1	6	14,3	6	12,5	0,512
Kardeşlerde Ek Hastalık Var	2	6,1	4	9,5	8	16,7	0,301
Aile Çocuk Sayısı Median (IQR25-75)	2 (1-2)		2 (2-2)		2 (2-2)		**0,038**
Ailenin Kaçıncı Çocuğu Median (IQR25-75)	1 (1-2)		1 (1-2)		1 (1-2)		0,551

IQR: Interquartile Range, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

4.1.3 Katılımcıların Doğum Özellikleri

Gebelikte ilaç kullanımı, alkol kullanımı ve radyasyon maruziyeti açısından gruplar arasında anlamlı fark görülmedi. Ancak gebelikte sigara kullanımı sağlıklı kontrol grubunda görülmezken ilaç kullanan DEHB grubunda 10 (%18,5), ilaç kullanmayan DEHB grubunda 9 (%15,5) katılımcıda mevcuttu. Gebelikte sigara kullanımının sağlıklı kontrol grubunda diğer gruplara göre anlamlı olarak daha düşük oranda olduğu saptandı (p=0,007).

İstenmeyen gebelik sağlıklı kontrol grubunda hiç görülmezken ilaç kullanan DEHB grubunda 7 (%13), ilaç kullanmayan DEHB grubunda 4 (%6,9) katılımcıda görüldü. İstenmeyen gebelik oranları sağlıklı kontrol grubunda diğer gruplara göre

anlamlı düzeyde daha düşüktü (p=0,03). Doğum şekli, doğum haftası ve doğum/doğum sonrası problem açısından gruplar arasında anlamlı fark görülmedi. Katılımcıların anne gebelik ve doğum özellikleri Tablo 5'te sunuldu.

Tablo 4.5 Katılımcıların Anne Gebelik ve Doğum Özellikleri

	Sağlıklı Kontrol N=51		**İlaç Kullanan DEHB N=54**		**İlaç Kullanmayan DEHB N=58**		**P Değeri**
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Gebelikte İlaç Kullanımı Var	6	11,8	9	16,7	13	22,4	0,337
Gebelikte Sigara Kullanımı Var	0	0	10	18,5	9	15,5	**0,007**
Gebelikte Alkol Kullanımı Var	0	0	0	0	0	0	1,000
Gebelikte Radyasyon Maruziyeti Var	0	0	1	1,9	0	0	0,362
İstenmeyen Gebelik **İstenen Gebelik**	0 51	0 100	7 47	13 87	4 54	6,9 93,1	**0,03**
Normal Doğum **Sezaryen Doğum**	16 35	31,4 68,6	17 37	31,5 68,5	15 43	25,9 74,1	0,757
Doğum Haftası Çok Erken (<34 hafta) Erken (34-38 Hafta) Normal (38-42 Hafta) Geç (>42 Hafta)	 1 5 45 0	 2 9,8 88,2 0	 3 10 40 1	 5,6 18,5 74,1 1,9	 1 6 49 2	 1,7 10,3 84,5 3,4	0,414
Doğum veya Doğum Sonrası Problem Yok Oksijensiz Kalma Morarma Yenidoğan Sarılığı Kuvöz Bakımı Yoğun Bakım Gereksinimi Uzamış Sarılık	 41 0 0 4 2 2 1	 80,4 0 0 9,8 3,9 3,9 2	 42 0 0 6 6 0 1	 80,8 0 0 11,6 11,6 0 1,9	 49 1 0 4 2 0 1	 87,5 1,8 0 7,2 3,6 0 1,8	0,452

IQR: Interquartile Range, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

4.1.4 Katılımcıların Gelişim Özellikleri ve Diğer Tıbbi Öyküleri

Gruplar arasında kronik hastalık varlığı, epilepsi varlığı, alerji varlığı açısından anlamlı fark yoktu. İlaç kullanımı, düzenli fiziksel aktivite, okul öncesi eğitim alma ve nörogelişimsel özellikler açısından da gruplar arasında anlamlı fark görülmedi (Tablo 6).

Tablo 4.6 Katılımcıların Gelişim Özellikleri ve Diğer Tıbbi Öyküleri

	Sağlıklı Kontrol N=51		İlaç Kullanan DEHB N=54		İlaç Kullanmayan DEHB N=58		P Değeri
	N	%	N	%	N	%	
Kronik Hastalık Varlığı	8	15,7	5	9,3	8	13,8	0,597
Alerji Varlığı	10	19,6	17	31,5	17	29,3	0,346
Ek İlaç Kullanımı	9	17,6	4	7,6	7	12,1	0,114
Ameliyat Öyküsü	16	31,4	11	20,4	9	15,5	0,129
Düzenli Fiziksel Aktivite	30	58,8	24	44,4	24	41,4	0,158
Okul Öncesi Eğitim Alma	45	88,2	46	85,2	44	75,9	0,198
Okuma Yazma Öğrenme							
Okuma Yazmaya Geçemedi	0	0	0	0	0	0	0,055
1.Sınıf İlk Dönem	50	98	44	81,5	50	86,2	
1.Sınıf İkinci Dönem	1	2	10	18,5	8	13,8	
Yürümeye başlama, ay	12 (11-14)		12 (11-13)		12 (11-14)		0,859
İlk Kelime, ay	12 (11-13)		12 (11-15)		12 (11-13)		0,140
Cümle kurma, ay	18 (18-24)		18 (18-25)		18 (18-24)		0,389
Tuvalet eğitimi, ay	25 (24-30)		24 (24-36)		30 (24-30)		0,801

IQR: Interquartile Range, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

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

CBCL analizinde gruplar arasında anlamlı fark göstermeyen tek alt kategori somatizasyondu (p=0,169). Etkinlik kategorisinde 3 grup arasında anlamlı fark mevcuttu (p=0,019). Farkın kaynağına bakıldığında ilaç kullanan DEHB grubunun puanlarının kontrol grubundan anlamlı düzeyde düşük olduğu (adjusted p=0,015) ancak diğer karşılaştırmalarda anlamlı fark olmadığı saptandı. Sosyallik kategorisinde 3 grup arasında anlamlı fark mevcuttu (p=0,001). Kontrol grubunda bu puanların ilaç kullanan DEHB ve ilaç kullanmayan DEHB gruplarına göre anlamlı düzeyde yüksek puanlar olduğu (sırasıyla adjusted p=0,001 ve p=0,009) ancak DEHB grupları arasında fark olmadığı görüldü. İçe dönüklük kategorisinde ilaç kullanmayan DEHB ile kontrol grubu arasında anlamlı fark görülürken (adjusted p=0,019) diğer karşılaştırmalarda anlamlı fark saptanmadı. Anksiyete/depresyon kategorisinde kontrol grubu ilaç kullanan ve kullanmayan DEHB gruplarına göre anlamlı düzeyde düşük puanlar göstermekteydi (sırasıyla adjusted p=0,008 ve p<0,001). Bu kategoride DEHB grupları arasında anlamlı fark görülmedi. Sosyal sorunlar kategorisinde de kontrol grubu ilaç kullanan ve kullanmayan DEHB gruplarına göre düşük puanlar gösterdi (her ikisi için de adjusted p<0,001). Düşünce sorunları kategorisinde de DEHB grupları arasında fark saptanmazken kontrol grubu her ikisinden de anlamlı düzeyde düşük puanlara sahipti (her ikisi için de adjusted p<0,001). Aynı sonuçlar dikkat sorunları

kategorisinde de saptandı. Bu kategoride de DEHB grupları arasında anlamlı fark mevcut değildi. Suça yönelim kategorisinde kontrol grubu ilaç kullanan ve kullanmayan DEHB gruplarından daha düşük puanlara sahipti (sırasıyla adjusted p=0,019 ve p<0,001). Saldırganlık kategorisinde DEHB grupları arasında fark saptanmazken kontrol grubu her ikisinden de anlamlı düzeyde düşük puanlara sahipti (her ikisi için de adjusted p<0,001). Aynı sonuç toplam sorun ve dışa yönelim kategorilerinde de saptandı. İçe yönelim kategorisinde DEHB grupları arasında fark yokken kontrol grubu ilaç kullanan ve kullanmayan DEHB gruplarına göre anlamlı düzeyde düşük puanlar gösterdi (sırasıyla adjusted p=0,013 ve p<0,001).

Tablo 4.7 Katılımcıların CBCL Ölçeği Kategorilerinde Karşılaştırması

Median (IQR25-75)	Sağlıklı Kontrol N=51	İlaç Kullanan DEHB N=54	İlaç Kullanmayan DEHB N=58	P Değeri	Post Hoc
Etkinlik	48 (39-53)	40 (33-49)	43 (35-51)	**0,019**	**A>B B=C A=C**
Sosyallik	50 (41-54)	40 (34-48)	41 (36-48)	**0,001**	**A>B=C**
İçe Dönüklük	50 (50-54)	54 (50-58)	55 (50-64)	**0,023**	**C>A B=C A=C**
Somatizasyon	50 (50-58)	56 (50-61)	55 (50-61)	0,169	Fark yok
Anksiyete Depresyon	50 (50-57)	57 (52-68)	61 (52-66)	**<0,001**	**A<B=C**
Sosyal Sorunlar	50 (50-52)	56 (50-64)	57 (52-64)	**<0,001**	**A<B=C**
Düşünce Sorunları	50 (50-58)	57 (57-65)	58 (57-65)	**<0,001**	**A<B=C**
Dikkat Sorunları	50 (50-57)	63 (57-67)	65 (60-70)	**<0,001**	**A<B=C**
Suça Yönelim	50 (50-54)	54 (50-59)	56 (50-63)	**<0,001**	**A<B=C**
Saldırganlık	50 (50-50)	56 (50-62)	58 (50-65)	**<0,001**	**A<B=C**
Toplam Sorun	46 (40-54)	58 (52-66)	63 (52-69)	**<0,001**	**A<B=C**
İçe Yönelim	49 (43-59)	54 (49-64)	58 (51-68)	**<0,001**	**A<B=C**
Dışa Yönelim	44 (39-49)	55 (48-62)	58 (49-66)	**<0,001**	**A<B=C**

IQR: Interquartile Range, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, CBCL: Child Behavioral Check List
A: Sağlıklı Kontrol, B: İlaç Kullanan DEHB, C: İlaç Kullanmayan DEHB

4.3 Katılımcılar Arasında Turgay Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (YDB-TDÖ) Verilerinin Karşılaştırması

Turgay Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (YDB-TDÖ) gruplar arasında tüm kategorilerde hem 2 ve üzeri puan alınan madde sayısı hem de toplam puanlar yönüyle karşılaştırıldı. Tüm karşılaştırmalarda gruplar arasında anlamlı fark mevcuttu (tümü için p<0,001).

Karşılaştırmalarda hem toplam puan hem de 2 ve üzeri puan alınan madde sayısı yönüyle; dikkat eksikliği, hiperaktivite ve KOKGB kategorilerinde ilaç kullanmayan DEHB, ilaç kullanan DEHB grubuna göre, ilaç kullanan DEHB grubu da kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek puanlar gösterdi (tüm karşılaştırmalar için adjusted p<0,001). Ancak davranım bozukluğu kategorisinde 2 ve üzeri puan alınan madde sayısında kontrol grubu ile ilaç kullanan DEHB grubu arasında anlamlı fark yokken; ilaç kullanmayan DEHB grubunda ilaç kullanan DEHB ve kontrol gruplarına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü (her ikisi için de adjusted p<0,001). Davranım bozukluğu toplam puanda kontrol grubu ilaç kullanan DEHB grubuna göre, ilaç kullanan DEHB grubu da ilaç kullanmayan DEHB grubuna göre anlamlı düzeyde düşük puanlar göstermekteydi (her ikisi için de adjusted p<0,001).

Tablo 4.8 Katılımcıların Turgay Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (YDB-TDÖ) Verilerinin Karşılaştırması

Median (IQR25-75)	Sağlıklı Kontrol N=51	İlaç Kullanan DEHB N=54	İlaç Kullanmayan DEHB N=58	P Değeri	Post Hoc
Dikkat Eksikliği 2 ve üzeri olan madde sayısı	0 (0-0)	2 (0-5)	6 (4-7)	**<0,001**	**C>B>A**
Dikkat Eksikliği Toplam Puan	3 (1-5)	9 (5-16)	16 (11-18)	**<0,001**	**C>B>A**
Hiperaktivite 2 ve üzeri olan madde sayısı	0 (0-1)	2 (1-5)	6 (4-7)	**<0,001**	**C>B>A**
Hiperaktivite Toplam Puan	2 (1-5)	9 (6-16)	17 (12-20)	**<0,001**	**C>B>A**
Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu 2 ve üzeri olan madde sayısı	0 (0-0)	1 (0-4)	3 (2-5)	**<0,001**	**C>B>A**
Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu Toplam Puan	1 (0-4)	5 (3-10)	9 (7-12)	**<0,001**	**C>B>A**
Davranım Bozukluğu 2 ve üzeri olan madde sayısı	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-1)	**<0,001**	**C>A=B**
Davranım Bozukluğu Toplam Puan	0 (0-0)	0 (0-1)	1 (0-3)	**<0,001**	**C>B>A**

IQR: Interquartile Range, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4.Baskı, YDB-TDÖ: Turgay Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği
A: Sağlıklı Kontrol, B: İlaç Kullanan DEHB, C: İlaç Kullanmayan DEHB

4.4 Katılımcıların Barkley Çocuk Dikkat Anketi Verileri

Barkley Çocuk Dikkat Anketi toplam puanları sağlıklı kontrol grubunda median 12 (IQR25-75; 12-14), ilaç kullanan DEHB grubunda median 15 (IQR25-75; 14-17),

ilaç kullanmayan DEHB grubunda median 15 (IQR25-75; 14-19) saptandı. İlaç kullanan ve kullanmayan DEHB grupları arasında anlamlı fark saptanmazken kontrol grubu diğer iki gruba göre anlamlı düzeyde daha düşük puana sahipti (her iki karşılaştırma için de p<0,001).

Tablo 4.9 Katılımcıların Barkley Çocuk Dikkat Anketi Verileri

Median (IQR25-75)	Sağlıklı Kontrol N=51	İlaç Kullanan DEHB N=54	İlaç Kullanmayan DEHB N=58	P Değeri	Post Hoc
Barkley Çocuk Dikkat Anketi Total Puan	12 (12-14)	15 (14-17)	15 (14-19)	**<0,001**	**A<B=C**

IQR: Interquartile Range, 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 alt kategorilerinden gruplar arasında anlamlı fark göstermeyen tek kategori şifre idi (p=0,073). Sözel kategoride ve totalde kontrol grubu diğer iki gruba göre anlamlı düzeyde yüksek puanlar gösterirken (her ikisi için de adjusted p<0,001) DEHB grupları arasında fark yoktu. Performans kategorisinde de benzer sonuçlar saptandı (kontrol-ilaç kullanmayan DEHB için adjusted p=0,005, kontrol-ilaç kullanan DEHB için adjusted p=0,001).

Genel bilgi kategorisinde kontrol grubu diğer iki gruba göre anlamlı düzeyde yüksek puanlar gösterirken (kontrol-ilaç kullanmayan DEHB için adjusted p=0,005, kontrol-ilaç kullanan DEHB için adjusted p=0,019) DEHB grupları arasında fark yoktu. Benzerlik ve aritmetik kategorilerinde de kontrol grubu diğer iki gruba göre anlamlı düzeyde yüksek puanlar gösterdi (her ikisi için de adjusted p<0,001). Sözcük dağarcığı ve sayı dizisi kategorilerinde anlamlı fark gösteren tek karşılaştırma ilaç kullanan DEHB ve kontrol grupları arasındaydı. Kontrol grubunda ilaç kullanan DEHB grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek puanlar mevcutken (iki kategoride de adjusted p=0,01) diğer karşılaştırmalarda fark bulunmadı. Aynı sonuçlar yargılama kategorisinde de görüldü (adjusted p<0,001). Resim tamamlama kategorisinde ilaç kullanmayan DEHB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük puanlar görülürken (adjusted p=0,012) diğer gruplar arası karşılaştırmalarda anlamlı fark

görülmedi. Resim düzenleme kategorisinde kontrol grubu ilaç kullanan ve kullanmayan DEHB gruplarından yüksek puan gösterirken (kontrol-ilaç kullanmayan DEHB için adjusted p=0,023, kontrol-ilaç kullanan DEHB için adjusted p=0,001) DEHB grupları arasında anlamlı fark saptanmadı. Küplerle desen kategorisinde kontrol grubu ilaç kullanan ve kullanmayan DEHB gruplarından yüksek puan gösterirken (kontrol-ilaç kullanmayan DEHB için adjusted p=0,046, kontrol-ilaç kullanan DEHB için adjusted p=0,019) DEHB grupları arasında anlamlı fark saptanmadı. Parça birleştirme kategorisinde de kontrol grubu ilaç kullanan ve kullanmayan DEHB gruplarından yüksek puan gösterirken (kontrol-ilaç kullanmayan DEHB için adjusted p=0,021, kontrol-ilaç kullanan DEHB için adjusted p=0,031) DEHB grupları arasında anlamlı fark saptanmadı.

Tablo 4.10 Katılımcıların WISC-R Zeka Testi Verilerinin Karşılaştırması

Median (IQR25-75)	Sağlıklı Kontrol N=51	İlaç Kullanan DEHB N=54	İlaç Kullanmayan DEHB N=58	P Değeri	Post Hoc
Sözel	110 (103-118)	96 (88-103)	96 (85-111)	**<0,001**	**A>B=C**
Performans	114 (107-127)	102 (99-116)	105 (96-113)	**0,001**	**A>B=C**
Total	112 (106-122)	100 (94-109)	101 (92-113)	**<0,001**	**A>B=C**
ALT KATEGORİLER					
Genel Bilgi	10 (8-11)	8 (6-10)	8 (6-10)	**0,003**	**A>B=C**
Benzerlik	13 (11-15)	10 (7-12)	11 (9-13)	**<0,001**	**A>B=C**
Aritmetik	12 (10-13)	10 (8-11)	10 (8-12)	**<0,001**	**A>B=C**
Sözcük Dağarcığı	11 (11-13)	9 (7-10)	10 (7-12)	**0,013**	**A>B A=C B=C**
Yargılama	11 (10-13)	10 (8-11)	11 (9-12)	**0,001**	**A>B A=C B=C**
Sayı Dizisi	11 (9-13)	10 (8-11)	10 (8-11)	**0,009**	**A>B A=C B=C**
Resim Tamamlama	12 (10-13)	11 (9-12)	11 (9-12)	**0,013**	**A>C A=B B=C**
Resim Düzenleme	11 (10-12)	10 (8-11)	10 (9-11)	**0,001**	**A>B=C**
Küplerle Desen	13 (12-16)	11 (9-14)	12 (9-15)	**0,012**	**A>B=C**
Parça Birleştirme	12 (11-14)	11 (10-12)	11 (10-12)	**0,011**	**A>B=C**
Şifre	12 (10-14)	11 (9-13)	11 (9-12)	0,073	Fark yok

IQR: Interquartile Range, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, WISC-R: Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği-Yeniden Gözden Geçirilmiş Formu
A: Sağlıklı Kontrol, B: İlaç Kullanan DEHB, C: İlaç Kullanmayan DEHB

4.6 Katılımcıların Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YİPDÖ) Puanlarının Karşılaştırması

YİPDÖ 6 alt kategoride ve toplam puan olmak üzere 3 grup arasında karşılaştırıldı. Yapısal stil alt kategorisinde sağlıklı kontrol grubunda median 16 (IQR25-75; 14-20), ilaç kullanan DEHB kategorisinde 15 (IQR25-75; 13-16), ilaç kullanmayan DEHB kategorisinde 16 (IQR25-75; 13-18) puan ile 3 grup arasında anlamlı fark görüldü. İstatistiksel farkın ilaç kullanan DEHB grubu ile sağlıklı kontrol grubundaki farktan kaynaklandığı saptandı (adjusted p=0,011). Gelecek kaygısı ve kendilik algısı alt kategorilerinde gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla p=0,074 ve p=0,320). Aile uyumu alt kategorisinde sağlıklı kontrol grubunun median puanı 27 (IQR25-75; 24-30), ilaç kullanan DEHB grubunun 24 (IQR25-75; 22-27), ilaç kullanmayan DEHB grubunun 25 (IQR25-75; 21-28) ile gruplar arasında anlamlı fark mevcuttu (p=0,003). Sağlıklı kontrol grubu hem ilaç kullanan hem de ilaç kullanmayan DEHB gruplarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar göstermekteydi (sırasıyla adjusted p=0,005 ve 0,016). Sosyal yeterlilik kategorisinde sağlıklı kontrol grubunun median puanı 24 (IQR25-75; 21-26), ilaç kullanan DEHB grubunun puanı 24 (IQR25-75; 22-27), ilaç kullanmayan DEHB grubunun puanı 22 (IQR25-75; 20-25) ile gruplar arasında anlamlı fark göstermekteydi. Farkın sağlıklı kontrol ve ilaç kullanmayan DEHB grubunun farkından kaynaklandığı saptandı (adjusted p=0,002). YİPDÖ toplam puan sağlıklı kontrol grubunda median 107 (IQR25-75; 101-116), ilaç kullanan DEHB grubunda 99 (IQR25-75; 92-106), ilaç kullanmayan DEHB grubunda 104 (IQR25-75; 94-109) ile gruplar arasında anlamlı fark göstermekteydi (p<0,001). Farkın kaynağı ilaç kullanan DEHB ve sağlıklı kontrol grubu olarak saptandı (adjusted p=0,001).

Tablo 4.11 Katılımcıların Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Verileri

Median (IQR25-75)	Sağlıklı Kontrol N=51	İlaç Kullanan DEHB N=54	İlaç Kullanmayan DEHB N=58	P Değeri	Post Hoc
Yapısal Stil	16 (14-20)	15 (13-16)	16 (13-18)	**0,014**	**A>B B=C A=C**
Gelecek Algısı	17 (15-20)	16 (13-18)	17 (14-19)	0,074	Fark yok
Kendilik Algısı	26 (24-30)	25 (22-28)	26 (22-28)	0,320	Fark yok
Aile Uyumu	27 (24-30)	24 (22-27)	25 (21-28)	**0,003**	**A>B=C**
Sosyal Yeterlilik	24 (21-26)	24 (22-27)	22 (20-25)	**0,003**	**A=B>C**
Sosyal Kaynaklar	31 (28-34)	22 (18-23)	31 (27-33)	0,087	Fark yok
YİPDÖ Toplam Puan	107 (101-116)	99 (92-106)	104 (94-109)	**0,001**	**A>B B=C A=C**

IQR: Interquartile Range, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, YİPDÖ: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği
A: Sağlıklı Kontrol, B: İlaç Kullanan DEHB, C: İlaç Kullanmayan DEHB

4.7 Katılımcılar Arasında Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği Ebeveyn Formu (WİBÖ-E) Verilerinin Karşılaştırması

WİBÖ-E formu toplam puan, ortalama puan ve 2 ve üzeri puan alınan madde sayısı açısından tüm alt kategorilerde karşılaştırıldı ve tüm kategorilerde gruplar arasında anlamlı fark saptandı (tümü için $p<0,05$).

Aile kategorisi toplam puanda kontrol grubu diğer iki gruba göre de anlamlı düzeyde daha düşük puan göstermekteydi (her ikisi için adjusted $p<0,001$). Ancak ilaç kullanan ve kullanmayan DEHB grupları arasında anlamlı fark saptanmadı. Öğrenme alt kategorisinde de benzer şekilde kontrol grubu diğer iki gruba göre anlamlı olarak daha düşük puan aldı (her ikisi için adjusted $p<0,001$). İlaç kullanan ve kullanmayan DEHB grupları arasında anlamlı fark yoktu. Davranış kategorisinde ilaç kullanmayan DEHB grubu ilaç kullanan DEHB grubuna göre, ilaç kullanan DEHB grubu da kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek puanlar gösterdi (sırasıyla adjusted $p<0,001$ ve $p=0,006$). Yaşam becerileri kategorisinde kontrol grubu diğer iki gruba göre anlamlı düzeyde düşük puanlar gösterirken (ikisi için de adjusted $p<0,001$) ilaç kullanan DEHB ve ilaç kullanmayan DEHB arasında anlamlı fark yoktu. Sonuçlar sosyal etkinlikler ve riskli eylemler kategorilerinde de aynıydı. Çocuğun benlik algısı kategorisinde ise kontrol grubu ilaç kullanmayan DEHB grubuna göre anlamlı düzeyde düşük puanlar gösterirken (adjusted $p<0,001$) diğer karşılaştırmalarda fark saptanmadı.

WİBÖ-E alt kategorilerinin ortalama puanlarında tüm kategoriler için kontrol grubu diğer iki gruba göre anlamlı düzeyde düşük puanlar gösterirken (tüm kategorilerde her iki grup için adjusted $p<0,001$) ilaç kullanan ve ilaç kullanmayan DEHB grupları arasında anlamlı fark görülmedi (tümü için adjusted $p>0,05$).

WİBÖ-E alt kategorilerinde 2 ve üzeri puan alınan madde sayıları karşılaştırıldığında; aile kategorisinde kontrol grubu diğer iki gruba göre anlamlı düzeyde düşük puanlar gösterirken (her ikisi için adjusted $p<0,001$) ilaç kullanan ve ilaç kullanmayan DEHB grupları arasında anlamlı fark görülmedi (adjusted $p<0,05$). Öğrenme puanlarında da aynı sonuç elde edildi. Ancak davranış puanlarında kontrol grubu ile ilaç kullanan DEHB grubu arasında anlamlı fark yokken kontrol grubunda ilaç kullanmayan gruba göre (adjusted $p<0,001$) ve ilaç kullanan DEHB grubunda da ilaç kullanmayan DEHB grubuna göre anlamlı düzeyde düşük puanlar olduğu saptandı (adjusted $p=0,007$). Yaşam becerileri alt kategorisinde kontrol grubu her iki gruba göre anlamlı düzeyde düşük puanlar gösterirken (her ikisi için adjusted $p<0,001$) ilaç kullanan ve ilaç kullanmayan DEHB grupları arasında anlamlı fark yoktu. Çocuğun benlik algısı kategorisinde kontrol grubu ilaç kullanan DEHB grubundan anlamlı fark göstermezken ilaç kullanmayan DEHB grubuna göre anlamlı düşük puanlar gösterdi (adjusted $p<0,001$). İlaç kullanan DEHB grubu da ilaç kullanmayan DEHB grubuna göre çocuğun benlik algısı kategorisinde anlamlı düzeyde düşük puanlara sahipti (adjusted $p=0,008$). Sosyal etkinlikler kategorisinde kontrol grubu diğer her iki gruptan düşük puan gösterirken (her ikisi için adjusted $p<0,001$) ilaç kullanan ve kullanmayan DEHB grupları arasında anlamlı fark yoktu. Riskli eylemler ve toplam puan kategorilerinde de sosyal etkinlikler kategorisi ile aynı sonuçlar izlendi.

Tablo 4.12 Katılımcıların Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği Ebeveyn Formu (WİBÖ-E) Puan Toplamları

Median (IQR25-75)	Sağlıklı Kontrol N=51	İlaç Kullanan DEHB N=54	İlaç Kullanmayan DEHB N=58	P Değeri	Post Hoc
TOPLAM PUANLAR					
Aile	3 (1-5)	6 (2-9)	7 (3-12)	**<0,001**	**B=C>A**
Okul					
Öğrenme	0 (0-1)	3 (1-5)	5 (2-8)	**<0,001**	**B=C>A**
Davranış	0 (0-0)	1 (0-3)	2 (1-4)	**<0,001**	**C>B>A**
Yaşam Becerileri	5 (3-7)	9 (5-14)	9 (4-13)	**<0,001**	**B=C>A**
Çocuğun Benlik Algısı	0 (0-1)	1 (0-2)	2 (0-3)	**<0,001**	**C>A A=C B=C**
Sosyal Etkinlikler	1 (0-2)	4 (1-6)	2 (0-3)	**<0,001**	**B=C>A**
Riskli Eylemler	0 (0-1)	1 (0-2)	3 (1-5)	**<0,001**	**B=C>A**
Toplam Puan	12 (4-15)	25 (18-36)	30 (19-45)	**<0,001**	**B=C>A**
ORTALAMA PUANLAR					
Aile	0,3 (0,1-0,5)	0,6 (0,2-0,9)	0,7 (0,3-1,2)	**<0,001**	**B=C>A**
Okul					
Öğrenme	0 (0-0,25)	0,8 (0,3-1,3)	1,1 (0,5-2)	**<0,001**	**B=C>A**
Davranış	0 (0-0)	0,2 (0-0,5)	0,3 (0,2-0,7)	**<0,001**	**B=C>A**
Yaşam Becerileri	0,5 (0,3-0,7)	0,9 (0,5-1,4)	0,9 (0,4-1,3)	**<0,001**	**B=C>A**
Çocuğun Benlik Algısı	0 (0-0,3)	0,3 (0-0,7)	0,7 (0-1)	**<0,001**	**B=C>A**
Sosyal Etkinlikler	0,14 (0-0,3)	0,6 (0,1-0,9)	0,4 (0,1-0,7)	**<0,001**	**B=C>A**
Riskli Eylemler	0 (0-0,1)	0,1 (0-0,2)	0,1 (0-0,3)	**<0,001**	**B=C>A**
Tüm Ortalama Puan	0,2 (0,1-0,3)	0,6 (0,1-0,9)	0,6 (0,4-0,9)	**<0,001**	**B=C>A**
2 VE ÜZERİ MADDE SAYISI					
Aile	0 (0-0)	0 (0-2)	1 (0-4)	**<0,001**	**B=C>A**
Okul					
Öğrenme	0 (0-0)	0 (0-2)	1 (0-3)	**<0,001**	**B=C>A**
Davranış	0 (0-0)	0 (0-1)	0 (0-1)	**<0,001**	**A=B<C**
Yaşam Becerileri	0 (0-1)	2 (1-5)	2 (1-4)	**<0,001**	**B=C>A**
Çocuğun Benlik Algısı	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-1)	**<0,001**	**A=B<C**
Sosyal Etkinlikler	0 (0-0)	0 (0-1)	0 (0-1)	**<0,001**	**B=C>A**
Riskli Eylemler	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-1)	**0,001**	**B=C>A**
Toplam Puan	0 (0-2)	5 (2-8)	6 (3-13)	**<0,001**	**B=C>A**

IQR: Interquartile Range, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, WİBÖ-E: Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği-Ebeveyn Formu
A: Sağlıklı Kontrol, B: İlaç Kullanan DEHB, C: İlaç Kullanmayan DEHB

WİBÖ-E kategori ve toplam ortalama puanları 1,5 ve üstü olanlar "işlevsellikte bozulma" olarak kategorize edildi ve gruplar arası karşılaştırmalar tekrarlandı. İşlevsellikte bozulma davranış, sosyal etkinlikler, riskli eylemler ve total değerlendirmede gruplar arasında anlamlı fark göstermedi. Aile kategorisinde işlevsellikte bozulma; ilaç kullanan grupla ilaç kullanmayan ve kontrol grubu arasında anlamlı fark göstermezken (sırasıyla adjusted p=0,247 ve p=0,060), ilaç kullanmayan DEHB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha fazla görüldü (adjusted p=0,015). Öğrenme alt kategorisinde işlevsellikte bozulma; ilaç kullanmayan DEHB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha fazlaydı (adjusted p<0,001). İlaç kullanan DEHB grubunda da kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha fazlaydı (adjusted p=0,003). Ancak ilaç kullanan ve kullanmayan DEHB grupları arasında

anlamlı fark yoktu (adjusted p=0,063). Yaşam becerileri kategorisinde işlevsellikte bozulma ilaç kullanan ve ilaç kullanmayan DEHB grupları arasında anlamlı fark göstermezken (adjusted p=0,952) kontrol grubunda hem ilaç kullanmayan hem de ilaç kullanan DEHB gruplarına göre anlamlı düzeyde daha az işlevsellik kaybı görüldü (her ikisi için de adjusted p=0,003). Çocuğun benlik algısı kategorisinde; işlevsellikte bozulma oranları ilaç kullanan DEHB grubu ile kontrol ve ilaç kullanmayan grup arasında anlamlı fark yokken (sırasıyla adjusted p=0,312 ve p=0,495), ilaç kullanmayan DEHB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha fazla işlevsellik kaybı görüldü (adjusted p=0,03).

Tablo 4.13 Katılımcıların Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği Ebeveyn Formu'na (WİBÖ-E) Göre İşlevsellikte Bozulma Varlığı Açısından Karşılaştırması

N (%)	Sağlıklı Kontrol N=51	İlaç Kullanan DEHB N=54	İlaç Kullanmayan DEHB N=58	P Değeri	Post Hoc
Aile	1 (2)	6 (11,1)	11 (19)	**0,018**	**C>A A=B, B=C**
Okul					
Öğrenme	1 (2)	13 (24,1)	26 (44,8)	**<0,001**	**C=B>A**
Davranış	0 (0)	0 (0)	3 (5,2)	0,063	Fark yok
Yaşam Becerileri	0 (0)	10 (18,5)	11 (19)	**0,004**	**C=B>A**
Çocuğun Benlik Algısı	0 (0)	2 (3,7)	7 (12,1)	**0,018**	**C>A A=B B=C**
Sosyal Etkinlikler	0 (0)	3 (5,6)	3 (5,2)	0,241	Fark Yok
Riskli Eylemler	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-	Fark Yok
Tüm Ortalama Puan	0 (0)	1 (1,9)	2 (3,4)	0,409	Fark Yok

IQR: Interquartile Range, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
A: Sağlıklı Kontrol, B: İlaç Kullanan DEHB, C: İlaç Kullanmayan DEHB

4.8 Katılımcılar Arasında ÇİYKÖ Ebeveyn ve Çocuk Formu Verilerinin Karşılaştırması

ÇİYKÖ ebeveyn formunda tüm alt kategorilerde gruplar arasında anlamlı fark saptandı. Farkın kaynağı alt karşılaştırmalarla incelendiğinde; fiziksel sağlık kategorisinde kontrol grubu ilaç kullanmayan DEHB grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek puanlar gösterirken (adjusted p=0,001) diğer karşılaştırmalarda fark olmadığı saptandı. Duygusal işlevsellikte kontrol grubu ilaç kullanmayan DEHB grubuna göre daha yüksek puan gösterirken (adjusted p<0,001) diğer karşılaştırmalarda fark yoktu. Sosyal işlevsellikte kontrol grubu hem ilaç kullanan hem de ilaç kullanmayan DEHB gruplarına göre anlamlı düzeyde yüksek puanlar gösterdi (sırasıyla adjusted p=0,003

ve p<0,001). Ancak DEHB grupları arasında fark yoktu. Okul işlevselliğinde de kontrol grubu hem ilaç kullanan hem de ilaç kullanmayan DEHB gruplarına göre anlamlı düzeyde yüksek puanlar gösterirken (her ikisi için de adjusted p<0,001) DEHB grupları arasında fark yoktu. Toplam puanda da kontrol grubu hem ilaç kullanan hem de ilaç kullanmayan DEHB gruplarına göre anlamlı düzeyde yüksek puanlar gösterirken (her ikisi için de adjusted p<0,001) DEHB grupları arasında fark yoktu.

ÇİYKÖ çocuk formunda gruplar arasında anlamlı fark göstermeyen tek alt kategori sağlık ve sosyal aktivitelerdi (p=0,166). Duygular kategorisinde kontrol grubu hem ilaç kullanan hem de ilaç kullanmayan DEHB gruplarına göre anlamlı düzeyde yüksek puanlar gösterdi (sırasıyla adjusted p=0,004 ve p<0,001). Ancak DEHB grupları arasında anlamlı fark saptanmadı. Başkaları kategorisinde kontrol grubu hem ilaç kullanan hem de ilaç kullanmayan DEHB gruplarına göre anlamlı düzeyde yüksek puanlar gösterdi (sırasıyla adjusted p<0,001 ve p=0,002). DEHB grupları arasında yine fark saptanmadı. Okul kategorisinde kontrol grubu hem ilaç kullanan hem de ilaç kullanmayan DEHB gruplarına göre anlamlı düzeyde yüksek puanlar gösterdi (sırasıyla adjusted p<0,001 ve p=0,001). DEHB grupları arasında fark yoktu. Toplam puanda da benzer şekilde kontrol grubu hem ilaç kullanan hem de ilaç kullanmayan DEHB gruplarına göre anlamlı düzeyde yüksek puanlar gösterirken (sırasıyla adjusted p=0,002 ve p<0,001) DEHB grupları arasında fark saptanmadı.

Tablo 4.14 Katılımcıların ÇİYKÖ Ebeveyn ve Çocuk Formu Verilerinin Karşılaştırması

Median (IQR25-75)	Sağlıklı Kontrol N=51	İlaç Kullanan DEHB N=54	İlaç Kullanmayan DEHB N=58	P Değeri	Post Hoc
EBEVEYN FORMU					
Fiziksel Sağlık	91 (72-100)	81 (69-94)	72 (56-88)	**0,002**	**B=A>C**
Duygusal İşlevsellik	85 (75-95)	80 (60-90)	75 (60-80)	**<0,001**	**B=A>C**
Sosyal İşlevsellik	100 (90-100)	90 (70-95)	75 (65-95)	**<0,001**	**A>B=C**
Okul İşlevselliği	90 (80-95)	70 (55-80)	65 (50-70)	**<0,001**	**A>B=C**
Toplam	90 (82-96)	80 (70-84)	71 (60-79)	**<0,001**	**A>B=C**
ÇOCUK FORMU					
Sağlık ve aktiviteler	88 (72-94)	84 (69-91)	75 (66-91)	0,166	Fark yok
Duygular	80 (70-90)	70 (50-85)	65 (50-75)	**<0,001**	**A>B=C**
Başkaları	95 (90-100)	85 (70-95)	80 (65-95)	**<0,001**	**A>B=C**
Okul	85 (75-95)	70 (60-85)	70 (50-75)	**<0,001**	**A>B=C**
Toplam	85 (76-92)	76 (63-86)	72 (62-83)	**<0,001**	**A>B=C**

IQR: Interquartile Range, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, ÇİYKÖ: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği
A: Sağlıklı Kontrol, B: İlaç Kullanan DEHB, C: İlaç Kullanmayan DEHB

4.9 Katılımcıların ÇİYKÖ ve YİPDÖ Ölçekleri Arasında Korelasyon Verileri

Katılımcıların yaşam kalitesi ve ebeveynlerin psikolojik dayanıklığı arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla ÇİYKÖ çocuk ve ebeveyn formları ile YİPDÖ arasında korelasyon verileri incelendi. ÇİYKÖ ebeveyn formu toplam puanı; YİPDÖ yapısal stil, gelecek algısı, kendilik algısı, aile uyumu ve YİPDÖ toplam puan ile anlamlı zayıf pozitif korelasyon göstermekteydi (tümü için p<0,01). ÇİYKÖ çocuk formu toplam puanı YİPDÖ'nün tüm alt kategorileri ile anlamlı zayıf pozitif korelasyon göstermekteydi (tümü için p<0,05).

Tablo 4.15 YİPDÖ ve ÇİYKÖ Ebeveyn ve Çocuk Formu Verileri Arasında Korelasyon Analizi

R katsayısı P değeri	YİPDÖ Yapısal Stil	YİPDÖ Gelecek Algısı	YİPDÖ Kendilik Algısı	YİPDÖ Aile Uyumu	YİPDÖ Sosyal Yeterlilik	YİPDÖ Sosyal Kaynaklar	YİPDÖ Toplam
ÇİYKÖ EBEVEYN	0,250	0,225	0,219	0,247	0,090	0,127	0,234
	0,001	**0,004**	**0,005**	**0,001**	0,253	0,107	**0,003**
ÇİYKÖ ÇOCUK	0,225	0,210	0,185	0,289	0,326	0,205	0,341
	0,004	**0,007**	**0,018**	**<0,001**	**<0,001**	**0,009**	**<0,001**

YİPDÖ: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, ÇİYKÖ: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği

4.10 Katılımcıların Turgay Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (YDB-TDÖ) Arasında Korelasyon Verileri

Turgay Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (YDB-TDÖ) dikkat eksikliği 2 ve üzeri olan madde sayısı kategorisinde; YİPDÖ yapısal stil, gelecek algısı, kendilik algısı, aile uyumu ve toplam puan ile anlamlı zayıf negatif korelasyon saptandı (tümü için p<0,05). Dikkat eksikliği toplam puan YİPDÖ tüm alt kategorileri ve toplam puanı ile anlamlı zayıf düzeyli negatif korelasyon göstermekteydi (tümü için p<0,05). Hiperaktivite 2 ve üzeri olan madde sayısı kategorisinde; YİPDÖ gelecek algısı, kendilik algısı, aile uyumu ve YİPDÖ toplam puan arasında anlamlı zayıf negatif korelasyon saptandı (tümü için

p<0,05). Hiperaktivite toplam puanı yalnızca YİPDÖ yapısal stil ve sosyal kaynaklar puanları ile anlamlı korelasyon göstermemekteydi. Diğer tüm kategorilerde anlamlı zayıf negatif korelasyon saptandı (tümü için p<0,05). Karşıt olma karşı gelme bozukluğu 2 ve üzeri olan madde sayısı yalnızca YİPDÖ gelecek algısı ve kendilik algısı ile anlamlı zayıf negatif korelasyon gösterdi (her ikisi için de p<0,05). Karşıt olma karşı gelme bozukluğu toplam puanı ise YİPDÖ yapısal stil, gelecek algısı, kendilik algısı, aile uyumu ve YİPDÖ toplam puan ile anlamlı zayıf negatif korelasyon gösterdi (tümü için p<0,05). Davranım bozukluğu 2 ve üzeri olan madde sayısı yalnızca YİPDÖ gelecek algısı ile anlamlı zayıf negatif korelasyon göstermekteydi. Davranım bozukluğu toplam puanı ise YİPDÖ yapısal stil, gelecek algısı, kendilik algısı ve YİPDÖ toplam puan ile anlamlı zayıf negatif korelasyon göstermekteydi (tümü için p<0,05).

Tablo 4.16 YİPDÖ ve YDB-TDÖ Verileri Arasında Korelasyon Analizi

R katsayısı P değeri	YİPDÖ Yapısal Stil	YİPDÖ Gelecek Algısı	YİPDÖ Kendilik Algısı	YİPDÖ Aile Uyumu	YİPDÖ Sosyal Yeterlilik	YİPDÖ Sosyal Kaynaklar	YİPDÖ Toplam
Dikkat Eksikliği 2 ve üzeri olan madde sayısı	-0,158	-0,266	-0,181	-0,198	-0,150	-0,117	-0,212
	0,044	**0,001**	**0,021**	**0,011**	0,055	0,137	**0,007**
Dikkat Eksikliği Toplam Puan	-0,208	-0,283	-0,215	-0,248	-0,203	-0,158	-0,270
	0,008	**<0,001**	**0,006**	**0,001**	**0,009**	**0,043**	**<0,001**
Hiperaktivite 2 ve üzeri olan madde sayısı	-0,087	-0,134	-0,166	-0,182	-0,150	-0,057	-0,182
	0,268	0,087	**0,034**	**0,020**	0,056	0,472	**0,020**
Hiperaktivite Toplam Puan	-0,112	-0,184	-0,197	-0,167	-0,181	-0,084	-0,206
	0,153	**0,018**	**0,012**	**0,033**	**0,021**	0,287	**0,008**
Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu 2 ve üzeri olan madde sayısı	-0,108	-0,209	-0,177	-0,151	-0,050	-0,027	-0,149
	0,171	**0,007**	**0,024**	0,055	0,525	0,732	0,058
Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu Toplam Puan	-0,159	-0,240	-0,223	-0,194	-0,122	-0,086	-0,213
	0,043	**0,002**	**0,004**	**0,013**	0,120	0,274	**0,006**
Davranım Bozukluğu 2 ve üzeri olan madde sayısı	-0,085	-0,186	-0,145	-0,036	-0,018	-0,029	-0,067
	0,281	**0,018**	0,065	0,652	0,820	0,712	0,394
Davranım Bozukluğu Toplam Puan	-0,193	-0,205	-0,174	-0,123	-0,095	-0,023	-0,170
	0,014	**0,009**	**0,026**	0,116	0,226	0,772	**0,030**

YİPDÖ: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, YDB-TDÖ: Turgay Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği

4.11 Katılımcıların WİBÖ-E ve YİPDÖ Ölçekleri Arasında Korelasyon Verileri

WİBÖ-E toplam puan, ortalama puan, 2 ve üzeri puan alan madde sayısı YİPDÖ tüm alt kategorileri ve toplam puan ile anlamlı orta düzeyli negatif korelasyon göstermekteydi (tümü için p<0,01).

Tablo 4.17 YİPDÖ ve WİBÖ-E Verileri Arasında Korelasyon Analizi

R katsayısı P değeri	YİPDÖ Yapısal Stil	YİPDÖ Gelecek Algısı	YİPDÖ Kendilik Algısı	YİPDÖ Aile Uyumu	YİPDÖ Sosyal Yeterlilik	YİPDÖ Sosyal Kaynaklar	YİPDÖ Toplam
WİBÖ-E Toplam Puan	-0,201	-0,281	-0,217	-0,380	-0,261	-0,206	-0,362
	0,010	**<0,001**	**0,005**	**<0,001**	**0,001**	**0,008**	**<0,001**
WİBÖ-E Ortalama Puan	-0,201	-0,281	-0,217	-0,380	-0,261	-0,206	-0,362
	0,010	**<0,001**	**0,005**	**<0,001**	**0,001**	**0,008**	**<0,001**
WİBÖ-E 2 ve üzeri puan alan madde sayısı	-0,243	-0,259	-0,208	-0,372	-0,295	-0,237	-0,383
	0,002	**0,001**	**0,008**	**<0,001**	**<0,001**	**0,002**	**<0,001**

WİBÖ-E: Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği-Ebeveyn Formu, YİPDÖ: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

4.12 Katılımcıların Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin DSM-IV ve ÇİYKÖ Puanları Arasında Korelasyon Verileri

Katılımcıların Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin DSM-IV tüm alt kategorileri hem 2 ve üzeri olan madde sayısında hem de toplam puanda ÇİYKÖ ebeveyn ve çocuk formu puanları ile anlamlı orta düzeyli negatif korelasyon göstermekteydi (tümü için $p<0,01$).

Tablo 4.18 ÇİYKÖ Ebeveyn ve Çocuk Formu ve Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin DSM-IV Verileri Arasında Korelasyon Analizi

R katsayısı P değeri	ÇİYKÖ Ebeveyn	ÇİYKÖ Çocuk
Dikkat Eksikliği 2 ve üzeri olan madde sayısı	-0,462	-0,417
	<0,001	**<0,001**
Dikkat Eksikliği Toplam Puan	-0,512	-0,465
	<0,001	**<0,001**
Hiperaktivite 2 ve üzeri olan madde sayısı	-0,377	-0,336
	<0,001	**<0,001**
Hiperaktivite Toplam Puan	-0,418	-0,355
	<0,001	**<0,001**
Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu 2 ve üzeri olan madde sayısı	-0,447	-0,301
	<0,001	**<0,001**
Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu Toplam Puan	-0,494	-0,354
	<0,001	**<0,001**
Davranış Bozukluğu 2 ve üzeri olan madde sayısı	-0,350	-0,240
	<0,001	**0,002**
Davranış Bozukluğu Toplam Puan	-0,454	-0,326
	<0,001	**<0,001**

ÇİYKÖ: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği

4.13 ÇİYKÖ Çocuk Formu Puanları Üzerine Etki Eden Faktörlerin İncelenmesinde Lineer Regresyon Verileri

ÇİYKÖ Çocuk Formu puanları üzerine 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. Yaş, cinsiyet, katılımcı grubu, anne ve baba eğitim durumları ile psikiyatrik tanı varlıkları, kardeşlerde psikiyatrik hastalık varlığı, çocuk sayısı, ailenin kaçıncı çocuğu olduğu, aile aylık net geliri, YİPDÖ toplam puan, WISC-R toplam puan, YDB-TDO dikkat eksikliği, hiperaktivite ve KOKGB toplam puanları ile oluşturulan model istatistiksel olarak anlamlı bulundu (R^2=0,314, p<0,001). Modele göre ÇİYKÖ Çocuk Formu toplam puanları üzerinde yordayıcı faktörler YİPDÖ toplam puan ve YDB-TDO dikkat eksikliği toplam puanları olarak saptandı. Modelin varyansın %31,4'ünü açıkladığı saptandı (Tablo 18).

Tablo 4.19 ÇİYKÖ Çocuk Formu Puanları Üzerine Etki Eden Faktörlerin İncelenmesinde Lineer Regresyon Verileri

	B	SE	Beta	t	P Değeri
Sabit	65,680	21,955		2,992	0,003
Yaş	0,059	0,823	0,007	0,072	0,943
Cinsiyet	2,600	2,946	0,077	0,882	0,380
Grup	2,283	2,319	0,134	0,985	0,327
Anne Eğitim Durumu	1,898	1,465	0,151	1,295	0,198
Baba Eğitim Durumu	-0,208	1,461	-0,016	-0,142	0,887
Anne Psikiyatrik Tanı	-2,357	3,639	-0,055	-0,648	0,519
Baba Psikiyatrik Tanı	-7,311	7,755	-0,082	-0,943	0,348
Kardeşlerde Psikiyatrik Hastalık	-1,449	4,193	-0,034	-0,346	0,730
Çocuk Sayısı	-1,470	2,750	-0,058	-0,535	0,594
Ailenin Kaçıncı Çocuğu	0,077	2,075	0,004	0,037	0,971
Aile Aylık Net Geliri	0,366	2,270	0,015	0,161	0,872
YİPDÖ Toplam Puan	0,247	0,113	0,200	2,178	**0,032**
WISC-R Toplam Puan	-0,143	0,109	-0,135	-1,313	0,192
YDB-TDÖ Dikkat Eksikliği Toplam Puan	-0,692	0,255	-0,349	-2,715	**0,008**
YDB-TDÖ Hiperaktivite Toplam Puan	-0,278	0,279	-0,152	-0,996	0,322
YDB-TDÖ KOKGB Toplam Puan	-0,195	0,327	-0,077	-0,595	0,553
Modelin R^2 Değeri=0,314 p değeri<0,001					

YİPDÖ: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, YDB-TDÖ: Turgay Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, SE: Standart Error

4.14 ÇİYKÖ Ebeveyn Formu Puanları Üzerine Etki Eden Faktörlerin İncelenmesinde Lineer Regresyon Verileri

ÇİYKÖ Ebeveyn Formu puanları üzerine 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. Yaş, katılımcı grubu, anne ve baba eğitim durumları,çocuk sayısı, ailenin kaçıncı çocuğu olduğu, YİPDÖ toplam puan, YDB-TDÖ dikkat eksikliği, hiperaktivite ve KOKGB toplam puanları ile oluşturulan model istatistiksel olarak anlamlı bulundu (R^2=0,402, p=0,018). Modele göre ÇİYKÖ Ebeveyn Formu toplam puanları üzerinde yordayıcı faktörler katılımcı grubu, YDB-TDÖ dikkat eksikliği ve KOKGB toplam puanları olarak saptandı. Modelin varyansın %40,2'sini açıkladığı saptandı (Tablo 19).

Tablo 4.20 ÇİYKÖ Ebeveyn Formu Puanları Üzerine Etki Eden Faktörlerin İncelenmesinde Lineer Regresyon Verileri

	B	**SE**	**Beta**	**t**	**P Değeri**
Sabit	83,708	14,050		5,958	<0,001
Yaş	-0,358	0,724	-0,039	-0,495	0,622
Grup	-4,567	2,214	-0,253	-2,062	**0,042**
Anne Eğitim Durumu	1,717	1,382	0,129	1,242	0,217
Baba Eğitim Durumu	-1,577	1,327	-0,118	-1,189	0,237
Çocuk Sayısı	2,112	3,783	0,046	0,558	0,578
Ailenin Kaçıncı Çocuğu	-2,828	1,715	-0,149	-1,649	0,102
YİPDÖ Toplam Puan	0,165	0,104	0,126	1,586	0,116
YDB-TDÖ Dikkat Eksikliği Toplam Puan	-,559	0,230	-0,266	-2,434	**0,017**
YDB-TDÖ Hiperaktivite Toplam Puan	0,314	0,267	0,162	1,176	0,242
YDB-TDÖ Karşı Olma Karşıt Gelme Bozukluğu Toplam Puan	-0,750	0,311	-0,281	-2,409	**0,018**
Modelin R^2 Değeri=0,402 p değeri<0,001					

ÇİYKÖ: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği, YİPDÖ: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, YDB-TDÖ: Turgay Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, SE: Standart Error

4.15 WİBÖ-E Toplam Puan Üzerine Etki Eden Faktörlerin İncelenmesinde Lineer Regresyon Verileri

WİBÖ-E Toplam Puan üzerine 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. Yaş, cinsiyet, katılımcı grubu, anne ve baba eğitim durumları ile psikiyatrik tanı varlıkları, kardeşlerde psikiyatrik hastalık varlığı, çocuk sayısı, ailenin kaçıncı çocuğu olduğu, aile aylık net geliri, YİPDÖ toplam puan, WISC-R toplam puan, YDB-TDO dikkat eksikliği, hiperaktivite ve KOKGB toplam puanları ile oluşturulan model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (R^2=0,229, p=0,003). Modele göre WİBÖ-E Toplam Puan üzerinde yordayıcı faktörler YİPDÖ toplam puan ve YDB-TDO dikkat eksikliği ve KOKGB toplam puanları olarak saptandı. Modelin varyansın %22,9'unu açıkladığı saptandı (Tablo 20).

Tablo 4.21 WİBÖ-E Toplam Puan Üzerine Etki Eden Faktörlerin İncelenmesinde Lineer Regresyon Verileri

	B	SE	Beta	t	P Değeri
Sabit	43,668	26,143		1,670	0,098
Yaş	-0,003	0,980	0,000	-0,003	0,997
Cinsiyet	-0,030	3,508	-0,001	-0,009	0,993
Grup	2,240	2,761	0,096	0,811	0,419
Anne Eğitim Durumu	-0,009	1,745	-0,001	-0,005	0,996
Baba Eğitim Durumu	0,438	1,740	0,025	0,252	0,802
Anne Psikiyatrik Tanı	5,793	4,334	0,098	1,337	0,184
Baba Psikiyatrik Tanı	-5,290	9,234	-0,044	-0,573	0,568
Kardeşlerde Psikiyatrik Hastalık	0,510	4,994	0,009	0,102	0,919
Çocuk Sayısı	1,259	3,275	0,036	0,384	0,701
Ailenin Kaçıncı Çocuğu	1,931	2,471	0,079	0,782	0,436
Aile Aylık Net Gelir	-1,172	2,703	-0,035	-0,434	0,665
YİPDÖ Toplam Puan	-0,371	0,135	-0,220	-2,751	**0,007**
WISC-R Toplam Puan	-0,030	0,129	-0,020	-0,228	0,820
YDB-TDÖ Dikkat Eksikliği Toplam Puan	0,706	0,304	0,261	2,325	**0,022**
YDB-TDÖ Hiperaktivite Toplam Puan	-0,237	0,332	-0,095	-0,713	0,477
YDB-TDÖ Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu Toplam Puan	1,306	0,389	0,379	3,352	**0,001**
Modelin R^2 Değeri=0,229 p değeri=0,003					

WISC-R: Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği-Yeniden Gözden Geçirilmiş Formu, YİPDÖ: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, YDB-TDÖ: Turgay Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, SE: Standart Error

4.16 YİPDÖ Toplam Puan Üzerine Etki Eden Faktörlerin İncelenmesinde Lineer Regresyon Verileri

YİPDÖ Toplam Puan üzerine 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. Yaş, katılımcı grubu, cinsiyet, anne ve baba eğitim durumları ile psikiyatrik tanı varlıkları, kardeşlerde psikiyatrik hastalık varlığı, çocuk sayısı, aile aylık net geliri, YDB-TDO dikkat eksikliği, hiperaktivite ve KOKGB toplam puanları ile oluşturulan model istatistiksel olarak anlamlı bulundu (R^2=0,230, p=0,005). Modele göre YİPDÖ Toplam Puan üzerinde yordayıcı faktörler yaş ve YDB-TDO dikkat eksikliği puanı olarak saptandı. Modelin varyansın %23'ünü açıkladığı saptandı (Tablo 21).

Tablo 4.22 YİPDÖ Toplam Puan Üzerine Etki Eden Faktörlerin İncelenmesinde Lineer Regresyon Verileri

	B	SE	Beta	t	P Değeri
Sabit	102,994	9,657		10,665	<0,001
Yaş	1,893	0,620	0,267	3,056	**0,003**
Grup	-0,787	1,951	-0,057	-0,403	0,688
Cinsiyet	3,516	2,406	0,128	1,461	0,147
Anne Eğitim Durumu	1,289	1,190	0,127	1,083	0,281
Baba Eğitim Durumu	-1,504	1,145	-0,147	-1,313	0,192
Anne Psikiyatrik Tanı	-5,969	3,008	-0,171	-1,984	0,050
Baba Psikiyatrik Tanı	7,407	6,479	0,103	1,143	0,255
Kardeşlerde Psikiyatrik Hastalık	-4,214	3,369	-0,121	-1,251	0,214
Çocuk Sayısı	-3,370	1,976	-0,164	-1,706	0,091
Aile Aylık Net Gelir	-2,716	1,887	-0,137	-1,440	0,153
YDB-TDÖ Dikkat Eksikliği Toplam Puan	-0,448	0,182	-0,279	-2,463	**0,015**
YDB-TDÖ Hiperaktivite Toplam Puan	0,142	0,209	0,096	0,680	0,498
YDB-TDÖ KOKGB Toplam Puan	-0,275	0,273	-0,135	-1,008	0,316
Modelin R2 Değeri=0,230 p değeri=0,005					

YİPDÖ: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, YDB-TDÖ: Turgay Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, SE: Standart Error

5. TARTIŞMA

DEHB olan çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinin psikolojik dayanıklılık özellikleri ile çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesi ile işlevselliklerinin ilişkisini araştırdığımız bu tez çalışmasında; işlevselliği değerlendirdiğimiz WİBÖ-E ve yaşam kalitesini değerlendirdiğimiz ÇİYKÖ ebeveyn ve çocuk formlarında DEHB gruplarının toplam puanlarda ve alt kategorilerin tamamına yakınında kontrol grubuna göre işlevsellik ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu saptadık. Ayrıca ÇİYKÖ ebeveyn ve çocuk formlarına göre YİPDÖ'yle yaşam kalitesi anlamlı pozitif korelasyon göstermekteydi. WİBÖ-E ile değerlendirilen işlevsellik ise YİPDÖ'yle negatif korelasyon gösterdi. Yapılan lineer regresyon analizlerine göre; ÇİYKÖ çocuk formu puanları için anlamlı yordayıcılığa sahip faktörler YİPDÖ toplam puan ve YDB-TDÖ DE puanları idi. ÇİYKÖ ebeveyn formu puanları için anlamlı yordayıcılığa sahip faktörler ise katılımcı grubu (kontrol, ilaç kullanan DEHB ve ilaç kullanmayan DEHB), YDB-TDÖ DE toplam puan ve YDB-TDÖ KOKGB toplam puanları idi. WİBÖ-E puanları üzerinde yordayıcı faktörler YİPDÖ, YDB-TDÖ DE toplam puan ve KOKGB toplam puanları idi. YİPDÖ için yordayıcı faktörler ise yaş ve YDB-TDÖ DE toplam puan olarak saptandı. Elde ettiğimiz bulgular ışığında; ebeveynlerin psikolojik dayanıklılıklarının DEHB olan çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesi ve işlevsellikleri üzerinde önemli bir etkisi olduğu ve bu etkinin iki yönlü olduğu görüşündeyiz. Aynı zamanda ebeveynlerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri DEHB'si olan çocukların dikkat eksikliği ve KOKGB semptomlarının şiddeti ile de ilişkili görünmektedir.

Çalışmamızda katılımcı grupları arasında yaş ve cinsiyet açısından anlamlı fark görülmedi. Ancak DEHB gruplarında erkek katılımcı oranı kız katılımcı oranından daha yüksekti. Literatürde de DEHB'nin yaygınlık oranları erkeklerde kızlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ve erkeklerin bu tanıyı kızlara göre iki veya üç kat daha fazla aldığı görülmektedir (28-30). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise DEHB alt tiplerine göre farklı cinsiyet dağılımları görülebilmektedir. DEHB dikkat eksikliği baskın görünümün kız çocuklarda erkek çocuklara göre daha fazla görülebildiği, hiperaktivite/dürtüsellik baskın görünüm ve birleşik görünümün ise erkeklerde kızlara göre daha fazla görüldüğü gösterilmiştir (76,77). Psikiyatri kliniklerine başvurulara bakıldığında da benzer şekilde; DEHB'nin sadece hiperaktivite şikayetleri ile

başvurularda erkeklerin kızlara göre daha yüksek oranlara sahip olduğu gösterilmiştir (78). Aynı çalışmada erkeklerin %17,8'inde kızların ise %4,6'sında DEHB tanısı olduğu saptanmıştır. Cinsiyet dağılımları açısından bulgularımız literatür ile uyumlu görünmektedir.

Çalışmamızda annede psikiyatrik öykü varlığı DEHB gruplarında kontrol grubuna göre anlamlı farklılıklar göstermiştir. Anne ve baba ile ilgili etkenlerin çocuk ve ergenlerde duyguların düzenlenmesinde önemli bir etkiye sahip olduğu ve çocuğun belirtilerini şiddetlendirebileceği bilinmektedir (79). Biederman ve ark. tarafından yapılan çalışmada DEHB'li çocuk ve ergenlerin aile yapısında çoğunlukla düzensizlikler olduğu, anne ve/veya babalarında en az bir psikopatoloji bulunduğu ve bu olumsuz aile koşullarının semptom ve bulguları kötüleştirmekle beraber etiyolojide de rol oynayabileceği gösterilmiştir (80). Güleş ve ark.'nın ülkemizde gerçekleştirdiği bir çalışmada DEHB'li çocukların anne-babalarında çocukluk çağı DEHB belirti düzeyinin ve şimdiki depresif belirti düzeylerinin kontrol grubuna göre daha yüksek oranda olduğu saptanmıştır (81).

Aile gelir durumu çalışmamızda kontrol grubunda DEHB gruplarına göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Güvendeğer Doksat ve ark.'nın ülkemizde gerçekleştirdiği bir çalışmada Bursa ilinde ikamet eden 7-18 yaş arasında çocuğu olup, çocuklarında DEHB tanısı olan 135 ebeveyn ile çocuklarında DEHB tanısı olmayan 135 ebeveyn incelenmiştir (82). Düşük gelir düzeyindeki ailelerde DEHB tanısı almış çocukların oranı DEHB tanısı almamış çocuklara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Yüksek gelir düzeyindeki ailelerde ise DEHB tanısı almış çocukların oranı DEHB tanısı almamış çocuk oranından da anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (82). DEHB kalıtsal faktörlerin önemli rol oynadığı bir bozukluk olarak bilinmektedir. DEHB'si olan kişilerin eğitim ve iş hayatında sıklıkla yaşadıkları zorluklar ve başarısızlıkların ekonomik sorunlara yol açtığı ve ekonomik durumu kötü olan ailelerde de çocukların hem genetik hem de çevresel etkenlerin rol oynamasıyla DEHB semptom ve bulgularını gösterme açısından daha yüksek riske sahip olduğu düşünülmektedir. Literatürde benzer şekilde düşük gelir seviyesinin DEHB sıklığıyla ilişkili olduğuna dair güncel yayınlar mevcuttur (83). Rowland ve ark.'nın gerçekleştirdiği bir çalışmada ebeveynlerinde de DEHB olan DEHB'li çocuklarda sosyoekonomik durumun ve gelir düzeyinin daha düşük olduğu saptanmıştır (83). Çak ve ark.'nın ülkemizde gerçekleştirdiği bir çalışmada da gelir düzeyi ve sosyoekonomik

durumları daha iyi olan ailelerin çocuklarında DEHB sıklığının daha az olduğu gösterilmiştir (84). Aynı zamanda Fleming ve ark. liseye devam edebilen çocuk oranının DEHB tanısı alan grupta anlamlı düzeyde düşük olduğu ve DEHB'li bireylerin 16 yaşından önce okulu bırakma eğiliminin daha yüksek olduğunu saptamıştır (85). Gelir durumu ve aile eğitim durumunda bulgularımız literatürle bu açıdan uyumlu görünmektedir.

Çalışmamızda sağlıklı kontrol grubunda aile çocuk sayısının her iki DEHB grubuna göre anlamlı düzeyde düşük olduğunu saptadık. Doğangün ve ark. ülkemizde gerçekleştirdiği bir çalışmada DEHB tanılı çocukların genellikle ailelerinin tek veya ilk çocukları olduğunu göstermektedir (86). Cansız tarafından gerçekleştirilen bir tez çalışmasında ise DEHB grubundaki ailelerin en sık iki çocuklarının olduğu (%53,7) bunu üç (%31,7), tek (%7,3), dört (%4,9) ve altı çocuklu ailelerin izlediği görülmüştür (87). Aynı çalışmada DEHB tanılı çocuklar çoğunlukla ailelerinin ilk (%63,4) çocukları olarak saptanmıştır (87). Bizim çalışmamızda da her ne kadar gruplar arasında anlamlı fark saptansa da çocuk sayısı median değeri hem ilaç kullanan hem de kullanmayan DEHB grubunda 2 (IQR 25-75; 2-2) iken kontrol grubunda 2 (IQR25-75; 1-2) idi. Ailede kaç çocuk olduğu aile işlevleri ve ebeveynlerin stres düzeyi, DEHB'li çocuklarına ayırabilecekleri vakit üzerine etkili olabilir. Ancak Cansız'ın çalışmasında da örneklem yetersizliği nedeniyle bu faktörlerin aile işlevlerine etkisi değerlendirilememiştir. Bizim çalışmamızda ise yapılan regresyon analizlerinde işlevsellik, yaşam kalitesi ve ebeveynlerin psikolojik dayanıklıkları üzerine aile çocuk sayısının doğrudan etkisi gösterilememiştir. Bu sonuç; gruplar arasında anlamlı fark saptansa da çocuk sayısı dağılım aralığının üç grupta da çok geniş olmaması ile açıklanabilir.

Çalışmamızda gebelikte sigara kullanımının DEHB gruplarında kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha fazla olduğu görüldü. Gebelik sırasında annenin sigara içmesi ile çocukta DEHB gelişimi arasında iyi belgelenmiş bir ilişki mevcuttur (88-90). Hamile kadınların sigara içmesi son yıllarda azalıyor olsa da bazı yüksek riskli popülasyonlarda sigara içme oranları %25 kadar yüksektir (91). DEHB'li 140 çocuğu, 120 kontrol çocuğu ve birinci derece biyolojik akrabalarıyla karşılaştırdıklarında, anne sigara içimi ile ilişkili olarak DEHB'de 2,7 kat artış bulmuştur (92). Doğumdan kısa bir süre sonra, intrauterin dönemde tütün kullanımına maruz kalan bebekler daha zayıf dikkat becerileri göstermiştir (93). Aynı zamanda çalışmamızda istenmeyen gebelik

olma oranları DEHB grubunda anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Jallow ve ark.'nın Finlandiya'da gerçekleştirdiği kohort çalışmasında istenmeyen gebelik ile 8 yaşına gelindiğinde hiperaktivite semptomları arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (94). Gebelikte anne stresini arttıran diğer faktörler de aynı çalışmada çocuktaki DEHB semptomlarının şiddeti ile ilişkili saptanmıştır (94). Çalışmamızda incelenen demografik özellikler içerisinde özetle; ailede psikiyatrik öykü varlığı, ailede düşük gelir durumu, gebelikte sigara kullanımı ve istenmeyen gebeliklerin DEHB grubunda anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir. Aynı zamanda literatürle uyumlu şekilde DEHB'nin erkek çocuklarda kız çocuklardan daha sık olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda katılımcılar arasında CBCL alt kategorileri de karşılaştırıldı ve içe dönüklük, somatizasyon ve anksiyete/depresyon kategorileri dışında tüm kategorilerde kontrol grubunda her iki DEHB grubuna göre anlamlı düzeyde düşük puanlar saptandı. Somatizasyon gruplar arasında anlamlı fark göstermezken içe dönüklük ve anksiyete/depresyon kategorilerinde ilaç kullanmayan DEHB grubunda puanlar kontrol grubundan yüksekti ancak ilaç kullanan DEHB grubu ile kontrol grubu arasında anlamlı fark saptanmadı. Gökçe ve ark.'nın ülkemizde gerçekleştirdiği bir çalışmada 8-16 yaş arası 50 DEHB'li çocuk ve 48 sağlıklı kontrol arasında karşılaştırmalar yapılmış ve içe dönüklük, dışa dönüklük, anksiyete/depresyon ve dikkat sorunları kategorilerinde DEHB grubu kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek puanlar göstermiştir (95). Bu çalışmada farklı olarak ilaç kullanan ve kullanmayan DEHB'li bireyler ayrıca incelenmemiştir. Ancak anksiyete belirtileri ile dikkat eksikliği belirtileri arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda anksiyete/depresyon kategorisinde ilaç kullanan DEHB grubu ile kontrol grubu arasında anlamlı fark saptanmaması; ilaç kullanan grupta dikkat eksikliği belirtilerinin azalarak anksiyete/depresyon bulgularının da azalmasına katkıda bulunması ile ilişkili olabileceğini düşünmekteyiz.

Ayaz ve ark.'nın ülkemizde gerçekleştirdiği bir çalışmada 64 DEHB'li çocuk ve 69 sağlıklı kontrol CBCL puanları açısından karşılaştırılmış ve CBCL tüm alt kategorilerinde DEHB grubu kontrol grubuna göre yüksek puanlar almıştır (96). Ayaz ve ark.'nın çalışmasında CBCL alt kategorileri ortalama değerleri; toplam sorunda 64,39 ± 7,87, içe yönelim sorunlarında 59,75 ± 10,17, dışa yönelim sorunlarında 62,06 ± 9,02, sosyal içe dönüklükte 59,64±9,48, somatik yakınmalarda 58,47±9,49, anksiyete/depresyonda 59,75±8,12, suça yönelik davranışlarda 58,63±7,61, saldırgan

davranışlarda 63,77±9,62, sosyal sorunlarda 61,31±8,87, düşünce sorunlarında 60,95±8,87, dikkat sorunlarında 68,36±7,73 puan olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar bizim çalışmamıza göre, ilaç almayan DEHB grubumuz ile benzer görünse de daha yüksektir. Ancak bu çalışmada DEHB grubu tedavi alıp almama durumlarına göre ayrılmamış ve 12-16 yaş katılımcılar ile çalışma gerçekleştirilmiştir (96). Dolayısıyla semptom ve bulguların yaş ilerledikçe etkilerinin daha aşikâr gelmesi bu sonuçlara yol açmış olabilir.

Çalışmamızda CBCL alt kategorilerinden yalnızca somatizasyon kontrol, ilaç kullanan ve ilaç kullanmayan DEHB grupları arasında anlamlı fark göstermedi. DEHB ile mide ağrısı ve baş ağrısı gibi somatik şikayetlerin arasında anlamlı bir ilişki olabileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur (97,98). Egger ve ark.'nın çalışmasına göre genel olarak, somatik şikayetler kızlarda duygusal bozukluklarla, erkeklerde ise yıkıcı davranış bozukluklarıyla ilişki içindedir (97). Aynı çalışmada kızlarda mide ağrıları, baş ağrıları ve kas-iskelet ağrıları anksiyete bozukluklarıyla, erkeklerde mide ağrıları KOKGB ve DEHB ile ilişkili saptanmıştır (97). Ancak somatik şikayetler gibi içselleştirici semptomların DEHB'li çocuk ve ergenlerde klinik olarak göz ardı edilmesi de muhtemeldir. Santalahti ve ark. tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada Finlandiya'da iki kesitsel temsili örneklem 10 yıl boyunca belirli aralıklarla incelenmiş ve baş ağrısı ve karın ağrısının sıklığı 10 yıl içerisinde giderek arttığı gösterilmiştir (99). Ancak ebeveynlerin çocukların psikosomatik sorunlarını fark edemediği de görülmüştür. Çocukların bildirdiği somatik semptomlar, daha önce iyi belgelenmiş depresyon ilişkisine ek olarak davranış ve hiperaktivite semptomlarıyla da ilişkilendirilmiştir (99). Santalahti ve ark. ebeveynler ve öğretmenlerin çocukların semptomlarını her zaman fark etmeyebileceğini vurgulayarak somatik semptomların çocukların kendileri ile de yapılan görüşmelerde de değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamışlardır (99). Çalışmamızda CBCL ailelerle yapılan görüşmeler ile değerlendirildi. Dolayısıyla ailelerin çocukların somatik semptomları için yeterli farkındalığa sahip olmayışı somatizasyon kategorisinde anlamlı fark çıkmamasına yol açmış olabilir.

YDB-TDÖ bulgularına göre hem toplam hem de 2 ve üzeri puan alınan madde sayısında; dikkat eksikliği, hiperaktivite ve KOKGB kategorilerinde ilaç kullanmayan DEHB ilaç kullanan DEHB grubundan, ilaç kullanan DEHB grubu da kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek puanlar gösterdi. Davranım bozukluğu

kategorisinde ise 2 ve üzeri puan alınan madde sayısı açısından kontrol grubu ile ilaç kullanan DEHB grubu arasında anlamlı fark yoktu. Toplam puanda diğer kategorilere benzer sonuç elde edildi. Davranım bozukluğu kategorisinde diğer kategorilere göre farklı sonuç elde edilmiş olması; çalışmamızda davranım bozukluğu tanısı olan vakaların çalışma dışı bırakılması ancak KOKGB olanların dışlanmaması ile ilişkilendirildi. KOKGB; DEHB'si olan hastaların yarısından fazlasında klinik tablonun bir parçasıdır. Literatürde bu iki kliniğin örtüştüğünü gösteren güçlü kanıtlar mevcuttur. DEHB ilişkili KOKGB tedavisinde psikostimülanların ve atomoksetinin olumlu etkileri olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (100-106). Şiddetli saldırganlığı olan KOKGB ve davranım bozukluğu hastalarının psikostimülanlarla birlikte veya tek başına risperidona iyi yanıt verebildiği bilinmektedir (107). Duygudurum düzenleyiciler, alfa2 agonistler ve antidepresanlar da KOKGB ve komorbiditelerinin tedavisinde ikinci basamak ajanlar olarak rol oynayabilmektedir (107). Bizim çalışmamızda ilaç kullanan katılımcılar yalnızca metilfenidat tedavisi almaktaydı. Tüm kategorilerde ilaç kullanan DEHB grubunun puanlarının ilaç kullanmayan DEHB grubuna göre düşük saptanması metilfenidat kullanımının da 4 kategoride semptom ve bulguların gerilemesini sağladığını göstermektedir.

Çalışmamızda WISC-R zeka testinde sözel, performans ve totalde kontrol grubu hem ilaç kullanan hem de kullanmayan DEHB gruplarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar gösterdi. Çalışmamızla benzer şekilde Tripp ve ark. DEHB'li çocuklarda sözel, performans ve tüm zeka bölümü puanlarının sağlıklı kontrollere göre anlamlı düzeyde düşük olduğunu saptamışlardır (108). Faraone ve ark. da DEHB'li çocuklarda WISC-R alt kategorilerinden; sözcük dağarcığı, küplerle desen, aritmetik, sayı dizisi ve şifrede sağlıklı kontrollere göre anlamlı düzeyde düşük puanlar aldıklarını saptamışlardır (109). Kliniklerde DEHB'li çocukların değerlendirilmesinde kullanılan önemli bir araç da WISC-R profilidir. WISC-R sonuçlarında teorik beklenti DEHB'li çocukların performans katsayılarının sözel zeka katsayılarından düşük olması şeklindedir (110). Aynı zamanda sözel alt testlerden genel bilgi, aritmetik ve sayı dizisinin; performans alt testlerinden ise küplerle desen ve şifre alt testlerinin, aynı gruptaki diğer alt testlere oranla daha düşük standart puana sahip olması beklenmektedir. Literatürde WISC-R sonuçları ile DEHB arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların sonuçları tartışmalı görünmektedir (110). Teorikteki beklentiyi karşılayan çalışmaların yanı sıra (111-113) WISC-R'ın DEHB'li çocuklarda spesifik özellikler

sergilemeyebileceğini öne süren çalışmalar da mevcuttur (109, 114-116). Çalışmalar incelendiğinde bu tutarsızlığın sebeplerinden biri farklı WISC versiyonlarının kullanımı gibi görünmektedir. Bu çelişkinin olası bir diğer sebebi ise örneklemlerdeki cinsiyet dağılım farklılıklarıdır. Kiriş ve ark. ile Kılıç ve ark.'nın çalışmaları sadece erkek çocuklardan oluşan bir örneklemde gerçekleştirilmiştir. Bizim çalışmamızda WISC-R değerlendirmesini dahil etmemizin amacı; olguların normal bilişsel kapasitede olduklarını psikometrik testle göstermek, alt test puanlarını olgu ve kontrol gruplarıyla karşılaştırmak ve işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerine bu puanların bir etkisi olup olmadığını saptamaktı. Ancak yapılan analizlerde WISC-R puanlarının WİBÖ-E ile ölçülen işlevsellik üzerinde anlamlı bir yordayıcılığa sahip olmadığını saptadık. Dolayısıyla çalışmamızda her ne kadar DEHB gruplarında kontrol grubuna göre bu değerler anlamlı fark gösterse de işlevsellik üzerinde etki yaratacak düzeyde bir farklılık göstermediği kanaatindeyiz.

Çalışmamızda YİPDÖ'ye göre kontrol grubunda ebeveynlerin yapısal stil puanları ilaç kullanan DEHB grubunda kontrole göre, aile uyumu her iki DEHB grubunda kontrol grubuna göre, sosyal yeterlilik ilaç kullanan DEHB grubunda kontrol grubuna göre ve toplam puan ilaç kullanan DEHB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. Ebeveynlerin psikolojik dayanıklılığı ile DEHB'li çocuk sahibi olma arasında iki yönlü bir ilişki mevcuttur (117). Ebeveynlerin ebeveynlikteki verimliliği, ebeveynlerin kişisel faktörlerine, çocuk özelliklerine ve çevresel faktörlere bağlıdır (118). Ebeveynlerin talep ettiği kaynak, ebeveynlerin ihtiyaçlarını karşılamadığında stres ortaya çıkar. Bu, tipik ebeveynlik stresidir. Ebeveynlik stresi, bir ebeveyn üç ana bileşenden herhangi biriyle karşılaştığında ortaya çıkar: ebeveyn alanını etkileyen yetersiz ebeveyn işlevi, çocuk alanını etkileyen çocuğun özellikleri ve sosyal alanı etkileyen sosyal faktörler. Ebeveyn stresi daha yüksek seviyede olduğunda, ebeveynin ebeveynlik faaliyetlerini etkiler. Çocuk yetiştirmek için etkili ebeveynlik stratejileri kullanmalarını ve çocukların aile içi uyumlu davranışlar geliştirebileceği bir ortam sağlamaya yardımcı olmalarını engeller. Bu yüksek stres seviyesi, ebeveynler ve çocuklar arasında daha az sıcaklığa neden olacak ve zayıf ve sağlıksız ebeveynliğe yol açacaktır. Dolayısıyla etkili ebeveynlik işlevlerinin sunulmasına engel olacak düşük psikolojik dayanıklılık düzeyleri DEHB'li çocukların bakımını olumsuz etkileyebilirken daha şiddetli DEHB semptomları olan çocukların ebeveynlerin psikolojik dayanıklılığı üzerinde de

olumsuz etkisi olacaktır. Birçok çalışma, DEHB'li çocukları yetiştirmenin zorluğuna vurgu yapmaktadır (119). Podolski ve ark., hiperaktif davranış gösteren DEHB'li çocukları yetiştirmenin zorlu bir iş olduğunu ortaya koymuştur. Hiperaktif çocuklar çoğunlukla doğaları gereği inatçıdırlar, arzularını elde etme konusunda kararlıdırlar ve onları tatmin etmek çok zordur (119). Mash ve ark., DEHB'li çocukların ebeveynlerinin, ebeveynlik rollerinde psikososyal nedenlerden dolayı yüksek stres yaşadıklarını belirtmektedir (120). Psikososyal nedenler arasında ev ortamı ve çocukların kendilerine özgü özellikleri yer almaktadır. DEHB'li çocukların ebeveynlerinin depresyon ve çeşitli diğer streslere maruz kaldığına dair yeterli kanıt olmasına rağmen, bu konuları ele alan çok az sayıda çalışma mevcuttur. Befera ve Barkley bu ailelerdeki ebeveyn stresinin evlilik işlevsizliğinin de bir sonucu olabileceğini açıklamaktadır (121). Mash ve Johnston, ebeveyn stresinin DEHB'li çocuklarla diğer normal kardeşler arasındaki, genellikle olumlu olmayan ilişkiden de kaynaklanabileceğini belirtmişlerdir (120). Campbell ve ark. aynı zamanda ebeveynlerin kendi geçmiş yaşam deneyimlerinden ve DEHB'nin çeşitli psikiyatrik hastalıklarla beraber kalıtsal özellikleri nedeniyle stres ve dayanıklılık düzeylerinin olumsuz etkileniyor olabileceğine vurgu yapmıştır (122).

Angeline ve ark. ise DEHB'li çocukların annelerinin psikolojik iyilik hallerini anlamak üzere gerçekleştirdiği bir tanımlayıcı vaka çalışmasında; annelerin psikolojik iyilik halleri üzerine etkili faktörleri ve bu ailelere biyopsikososyal yaklaşımın uygulanmasının sağlayabileceği faydaları incelemeyi amaçlamışlardır (117). Tek bir aile üzerinde detaylı yürüttükleri incelemede anne psikolojik iyilik hali üzerine etkili olabilecek faktörleri şöyle tanımlamışlardır: ebeveynlik stresi, damgalanma ve sosyal izolasyon, finansal zorluklar, bozulan günlük rutin, duygusal düzenlemelerde güçlük, evlilik ve aile stresi, kendini suçlama, kişisel zaman eksikliği, kişisel sağlık sorunları ve uygun kaynaklara erişim güçlükleri. Bizim çalışmamızda da YİPDÖ total puanları üzerine etkili faktörlerin lineer regresyon analizi ile incelemesinde; çocuğun yaşı küçüldükçe ve YDB-TDÖ DE puanları arttıkça YİPDÖ puanlarının düştüğü saptanmıştır. Gruplar arası karşılaştırmalarda ilaç kullanan DEHB grubu ile kontrol grubu arasında YİPDÖ puanları açısından anlamlı fark saptansa da katılımcı grubunun YİPDÖ üzerinde doğrudan yordayıcılığa sahip olmadığı, onun yerine DE semptom şiddeti arttıkça ebeveyn psikolojik dayanıklılığının düştüğü görülmüştür.

Ülkemizde İmren ve ark.'nın gerçekleştirdiği ve DEHB'li çocukların ebeveynleri ve kardeşlerinin psikopatolojilerini değerlendirdiği bir literatür çalışmasında hem ebeveynlerde hem de kardeşlerde sosyal emosyonel uyum sorunlarının ve diğer psikopatolojilerin daha sık görüldüğünü saptamışlardır (123). Breen ve ark. çocuklarında DEHB tanısı bulunan ailelerde daha yüksek oranda anlaşmazlık, ayrılık ve boşanma görüldüğünü saptamışlardır (124). Cussen ve ark. ise evlilikten alınan doyumun DEHB'li çocuğa sahip ailelerde anlamlı düzeyde azaldığını bildirmiştir (125). Aynı zamanda DEHB'li çocukların ebeveynlerinin disiplin konusunda tutarsız davranışlar sergilediği, daha çok olumsuz ve saldırganca tutumlar takındığı da bildirilmiştir (125,126). Johnston ve ark. ise gerçekleştirdikleri derlemede literatürde sıklıkla DEHB'li çocukların annelerinin daha fazla ebeveynlik stresi yaşadığı ve daha düşük özgüvene sahip olduğunun bildirildiğini ifade etmektedir (127). Cussen ve ark. ayrıca DEHB'li çocukların ebeveynlerinin daha fazla kaygı ve depresyon yaşadıklarını saptamışlardır. Aynı zamanda ebeveynlerin kendi bildirimine göre de DEHB'li çocukları nedeniyle zamanlarının büyük kısmını yönetmede zorluk yaşadıkları ve çocuğun davranışlarının önemli duygusal etkileri olduğu görülmektedir (125). Sprich ve ark. ile Epstein ve ark.'nın çalışmalarına göre ise DEHB'li çocukların ailelerinde sağlıklı kontrollerin ailelerine göre DEHB sıklığı ve bulgu şiddetinde artış olduğu saptanmıştır (128,129). Benzer sonuçlar ülkemizde Aydın ve ark. ile Camcıoğlu ve ark.'nın çalışmalarında da elde edilmiştir (130, 131).

Çalışmamızda katılımcıların işlevselliğini değerlendirmede WİBÖ-E formu kullanılmış ve WİBÖ-E'ye göre işlevsellikte bozulma; aile, öğrenme ve çocuğun benlik algısı kategorilerinde ilaç kullanmayan DEHB grubunda kontrole göre, yaşam becerileri kategorisinde her iki DEHB grubunda kontrol grubuna göre daha sık görülmüştür. Vatansever ve ark.'nın ülkemizde gerçekleştirdiği ve DEHB'li çocuk ve ergenlerin aldıkları tedavilerin işlevsellikteki bozulma üzerine etkisini inceledikleri bir çalışmada toplam 54 DEHB'li çocuk değerlendirmeye alınmış ve tedavi öncesi ile 1 yıl sonundaki işlevsellikleri karşılaştırılmıştır (132). WİBÖ-E toplam puan ortalamalarına göre 1 yılın sonunda işlevsellikte anlamlı bir iyileşme görülmüştür. Özellikle okul ve sosyal etkinlikler alt kategorilerinde işlevsellikte düzelme daha aşikar görülmüştür (132). Literatürde farmakolojik tedavi yaklaşımı ile işlevsellikte iyileşmenin sağlandığını gösteren çeşitli yayınlar mevcuttur (133-135). Dolayısıyla çalışmamızda aile, öğrenme ve çocuğun benlik algısı kategorilerinde ilaç kullanan

DEHB grubu ile kontrol grubunda işlevsellikte bozulma oranlarının anlamlı fark göstermemesi ilaç tedavisi alanlarda literatürle uyumlu şekilde işlevselliğin düzelmesi ile açıklanabilir. Vatansever ve ark.'nın çalışmasında farmakolojik tedavi ile riskli eylemler ve çocuğun benlik saygısı alanlarında işlevsellikte anlamlı bir iyileşme gözlenmemiştir. Bu sonuçları; riskli eylemler alanındaki soruların, geçerlik güvenirlik çalışmasında da gösterildiği gibi DEHB ile ilişkili işlevsellikte bozulmanın saptanmasında yeterli başarıyı gösterememesi, düşük puanlanan soruların içeriğinin DEHB'ye eşlik eden ciddi davranış sorunlarına bağlı gelişebilecek olan işlevsellikteki bozulmayı değerlendirmesi ile ilişkili olabileceği yorumu yapılmıştır (132). Aynı zamanda bizim çalışmamızda da benzer saptanan bu sonuçlar Vatansever ve ark.'nın çalışmasında da olduğu gibi küçük bir yaş grubunda gerçekleştirildiği için henüz riskli davranışların sergilenmiyor oluşu ve başlangıç puanlarının da düşük olması ile ilişkilendirilebilir. Tarakçıoğlu ve ark.'nın gerçekleştirdiği 12 haftalık metilfenidat tedavi çalışmasında ise WİBÖ-E tüm alt kategorilerinde anlamlı bir işlevsellik artışı görülmüştür (136). Ancak bizim çalışmamız doğrudan ilaç etkinliği çalışması olmayıp ilaç kullanan grupta ilaç kullanım süreleri, dozları ve ilaç uyumları standardize edilememiş olabilir. Bu durumun da sonuçlar üzerine etkisi olmuş olabileceği görüşündeyiz. Aynı zamanda müdahaleye verilen cevapta doğrudan semptom cevapları ve işlevsel cevabın birbiriyle tutarlılık göstermediği durumlar sıktır. Güçlü bir semptom cevabı olup hala işlevsellik üzerinde olumsuz etkisi olan bir sorunu devam eden hastalar veya halen semptomatik olup kendini işlevsel açıdan iyileşmiş hisseden hastalar da mevcuttur (137). Ancak yine de ilaç kullanan DEHB grubunda yaşam becerileri dışındaki tüm kategorilerde işlevselliğin kontrol grubu ile benzer saptanması, tedavilerin etkin kullanımından bağımsız farmakolojik yaklaşımın işlevselliği iyileştirdiğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda işlevsellikle beraber değerlendirilen bir diğer sonlanımımız yaşam kalitesi idi. Yaşam kalitesi hem ÇİYKÖ ebeveyn hem de ÇİYKÖ çocuk formları aracılığıyla değerlendirildi. ÇİYKÖ ebeveyn formuna göre fiziksel sağlık ve duygusal işlevsellik kategorilerinde ilaç kullanan DEHB ile kontrol grubu fark göstermezken bu iki grupta da ilaç kullanmayan DEHB grubundan yüksek yaşam kalitesi mevcuttu. Sosyal işlevsellik, okul işlevselliği ve toplam puanda kontrol grubu her iki DEHB grubundan daha yüksek yaşam kalitesi gösterirken DEHB grupları arasında anlamlı fark yoktu. DEHB'nin sadece davranışsal değil sosyal ve duygusal

da etkileri azımsanmayacak ölçüde yaşam kalitesini etkilemekte ve bu konu üzerine ilgi son yıllarda giderek artmaktadır. CBCL ölçeği ile gerçekleştirilen benzer çalışmalarda da gösterildiği üzere dikkat sorunları ile sosyal sorunların birbiriyle ilişkili olduğu gösterilmiştir (138). Göker ve ark.'nın 7-15 yaş aralığında DEHB'li çocukların yaşam kalitelerini ÇİYKÖ ebeveyn formu ile değerlendirdikleri bir çalışmada tüm kategorilerde DEHB'li çocukların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (139). Ancak bu çalışmada da katılımcılar tedavi durumlarına göre gruplandırılmamış ve tedavi durumları bulgularda belirtilmemiştir.

Kavurma tarafından ülkemizde DEHB tanısı ile takipte olan ve en az 6 aydır ilaç tedavisi alan 8-12 yaş aralığındaki 15 çocuk ve ebeveynleri ile gerçekleştirilen bir çalışmada çocuklar ile 12 hafta boyunca haftada 1 gün bireysel olarak uygulanan sosyal beceri eğitim seansları sonrasında; ÇİYKÖ ebeveyn formu psikososyal işlevsellik ve toplam ölçek alt puanı eğitim sonrası anlamlı düzeyde artış göstermiştir (140). DEHB'li bireylerin yaşam kalitesini arttırmayı ve sosyal becerilerini düzenlemeyi hedefleyen birçok yöntem incelenmektedir ve bu konu güncel bir araştırma konusu haline gelmiştir. DEHB'li bireylerde sağlıklı kontrollere kıyasla yaşam kalitesinin bütün alanlarında anlamlı azalmalar görüldüğünü saptayan birçok çalışma bulunmaktadır. Escobar ve ark.'nın gerçekleştirdiği bir çalışmada 120 DEHB'li 6-12 yaş aralığındaki çocuk ile 93 astımlı ve 120 sağlıklı çocuk yaşam kaliteleri açısından karşılaştırılmış ve DEHB'li çocukların yaşam kaliteleri hem sağlıklı kontrollerden hem de astımlı çocuklardan daha düşük bulunmuştur (141). En büyük farklar davranışta, fiziksel sorunlara atfedilebilen sosyal sınırlamalarda, ebeveynler üzerindeki duygusal etkide ve aile aktivitelerinde bulunmuştur. Neredeyse her psikososyal yaşam kalitesi alanında DEHB'li çocukların astımlı çocuklara kıyasla daha fazla etkilendiği gösterilmiştir. Sağlıklı kontrollerle kıyaslandığında ise hem psikososyal hem de fiziksel alanlarda daha fazla etkilendiği görülmüştür.

Çalışmamızda ÇİYKÖ çocuk formunda ebeveyn formuna göre sonuçlar bazı başlıklarda fark göstermekteydi. ÇİYKÖ çocuk formunda sağlık ve aktiviteler başlığında gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı. Duygular, başkaları, okul ve toplam değerlendirmede kontrol grubu her iki DEHB grubundan daha iyi yaşam kalitesi gösterirken DEHB grupları arasında fark saptanmadı. Fiziksel sağlık ve duygusal işlevsellik kategorisinde ebeveyn formunda ilaç kullanan DEHB ile kontrol grubu arasında fark bulunmamıştı ancak kontrol grubu ilaç kullanmayan DEHB

grubundan daha yüksek yaşam kalitesi puanları göstermişti. ÇİYKÖ çocuk ve ebeveyn formlarının uyumluluğu birçok hasta popülasyonunda incelenmiştir (142). Ülkemizde Kabak ve ark. tarafından 5-7 yaş arası kanser tanısı olan çocuklarda gerçekleştirdiği bir çalışmada alt başlık ve genel korelasyonlarının iyi düzeyde olduğu saptanmıştır (r=0,540, p=0,002). Ancak Yurteri Çetin tarafından gerçekleştirilen tez çalışmasında çocuk ve ergenlerin kendilerini değerlendirdikleri ÇİYKÖ formunda kontrol grubuna kıyasla, duygusal işlevsellik, sosyal işlevsellik, okul işlevselliği, psikososyal sağlık toplam, ölçek toplam puanlarında DEHB grubu puanları anlamlı olarak düşükken fiziksel sağlık toplam puanında anlamlı fark saptanmamıştır (143). Hem DEHB grubu hem de kontrol gruplarında, ebeveynlerin bildirdiği tüm ÇİYKÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının, çocuk formunda alınan puanlardan daha düşük olduğu saptanmıştır (143). Dolayısıyla ÇİYKÖ ebeveyn ve çocuk formlarının anlamlı korelasyonu olsa da bu iki formda tam anlamıyla bir örtüşme görülmeyebilmektedir. Yurteri Çetin'in çalışmasında da benzer şekilde çocukların ebeveynlerine göre kendilerini daha iyi yönde puanlamaları olası görünmektedir (143). Yıldız ve ark. tarafından yine ülkemizde gerçekleştirilen bir çalışmada DEHB tanılı 8-16 yaş arası 49 çocuk ve ergenin yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilen 49 sağlıklı çocuk ve ergen karşılaştırılmış ve çocuk ve ergenlerin öz bildirimlerinde psikososyal sağlık toplam ve okul işlevselliği puanlarında DEHB grubunda anlamlı düşüklük saptanmış olup fiziksel sağlık toplam puanında fark saptanmamıştır (144).

Kandemir tarafından gerçekleştirilen bir tez çalışmasında ÇİYKÖ çocuk formu verilerine göre DEHB olan gruptaki çocukların yaşam kaliteleri, kontrol grubuna göre psikososyal sağlık ve ölçek toplam kategorilerinde anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (145). Ancak Kandemir'in çalışmasında fiziksel sağlık alt ölçeği puanı DEHB ve kontrol grubu arasında anlamlı fark göstermemiştir (145). Matza ve ark.'nın DEHB için atomoksetinin etkinliğini inceledikleri randomize çift kör plasebo kontrollü çalışmasında toplam 297 DEHB'li çocuk ve ergen incelenmiş ve atomoksetin kullanımı yaşam kalite ölçeği alt kategorilerinden psikososyal iyileşme ile ilişkilendirilmiştir (146). Bu çalışmada psikososyal ölçek puanları fiziksel sağlık puanlarına göre daha düşük saptanmış ve tedavi ile fiziksel sağlık ölçek puanlarında daha az bir değişim görülmüştür. Bu bulgular bizim çalışmamızın sonuçları ile benzer görünmektedir. Sawyer ve ark. da DEHB'li çocukların yaşam kalitelerinin genel olarak sağlıklı kontrollere göre daha kötü olduğunu göstermişlerdir (147).

Hakkaart-van Roijen ve ark. Hollanda'da gerçekleştirdikleri bir çalışmada DEHB'li çocuklar, DEHB'si olmayıp davranış sorunları olan çocuklar ve sağlıklı kontrolleri yaşam kalitesi açısından karşılaştırmışlardır (148). Bizim çalışmamızla benzer şekilde DEHB'li çocukların diğer gruplara göre psikososyal alt ölçek puanlarında düşüklük olduğunu ama fiziksel sağlık alt ölçek puanlarında bir fark olmadığını saptamışlardır. Klassen ve ark.'nın gerçekleştirdiği ve yine DEHB'de yaşam kalitesinin değerlendirildiği bir çalışmada DEHB'nin en çok psikososyal sağlığı etkilediği saptanmıştır (149). Kandemir'in tez çalışmasında ÇİYKÖ ebeveyn formu verilerine göre DEHB olan gruptaki çocukların yaşam kaliteleri, kontrol grubuna göre psikososyal sağlık alt ölçek puanı ve ölçek toplam puanı açısından anlamlı derecede daha düşük saptanmıştır. Kandemir'in çalışmasında ebeveyn ve çocuk formlarından alınan veriler birbiriyle uyumlu saptanmıştır (145). Eiser ve ark.'nın çocukluk çağının kronik hastalıklarında yaşam kalitesini değerlendirdikleri bir çalışmada ebeveyn bildirimleri ile çocuk verileri fiziksel sağlık alanında psikososyal alana göre daha uyumlu saptanmıştır (150).

Yaşam kalitesi ve işlevsellik psikiyatrik hastalıklarda önemli bir sonlanım ölçütüdür. Spitzer ve ark.'a göre yalnızca psikiyatrik hasta grubunda değil sağlık hizmetlerinin tamamında temel amaçlardan biri hastaların sağlıklarına ilişkin algılarını ve sağlık sorunlarının yaşam kaliteleri üzerine etkilerini iyileştirmektir (151). Yaşam kalitesinde düzelmeyi hedeflemek DEHB için basit kısa vadeli semptom baskılamasından daha önemlidir. DEHB'de uygulanan bir tedavi semptomları azaltabilir ancak bir çocuğun yaşam kalitesinde düzelme sağlamazsa bu tedavinin etkin sayılıp sayılamayacağı önemli bir tartışma konusudur. Dolayısıyla güvenilir bir şekilde ölçülebildiği müddetçe hem klinik araştırmalarda hem de rutin hasta bakımında önemli bir sonlanım ölçütü olarak işlevsellik ve yaşam kalitesi ön plana çıkmaktadır (152). Güncel yayınlarda ebeveyn bildirimlerine göre çeşitli yaşam kalitesi ölçümlerinde DEHB'li çocukların normal popülasyona göre yaşam kalitesi puanlarının 1,5-2 standart sapma altında olduğu görülmektedir (153). DEHB'de yaşam kalitesindeki düşüş ile ilişkili faktörler literatürde; semptom şiddeti, komorbiditeler ve ek stres faktörleri olarak tanımlanmıştır. Hem dikkat eksikliği semptomları hem de hiperaktivite/dürtüsellik semptomları yaşam kalitesi düşüşünde benzer etkiye sahip görünmektedir. Ancak ebeveyn ve çocuk bildirimlerinden farklı sonuçlar elde edilebilmektedir. Çalışmamıza benzer şekilde literatürde de DEHB'li çocukların

ebeveynlerinin, çocukların kendilerine göre daha kötü yaşam kalitesi puanları bildirme eğiliminde olduklarını gösteren çalışmalar mevcuttur (153). Depresyon gibi diğer psikiyatrik rahatsızlıkları olan çocuk hastaların aksine DEHB'li çocuklar kendi durumlarına karşı daha iyimser görüşlere sahip olabilmektedir (154,155).

Farmakolojik tedavilerin doğrudan yaşam kalitesi üzerine etkisini araştıran randomize kontrollü çalışmalar da sınırlı sayıdadır ve çoğunlukla atomoksetinin etkisine odaklanmıştır. Perwien ve ark.'nın atomoksetinin yaşam kalitesi üzerine etkisini saptamak amaçlı gerçekleştirdikleri çok merkezli açık etiketli randomize kontrollü bir çalışmada 6-17 yaş arası DEHB tanılı 912 çocuk ve ergen değerlendirmeye alınmış ve atomoksetin hem akut dönemde hem de uzun vadede psikososyal sağlıkta anlamlı iyileşmeler sağlamıştır (156). Çalışmamızda yalnızca metilfenidat kullanan hastalar dahil edildi ancak atomoksetin üzerine Perwien ve ark.'nın gerçekletirdiği çalışma ile benzer şekilde fiziksel sağlık için anlamlı bir fark saptanmadı. Karcı ve ark.'nın ülkemizde 13-18 yaş arası olup ilk kez metilfenidat tedavisi alan 50 DEHB'li katılımcı ile gerçekleştirdiği bir çalışmada 3.ay sonunda fiziksel işlevsellik hariç yaşam kalitesi puanlarında anlamlı iyileşme olduğu saptanmıştır (157). Benzer çalışmaların da desteklediği gibi farmakolojik tedavilerin fiziksel işlevsellik üzerine belirgin bir etkisi görünmemektedir. Ayrıca yaşam kalitesi ölçütleri ilaç yanıtına bağlı iyileşebilirken kimi durumda ilaçlar yan etki profilleri nedeniyle olumsuz da etkilenebilmektedir. Aynı zamanda literatürde diğer ilaçlar ile gerçekleştirilen çalışmalarda da görüldüğü üzere farmakolojik tedaviler tüm yaşam kalitesi göstergelerinde iyileşme sağlayamamaktadır.

ADORE çalışması bu alanda gerçekleştirilmiş ve birçok farklı tedavi modalitesi uygulanan hastaların dahil edildiği kapsamlı çalışmalardan biridir (158). Toplamda 10 Avrupa ülkesinde gerçekleştirilen ve 2 yıllık izlemi içeren prospektif gözlemsel bir araştırma olan ADORE çalışmasının sonuçlarına göre; ebeveynler tarafından bildirilen yaşam kalitesi puanları eş zamanlı psikiyatrik komorbiditelerden anlamlı düzeyde etkilenmekteydi. Bizim çalışmamızda ek psikiyatrik tanısı olan hastalar dışlanmıştır. Ancak çalışmamızda ÇİYKÖ ebeveyn bildirimlerini etkileyen faktörler arasında YDB-TDÖ KOKGB toplam puanının olması bu sonuçları destekler niteliktedir. Yine çalışmamızda Perwien ve ark.'nın çalışmasına benzer şekilde ilaç kullanımına göre ayrılan DEHB grupları da ÇİYKÖ ebeveyn formuna göre yaşam kalitesi sonuçları

üzerinde etkili görünmektedir (156). Kontrol grubu, ilaç kullanan DEHB ve ilaç kullanmayan DEHB gruplarında sıraya göre yaşam kalitesi düşüyor görünmektedir.

Danckaerts ve ark.'nın da belirttiği gibi ebeveyn ve çocuk ÇİYKÖ formları puanları üzerine etkili faktörler çalışmamızda farklılıklar göstermekteydi (153). ÇİYKÖ çocuk puanları üzerine etkili faktörler; YİPDÖ toplam puan ve YDB-TDÖ dikkat eksikliği toplam puanı iken ÇİYKÖ ebeveyn puanları üzerine etkili faktörler katılımcı grubu (kontrol grubundan ilaç kullanmayan DEHB grubuna doğru), YDB-TDÖ dikkat eksikliği ve KOKGB toplam puanları olarak saptandı. Bu sonuçlardan çocukların KOKGB semptomlarına ebeveynlerin daha duyarlı olduğu yorumu çıkarılabilir. Lee ve ark.'nın KOKGB olan 387 çocuk ve ailesiyle gerçekleştirdiği bir çalışmada çocukların KOKGB semptom şiddetlerinin anne yaşam kalitesi için önemli bir prediktör olduğu gösterilmiştir (159). Dolayısıyla aileler kendi yaşam kalitelerindeki etkilenimle ölçeklerde subjektif yorumlar yapmış olabilirler.

Çalışmamızın sonucunda YİPDÖ toplam puan, YDB-TDÖ dikkat eksikliği toplam puanı, YDB-TDÖ KOKGB toplam puanının çocukta yaşam kalitesi üzerine etkili faktörler olabileceğini saptadık. Aynı zamanda YİPDÖ için de çocukların yaş ve YDB-TDÖ dikkat eksikliği toplam puanları anlamlı yordayıcılar olarak saptandı. Dolayısıyla çocukların yaşam kalitesi ve semptom şiddeti ile ebeveynlerin psikolojik dayanıklılıkları arasında iki yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir. İlaç tedavisi alan DEHB grubunda yaşam kalitesi ve işlevsellik ölçeklerinin birçok alt kategorisinde ilaç tedavisi almayan DEHB grubuna göre daha iyi sonuçlar saptanmıştır. Ancak yine de birçok alanda sağlıklı kontrollere göre daha düşük işlevsellik ve yaşam kalitesi puanları saptanması ilaç tedavisinin tek başına yeterli olmadığını düşündürmektedir. Ayrıca çalışmamız kesitsel bir çalışma olup alınan tedavilerin standardize edilebildiği randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ebeveynlerin psikolojik dayanıklılığı ile DEHB'li çocukların yaşam kalitesi ve işlevselliği arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçlayan çalışmamızda başlıca elde edilen sonuçlar aşağıda listelenmiştir:

1. Çocuklarında DEHB tanısı olan ebeveynlerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri kontrol grubuna (çocuklarında DEHB tanısı olmayan ebeveynlere) göre daha düşüktür.
2. Ebeveynlerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri (puanları) ile DEHB tanısı olan olguların yaşam kalitesi arasında pozitif yönde istatiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır.
3. Ebeveynlerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri (puanları) ile DEHB tanısı olan olguların işlevsellik düzeyleri arasında pozitif yönde istatiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır.
4. ÇİYKÖ çocuk formuna göre dikkat eksikliği semptom şiddeti ile yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişki mevcuttur.
5. ÇİYKÖ ebeveyn formuna göre dikkat eksikliği ve KOKGB semptom şiddeti ile yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişki mevcuttur.
6. ÇİYKÖ ebeveyn formuna göre yaşam kalitesi ilaç kullanmayan gruptan ilaç kullanan ve kontrol grubuna doğru artmaktadır. Katılımcı gruplarının ebeveyn bildirimine göre yaşam kalitesi açısından anlamlı bir yordayıcı olduğu saptanmıştır.
7. DEHB tanısına ek olarak KOKGB semptomları eşlik eden çocukların ebeveynlerinin psikolojik dayanıklılıkları daha düşüktür.
8. Ebeveynlerin psikolojik dayanıklılığı çocuğun yaşı arttıkça artmakta ve çocuğun dikkat eksikliği semptom şiddeti arttıkça azalmaktadır.
9. Ebeveynin psikolojik dayanıklılık düzeyi ile çocuğun dikkat eksikliği semptom şiddeti arasında iki yönlü bir etkileşim mevcuttur.

Elde edilen bu bulgular ışığında çocukta semptom kontrolünün doğru farmakolojik veya non farmakolojik tedavi yöntemleriyle sağlanmasının yanı sıra ebeveynlerin psikolojik dayanıklılık düzeylerine yönelik farkındalığın artması ve destekleyici yaklaşımın da önemli olduğu görüşündeyiz. Benzer çalışmaların da işaret ettiği üzere DEHB'li çocukların bakımının ebeveynleri zorlayıcı ve yıpratıcı

yönleri ebeveynlerin yaklaşımını olumsuz etkilemekte ve de bu da çocukların semptomlarının daha kötü kontrolüne yol açıyor görünmektedir. Dolayısıyla bu ilişkinin iki yönlü olduğu unutulmamalı ve ebeveynler için düzenli destekleyici programlar düzenlenmelidir.

7. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Çalışmamızın başlıca kısıtlılığı tek merkezli ve kesitsel bir çalışma olmasıdır. Dolayısıyla neden sonuç ilişkileri açısından yeterli bilgi sağlayamamaktadır. Aynı zamanda tek bir bölgenin popülasyonunu içermesi yönüyle sonuçların genellenebilirliği tartışmalıdır. Her ne kadar ilaç kullanım durumlarına göre hastalar gruplandırılsa da prospektif bir müdahale çalışması olmadığı için ilaç kullanım durumları açısından hastalar standardize edilememiştir. Bu da sonuçlar üzerinde etkili olmuş olabilir. Ek olarak anket formlarının uzun olması, süre gerektirmesi katılımcıların objektif cevap vermesi açısından bir dezavantaj olmuş olabilir.

8. ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ

Çalışmamızın ebeveynlerin psikolojik dayanıklılığı ile DEHB'li çocukların yaşam kalitesi ve işlevselliği arasındaki ilişki açından ilaç kullanım durumlarına göre 2 farklı DEHB grubunu kontrol grubu ile karşılaştırmış olması çalışmamızın güçlü yönlerinden biridir. Bu konuda literatürde yeterli çalışma bulunmamaktadır. Mevcut çalışmaların çoğu ilaç kullanım durumlarını değerlendirmeye almamıştır. Bu açıdan literatüre katkı sağladığımız görüşündeyiz. Ayrıca kontrol grubu ile her iki DEHB grubunun da temel demografik özellikler açısından homojen dağılım göstermesi yaş ve cinsiyet gibi karıştırıcı faktörlerin ekartasyonunu sağlamıştır. Aynı zamanda sonlanımların değerlendirilmesinde hem ebeveyn hem de öz bildirim ölçeklerinin kullanılmasının bildirim yanlılığını azalttığı görüşündeyiz. Demografik verilerin kapsamlı taranması ve kaydedilmesi, farklı sonlanım ölçeklerinin kullanılması yaptığımız analizlerde karıştırıcı olabilecek faktörlerin de değerlendirilmesine olanak sağlamıştır. Regresyon analizinde hem YİPDÖ hem de işlevsellik ve yaşam kalitesi ölçeklerinin sonlanım olarak ayrı ayrı incelenmesi, bu ikisi arasındaki karşılıklı etkileşimin belirlenmesini sağlamıştır.

9. KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association., American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM-5. American Psychiatric Association; 2013.

2. Polanczyk G, Silva de Lima M, Lessa Horta B, Biederman J, Augusto Rohde L. Article The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. 2007; Vol 164.

3. Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. Pediatrics. 2015;135(4):e994-e1001.

4. Sabri Ercan E, Kandulu R, Uslu E, et al. Prevalence and Diagnostic Stability of ADHD and ODD in Turkish Children: A 4-Year Longitudinal Study.; 2013.

5. Younossi,Z.M.,Guyatt,G..Quality of life assessments and chronic liver disease. Am J Gastroenterol. 1998; 93(7),10371041.

6. The WHOQOL Group. The developğment of the World Health Organisationqualityof lifeassessment instrument (theWHOQOL). In: Orley J, KuykenW, eds. Quality of Life Assessment: International Perspectives.Heidelberg:SpringerVerlag,1994:4157

7. Landgraf,J.M.,Rich,M.,Rappaport,L .Measuringqualityof life in children with attentiondeficit/hyperactivity disorder and their families: development and evaluation of a new tool. Arch Pediatr AdolescMed. 2002; 156(4),384391.

8. Klassen,A.F.,Miller,A.,Fine,S.Healthrelatedqualityof life in children and adolescents who have a diagnosis of attention deficit/hyperactivitydisorder.Pediatrics. 2004;114(5),e541547.

9. Zarate, C. A. Jr., Tohen, M., Land, M. ve Cavanagh, S.. Functional impairment and cognition in bipolar disorder. Psychiatr Q. 2000; 71, 309-329.

10. American Psychiatric Association (APA) (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. TR. Washington, DC: American Psychiatric Press.

11. Çakın-Memik, N., Ağaoğlu, B., Coşkun, A. ve Karakaya, I.. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 8-12 Yaş Çocuk Formunun geçerlik ve güvenirliği. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 2008; 15(2), 87-98.

12. Tarakçıoğlu, M.C.. Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği Ebeveyn Formu (wibö-e) Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması (Tıpta uzmanlık tezi). Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi, 2012 Kocaeli.

13. Saka A. Farklı Aile Yapısına Sahip Ergenlerin Öz-Yeterlilik ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin İncelenmesi. Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2017 Karabük.

14. Olsson, C. A., Bond, L., Burns, J. M., Vella-Brodrick, D. A., ve Sawyer, S. M.. Adolescent resilience: A concept analysis. journal of Adolescence, 2003; 26(1), 1–11.

15. Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., Martinussen, M. A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment?. International journal of methods in psychiatric research. 2003; 12(2), 65-76.

16. Özgür Özgey. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Almış 6-10 Yaş Arasındaki Çocukların Ailelerine Verilen Psikoeğitimin; Ailelerin Psikolojik Dayanıklılık, Tükenmişlik, Yaşam Kalitesi ve Çocuklarının Semptomları Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2021.

17. Luo Y, Weibman D, Halperin JM and Li X (2019) A Review of Heterogeneity in Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). Front. Hum. Neurosci. 13:42. doi: 10.3389/fnhum.2019.00042

18. Do Austerman J. Adhd And Behavioral Disorders: Assessment, Management, And An Update From Dsm-5. Cleve Clin J Med. 2015;82:3.

19. Faraone SV, Asherson P, Banaschewski T, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder. Nat Rev Dis Primers. 2015;1:15020.

20. Salari, N., Ghasemi, H., Abdoli, N. et al. The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. Ital J Pediatr 49, 48 (2023).

21. Willcutt EG. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. Neurotherapeutics. 2012;9(3):490–9.

22. Ayano G, Yohannes K, Abraha M. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents in Africa: a systematic review and meta-analysis. Ann Gen Psychiatry. 2020;19(1):1–10.

23. Wang T, Liu K, Li Z, Xu Y, Liu Y, Shi W, et al. Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder among children and adolescents in China: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry. 2017;17(1):1–11.

24. Song P, Zha M, Yang Q, Zhang Y, Li X, Rudan I. The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: a global systematic review and meta-analysis.Journal of global health. 2021;11.

25. Ercan, E.S, Kandulu, R, Uslu, E, et al., Prevalence and diagnostic stability of ADHD and ODD in Turkish children: a 4-year longitudinal study, Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 2013, 7(1), 1-30.

26. Göl, İ., Temel, A. B.. İlköğretim Sınıf Öğretmenlerinin Çocuklarda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunu Tanıma Yeterlilikleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 2013; 6(4), 207-213.

27. Ercan ES, Polanczyk G, Akyol Ardıc U, Yuce D, Karacetın G, Tufan AE, vd. The prevalence of childhood psychopathology in Turkey: a cross-sectional multicenter nationwide study (EPICPAT-T). Nord J Psychiatry. Şubat 2019;73(2):132-40.

28. Sciutto, M. J., Nolfi, C.J. ve Bluhm, C. Effects of child gender symptom type on referrals for ADHD by elementary school teachers. Journal of Emotional and Behavioral Disorder. 2004; 12, 247-253.

29. Coles, E. K., Slavec, J., Bernstein, M. ve Baroni, E. Exploring the gender gap in referrals for children with ADHD and other disruptive behavior disorders. Journal of Attention Disorders 2010.

30. Kos, J.M., Richdale, A. L. ve Jackson, M. S. Knowledge about attention-deficit/hyperactivity disorder: a comparison of in-service and pre-service teachers. Psychology in the Schools. 2004; 41(5), 517-526.

31. Üstündağ-Budak AM. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunu Erken Tanımada Cinsiyet Önyargısı. Türk Psikoloji Yazıları, Haziran 2019, 22(43), 90-101

32. Polanczyk G, Rohde LA. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. Curr Opin Psychiatry. Temmuz 2007;20(4):386-92.

33. Staller J, Faraone S V. Attention-deficit hyperactivity disorder in girls: epidemiology and management. CNS Drugs [Internet]. 2006 [cited 2022 Dec 24];20(2):107–23. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16478287/

34. Dogra P., Lata S. ADHD: Pathophysiology, Management, and Assesment Scales. JMSCR. 2018; 6 (7):341-347.

35. Frodl T, Skokauskas N. Meta-analysis of structural MRI studies in children and adults with attention deficit hyperactivity disorder indicates treatment effects. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2012 Feb 1;125(2):114-26.

36. Riglin L, Collishaw S, Thapar AK, Dalsgaard S, Langley K, Smith GD, Stergiakouli E, Maughan B, O'Donovan MC, Thapar A. Association of genetic risk variants with attention-deficit/hyperactivity disorder trajectories in the general population. Jama psychiatry. 2016 Dec 1;73(12):1285-92.

37. Wong, R.S.Y. Psychopathology of attention deficit/hyperactivity disorder: from an inflammatory perspective. Egypt J Neurol Psychiatry Neurosurg 58, 123 (2022). https://doi.org/10.1186/s41983-022-00561-y

38. Hayman V, Fernandez TV. Genetic insights into ADHD biology. Front Psychiatry. 2018;9:251.

39. Gizer IR, Ficks C, Waldman ID. Candidate gene studies of ADHD: a meta-analytic review. Hum Genet. 2009;126(1):51–90.

40. Li CS, Sinha R. Inhibitory control and emotional stress regulation: Neuroimaging evidence for frontal–limbic dysfunction in psycho-stimulant addiction. Neuroscience &Biobehavioral Reviews. 2008 Dec 31;32(3):581-97

41. Öner P., Öner Ö., Aysev A. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2003;12 (3):97-99.

42. Ercan ES, Bilaç Ö, Uysal Özaslan T, Akyol Ardic U (2016) Prevalence of Psychiatric Disorders Among Turkish Children: The Effects of Impairment and Sociodemographic Correlates. Child Psychiatry Hum Dev 47:35–42.

43. Jensen CM, Steinhausen HC (2015) Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study. ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders 7:27–38. https://doi.org/10.1007/s12402-014-0142-1

44. Das D, Cherbuin N, Butterworth P, Anstey KJ, Easteal S. A population-based study of attention deficit/hyperactivity disorder symptoms and associated impairment in middle-aged adults. PLoS One. 2012;7(2):e31500.

45. Biederman J, Faraone SV, Monuteaux MC, Bober M, Cadogen E. Gender effects on attention-deficit/hyperactivity disorder in adults, revisited. Biol Psychiatry. 2004;55(7):692–700.

46. Ginsberg Y, Hirvikoski T, Lindefors N. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among longer-term prison inmates is a prevalent, persistent and disabling disorder. BMC Psychiatry. 2010;10:112.

47. Philipsen A, Graf E, Jans T, Matthies S, Borel P, Colla M, et al. A randomized controlled multicenter trial on the multimodal treatment of adult attention-deficit hyperactivity disorder: enrollment and characteristics of the study sample. Atten Defic Hyperact Disord. 2014;6(1):35–47.

48. Spencer T, Biederman J, Wilens T, Doyle R, Surman C, Prince J, Mick E, Aleardi M, Herzig K, Faraone S. A large, double-blind, randomized clinical trial of methylphenidate in the treatment of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. Biol Psychiatry. 2005;57(5):456–63.

49. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. Am J Psychiatry. 2006;163(4):716–23.

50. Klassen LJ, Katzman MA, Chokka P. Adult ADHD and its comorbidities, with a focus on bipolar disorder. J Affect Disord. 2010;124(1–2):1–8.

51. Wingo AP, Ghaemi SN. A systematic review of rates and diagnostic validity of comorbid adult attention-deficit/hyperactivity disorder and bipolar disorder. J Clin Psychiatry. 2007;68(11):1776–84.

52. Bond DJ, Hadjipavlou G, Lam RW, McIntyre RS, Beaulieu S, Schaffer A, et al. The Canadian network for mood and anxiety treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder. Ann Clin Psychiatry. 2012;24(1):23–37.

53. Klassen LJ, Bilkey TS, Katzman MA, Chokka P. Comorbid attention deficit/hyperactivity disorder and substance use disorder: treatment considerations. Curr Drug Abuse Rev. 2012;5(3):190–8.

54. Martinez-Raga J, Szerman N, Knecht C, de Alvaro R. Attention deficit hyperactivity disorder and dual disorders. Educational needs for an underdiagnosed condition. Int J Adolesc Med Health. 2013;25(3):231–43.

55. Öner P., Öner Ö., Aysev A. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. TTB. 2003; 12 (3): 98.

56. Briars L, Todd T. A Review of Pharmacological Management of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. J Pediatr Pharmacol Ther. 2016;21(3):192-206.

57. 28 30 Mohammadi MR, Akhondzadeh S. Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder: nonstimulant medication approaches. Expert Rev Neurother. 2007;7(2):195–201. doi: 10.1586/14737175.7.2.195.

58. Banaschewski T, Roessner V, Dittmann RW et al. Non-stimulant medications in the treatment of ADHD. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2004;13:102–116.

59. Pliszka SR, Bernet W, Bukstein O et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit-hyperactivity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007;46(7):894–921.

60. Kaplan G, Newcorn JH. Pharmacotherapy for child and adolescent attention-deficit hyperactivity disorder. Pediatr Clin North Am. 2011;58:99–120.

61. American Academy of Pediatrics. ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. Pediatrics. 2011;128(5):1007–1022.

62. Pelham WE, Fabiano GA. Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. J Clin Child Adolesc Psychol. 2008;37(1):184–214.

63. Molina BSG, Hinshaw SP, Swanson JM et al. The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2009;48(5):484–500.

64. MTA Cooperative Group. National Institute of Mental Health multimodal treatment study of ADHD follow-up: changes in effectiveness and growth after the end of treatment. Pediatrics. 2004;113(4):762–769.

65. 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

66. Gökler, B. et al. No Title. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağliği Derg 2004:109–16.

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

70. 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.

71. 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.

72. 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.

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

74. Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., & Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment?. International journal of methods in psychiatric research, 12(2), 65-76.

75. Varni JW, Seid M, Kurtin PS. PedsQL™ 4.0: Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Version 4.0 Generic Core Scales in healthy and patient populations. Medical care. 2001;39(8):800-12.

76. Erşan, E. E., Doğan, O., Doğan, S. Sümer, H.. The distribution of symptoms of attention-deficit/ hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. Child Adolescent Psychiatry. 2004; 13(6),354-361.

77. Gül, N., Tiryaki, A., Kultur, S. E., Topbaş, M. ve Ak, İ.. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disruptive behavior disorders among school age children in Trabzon. Bulletin of Clinical Psychomarcology. 2010; 20, 50-56.

78. Aras, Ş., Ünlü, G. ve Taş, F. Çocuk ve ergen hastalarda belirtiler, tanılar ve tanıya yönelik incelemeler. Klinik Psikiyatri.2007; 10, 28-37

79. Özyurt G., Pekcanlar Akay A., Öztürk Y et al. DEHB'li çocuklarda ve annelerinde duygu düzenlemenin araştırılması. Anatolian Journal of Psychiatry 2016; 17(5):393-402

80. Biederman, J., Faraone, S. V., Hirshfeld-Becker, D. R., Friedman, D., Robin, J. A., & Rosenbaum, J. F. (2001). Patterns of psychopathology and dysfunction in high-risk children of parents with panic disorder and major depression. American Journal of Psychiatry, 158(1), 49-57.

81. Güleş Z., Aksu H., Özgür Gürbüz B.. DEHB'li çocukların anne-babalarının aleksitimi, depresyon ve çocukluk çağı DEHB belirti düzeylerinin incelenmesi. Anadolu Psikiyatri Derg 2018; 19(4):411-418.

82. Güvendeğer Doksat, Neslim vd. "Dikkat eksikliği Ve Hiperaktivite bozukluğu Olan çocukların Ebeveynlerinde mükemmeliyetçilik Ve Dikkat eksikliği Ve Hiperaktivite bozukluğu". Cukurova Medical Journal, 2018; 43 (3)-8.

83. Rowland AS, Skipper BJ, Rabiner DL, Qeadan F, Campbell RA, Naftel AJ et al. AttentionDeficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): Interaction between socioeconomic status and parental history of ADHD determines prevalence. J Child Psychol Psychiatry. 2018;59:213-22.

84. Çak H T, Gökler B. Erken doğan çocuklarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve ilişkili doğum öncesi risk etkenleri. Türk Ped Arş. 2013;48:315-22.

85. Fleming M, Fitton CA, Steiner MFC, McLay JS, Clark D, King A et al. Educational and health outcomes of children treated for attentiondeficit/hyperactivity disorder. JAMA Pediatr 2017; 3:171(7):e170691

86. Dogangun, B. and M. Yavuz, Attention deficit hyperactivity disorder/Dikkat eksikligi hiperaktivite bozuklugu. Turkish Pediatrics Archive, 2011: p. S25- S25

87. Mehmet Akif Cansız. Dikkat Eksikliği/ Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Çocuk Ve Ergenlerde Görsel Uzamsal Becerilerin Nöropsikolojik Testler Ve Özbildirim Ölçekleri İle Değerlendirilmesi Ve Yaşam Kalitesi İle İlişkilerinin Belirlenmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi. Uzmanlık Tezi. 2018 Bolu.

88. Counotte DS, Smit AB, Spijker S. The yin and yang of nicotine: harmful during development, beneficial in adult patient populations. Front Pharmacol. 2012;3:180.

89. Linnet KM, Wisborg K, Obel C, et al. Smoking during pregnancy and the risk for hyperkinetic disorder in offspring. Pediatrics. 2005;116(2):462–467

90. Langley K, Rice F, van den Bree MB, Thapar A. Maternal smoking during pregnancy as an environmental risk factor for attention deficit hyperactivity disorder behaviour. A review. Minerva Pediatr. 2005;57(6):359–371

91. Arria A. M., Derauf C., Lagasse L. L., Grant P., Shah R., Smith L., et al. Methamphetamine and other substance use during pregnancy: preliminary estimates from the Infant Development, Environment, and Lifestyle (IDEAL) study. Matern. Child Health J. 2006; 10, 293–302.

92. Galera C., Cote S. M., Bouvard M. P., Pingault J. B., Melchior M., Michel G., et al. Early risk factors for hyperactivity-impulsivity and inattention trajectories from age 17 months to 8 years. Arch. Gen. Psychiatry. 2011;68, 1267–1275.

93. Espy K. A., Fang H., Johnson C., Stopp C., Wiebe S. A.. Prenatal tobacco exposure: developmental outcomes in the neonatal period. Dev. Psychol. 2011; 47, 153–156.

94. Jallow J, Hurtig T, Kerkelä M, Miettunen J, Halt AH. Prenatal maternal stress, breastfeeding and offspring ADHD symptoms. Eur Child Adolesc Psychiatry. Published online April 30, 2024. doi:10.1007/s00787-024-02451-5

95. Gökçe S, Ayaz AB, Rodopman-Arman A, Kayan E. Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, 2015; 28 (2): 103-111.

96. Ayaz AB., Ayaz M., Yazgan Y. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Sosyal Cevaplılıkta Görülen Değişiklikler. Türk Psikiyatri Dergisi 2012;(23);1-10.

97. Egger HL, Costello EJ, Erkanli A, Angold A. Somatic complaints and psychopathology in children and adolescents: stomach aches, musculoskeletal pains, and headaches. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. (1999) 38:852–60. 10.1097/00004583-199907000-00015

98. Kutuk MO, Tufan AE, Guler G, Yalin OO, Altintas E, Bag HG, et al. Migraine and associated comorbidities are three times more frequent in children with ADHD and their mothers. Brain Dev. (2018) 40:857–64. 10.1016/j.braindev.2018.06.001

99. Santalahti P, Aromaa M, Sourander A, Helenius H, Piha J. Have there been changes in children's psychosomatic symptoms? A 10-year comparison from Finland. Pediatrics. (2005) 115:e434–42. 10.1542/peds.2004-1261

100. Turgay A. Treatment of comorbidity in conduct disorder. Dir Psychiatry 2003; 23: 137-49

101. Turgay A. ADHD and disruptive behavior disorders screening and rating scale. West Bloomfield (MI): Integrative Therapy 8. Turgay A, Joseph L, Nag SA, et al. Oppositional defiant disor- Institute, 1994 der, conduct disorder and ADHD relationships [abstract]. On- 27.

102. Harada Y, Saitoh K, Iida J, et al. The reliability and validity of tario Psychiatric Association Annual Scientific Conference; 2003 Jan 30; Toronto (ON) the oppositional defiant behavior inventory. Eur Child Adolesc Psychiatry 2004; 13 (3): 185-90.

103. Turgay A, Joseph L, Nag SA, et al. High risk of conduct and mood disorders in children and adolescents with ADHD and 28. Loeber R, Wung P, Keenan K, et al. Developmental pathways in disruptive child behavior. Dev Psychopathol 1993; 55: 102-33 oppositional defiant disorder [abstract]. Ontario Psychiatric Association Annual Scientific Conference; 2003 Jan 28-30,

104. Anderson JC, Williams S, McGee R, et al. DSM-III disorders in Toronto (ON) preadolescent children: prevalence in a large sample from general population. Arch Gen Psychiatry 1987; 44: 69-76 10.

105. Turgay A. The aggressive and impulsive child: innovations in 30. Faraone SV, Biederman J, Keenan K, et al. Separation of DSM- the assessment and treatment of attention deficit hyperactivity III attention deficit disorder and conduct disorder: evidence disorder and disruptive behaviour disorders. Paediatr Child Health 2004; 9 Suppl. 9: 3B

106. Turgay A. Aggression and disruptive behavior disorders in 31. Loeber R. The natural histories of juvenile conduct problems, children and adolescents. Expert Rev Neurother 2004; 4 (4):623-32

107. Turgay, A. Psychopharmacological Treatment of Oppositional Defiant Disorder. CNS Drugs. 2009; 23, 1–17 (2009).

108. Tripp G, Ryann J, Peace K ve ark. (2002) Neuropsychological Functioning in Children with DSM-IV Combined Type Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Aust N Z Journal of Psychiatry, 36: 771-779

109. Faraone SV, Biederman J, Harding M. Familial subtypes of attention deficit hyperactivity disorder: A 4- year follow-up study of children from antisocial-ADHD families. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1998; 34(7): 1045-1053.

110. Evinç SG, Gençöz T. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Çocukların WISC-R Profillerinin, Farklı Bir Psikiyatrik Tanı Alan ve Herhangi Bir Tanısı Olmayan Çocuklarla Karşılaştırılması. Türk Psikiyatri Dergisi 2007; 18(2):109-117.

111. Faraone SV, Biederman J, Lehman BK, Spencer T, Norman D, Seidman LJ, Kraus I, Perrin J, Chen JW, ve Tsuang MT (1993) Intellectual Performance and School

Failure in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and in Their Siblings. J Abnorm Psychol, 102(4): 616-623.

112. Mackin RS, Horner MD (2005) Relationship of the Wender Utah Rating Scale to Objective Measures of Attention. Compr Psychiatry, 46: 468-471.

113. Mahone EM, Miller TL, Koth CW, Mastofsky SH, Goldberg MC, Dencla MB (2003) Differences Between WISC-R and WISC-III Performance Scale among Children with ADHD. Psychol Sch, 40(4): 331- 340

114. Kılıç BG (2002) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Mini Dikkat Test Bataryası İle Ölçülen Bilgi İşleme Süreçleri. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. Ankara, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi.

115. Kiriş N (2002) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Zekanın 117 Wechsler Zeka Testi ve Raven Standart Progresif Matrisler Testi ile Analizi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü.

116. Naglieri JA, Goldstein S, Delauder BY, Schwebach A (2005) Relationships between the WISC-III and the Cognitive Assessment System with Conners' Rating Scales and Continuous Performance Tests. Arch Clin Neuropsychol, 20:385-401.

117. Angeline J, Rathnasabapathy M. Understanding women's suffering and psychological well-being: exploring biopsychosocial factors in mothers of children with ADHD - a case study. Front Public Health. 2023;11:1279499. Published 2023 Oct 17.

118. Abidin RR, Brunner JF. Development of a parenting alliance inventory. J Clin Child Psychol. (1995) 24:31–40.

119. Podolski CL, Nigg JT. Parent stress and coping in relation to child ADHD severity and associated child disruptive behavior problems. J Clin Child Psychol. (2001) 30:503–13.

120. Mash EJ, Johnston C. Determinants of parenting stress: illustrations from families of hyperactive children and families of physically abused children. J Clin Child Psychol. (1990) 19:313–28.

121. Befera MS, Barkley RA. Hyperactive and normal girls and boys: mother-child interaction, parent psychiatric status and child psychopathology. J Child Psychol Psychiatry. (1985) 26:439–52.

122. Campbell SB, Breaux AM, Ewing LJ, Szumowski EK, Pierce EW. Parent-identified problem preschoolers: mother–child interaction during play at intake and 1-year follow-up. J Abnorm Child Psychol. (1986) 14:425–40.

123. İmren GS, Rodopman Arman A, Ulusan S. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Ebeveynleri ve Kardeşlerinde Psikopatoloji. Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 2013;26:89-95

124. Breen MJ, Barkley RA. Child psychopathology and parenting stress in girls and boys having attention deficit disorder with hyperactivity. J Pediatr Psychol 1988; 13:265-280.

125. Cussen A, Sciberras E, Ukoumunne OC, Efron D. Relationship between symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and family functioning: a community-based study. Eur J Pediatr 2012; 171:271-280.

126. Anastopoulos AD, Sommer JL, Schatz NK. ADHD and family functioning. Current Attention Disorders Reports 2009; 1:167- 170.

127. Johnston C, Mash EJ. Families of children with attention deficit/ hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. Clin Child Fam Psychol Rev 2001; 4:183-207

128. Sprich S, Biederman J, Crawford MH, Mundy E, Farone SV. Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000; 39:1432-1437. 21.

129. Epstein JN, Conners CK, Erhardt D, Arnold LE, Hechtman L, Hinshaw SP, Hoza B, Newcorn JH, Swanson JM, Vitiello B. Familial aggregation of ADHD characteristics. J Abnorm Child Psychol 2000; 28:585–594.

130. Aydın H, Diler RS, Yurdagül E, Uğuz Ş, Şeydaoğlu G. DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde DEHB oranı. Klinik Psikiyatri Dergisi 2006; 9:70-74.

131. Camcıoğlu T, Yıldız Ö, Ağaoğlu B. DEHB tanısı konmuş çocukların anne babalarında DEHB sıklığı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2011; 12:212-220

132. Pınar ZV, Çimen İD, Tarakçıoğlu MC et al. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerin Tedavisinin İşlevsellikteki Bozulma Üzerine Etkisi. Turk J Child Adolesc Ment Health. 2022 Nov;29(3):189-197.

133. Fabiano GA, Pelham WE Jr, Coles EK, Gnagy EM, Chronis-Tuscano A, O'Connor BC. A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. Clin Psychol Rev. 2009;29:129-140.

134. Eyberg SM, Nelson MM, Boggs SR. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. J Clin Child Adolesc Psychol. 2008;37:215-237.

135. Pelham WE Jr, Fabiano GA. Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. J Clin Child Adolesc Psychol. 2008;37:184-214.

136. Tarakcioglu MC, Caliskan Y, Kadak MT, Aliyev Okumus N, Aksoy UM, Tufan AE, Yildiz Gündoğdu O, Cakın Memik N, Weiss MD. Is Functional Improvement Always Correlated with Symptomatic Improvement in Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Managed with Oros Methylphenidate? A Prospective Open-Label Naturalistic Follow-Up Study, Psychiatry and Clinical Psychopharmacology. 2020;30:128-135.

137. Weiss MD. A Paradigm for Targeting Functional Impairment as an Outcome in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Brain Sciences. 2022; 12(8):1014.

138. Bohlin G, Janols LO. Behavioural problems and psychiatric symptoms in 5–13 year-old Swedish children – a comparison of parent ratings on the FTF (Five to Fifteen) with the ratings on CBCL (Child Behavior Checklist). Eur Child Adolesc Psychiatry. 2004;13 (Suppl 3) 14-22.

139. Göker Z., Aktepe E., Kandil S. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Çocuk ve Ergenlerin Benlik Saygıları ve Yaşam Kaliteleri. New/Yeni Symposium Journal. 2011: 49;4

140. Kavurma C. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı olan çocuklarda sosyal beceri eğitiminin yaşam kalitesi üzerine etkisi. Turk J Clin Lab 2023; 3: 527-533

141. Escobar R, Soutullo CA, Hervas A, Gastaminza X, Polavieja P, Gilaberte I. Worse quality of life for children with newly diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children [published correction appears in Pediatrics. 2005 Nov;116(5):1266]. Pediatrics. 2005;116(3):e364-e369.

142. Kabak VY, Yakut Y, Çetin M, Düger T. 2-7 Yaş Arası Çocuklar İçin PedsQL 3.0 Kanser Modülünün Türkçe Versiyonunun ve 5-7 Yaş Arası Çocuklar İçin PedsQL 4.0 Genel Çekirdek Ölçeklerinin Güvenilirliği ve Geçerliliği: Hacettepe Üniversitesi Deneyimi. 2016; 33(3): 236-243

143. Nihal Yurteri Çetin. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Çocuklarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Tip 1 Diyabetes Mellitus ve Sağlıklı Kontrol Gruplarıyla Karşılaştırılarak Yaşam Kalitesine Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi İzmir-2013.

144. Yıldız Ö, Cakın Memik N, Agaoglu B (2010) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Çocuklarda Yaşam Kalitesi: Kesitsel Bir Çalışma. Nöropsikiyatri Arşivi. 47:314-8

145. Hasan Kandemir. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklar ve Ailelerinde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi. Uzmanlık Tezi. Ankara 2009

146. Matza LS, Rentz AM, Secnik K, et al. The link between health-related quality of life and clinical symptoms among children with attention-deficit hyperactivity disorder. J Dev Behav Pediatr. 2004;25(3):166-174. doi:10.1097/00004703-200406000-00005

147. Sawyer, M. G., Whaites, L., Rey, J. M., Hazell, P. L., Graetz, B. W., & Baghurst, P. (2002). Health-related quality of life of children and adolescents with mental disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 41 (5), 530-537.

148. Hakkaart-van Roijen, L., Zwirs, B. W., Bouwmans, C., Tan, S. S., Schulpen, T. W., Vlasveld, L., et al. (2007). Societal costs and quality of life of children suffering from attention deficient hyperactivity disorder (ADHD). Eur Child Adolesc Psychiatry, 16 (5), 316-326.

149. Klassen, A. F., Miller, A., & Fine, S. (2004). Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attentiondeficit/hyperactivity disorder. Pediatrics, 114 (5), e541-547.

150. Eiser, C., Morse, R.. Can parents rate their child's healthrelated quality of life? Results of a systematic review. Qual Life Res. 2001; 10 (4), 347-357

151. Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M, Hahn SR, Williams JB, deGruy FV, III, Brody D, Davies M. Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study. JAMA. 1995;274:1511–1517.

152. Dolan P. The measurement of health-related quality of life for use in resource allocation decisions in health care. In: Culyer AJ, Newhouse JP, editors. Handbook of Health Economics. North-Holland: Elsevier; 2000. pp. 1723–1760.

153. Danckaerts M, Sonuga-Barke EJ, Banaschewski T, et al. The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2010;19(2):83-105.

154. Hoza B, Pelham WE, Jr, Dobbs J, Owens JS, Pillow DR. Do boys with attention-deficit/hyperactivity disorder have positive illusory self-concepts? J Abnorm Psychol. 2002;111:268–278.

155. Owens JS, Hoza B. The role of inattention and hyperactivity/impulsivity in the positive illusory bias. J Consult Clin Psychol. 2003;71:680–691.

156. Perwien AR, Kratochvil CJ, Faries DE, Vaughan BS, Spencer T, Brown RT. Atomoxetine treatment in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder: what are the long-term health-related quality-of-life outcomes?. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2006;16(6):713-724.

157. Karci Kuygun C, Toros F, Tahiroğlu AY. Ergenlerde metilfenidat tedavisinin yaşam kalitesi üzerine etkisi. Dusunen Adam Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 2018; 1(31): 11-20.

158. Preuss U, Ralston SJ, Baldursson G, et al. Study design, baseline patient characteristics and intervention in a cross-cultural framework: results from the ADORE study [published correction appears in Eur Child Adolesc Psychiatry. 2009

Mar;18(3):194-6]. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2006;15 Suppl 1:I4-I14. doi:10.1007/s00787-006-1002-0

159. Lee P, Lee T, Chen VC, et al. Quality of life in mothers of children with oppositional defiant symptoms: a community sample. Mental Health in Family Medicine 2010;7:93–100.

10. ÖZGEÇMİŞ

I. Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı: Buse Sucu

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:

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, 2020-2024

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi 2009-2017

Denizli Erbakır Fen Lisesi 2005-2009

Denizli Atatürk İlköğretim Okulu 2003-2005

Denizli Hürriyet İlköğretim Okulu 1998-2003

III. Mesleki Deneyimi

Ayvalık İlçe Sağlık Müdürlüğü - Pratisyen Hekim (Kasım 2017-Ekim 2019)

İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi EAH Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıklar - Asistan Doktor (2020 - halen)

11.EKLER

11.1. EK-1: Etik kurul onayı

11.2. EK-2: Veri toplama formları

ETİK KURUL ONAYI

T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi
Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Girişimsel Olmayan Etik Kurulu

Konu:Karar hk

28.03.2024

Doç. Dr. Sibel DURAK

Kurulumuz tarafından 28.03.2024 tarihinde 24 protokol numarası ile görüşülen "**Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Ebeveynlerinin Psikolojik Dayanıklılık Özelliklerinin Çocukların Yaşam Kalitesi ve İşlevsellikleri İle İlişkisi** " isimli araştırmanıza ilişkin kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Hasan AĞIN

Ek:Etik Kurul Kararı

ETİK KURUL KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	**Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Ebeveynlerinin Psikolojik Dayanıklılık Özelliklerinin Çocukların Yaşam Kalitesi ve İşlevsellikleri İle İlişkisi**
ETİK KURUL PROTOKOL NUMARASI	GOA-24

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	S.B.Ü İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Olmayan 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 TÜRÜ	Girişimsel Olmayan Araştırma			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	18.03.2024	1	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	18.03.2024	1	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	18.03.2024	1	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

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

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

ETİK KURUL KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	**Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Ebeveynlerinin Psikolojik Dayanıklılık Özelliklerinin Çocukların Yaşam Kalitesi ve İşlevsellikleri İle İlişkisi**
ETİK KURUL PROTOKOL NUMARASI	GOA-24

KARAR BİLGİLERİ		
	Karar No:2024/04-01	Tarih:.28.03.2024
	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.	

GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi,İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Hakkında Yönerge
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr. Hasan AĞIN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *	İmza
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. 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. 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.Nesrin GÜLEZ	Pediatrik Allerji-İmmünoloji	S.B.Ü Dr.Behçet Uz Çoc. Hast. ve Cer. E.A.H.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	
Prof.Dr.Ünsal YILMAZ	Çocuk Nörolojisi	S.B.Ü Dr.Behçet Uz Çoc. Hast. ve Cer. E.A.H.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	
Prof.Dr.Süleyman Nuri BAYRAM	Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları	S.B.Ü Dr.Behçet Uz Çoc. Hast. ve Cer. E.A.H.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	
Prof.Dr.Ebru YILMAZ BEKİROĞLU	Çocuk Nefroloji	S.B.Ü Dr.Behçet Uz Çoc. Hast. ve Cer. E.A.H.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	
Prof.Dr.Tuba HİLKAY KARAPINAR	Çocuk Hematoloji	S.B.Ü Dr.Behçet Uz Çoc. Hast. ve Cer. E.A.H.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	
Prof.Dr.Arzu ŞENCAN	Çocuk Cerrahi	S.B.Ü Dr.Behçet Uz Çoc. Hast. ve Cer. E.A.H.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	
Doç.Dr.Nagihan CEVHER BİNİCİ	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	S.B.Ü Dr.Behçet Uz Çoc. Hast. ve Cer. E.A.H.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	
Doç.Dr.Nazmiye Nilgün KARADAĞ	Çocuk Neonatoloji	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 ☐	

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

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 Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Ebeveynlerinin Psikolojik Dayanıklılık Özelliklerinin Çocukların Yaşam Kalitesi ve İşlevsellikleri İle İlişkisi

Araştırmanın kolay anlaşılır bir dilde, sağlık mesleği mensubu olmayan kişilere yönelik başlığı: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Ebeveynlerinin Psikolojik Dayanıklılık Özelliklerinin Çocukların Yaşam Kalitesi ve İşlevsellikleri İle İlişkisi

Araştırmanın İçeriği: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Ebeveynlerinin Psikolojik Dayanıklılık Özelliklerinin Çocukların Yaşam Kalitesi ve İşlevsellikleri İle İlişkisi

Araştırmanın Amacı: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Ebeveynlerinin Psikolojik Dayanıklılık Özelliklerinin Çocukların Yaşam Kalitesi ve İşlevsellikleri İle İlişkisi

Araştırmanın Öngörülen Süresi: 9 ay

Araştırmaya Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 132

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 yaşam kalitesi ve işlevsellik özelliklerini 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.

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

(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,* 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 Olan Çocukların Ebeveynlerinin Psikolojik Dayanıklılık Özelliklerinin Çocukların Yaşam Kalitesi ve İşlevsellikleri İle İlişkisi

Araştırmanın kolay anlaşılır bir dilde, sağlık mesleği mensubu olmayan kişilere yönelik başlığı: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Ebeveynlerinin Psikolojik Dayanıklılık Özelliklerinin Çocukların Yaşam Kalitesi ve İşlevsellikleri İle İlişkisi

Araştırmanın İçeriği: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Ebeveynlerinin Psikolojik Dayanıklılık Özelliklerinin Çocukların Yaşam Kalitesi ve İşlevsellikleri İle İlişkisi

Araştırmanın Amacı: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Ebeveynlerinin Psikolojik Dayanıklılık Özelliklerinin Çocukların Yaşam Kalitesi ve İşlevsellikleri İle İlişkisi

Araştırmanın Öngörülen Süresi: 9 ay

Araştırmaya Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 132

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

yaşam kalitesi ve işlevsellik özelliklerini 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.

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

(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,* 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 Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Ebeveynlerinin Psikolojik Dayanıklılık Özelliklerinin Çocukların Yaşam Kalitesi ve İşlevsellikleri İle İlişkisi

Araştırmanın kolay anlaşılır bir dilde, sağlık mesleği mensubu olmayan kişilere yönelik başlığı: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Ebeveynlerinin Psikolojik Dayanıklılık Özelliklerinin Çocukların Yaşam Kalitesi ve İşlevsellikleri İle İlişkisi

Araştırmanın İçeriği: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Ebeveynlerinin Psikolojik Dayanıklılık Özelliklerinin Çocukların Yaşam Kalitesi ve İşlevsellikleri İle İlişkisi

Araştırmanın Amacı: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Ebeveynlerinin Psikolojik Dayanıklılık Özelliklerinin Çocukların Yaşam Kalitesi ve İşlevsellikleri İle İlişkisi

Araştırmanın Öngörülen Süresi: 9 ay

Araştırmaya Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 132

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 yaşam kalitesi ve işlevsellik özelliklerini 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.

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

(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* 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 Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Ebeveynlerinin Psikolojik Dayanıklılık Özelliklerinin Çocukların Yaşam Kalitesi ve İşlevsellikleri İle İlişkisi

Araştırmanın kolay anlaşılır bir dilde, sağlık mesleği mensubu olmayan kişilere yönelik başlığı: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Ebeveynlerinin Psikolojik Dayanıklılık Özelliklerinin Çocukların Yaşam Kalitesi ve İşlevsellikleri İle İlişkisi

Araştırmanın İçeriği: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Ebeveynlerinin Psikolojik Dayanıklılık Özelliklerinin Çocukların Yaşam Kalitesi ve İşlevsellikleri İle İlişkisi

Araştırmanın Amacı: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Ebeveynlerinin Psikolojik Dayanıklılık Özelliklerinin Çocukların Yaşam Kalitesi ve İşlevsellikleri İle İlişkisi

Araştırmanın Öngörülen Süresi: 9 ay

Araştırmaya Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 132

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 yaşam kalitesi ve işlevsellik özelliklerini 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.

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

(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,* 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:

Tarih:

7-14 YAŞ ARASI DEHB TANISI ALAN ÇOCUKLARIN DEĞERLENDİRME FORMU

Görüşme tarihi: ……

ÇOCUĞUN;

Adı soyadı: ……

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 ücretin altında

☐ Asgari ücret

☐ Asgari ücretin üstünde

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

DEHB tedavisi alıyor mu?

☐ Hayır ☐ Evet

Tedavi alıyorsa aşağıdaki soruları cevaplayınız;

Kaç yaşında başlandı? ……

Ne kadar zamandır alıyor? ……

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 görüşlerinizi yansıtacak biçimde yanıtlayınız. Her bir madde ile ilgili bilgi verebilir ve ikinci sayfadaki boşlukları yazabilirsiniz. Teşekkürlerimizle	

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

( ) HİÇBİRİ

	Yaşıtlarına oranla çocuğunuz her birine ne kadar zaman ayırır?				Yaşıtlarına 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 AKTİİTELERİNİ SIRALAYINIZ Örneğin: pul, bebek, araba, müzik aleti çalmak (Radyo dinlemeyi ve televizyon izlemeyi katmıyorum.)

( ) HİÇBİRİ

	Yaşıtlarına oranla çocuğunuz her birine ne kadar zaman ayırır?				Yaşıtlarına 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, izcilik folklor gibi)

( ) HİÇBİRİ

	Yaşıtlarına 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, Parayı gitme, elektrik su faturası yatırma, çocuk bakımı, yatak düzeltme, Sofra kurma, bir dükkanda çalışma gibi ödeme yapılan ve yapılmayan Her türlü işleri katınız.

( ) HİÇBİRİ

	Yaşıtlarına 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 önel sınıf yada bir önel 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 vemez, 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 .....

.....

.....

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

I-BÖLÜM
A- DİKKATSİZLİK

SORUN	SORUNUN DERECESİ Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
1) Dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde işinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar	0	1	2	3
2) Üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı oyunlarda dikkatini sürdürmede zorluk çeker	0	1	2	3
3) Kendisine doğrudan hitap edildiğinde dinlemiyormuş gibi görünüyor	0	1	2	3
4) Yönergeleri gerektiği gibi izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da işyerindeki görevlerini tamamlayamaz	0	1	2	3
5) Görev ve etkinliklerini düzenlemekte güçlük çeker	0	1	2	3
6) Uzun süreli dikkat gerektiren işlerden (okul ödevi-ev ödevi) kaçınır.	0	1	2	3
7) Üzerine aldığı görev ya da etkinlikler için gerekli olan eşyaları (kalem,kitap,oyuncak araç-gereç gibi) kaybeder.	0	1	2	3
8) Dikkati kolayca dağılır.	0	1	2	3
9) Günlük etkinliklerde unutkandır.	0	1	2	3
IA bölümünde karşılanan ölçüt sayısı	...../9			
IA bölümünde alınan toplam puan	...../27			

B- AŞIRI HAREKETLİLİK-DÜRTÜSELLİK AŞIRI HAREKETLİLİK

SORUN	SORUNUN DERECESİ Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
10) Elleri ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanır.	0	1	2	3
11) Sınıfta ya da oturması gereken diğer durumlarda yerinde oturmaz.	0	1	2	3
12) Uygun olmayan durumlarda sağa sola koşuşturur y a da tırmanır. (Gençlerde ya da erişkinlerde huzursuzluk ile sınırlı olabilir)	0	1	2	3
13) Sakince oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker.	0	1	2	3
14) Hep hareket halindedir ya da sanki motor takmış gibi davranış.	0	1	2	3
15) Çok konuşur.	0	1	2	3

DÜRTÜSELLİK

SORUN	SORUNUN DERECESİ Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
16) Sorulan soru tamamlanmadan yanıt verir	0	1	2	3
17) Sırasını beklemekte güçlük çeker	0	1	2	3
18) Başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının (başkalarının konuşmaları ya da oyunlarına burnunu sokar)	0	1	2	3
IB bölümünde karşılanan ölçüt sayısı	...../9			
IB bölümünde alınan toplam puan	...../...../27			
IA ve IB bölümünde karşılanan toplam ölçüt sayısı	...../...../18			
Bölüm IA ve IB' nin toplam puanı	...../			

II-BÖLÜM

SORUN		SORUNUN DERECESİ Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
19)	Kontrolünü kaybeder.	0	1	2	3
20)	Erişkinlerle tartışır.	0	1	2	3
21)	Kurallar ve isteklere karşı çıkar ya da reddeder.	0	1	2	3
22)	Başkalarını isteyerek rahatsız eder.	0	1	2	3
23)	Hataları ya da yanlış davranışları için başkalarını suçlar	0	1	2	3
24)	Alıngandır ve başkaları tarafından kolayca kızdırılır	0	1	2	3
25)	Kızgın ve güceniktir.	0	1	2	3
26)	Çoğu zaman kincidir ve intikam almak ister.	0	1	2	3
	II.Bölümde karşılaşılan ölçüt sayısı	...../18			
	II.Bölümden alınan toplam puan	...../24			

III-BÖLÜM

A- İNSANLARA VE HAYVANLARA KARŞI SALDIRGANLIK

SORUN		SORUNUN DERECESİ Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
27)	Kabalık eder, tehdit eder ya da göz dağı verir.	0	1	2	3
28)	Kavga dövüş başlatır.	0	1	2	3
29)	Başkalarına ciddi biçimde fiziksel zarar vererek silah (sopa,taş,kırık şişe,bıçak,tabanca v.b) kullanır	0	1	2	3
30)	İnsanlara fiziksel olarak acımasız davranır.	0	1	2	3
31)	Hayvanlara fiziksel olarak acımasız davranır.	0	1	2	3
32)	Başkalarının gözü önünde hırsızlık (saldırganlıkla Soygun,çanta kapıp kaçmak,tehdir ile soyma,silahlı soygun) yapar.	0	1	2	3
33)	Başka birisine cinsel etkinlikte bulunmak için zorlar	0	1	2	3

B- MALA ZARAR VERME

34)	Ciddi hasar vermek amacıyla yangın çıkarır	0	1	2	3
35)	Başkalarının malına mülküne ciddi zarar verir (yangın çıkarma dışında)	0	1	2	3

C- DOLANDIRILICIK YA DA HIRSIZLIK

36)	Başkalarının evine,binasına ya da aracına zorla girme	0	1	2	3
37)	Bir şey elde etmek,bir çıkar sağlamak ya da sorumluluklarından kaçmak için yalan söyler(başkalarını atlatır)	0	1	2	3
38)	Hiç kimse görmeden değerli şeyler çalar. (mağazalardan mal çalma,sahtekarlık)	0	1	2	3

D- KURALLARI CİDDİ BİÇİMDE BOZMA

SORUN		SORUNUN DERECESİ Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
39)	13 yaşından öncesinden başlayarak ailenin yasaklarına karşın geceyi dışarıda geçirir.	0	1	2	3
40)	Anne-babasının ya da onların yerini tutan kişilerin evinde yaşarken en az iki kere evden kaçmış olma (ya da uzun süreli dönmemişse bir kez)	0	1	2	3
41)	13 yaş öncesinden başlayarak okuldan kaçma	0	1	2	3
	III.Bölümde karşılaşılan toplam ölçüt sayısı	...../15			
	III.Bölümden alınan toplam puan	...../45			
	I.II.III.Bölümde karşılaşılan toplam ölçüt sayısı	...../41			
	Her üç bölümde alınan toplam puan	...../123			

Barkley Çocuk Dikkat Anketi

©Russell A. Barkley, Ph.D., 2013

Adı: Tarih:

Cinsiyet: Yaşı: Sınıfı:

Dolduran (Anne,Baba,Öğretmen)

Yönerge

Çocuğunuz aşağıda tanımlanan sıkıntıları ne kadar sıklıkla yaşamaktadır? Lütfen, SON 6 AYLIK DÖNEMİ göz önünde bulundurarak her madde için çocuğunuzun davranışını en iyi tanımladığını düşündüğünüz rakamı daire içine alınız. Eğer çocuğunuz herhangi bir psikiyatrik yada 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 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		

WEISS İŞLEVSELLİKTE BOZULMA ÖLÇEĞİ EBEVEYN FORMU (WİBÖ-E)

İsminiz: Çocukla yakınlık dereceniz:

Çocuğunuzun duygusal ve davranışsal sorunlarını göz önüne alarak, **SON BİR AY** içerisinde çocuğunuzun **duygusal ve davranışsal sorunlarının** aşağıdaki maddelerden her birini nasıl etkilediğini en iyi tarif eden seçeneği yuvarlak içerisine alınız.

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık	Çok sık	Uygun değil
A	**AİLE**					
1	Kardeşleri ile sorunlar yaşaması	0	1	2	3	u.d.
2	Anne baba arasında sorunlara neden olması	0	1	2	3	u.d.
3	Çocuğun yol açtığı sorunlarla uğraşmaktan aile üyelerinin yapacağı iş ya da etkinliklere yeterince zaman ayıramaması	0	1	2	3	u.d.
4	Ailede kavga ya da tartışma çıkmasına neden olması	0	1	2	3	u.d.
5	Aileyi dostlarından ve sosyal etkinliklerden uzaklaştırması	0	1	2	3	u.d.
6	Ailenin eğlenceli vakit geçirmesini zorlaştırması	0	1	2	3	u.d.
7	Anne babalık yapmanızı (ebeveynlik görevlerinizi yerine getirmeyi) zorlaştırması	0	1	2	3	u.d.
8	Aile üyelerinin her birine eşit zaman, ilgi, dikkat vermenizi zorlaştırması	0	1	2	3	u.d.
9	Başkalarını kendisine vurması ya da bağırması için kışkırtması	0	1	2	3	u.d.
10	Çocuğunuzun yaşadığı sorunlar nedeniyle daha fazla para harcamak zorunda kalmanız	0	1	2	3	u.d.
B	**OKUL**					
	Öğrenme					
1	Okulda derslere yetişmekte güçlük çekmesi	0	1	2	3	u.d.
2	Okulda derslerle ilgili fazladan yardıma ihtiyaç duyması	0	1	2	3	u.d.
3	Özel derse ihtiyaç duyması	0	1	2	3	u.d.
4	Beceri düzeyinin altında notlar alması	0	1	2	3	u.d.

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık	Çok sık	Uygun değil
	Davranış					
1	Sınıfta öğretmene sorun çıkarması	0	1	2	3	u.d.
2	Sınıfta ceza alması ya da sınıftan çıkarılması	0	1	2	3	u.d.
3	Okul bahçesinde (arkadaş, öğretmen, görevli gibi kişilerle) sorun yaşaması	0	1	2	3	u.d.
4	Teneffüse çıkmama ya da eve geç gitme cezası alması	0	1	2	3	u.d.
5	Okuldan uzaklaştırılması ya da atılması	0	1	2	3	u.d.
6	Derse girmemesi ya da okula geç kalması	0	1	2	3	u.d.
C	**YAŞAM BECERİLERİ**					
1	Televizyon, bilgisayar ya da video oyunlarını aşırı kullanması	0	1	2	3	u.d.
2	Temizlik, diş fırçalama, saç tarama, yıkanma gibi işlerde sorun yaşaması	0	1	2	3	u.d.
3	Okula hazırlanmakla ilgili sorunlarının olması	0	1	2	3	u.d.
4	Yatmaya hazırlanmakla ilgili sorunlarının olması	0	1	2	3	u.d.
5	Yemek yemeyle ilgili sorunlarının olması (yemek seçme, abur cubur yeme)	0	1	2	3	u.d.
6	Uykuyla ilgili sorunlarının olması	0	1	2	3	u.d.
7	Yaralanır ya da bir yerini incitir	0	1	2	3	u.d.
8	Egzersizden (spor etkinliklerinden) kaçınır	0	1	2	3	u.d.
9	Doktora (tıbbi yardıma) ihtiyacının olması	0	1	2	3	u.d.
10	İlaç içmek, iğne olmak ya da doktora/diş hekimine gitmekle ilgili sıkıntı yaşaması	0	1	2	3	u.d.
D	**ÇOCUĞUN BENLİK ALGISI**					
1	Çocuğum kendisi hakkında olumsuz duygulara sahip	0	1	2	3	u.d.
2	Çocuğum yeteri kadar eğlenemiyor	0	1	2	3	u.d.
3	Çocuğum hayatından memnun değil	0	1	2	3	u.d.

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık	Çok sık	Uygun değil
E	**SOSYAL ETKİNLİKLER**					
1	Diğer çocukların çocuğuma sataşması ya da kabadayılık taslaması	0	1	2	3	u.d.
2	Çocuğumun diğer çocuklara sataşması ya da onlara kabadayılık taslaması	0	1	2	3	u.d.
3	Diğer çocuklarla geçinememesi	0	1	2	3	u.d.
4	Okul sonrası etkinliklerine (spor, müzik, kulüpler gibi) katılmakla ilgili sorunlar	0	1	2	3	u.d.
5	Arkadaş edinmekle ilgili sorunlar	0	1	2	3	u.d.
6	Arkadaşlıklarını sürdürmekle ilgili sorunlar	0	1	2	3	u.d.
7	Arkadaş toplantıları ile ilgili sorunlar (davet edilmeme, davetlere gitmeme, davetlerde uygunsuz davranma)	0	1	2	3	u.d.
F	**RİSKLİ EYLEMLER**					
1	Kolayca diğer çocuklara uyması ya da diğer çocuklardan baskı görmesi	0	1	2	3	u.d.
2	Eşyaları kırması ya da zarar vermesi	0	1	2	3	u.d.
3	Kanun dışı şeyler yapması	0	1	2	3	u.d.
4	Polis ile başının derde girmesi	0	1	2	3	u.d.
5	Sigara içmesi	0	1	2	3	u.d.
6	Yasadışı madde kullanması	0	1	2	3	u.d.
7	Tehlikeli şeyler yapması	0	1	2	3	u.d.
8	Başkalarını yaralaması	0	1	2	3	u.d.
9	Acımasız ya da uygunsuz şeyler söylemesi	0	1	2	3	u.d.
10	Cinsel olarak uygun olmayan davranışlarda bulunması	0	1	2	3	u.d.

©University of British Columbia 2011. Any part of this document may be freely reproduced without obtaining the permission of the copyright owner, provided that no changes whatsoever are made to the text and provided that this copyright notice is included in its entirety in any and all copies of this document

Version: October 2011. Refer to www.caddra.ca for latest updates

PUANLAMA:

1. 2 ya da 3 olarak puanlanan madde sayısı

2. Toplam puan

3. Puan ortalaması

BU ALANI DOLDURMAYINIZ	
A. Aile	
B. Okul	
Öğrenme	
Davranış	
C. Yaşam becerileri	
D. Çocuğun benlik algısı	
E. Sosyal etkinlikler	
F. Riskli eylemler	
Toplam	

Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Çocuk Formu (8-12 Yaş)

Ad Soyad: Tarih:

Bu sayfada senin için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.
Lütfen son 1 aylık süre içinde her birinin senin için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirt.

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

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

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

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

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

---------- Forwarded message ---------
Gönderen: **Buse Sucu**
Date: 5 Ara 2023 Sal, 16:18
Subject: Re: YETİŞKİNLER İÇİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ
To: Nejat Basim

Çok teşekkürler çok sağolun

5 Ara 2023 Sal 10:59 tarihinde Nejat Basim şunu yazdı:

> Değerli Asist. Dr. Buse Sucu,
> Mesajınızı bu adresimden yanıtlıyorum. Ölçeği çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. Ölçeğin yer aldığı makaleyi, makalenin sonunda yer alan ölçeğin word ortamındaki halini ve değerlendirme esaslarını içeren bilgi notunu ekte gönderiyorum. Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.