T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANILI ÇOCUKLARDA YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ, TİP 1 DİYABETES MELLİTUS VE SAĞLIKLI KONTROL GRUPLARIYLA KARŞILAŞTIRILARAK YAŞAM KALİTESİNE ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Nihal YURTERİ ÇETİN

İZMİR-2013

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANILI ÇOCUKLARDA YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ, TİP 1 DİYABETES MELLİTUS VE SAĞLIKLI KONTROL GRUPLARIYLA KARŞILAŞTIRILARAK YAŞAM KALİTESİNE ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Nihal YURTERİ ÇETİN

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Aynur AKAY

İÇİNDEKİLER **SAYFALAR**

TABLO LİSTESİ ..... **IV**
KISALTMALAR ..... **V**
ÖZET **1**
ABSTRACT **4**
1.GİRİŞ VE AMAÇ **7**
2.GENEL BİLGİLER **9**
2.1 DEHB Tarihçe ve Tanı Ölçütleri 9
2.2 DEHB alt tipleri 12
2.3 Klinik özellikler 13
2.4 Epidemiyoloji 14
2.5 Etiyoloji 14
2.5.1 Genetik geçiş ve aile çalışmaları. 14
2.5.2 Nörokimyasal çalışmalar 15
2.5.3 Nörogörüntüleme çalışmaları 16
2.5.4 Nörofizyolojik çalışmalar 17
2.5.5 Nöropsikolojik çalışmalar 17
2.5.6 Nörotrofik Faktörler 17
2.5.7 Diğer Faktörler 17
2.6 Eş Hastalanım 18
2.7 Tedavi 19
2.8 Gidiş 20
2.9 Diyabetes Mellitus 21
2.9.1 Tanı Kriterleri 21
2.9.2 Diyabetes Mellitusun Etiyolojik Sınıflandırması 22
2.9.3 Tip 1 Diyabetes Mellitus 22
2.10 Yaşam Kalitesi 24
2.10.1 Çocuklarda Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Özellikleri 25
2.10.2 Çocuklarda Yaşam Kalitesini Ölçen Genel Ölçekler 26
2.10.3 Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) 26
2.10.4 DEHB tanısı ile ilişkili Yaşam Kalitesi Ölçekleri 26
2.10.5 DEHB'de Yaşam Kalitesi 27
2.10.6 DEHB'de Yaşam Kalitesi ile ilgili yapılmış çalışmalar 28

2.10.7 Tip 1 Diyabetes Mellitus tanısı ile ilişkili Yaşam Kalitesi Ölçekleri 32
2.10.8 Tip 1 Diyabetes Mellitus ve Yaşam Kalitesi 32
2.10.9 Tip 1 Diyabetes Mellitus'da Yaşam Kalitesi ile ilgili yapılmış çalışmalar ... 32

3. YÖNTEM VE GEREÇLER 33
3.1 Amaç 33
3.2 Varsayımlar 33
3.3 Araştırmanın Tipi 34
3.4 Araştırmanın Yeri ve Zamanı 34
3.5 Araştırma Evreni 34
3.6 Araştırma Örneklemi 34
3.7 Yöntem 35
3.8 Gereçler 36
3.8.1. Sosyodemografik Veri Formu 36
3.8.2. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (Kiddie-SADS-PL, Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children Present and Life-time) 36
3.8.3.Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGİ) (CGI) 36
3.8.4. Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin DSM-IV' e Dayalı Tarama Ve Değerlendirme Ölçeği (DEYDB DSM-IV Değerlendirme Ölçeği) 36
3.8.5. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (ADHD-RS-IV Inventory) (Du Paul Ölçeği) 36
3.8.6. 4-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) (Child Behavior Checklist / 4-18,CBCL) 37
3.8.7. 8-12 ve 13-18 yaş Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) (Pediatric Quality of Life Inventory/ 8-12, 13-18 PedsQL) 37
4. VERİLERİN ANALİZİ VE DEĞERLENDİRME YÖNTEMLERİ 39
5. BULGULAR 40
6. TARTIŞMA 56
7. SONUÇ VE ÖNERİLER 70
8. KAYNAKLAR 74
9. EKLER 90

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde ve tez sürecinde bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Aynur Akay'a,

Uzmanlık eğitimi aldığım Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyeleri değerli hocalarım Prof.Dr. Süha Miral, Prof. Dr. Şahbal Aras, Doç. Dr. Özlem Gencer, Doç. Dr. Neslihan Emiroğlu, Doç. Dr. Taner Güvenir, Doç. Dr. Aylin Özbek, Doç. Dr. Fatma Varol Taş ve Doç. Dr. Burak Baykara,'ya,

Uzmanlık eğitimimin bir bölümünü tamamladığım Ege Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyeleri değerli hocalarım Prof. Dr. Cahide Aydın, Prof. Dr. Müge Tamar, Prof. Dr. Eyüp Sabri Ercan, Prof.Dr. Serpil Erermiş, Prof.Dr. Tezan Bildik, Doç.Dr. Saniye Çetin, Doç.Dr. Burcu Özbaran, Doç.Dr. Zeki Yüncü, Yrd. Doç.Dr. Sezen Köse'ye,

Psikiyatri rotasyonum sırasında bilgi ve tecrübelerinden yararlanma fırsatı bulduğum Ege Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı öğretim üyeleri değerli hocalarım Prof. Dr. Baybars Veznedaroğlu ve Doç. Dr. Özen Önen'e,

Tezimin istatistik aşamasındaki katkılarından dolayı Prof.Dr. Hülya Ellidokuz'a,

Tez çalışmamda yardımlarını esirgemeyen Prof. Dr. Ece Böber, Doç. Dr. Ayhan Abacı ve Pediatrik Endokrinoloji Bilim Dalı Ekibi'ne,

Asistan arkadaşlarıma,

Tezimin basım aşamasındaki yardımlarından dolayı İlyas Tandemir'e,

Bana verdikleri geribildirimlerle bu sıkıntılı süreçte mesleki huzuru hissettiren hastalarım ve ailelerine,

Bu zor süreçte bana destek olan değerli annem ve sevgili eşime,

En içten teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Nihal YURTERİ ÇETİN

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Çocuk ve Ebeveynlere İlişkin Sosyodemografik Özellikler

Tablo 2: DEHB Olgu Grubunun Klinik Özellikleri

Tablo 3: DEHB Olgu Grubunda Komorbid Tanılar

Tablo 4: DEHB ve Kontrol Gruplarının ÇDDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 5: DEHB ve Kontrol Gruplarının Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması

Tablo 6:DEHB Grubunda Yaşam Kalitesi Ölçeği Özbildirim ve Ebeveyn Bildirim Puanlarının Karşılıklı İlişkileri

Tablo 7: DEHB Tipinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Tablo 8: DEHB Grubunda Komorbidite Varlığının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Tablo 9: DEHB Grubunda Klinik Global İzlenim Ölçeği(CGI) ile Yapılan Hastalık Şiddeti Değerlendirmesi ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

Tablo 10: DEHB Grubunda Du Paul Ölçeği ile Yapılan Hastalık Şiddeti Değerlendirmesi ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

Tablo 11: DEHB Grubunda ÇDDÖ Puanları ile Çocuk- Ergenlerin Bildirdiği Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

Tablo 12: DEHB Grubunda ÇDDÖ Puanları ile Ebeveynlerin Bildirdiği Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

KISALTMALAR

APA: Amerikan Psikiyatri Birliği

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

DSM-IV-TR: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı.

SİYK: Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

YK: Yaşam kalitesi

DE/HB-YKÖ: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Yaşam Kalitesi Ölçeği

DEHB-DE: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu- Dikkat Eksikliği Baskın Tip

DEHB-HA: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu- Hiperaktivite- İmpulsivite Baskın Tip

DEHB-B: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu-Bileşik Tip

KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

DB: Davranım Bozukluğu

YDB: Yıkıcı Davranım Bozuklukları

CGI : Klinik Global İzlenim Ölçeği

ÇGDŞ-ŞY-T: Çocuklar İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Versiyonu **(K-SADS-PL,** Kiddie-Schedule For Affective Disorders And Schizophrenia-Present And Lifetime Version)

ÇDDÖ: 4- 18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (Childhood Behaviur Cheklist For Ages 4-18, CBCL)

ÇİYKO: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği

ÇSA: Çocuk Sağlık Anketi (Child Health Questionnaire)

ÇSA-EF50: Çocuk Sağlık Anketi- Ebeveyn Formu 50 Soruluk Versiyonu

ÖZET

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Çocuklarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Tip 1 Diyabetes Mellitus ve Sağlıklı Kontrol Gruplarıyla Karşılaştırılarak Yaşam Kalitesine Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi

AMAÇ

Gelişimsel düzeyle uyumsuz ölçüde hiperaktivite, dikkat eksikliği ve dürtüsellik gibi çekirdek belirtilerle karakterize Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) dünya genelinde görülen yaklaşık %5 prevalansı, olguların ve ailelerinin yaşam kalitesi üzerindeki büyük etkileri nedeniyle önemli bir psikiyatrik bozukluktur. Tip 1 Diyabetes Mellitus (DM) ise çocukluk çağının en yaygın kronik fiziksel hastalıklarından biridir.

Yaptığımız araştırmada kronik psikiyatrik bozukluk olarak DEHB grubu olguların yaşam kaliteleri ile kronik fiziksel hastalık olarak Tip 1 DM olgularının ve sağlıklı kontrol olgularının yaşam kaliteleri karşılaştırılmış, yaşam kalitesine etki eden faktörler araştırılmıştır.

YÖNTEM

Bu prospektif, olgu kontrol özelliğindeki çalışmaya, 8-16 yaş arasında 60 DEHB tanılı, 60 Tip 1 DM tanılı ve 60 sağlıklı kontrol grubu toplam 180 çocuk ve ergen alınmıştır. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran ve öncesinde psikiyatrik ilaç tedavisi öyküsü olmayan DEHB tanılı olgular çalışmaya alınmıştır. Kontrol grupları, olgu grubuyla yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiştir. DEHB tanılı grupta kronik fiziksel hastalık, Mental Retardasyon, Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Bipolar Bozukluk, Psikotik Bozukluk ve Madde Kullanım Bozukluğu olan olgular çalışmadan dışlanmıştır. Ayrıca Tip 1 DM grubunda psikiyatrik hastalık, sağlıklı kontrol grubunda ise fiziksel ve psikiyatrik hastalık dışlanmıştır. Çalışmaya katılan tüm çocuk ve ergenlerde psikiyatrik tanıları belirlemek için DSM IV'e göre uyarlanmış Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu uygulanmıştır. Tüm olgularımıza sosyodemografik bilgi formu, 4-18 yaş arası Çocuklar için Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) formları ayrıca Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) Çocuk-Ergen ve Ebeveyn Formları uygulanmıştır. DEHB

grubuna ek olarak Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranım Bozuklukları için Turgay DSM-IV'e Dayalı Tarama/Değerlendirme Ölçeği uygulanmış, DEHB şiddeti Du Paul Ölçeği ve Klinik Global İzlenim Ölçeği ile belirlenmiştir. Tip 1 DM grubu olguların son üç ayda ölçülen HbA1c değerleri kaydedilmiştir. Sonuçlar uygun istatiksel analizlerle değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Bu çalışmada olguların yaş ortalamaları 130.25 ± 16.31ay (10.8 ± 1.4 yıl) saptanmıştır. DEHB tanılı hastaların % 68.3' ü (41 olgu) olmak üzere büyük bölümünün erkeklerden oluştuğu görülmüştür. DEHB, Tip 1 DM ve sağlıklı kontrol grupları arasında yaş ortalamaları ve cinsiyete göre dağılım farklı bulunmamıştır ($p=0.995$, $p=0.633$). Bu durum kontrol gruplarının, olgu grubuyla yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmesi nedeniyledir. Diğer sosyodemografik veriler yönünden de gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

DEHB tanılı gruptaki çocuk ve ergenlerin özbildirimlerinde; "Fiziksel Sağlık Toplam" puanı hariç tüm ölçek puanlarının ("Duygusal İşlevsellik", "Sosyal İşlevsellik", "Okul İşlevselliği", "Psikososyal Sağlık Toplam" ve "Ölçek Toplam") sağlıklı kontrol grubundaki çocuk-ergenlerin özbildirimlerine ait sonuçlardan anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur. "Fiziksel Sağlık Toplam" puanında anlamlı fark saptanmamıştır. Ayrıca yine DEHB tanılı gruptaki çocuk ve ergenlerin özbildirimlerinde, "Duygusal İşlevsellik" ve "Psikososyal Sağlık Toplam" puanları, Tip 1 DM tanılı gruba göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır. DEHB tanılı gruptaki çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesine ilişkin ebeveynlerinin bildirimlerinde ise "Fiziksel Sağlık Toplam", "Duygusal İşlevsellik", "Sosyal İşlevsellik", "Okul İşlevselliği", "Psikososyal Sağlık Toplam" ve "Ölçek Toplam" puanları; özetle tüm yaşam kalitesi puanlarının sağlıklı kontrol grubundaki çocuk-ergenlerin anne-babalarının bildirimlerine ait sonuçlardan anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. DEHB grubunda; çocuk-ergenlerin özbildirimleri ile ebeveyn bildirimlerinin tüm alt ölçeklerde ve tüm toplam puanlarda birbiriyle pozitif korelasyonu saptanmakla beraber ebeveyn bildirimlerindeki tüm yaşam kalitesi puanları, çocuk-ergenlerin özbildirim puanlarından daha düşük saptanmıştır.

DEHB grubunda Bileşik Tip tanılı olgular, Dikkat Eksikliği Baskın Tip tanılı olgulara göre hem çocuk-ergen hem ebeveyn bildirimlerinde "Sosyal İşlevsellik" puanı hariç daha düşük puanlar almışlardır. DEHB grubunda komorbidite varlığında, ÇİYKÖ "Fiziksel Sağlık Toplam" puanı hariç tüm ÇİYKÖ puanları çocuk-ergen ve ebeveyn bildirimlerinde anlamlı

olarak daha düşük bulunmuştur. DEHB grubunda, hem çocuk-ergen hem ebeveyn bildirimlerinde, belirti şiddeti ve ayrıca ÇDDÖ' de belirlenen sorun davranış puanları ile yaşam kalitesi puanları arasında negatif korelasyon belirlenmiştir.

TARTIŞMA

Sonuç olarak bu çalışmada, DEHB tanılı olgularda "Duygusal İşlevsellik", "Sosyal İşlevsellik", "Okul İşlevselliği" ve dolayısıyla "Psikososyal Sağlık" alanında yaşam kalitelerinde olumsuz etkilenme saptanmıştır. DEHB varlığında dikkat sürelerinin kısa olması çocukların öğrenmelerini olumsuz etkilemekte ve akademik başarıları beklenenin altında olmaktadır. Ayrıca bu çocukların duygudurumlarında ortaya çıkan ani değişiklikler, öfke kontrolsüzlüğü, dürtüsellik nedeniyle olaylar karsısında düşünmeden hareket etmeleri, aynı hatayı ders almadan tekrarlamaları, akran ilişkilerini, sosyal becerilerini ve otorite figürleri ile olan iletişimlerini olumsuz etkilemektedir. Çocuk-ergen bildirimleri ile ebeveyn bildirimleri arasında pozitif ilişki saptanmakla beraber, ebeveynler çocuklarının yaşam kalitelerinde daha fazla oranda olumsuz etkilenme algılamaktadır. Bu durum, DEHB tanılı çocukların kendi durumlarını daha pozitif algılamalarıyla ilişkili olabilir.

DEHB grubunda Bileşik Tipte, Dikkat Eksikliği Baskın Tipe göre çocuk-ergen ve ebeveyn bildirimlerinde "Sosyal İşlevsellik" puanı hariç daha düşük puanlar saptanması DEHB'nin doğasında bulunan yürütücü işlev bozukluğunun sosyal işlevsellikle olan yakın bağlantısı nedeniyle olabilir. DEHB grubunda komorbidite varlığında "Fiziksel Sağlık Toplam" puanı hariç tüm ÇİYKÖ puanlarının çocuk-ergen ve ebeveyn bildirimlerinde anlamlı olarak daha düşük bulunması ile komorbiditenin psikososyal anlamda yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır. DEHB'de hem çocuk-ergen hem ebeveyn bildirimlerinde, belirti şiddeti ve ÇDDÖ'de belirlenen sorun davranış puanları arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü belirlenmiştir. Sonuç olarak DEHB'nin çekirdek belirtileri yaşam kalitesini etkilemektedir ve DEHB tedavi aşamalarında yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi olguların etkilenme alanlarının saptanmasında yol gösterici olabilir.

Anahtar Sözcükler: Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Tip 1 DM, Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ), Çocuklar için Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ)

ABSTRACT

Assessment of Life Quality In the Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Investigation of The Factors Affecting Life Quality by Comparison with Type1 Diabetes Mellitus and Healthy Control Groups

OBJECTIVE

Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), which is characterized by developmentally inappropriate levels of hyperactivity, impulsivity, and inattentiveness, has been identified as an important psychiatric condition in terms of its prevalence (around 5% worldwide) and its impact on quality of life for patients and their families. Type 1 Diabetes Mellitus (DM) is one of the most common chronic diseases of childhood.

In the present study, the life quality of children and adolescents with ADHD was compared both with the life quality of children and adolescents with Type 1 DM and healthy control groups. The factors affecting the life quality of children and adolescents with ADHD by comparison with Type 1 DM and healthy control groups were also investigated.

METHOD

60 ADHD diagnosed cases, 60 Tip 1 DM patients and 60 healty controls, in total 180 children and adolescents aged between 8-16 years were enrolled in this prospective, case-control study. ADHD diagnosed cases were recruited from The Child and Adolescent Psychiatry Outpatient Clinic of Dokuz Eylul University Hospital. They were all medication-naive. According to age and sex, children and adolescents in the control groups were matched to subjects in the ADHD group. Individuals with chronic physical illness, Mental Retardation, Pervasive Developmental Disorders, Bipolar Disorder, Psychotic Disorder or Substance Use Disorder were excluded. Type 1 DM patients with psychiatric disorder and healthy control subjects with any physical and psychiatric disorder were also excluded. The diagnostic assessments of psychiatric disorders in the all of the subjects were made according to the DSM-IV criteria, the Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children—Present and the Lifetime (K-SADS PL). Sociodemographic scale, Child Behavior Checklist (CBCL) and Pediatric Quality of Life Scale for Children (PedsQL 4.0

TM) were applied to all parents. In addition, Pediatric Quality of Life Scale for Children (PedsQL 4.0 TM) were applied to all of the children and adolescents. DSM-IV Based Turgay Diagnosis and Screening Scale for ADHD and Disruptive Behavior Disorders and in order to determine the severity of the disorder, Du Paul and CGI scales were also applied to ADHD diagnosed cases. The data about HbA1c values of children and adolescents in Type 1 DM group were collected. The results were assessed with appropriate statistical analysis.

RESULTS

In our study, the mean age was found 130.25 ± 16.31 months(10.8 ± 1.4 years) in the case and control groups. The majority of ADHD subjects (%68.3 - 41 subject) were male. Children and adolescents in the control groups were matched to subjects in the ADHD group according to age and sex. As a result, no significant difference between the groups were found in terms of age and sex ($p=0.995$, $p=0.633$). Similarly, when the case and control groups were compared for other socio-demographic variables, no significant difference were detected between the groups ($p>0.05$).

Compared with healthy controls, children and adolescents diagnosed ADHD reported lower self-concept in all subscales and total scores of PedsQL except "Physical Health Summary" ("Emotional Functioning", "Social Functioning", "Academic Functioning", "Psychosocial Health Summary" and "Scale Summary"). No significant difference were found in "Physical Health Summary" score. Similarly, children and adolescents diagnosed ADHD reported lower self-concept in "Emotional Functioning" and "Psychosocial Health Summary" scores than children and adolescents with Type 1 DM. Compared with healthy controls, parents of ADHD subjects reported lower concept about life quality of their children in all subscales and total scores of PedsQL ("Physical Health Summary", "Emotional Functioning", "Social Functioning", "Academic Functioning", "Psychosocial Health Summary" and "Scale Summary"). In ADHD group, self reports and parent reports were found to be positively correlated in all subscales and total scores of PedsQL. However, parents with ADHD report lower concept than their children.

When the life quality scores were compared between the subgroups of ADHD, Combined Type ADHD subgroup was found to take lower scores in terms of all scales and subscales except "Social Functioning" compared to Attention Deficit Type ADHD subgroup. In both self reports and parent reports, ADHD diagnosed subjects with one or more comorbidity were found to take lower scores in terms of all scales and subscales except

"Physical Health Summary" compared to ADHD subjects with no comorbidity. In ADHD group, comorbidity was found to be associated with a negative effect on psychosocial aspects of life quality. In both self reports and parent reports, a negative correlation was detected between disease severity and life quality among ADHD subjects. Another negative correlation was obtained between CBCL problem behaviour scores and life quality.

CONCLUSION

In our study, life quality in terms of "Emotional Functioning", "Social Functioning", "Academic Functioning" and "Psychosocial Health" were found to be impared in the ADHD diagnosed subjects. In the presence of ADHD, learning process and eventually academic achievement appears to be negatively affected by the shorter attention period. In addition, the rapid changes in the mood, temper disregulation problems and impulsivity related behaviours, such as repeating the same mistakes without taking the course/ acting before consideration, deteriorates the social skills and the relations with peers and authority figures. Although self reports and parent reports were found to be positively correlated in ADHD group, parents with ADHD report lower concept than their children. This finding suggests that ADHD diagnosed children and adolescents may be more prone to perceive their self life quality better than their parents.

When the life quality scores were compared between the subgroups of ADHD, Combined Type ADHD subgroup was found to take lower scores in terms of all scales and subscales except "Social Functioning" compared to Attention Deficit Type ADHD subgroup. This result reveals the close relationship between executive functions and social functioning. In ADHD group, existing comorbidity was found to have a negative influence on the psychosocial aspects of life quality. In both self reports and parent reports, it was found that increase in both disease severity and CBCL problem behaviour scores were associated with a decline in the quality of life among ADHD diagnosed children and adolescents. This results suggests that the core symptoms of ADHD negatively affects quality of life and the evaluation of life quality during treatment of ADHD may become a guide to find the vulnerability areas.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Type 1 DM, Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL 4.0 TM), Child Behaviour Check List (CBCL)

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik gibi heterojen klinik özellikleri olan erken başlangıçlı bir çocukluk çağı nöropsikiyatrik bozukluğudur. (1,2) Hastalığın görülme yaygınlığı farklılık göstermekle birlikte, çocuk ve ergenlerdeki sıklığı %5-10'dur (3).

Erkeklerde kızlardan 4-6 kat fazla görüldüğü, risk altındaki grubun en fazla 6-9 yaş arasındaki çocuklar olduğu bildirilmektedir. Bozukluğun 7 yaş öncesi başladığı ancak tanının genellikle düzenli öğrenim için gerekli dikkat süresi ve yoğunlaşmanın arttığı ilkokul yıllarında konulduğu bildirilmektedir. DEHB belirtileri çocukluk dönemiyle sınırlı kalmayıp, sıklıkla ergenlik ve erişkinlik dönemlerine de uzanır (4). DEHB'de eş hastalanım da oldukça sıktır. En sık eş hastalanım %40-80 ile DEHB ve diğer yıkıcı davranım bozuklukları arasında görülür (5).

Günümüzde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı fenomenolojik temele dayanmaktadır. Klinik değerlendirmeler yanı sıra çocuğun davranışlarının farklı alanlardaki görünümlerini belirlemek amacıyla anne-baba ve öğretmen derecelendirme ölçekleri kullanılmaktadır (5,6). Diğer psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi iyi bir öykü ve klinik değerlendirmenin yerini tutabilecek yeterli duyarlılık ve özgüllükte nesnel psikolojik ya da biyolojik ölçüm testi bulunmamaktadır (7).

DEHB, çocuk ve ergenin gelişiminin tüm basamaklarında ciddi sosyal, akademik ve psikolojik yetersizliklere yol açmaktadır. Bu yetersizlikler kişiler arası ilişkilerde, aile içi ilişkilerde bozulma ve ruhsal iyilik halinin olumsuz yönde etkilenmesi ile sonuçlanabilmektedir. Yaşamın hemen her alanında görülen yetersizlikler sonucu çocuğun yaşam kalitesinde düşme de söz konusu olabilmektedir (8). Bozukluğun bu "psikososyal boyut"u, bu boyuttaki yeterlilik ve yetersizliklerin saptanması, seyrinin izlenmesinde giderek klinik belirtiler kadar önem kazanmaktadır (9).

DEHB'de yaşam kalitesinin azaldığı çeşitli yayınlarda bildirilmiştir (10). Yaşam kalitesini etkileyen potansiyel prediktör olarak psikostimulan kullanım varlığı gösterilmiştir (11).

Kronik bir bozukluk olan DEHB'nin yaşam kalitesi üzerine olan etkisinin ölçülmesi; bu bozukluğun psikososyal boyutunun değerlendirilmesini, prognozunun tanımlanmasını, DEHB tanılı çocuk-ergenin yaşadığı çevrenin, toplumsal müdahalelerin ve ulusal sağlık politikalarının yeniden gözden geçirilmesini kolaylaştırabilir (12,13,14).

Kronik hastalık; patolojik değişiklikler sonucu oluşan normalden sapma veya bozukluk gösterip kalıcı yetersizliklere neden olabilen, hastanın rehabilitasyonu için özel eğitim gerektiren, uzun süre boyunca bakım, gözetim ve denetim gerektireceği beklenen bir durum olarak tanımlanmaktadır (15). Çocukluk çağı kronik hastalıklarının epidemiyolojisi, erişkin çağı kronik hastalıklarından farklıdır. Kronik hastalıkların çeşitliliği, çocuklarda erişkinlere kıyasla daha fazla olmasına rağmen bu hastalıklar çocukluk çağında daha nadir olarak görülürler. Genel nüfustaki çocukların ortalama %10-15'i kronik hastalıklara sahip olup astım, migren, epilepsi, artrit ve Tip 1 Diyabetes Mellitus (Tip 1 DM) çocukluk çağında en sık görülen kronik hastalıklardır (16,17).

Diyabetes mellitus (DM), insülin salgılanmasındaki yetersizlik ya da değişik derecede insülin direnci sonucu oluşan karbonhidrat, protein ve yağ metabolizmasında bozukluk ile seyreden kronik bir hastalıktır. Her yaşta görülebilen ancak daha çok çocuk ve gençlik hastalığı olarak bilinen Tip 1 Diyabetes Mellitus (Tip 1 DM), tüm DM olgularının %10-15'ini oluşturmaktadır. Her iki cinste benzer oranlarda görülen Tip 1 DM, çocuk ve ergenlerde %0,1 oranında görülmektedir (16, 18).

Tip 1 DM tanısı çocuk ve ergen yaşantısını kalıcı bir biçimde değiştirmektedir. Tip 1 DM'li çocuk ve ergenlerin sık insülin enjeksiyonu, kan şekeri takibi, diyet ve egzersiz yapma zorunlulukları bireyin sağlıkla ilgili yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (19).

Çalışmanın amacı; kronik bir ruhsal bozukluk olan DEHB tanılı çocuk ve ergenlerin yaşam kalitelerinde, kronik fiziksel bir hastalık olan Tip 1 Diyabetes Mellitus tanılı ve sağlıklı çocuk ve ergenlere göre farklılık olup olmadığını belirlemek ve varsa bu farklılığı etkileyen etmenleri bulmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 DEHB Tarihçe ve Tanı Ölçütleri

DEHB tıp yazınında ilk olarak 1902 yılında, George Still adındaki bir İngiliz doktor tarafından tanımlanmıştır. Still; Bu çocukların kıpır kıpır, dürtüsel, dikkat sorunları ve duygudurum belirtilerinin olduğu, bazı fiziksel kusurları ve özel öğrenme güçlüklerinin bulunduğunu bildirilmiştir. Bu konuyla ilgili yazılmış olan bu ilk yazıda, klinik durum zorunlu olarak beyin hasarı ya da zeka geriliğine bağlı olmayan dikkatsizlik ve dürtü kontrol bozukluğu olarak tanımlanmıştır. Bu yazıda olgular "Moral Kontrol Defekti" olarak adlandırılmıştır (20). Birinci Dünya Savasından sonra ortaya çıkan influenza pandemisi ertesi ensefalit salgını DEHB'ye olan ilgiyi arttırmıştır. Çünkü bu salgında hastalanan kişilerde DEHB belirtilerine benzer belirtiler saptanmış; bunun üzerine, bu bozukluğun beyindeki bir hasardan kaynaklandığı düşünülmüştür. Lewin, 1930'da zihinsel özürlü çocuk ve erişkinlerde beyin hasarı ile huzursuzluk, hareketlilik arasında bağlantı olduğunu söylemiştir. Lehtinen 1947'de organik neden hipotezini "hiperaktivitesi ve zeka geriliği olan çocuklarda bilişsel bozukluklar", "perseverasyon, dürtüsellik, distraktibilite ve hareketliliği" tanımlamıştır. Straus, bu çocuklardaki durumu "Minimal Beyin Hasarı Sendromu" olarak adlandırmıştır. 1965'de ICD-9 ve 1968'de DSM-II ile hastalığı bilimsel sınıflandırma çabaları başlamış, hastalığın adı "Çocukluk Çağının Hiperkinetik Sendromu" olarak değiştirilmiştir. Eğer "Davranım Bozukluğu" ile birlikte ise "Hiperkinetik Davranım Bozukluğu" olarak kullanılmıştır. DSM-III'de (1980) alt gruplara ayrılarak, "Hiperaktivitenin Eşlik Ettiği Dikkat Eksikliği" ve "Hiperaktivitenin Eşlik Etmediği Dikkat Eksikliği" olarak adlandırılmıştır (15,16). DSM-III'de tanı ölçütlerinde değişiklik yapılarak, hastalığın ana belirtileri "dikkat eksikliği", "dürtüsellik" ve "hiperaktivite" olarak belirlenmiştir. Öğretmen ve ailelerle yapılan çalışmalarda dürtüselliğin, hiperaktivite ile yüksek birliktelik gösterdiği görülmüş ve DSM-IV'de tek başına tanımlanması sonlandırılmıştır. DSM-III-R'da "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu" olarak adlandırılmış, DSM-IV'de bozukluk, Yıkıcı Davranım Bozuklukları başlığı altına alınmıştır (21). DSM-IV'de DSM-III-R'a ek önemli tanısal açıklamalar yer almıştır. DEHB'nin de dahil edildiği yıkıcı davranış bozuklukları içinde, Davranım Bozukluğu (DB) ve Karşıt Olma Karşıt Gelme (KOKGB) bozukluğuna da yer verilmiş, bu durumlar yüksek birlikteliklerine karşın farklı klinik durumlar olarak bildirilmiştir. Bulguların en az 6 aydır devam ediyor olması gerektiği vurgulanmış ve

bulguların anlamlı olabilmesi için yaşa uygun normların dışında olması gerekliliğinin üstünde durulmuştur (22).

DSM-IV-TR'da (APA, 2000) DEHB tanı kriterleri aşağıdaki gibidir (1):

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

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

Dikkatsizlik:

a) Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerinde dikkatsizce hatalar yapar.

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

c) Doğrudan kendisiyle konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür.

d) Çoğu zaman verilen talimatları izleyemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da işyerindeki görevleri tamamlayamaz (karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlayamamaya bağlı değildir).

e) Çoğu zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemekte güçlük çeker.

f) Çoğu zaman sürekli dikkat ve konsantrasyon gerektiren görevlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir.

g) Çoğu zaman üzerine aldığı görevler ve yapması gereken işler için gerekli olan (oyuncak, kalem, kitap, araç gereçler gibi) eşyalarını kaybeder.

h) Çoğu zaman dikkati başka uyaranlar ile kolay bir şekilde dağılır.

i) Günlük etkinliklerinde çoğu kez unutkanlık görülür.

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

Hiperaktivite:

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

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

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

d) Çoğu zaman sakin bir şekilde boş zamanlarını geçirme etkinliklerine katılamaz ya da oyun oynama zorluğu vardır.

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

f) Çoğu zaman çok konuşur.

Dürtüsellik:

g) Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan önce cevabını yapıştırır.

h) Çoğu zaman sırasını bekleme güçlüğü vardır.

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

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

C) İki ya da daha fazla ortamda semptomlardan kaynaklanan bir bozulma vardır (ör. Okulda (ya da işte) ve evde).

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

E) Bu semptomlar sadece bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Şizofreni ya da diğer bir psikotik bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklamaz (ör. Duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, dissosiyatif bozukluk ya da bir kişilik bozukluğu).

Tipine göre kodlayınız:

314.01 Dikkat eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu Bileşik Tip: Son 6 ay boyunca hem A1 hem A2 Tanı Ölçütü karşılanmışsa

314.00 Dikkat eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, Dikkatsizliğin Önde Geldiği Tip: Son 6 ay boyunca A1 Tanı ölçütü karşılanmış ancak A2 Tanı ölçütü karşılanmamışsa

314.01 Dikkat eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, Hiperaktivite-İmpulsivitenin Önde Geldiği Tip: Son 6 ay boyunca A2 Tanı ölçütü karşılanmış, ancak A2 Tanı ölçütü karşılanmamışsa

Kodlama Notu: O sırada artık tanı ölçütlerini tam karşılamayan bireyler (özellikle ergenler ve erişkinler) "Kısmi remisyonda" olarak belirtilmelidirler.

DSM'ye göre DEHB olarak adlandırılan durum, Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması'nda (ICD-10,1992) ise, hiperaktivite belirtisine vurgu yapılarak "Hiperkinetik Bozukluklar" adı ile anılmaktadır (23). Hiperkinetik Sendrom olarak adlandırılan durumun öyküde perinatal ya da neonatal bir hasarın varlığıyla belirli, 5 yaşından önce başlayan, hemen her alanda dikkat süresi ve yoğunluğuna ilişkin sorunların bulunduğu ve aşırı motor hareketliliğin olduğu bildirilmiştir. ICD-10'da ek olarak, sıklıkla motor ve dil gelişiminin geciktiği bildirilmiştir (ICD-10,1992) (24).

ICD-10 ve DSM-IV tanı için benzer belirti listesini kullanır ancak tanının konulması için farklı yollar önerir. ICD-10'da tanı için üç boyutun [dikkatsizlik, aşırı hareketlilik, dürtüsellik] her birinden yeterli bir sayı olması şartı aranır. DSM–IV'te ise var olan iki boyutun (dikkatsizlik ve hiperaktivite/dürtüsellik) sadece birinden en az sayının olması yeterlidir. ICD-10'da tüm tanı ölçütlerinin en az iki durumsal ortamda olması şartı varken DSM-IV'te bir ya da daha fazla ortamda bozulmanın varlığı gereklidir. ICD-10'da duygudurum, anksiyete ve gelişimsel bozukluklar dışlama ölçütleridir. DSM–IV'te ise bu tanılar eş tanı olarak sınıflandırılır. Bu sebeple DSM-IV temelli yapılan sıklık çalışmalarında ICD-10'a göre daha yüksek oranlar çıkması beklenebilir (25).

2.2 DEHB Alt Tipleri

DSM-IV'de DEHB'nin dikkat eksikliği, hiperaktif-dürtüsel ve bileşik olmak üzere üç alt tipi tanımlanmaktadır. Çocuklarda hareketlilik belirtileri ağırlıktayken yaşla birlikte azalarak yerini dikkat eksikliği belirtilerine bıraktığı için yaş grubuna göre DEHB alt tip oranlarını belirlemek daha anlamlı olacaktır (26). Bazı çalışmalarda çocuklarda en sık görülen alt tip DEHB-B (%43-79) iken bunu sırasıyla DEHB-DE (%8-37) ve DEHB-HA (%5-29) alt tipleri izlemektedir (27,28,29). Ergenlerde yapılan bazı çalışmalarda DEHB-DE % 64-78, DEHB-HA % 5-11, DEHB-B alt tipi ise % 17-28 oranlarında bulunmuştur (26,28,30,31). Ancak bunun tam tersini gösteren çalışmalarda çocuk ve ergenlerde en sık bileşik alt tipin bulunduğu görülmüştür (32,33).

Alt tipler ve cinsiyet ilişkisi ile ilgili yapılan çalışmalarda da çelişkili sonuçlar bulunmaktadır. Örneğin, bir çalışmada dikkat eksikliği alt tipi kızlarda en sık görülen alt tipken erkeklerde kızlara göre her üç alt tip daha sık saptanmıştır (34). Biederman'ın ve arkadaşlarının 2005'te yaptığı bir çalışmada ise DEHB tanısı alan kız ve erkek çocuklarda alt tip sıklığı, psikiyatrik eş tanı oranı ve psikososyal ya da akademik işlevsellik düzeyleri açısından bir fark saptanmadığı bildirilmiştir (35).

Son yıllarda yapılan çalışmalarda görülen tüm bu çelişkili sonuçların ışığında DEHB alt tiplerinin kategorik değil boyutsal olarak oluşturulması yönündeki inanış artmıştır (36). DEHB fenotipindeki farklılıkların, iki sürekli değişken grubu olan dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinin farklı şiddetlerdeki kombinasyonlarından kaynaklandığı ve DEHB alt tiplendirmesi yapmanın daha homojen gruplar oluşturmayacağı vurgulanmaktadır (37). Bu nedenle yeni oluşturulacak olan DSM-V sınıflandırmasında DEHB alt tipleri tartışılmaktadır. Alt tipler arsında metilfenidata yanıtın farklı olmaması, gelişim

sürecinde alt tip devamlılığının %50'lerde olması bu tartışmayı desteklemektedir (38). Ayrıca hiperaktivitenin eşlik etmediği, dikkat eksikliği belirtileri olan, yavaş geri çağırma ve bilgi işleme kapasitesi, dikkat ve yönelim sorunları olan kişileri tanımlamak için kullanılan ve "ağır bilişsel ritm" (sluggish cognitive tempo) olarak adlandırılan durumun farklı bir alt tipi temsil edebileceği düşünülmektedir (38).

2.3 KLİNİK ÖZELLİKLER

DEHB klinik bir tanıdır, tanıyı kesinleştirmeye yönelik herhangi bir laboratuar ya da özgün bir tanı testi yoktur. Klinisyenin tanı araçları; aile ve çocuk görüşmeleri, klinik gözlem, fizik ve nörolojik inceleme, davranış değerlendirme ölçekleri ile bilişsel testlerdir (39).

DEHB tanısı almış bireylerde yaş dönemine bağlı klinik bulgular değişebilmektedir. Sıklıkla çocukluk çağı bozukluğu olarak bilinen DEHB'nin gelişimsel bir nitelik taşıdığı; bozukluğun, çocukluk ve ergenlik döneminden sonra yetişkinlikte de devam ettiği gözlenmektedir (40,41,42).

DEHB tanısı almış çocukların ebeveynleri çoğu zaman çocuklarının bebeklik döneminden itibaren aşırı hareketli olduğunu belirtmektedirler (43). Fakat DEHB'nin gelişimsel düzeye uygunsuz şekilde net olarak ortaya çıkan dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik davranışları 3-4 yaş arasında görülmektedir (44). Buna rağmen nadiren belirtiler okula başlangıç dönemi olan 5-6 yaşa kadar ortaya çıkmayabilir (45).

Okul çağında DEHB tanılı çocukların olmayanlara göre akademik işlevselliklerinin daha fazla bozulduğu, okul başarılarının daha düşük olduğu ve daha fazla olasılıkla sınıf tekrarı yapmış oldukları bildirilmektedir (46). DEHB semptomları ile işlevsellikteki bozulma arasındaki ilişkiye bakıldığında; dikkat eksikliği ile okul işlevselliğindeki bozulma arasındaki ilişkinin en güçlü olduğu bildirilmektedir (47). Okul başarısı açısından yerinde sessizce oturabilme, dikkatini sürdürebilme, dürtüsel davranışları durdurabilme, plan yapabilme ve yönergeleri takip edebilme kadar diğer çocuklarla uygun şekilde etkileşime girebilme becerisi de önem taşımaktadır (48). İşlevsellikte ve kişiler arası ilişkilerde görülen psikososyal bozulmalar çocukluk çağının ortalarına doğru belirginleşmektedir(49). Ergenlik döneminde dürtüsel davranışlarda artış gözlenmektedir (50). Evde ebeveynlerle ve kardeşlerle yaşanan davranım sorunlarının yanı sıra okulda ders başarısı ve sınıf içi davranışlardaki dengesizlikler zamanla öğretmen ve arkadaş ilişkilerinde de bozulmalara neden olmaktadır. Artmış davranış sorunları, gürültülü hareketler, dürtüsellik ve sosyal ipuçlarına cevap verememe gibi zayıf sosyal beceriler nedeniyle sosyal dışlanma görülebilir. Geç çocukluk ve ergenlik

dönemlerinde beliren bu ailesel, akademik ve sosyal bozulmalara ikincil olarak bazı sorunlar ortaya çıkmaktadır (51). DEHB tanılı çocukların % 70'inin erişkinlik döneminde dikkat eksikliği ve daha az sıklıkta olmak üzere dürtüsellik-aşırı hareketlilik davranışı gösterdiği tahmin edilmektedir (52). Sorunlarla baş edemeyen küçük bir grupta, DEHB belirtilerinden çok evlilik yaşamında problemler, depresyon, madde kötüye kullanımı ve antisosyal patoloji gibi eş sorunlar ön plana çıkmaktadır (53).

2.4 EPİDEMİYOLOJİ

DEHB çocukluk çağında yaygın görülen bir psikiyatrik bozukluktur. Dünya genelinde yapılan çalışmalar %1 ile %20 arasında değişen farklı oranlar bildirmiştir. 1978 ve 2005 arasında tüm dünya bölgelerinde yapılan DEHB epidemiyoloji çalışmalarının sistematik derleme ve metaregresyon analizinde DEHB'nin dünya geneli birleştirilmiş prevelansı %5.29 olarak belirlenmiştir. Tanı ölçütleri, bilginin kaynağı, tanı için işlevsel bozulmanın gerekliliği ve coğrafik köken, DEHB prevalans oran farklılıklarıyla anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur (25).

Ayrıca yapılan çalışmalar DEHB'nin erkeklerde kızlara göre daha sık görüldüğünü göstermiştir. Toplum tabanlı çalışmalar erkek:kız oranının 1:1 ile 3:1 aralığında değiştiğini, klinik tabanlı çalışmalar ise bu oranın 9:1'e kadar yükseldiğini göstermiştir (34). DEHB'li çocukların büyük çoğunluğu (%60-85) ergenlik döneminde de DEHB kriterlerini karşılamaya devam etmektedir (54). Birleşik Devletlerde yaklaşık 10.000 kişide yapılan bir çalışmada erişkin DEHB prevalansı % 4.4 olarak saptanmıştır (55).

2.5 ETYOLOJİ

DEHB etiyolojisinde genetik yatkınlık, ailesel geçiş, nörobiyolojik disfonksiyon, monoamin anormallikleri, çevresel ve psikososyal etkenler sorumlu tutulmaktadır.

2.5.1 Genetik geçiş ve Aile Çalışmaları:

DEHB açısından yapılan aile, evlat edinme, ikiz ve moleküler genetik alanındaki çalışmalar DEHB'nin temel nedeninin genetik olduğunu göstermiştir. Aile çalışmaları, DEHB tanısı olan çocukların ailelerinde bozukluk görülme sıklığını kontrol gruplarıyla karşılaştırmışlardır. İlk yapılan çalışmalarda; DEHB'li çocukların hem ebeveynlerinde hem de

kardeşlerinde DEHB riskini kontrol gruplarıyla karşılaştırdıklarında, riskin 2-8 kat arttığı (%20-25) gösterilmiştir (56-57). İkiz çalışmalarında ise durum genel olarak tek yumurta ikizlerinde dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerindeki konkordansın çift yumurta ikizlerine göre daha yüksek bulunmuştur. Tek yumurta ikizlerinde bu belirtiler için konkordans %59-92 iken, çift yumurta ikizlerinde ise %29- 42'dir (57). DEHB' li çocukların kardeşlerinde DEHB görülme sıklığı, normal populasyona göre 2-3 kat artmıştır (57). Evlat edinilen çocuklarla yapılan çalışmalar sonucunda biyolojik anne-babalarda DEHB görülme sıklığı anlamlı olarak fazla saptanmıştır (58). Kardeşlerde DEHB'nin görülme sıklığıyla tek yumurta ikizlerinde görülme sıklığının karşılaştırılmasıyla bozukluğun kalıtımsal yönü ve toplumdaki DEHB' ye ait varyasyon oranının yüzde kaçının genetik faktörlere dayandığı hesaplanabilir. Bu bağlamda yapılmış olan 20 ikiz çalışmasında çıkan sonuçların ortalamalarına göre, DEHB'nin kalıtılabilirliği %76 olarak belirlenmiştir. Bu bulgu DEHB' yi en yüksek kalıtılabilirlik gösteren psikiyatrik bozukluklardan biri olduğunu göstermektedir (59). DEHB ile ilişkili olan genlerin incelendiği çalışmalarda ortak olarak bulunan tek bölge 17p11 olmakla beraber bütün bu çalışmaların etkileri küçük olan gen bölgelerini tespit etmek için yeterli olmadığı belirtilmiştir (59).

DEHB' de genom taraması az olsa da, nörobiyolojik kökenli çalışmalar ya da teorik nedenlerden yola çıkarak, belli genlerin seçilerek incelendiği aday gen çalışmaları sıklıkla yapılmaktadır (59). Üzerinde en fazla çalışılan genler Dopamin reseptör 4 geni (DRD4) ve Dopamin taşıyıcı protein 1 (Dopamin transporter 1- DAT1) genleridir. Ancak bu genlerin etkisi konusunda kesin bir yargıya varmak mümkün değildir (60). Bu alanda yapılan moleküler genetik incelemelerde elde edilen verilere dayanılarak daha önce çalışılmış 8 gen tanımlanmıştır. Bunlardan 7 tanesi DEHB ile istatistiksel olarak ilişkili bulunmuştur (dopamin 4 ve 5 reseptör geni, dopamin transporter gen, dopamin beta hidroksilaz gen, serotonin transporter gen, serotonin 1B reseptor ve sinaptozomal protein 25 gen) (59). DEHB'nin tek gen hastalığından çok poligenik bir kalıtımla aktarıldığı düşünülmektedir.

2.5.2 Nörokimyasal Çalışmalar

DEHB nörobiyolojisi tamamen anlaşılamamakla beraber, bu alanda yapılan çalışmaların sonuçları; dopaminerjik ve noradrenerjik sistemdeki anormalliklerin hastalığın oluşumunda rolü olduğuna işaret etmektedir (60).

DEHB ile en fazla ilişki kurulan nörotransmiterler arasında dopamin (DA) birinci sırada yer almaktadır. Kortiko-striato-talamik bölgeler olarak adlandırılan ve DEHB ile

ilişkilendirilen bu bölgeler dopamin konsantrasyonunun yüksek olduğu bölgelerdir. Prefrontal korteks işlevleri için DA düzeylerinin yeterli bir seviyede olması gerekmektedir (58).

Dopamin ve dopaminden sentezlenen noradrenalinin; dikkat, odaklanma ve bunlarla ilgili motivasyon, uyanıklık gibi bilişsel işlevlerdeki önemi bilinmektedir (61). Mezo-limbo-kortikal dopamin sistemindeki bozukluk; davranış, dikkat ve dürtüsellikle ilişkilendirilirken, nigro-striatal dopamin sistemindeki bozukluk ise yürütücü işlevler ve motor kontrol alanlarındaki belirtiler ile ilişkilidir (62).

DEHB tedavisinde kullanılan ilaçların ortak özellikleri dopamin salınımı artırma ve indirekt olarak artmış locus coeruleus noradrenerjik inhibisyonu yaparak etkilerini göstermeleridir (63). Norepinefrinin görevi postsinaptik α2A reseptörleri üzerinden etki ederek prefrontal korteks işlevlerini iyileştirmektir. DEHB tedavisinde kullanılan α2A agonistleri, olası tedavi edici etkilerini davranışın prefrontal korteks kontrolünü güçlendirerek göstermektedirler (58). Norepinefrin ve dopamin düzeylerinin optimal olması, yürütücü işlevler ve dikkatin sürdürümü için gereklidir (64).

2.5.3 Nörogörüntüleme Çalışmaları:

Nörogörüntüleme yöntemleri**,** psikiyatrik bozuklarla ilgili değerli bilgiler vermektedir, fakat tanı koydurma özellikleri yoktur (55). Prefrontal korteksin (PFC) çeşitli bölümlerinin incelendiği çalışmalarda DEHB olgularının en az bir bölgede daha düşük volüme sahip olduğu saptanmıştır. Bu olgularda yapılan en önemli beyin görüntüleme çalışması Castellanos ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir. Elde edilen bulgular, ilk değerlendirmede DEHB olgularının tüm beyin bölgelerinde hacimsel ölçümlerin kontrol grubundan küçük ve bu farkın önceden stimülan tedavisi almamış olgularda daha belirgin olduğunu göstermiştir. İzlemde DEHB olgularının striatum dışındaki bölgelerde volüm düşüklüğünün devam ettiği, DEHB olgularının beyin gelişiminin kontrollere benzer seyrettiği, ancak kontrollerdeki düzeye ulaşamadığı saptanmıştır. Bu çalışma, stimülan tedavinin beyin gelişimini olumlu etkiliyor olabileceğini ve yaşla değişen beyin volümlerinin, belirtilerin değişimi ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir (65). Bir fonksiyonel MRI çalışmasında da sağ inferior prefrontal, anterior singulat ve striatal aktivasyonlarda azalma saptanmıştır (66). Single photon emission computed tomography (SPECT) yöntemi kullanılarak uygulanan ilk fonksiyonel görüntüleme çalışmasında, DEHB'li çocukların striatal bölgelerinde kan akımının azalmış olduğu öne sürülmüştür (66). Zametkin ve arkadaşları(1990) positron emission tomography (PET) tekniği kullanarak ergen ve erişkin DEHB tanılı bireylerde global serebral

metabolizmanın azaldığını göstermişlerdir (67). Özet olarak DEHB hastalarında gözlenen yapısal beyin anomalilerinin frontal korteks, serebellum ve subkortikal yapılarda hacim azalması ve işlevsel olarak da inhibisyon kontrolü sırasında dorsal anterior singulat kortekste hipofonksiyon olduğu anlaşılmaktadır (60).

2.5.4 Nörofizyolojik Çalışmalar:

DEHB tanısı konulan çocuklarda yapılan nörofizyolojik çalışmalarda, elektroensefalografi (EEG) paternleri incelenmiş ve bu çocukların bir kısmında epileptiform deşarjlar tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda DEHB'li çocukların EEG'lerinde %5-7 oranında epileptiform deşarjların görüldüğü ve epileptiform aktivitenin nöronal gelişimi ve fonksiyonu bozarak geçici ya da kalıcı davranışsal, kognitif bozukluğa yol açtığını düşünülmektedir (68).

2.5.5 Nöropsikolojik Çalışmalar:

DEHB tanılı bireylerde yürütücü işlevler olarak bilinen inhibisyon kontrolü, dikkat düzenlenmesi, bir konudan diğerine geçiş yapabilme, çeldiricilere karşı koyabilme ve çalışma belleği ile ilgili fonksiyonlarda bozukluk olduğu gösterilmiştir (69) ve özellikle yanıt inhibisyonu, vijilans, çalışma belleği ve planlamada da bozukluk olduğu bildirilmektedir (70).

2.5.6 Nörotrofik faktörler

DEHB nörogelişimsel bir bozukluk olması nedeniyle nöronal sağkalım ve farklılaşma, sinaptik etkinlik ve nöronal plastisitede rolü olan nörotrofik faktörlerin bu karmaşık hastalığın etiyolojisi için güçlü adaylar olduğu söylenebilir (71).

Nörotrofik faktörler, nöronal ağların formasyon ve plastisitesinde önemli düzenleyici faktörlerdir (72). Nörotrofinler beyin hücrelerini korur ve gelişiminde rol alır, ayrıca dendritik dallanmayı, monoamin reseptör ekspresyonunu ve monoamin üretimini desteklerler (73).

2.5.7 Diğer Faktörler

DEHB etiyolojisinde rol oynayan diğer faktörler; perinatal stres ve düşük doğum ağırlığı, travmatik beyin hasarı, hamilelikte sigara içimi, ciddi erken deprivasyondur (54). Buna ek olarak; toksinler (kurşun ve çeşitli besin katkı maddeleri) ve DEHB tanısı alan

çocuklarda artmış vitamin ve besin gereksinimi de bilimsel verilerle doğruluğu tam olarak desteklenmese de DEHB etiyolojisinde rol oynadığı düşünülmektedir (74). Aşırı seviyedeki kurşun yüksekliği bazı durumlarda ölümcül olabilen ciddi bir ansefalopatiye yol açabilir.

Kesin tanı konulan kurşun zehirlenmeleri genellikle nörolojik ve psikolojik bozukluklar ortaya çıkarır (75). Kurşun zehirlenmesinde dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik, huzursuzluk gibi belirtiler görülebilmektedir (76). Ancak pek çok DEHB olan çocuk kurşunla hiç temas etmediği gibi, yüksek miktarlarda kurşunla temas eden bazı çocuklarda da bu belirtiler görülmemektedir. Otoimmün nedenlerin de DEHB etiyolojisinde rol oynadığı düşünülmektedir. Antinöronal antikorlara bağlı olarak oluştuğu düşünülen MSS disfonksiyonunun prototipi, Sydenham koresinde, DEHB ile uyumlu olan dürtüsellik, dikkat süresinin kısalığı ve konsantrasyon güçlüğü görülmektedir. Bu çalışmalar Grup A (beta) hemolitik streptokok enfeksiyonlarıyla hiperaktivitenin birlikte olabileceğini ortaya koymaktadır (77).

2.6 EŞ HASTALANIM

Çalışmalar göstermektedir ki, DEHB tanılı çocukların %54-84'ü Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu (KOKGB) ve Davranım Bozukluğu (DB) kriterlerini de karşılamaktadır, %25-35 oranında Özel Öğrenme Güçlüğü (ÖÖG) ile birliktelik görülmektedir, Anksiyete Bozuklukları ise DEHB tanılı olguların 1/3'üne eşlik etmektedir (54). Obsesif-Kompulsif Bozukluk tanılı çocukların %30'u komorbid DEHB tanısı almaktadır, DEHB tanılı çocuklarda ise Obsesif-Kompulsif Bozukluk görülme oranı %16'dir (78).

Öğrenme güçlüğü olan çocukların sınıf içerisinde ve belli durumlarda gösterdikleri dikkat dağınıklığı ve huzursuzluk, DEHB ile ayırt edilmelidir, ayrıca DEHB tanılı çocukların da okul başarısının düşük olması tanıyı güçleştirmektedir (60). DEHB ile Tik Bozuklukları arasında komorbidite sıkça vurgulanmıştır. DEHB tanılı olgularda Tourette Sendromu görülme oranı %25 tir ve Tourette Sendromu olan olgularda DEHB görülme oranı %60-70'tir (79). DEHB tanılı ergenler arasında sigaraya erken yaşta başlama ve madde kullanım oranı, DEHB tanısı almayanlara göre anlamlı oranda fazladır (80). DEHB tanılı çocuklarda Depresif Bozukluk eşlik etme oranı %29 'dur (60). Bipolar Bozukluk tanısı almış olan çocukların yaklaşık %11-75'i DEHB tanısı almaktadır, DEHB tanısı almış olan çocukların da yaklaşık %7-23'ü Bipolar Bozukluk tanısı almaktadır (81, 82).

l

2.7 TEDAVİ

DEHB tedavisinde seçenekler farmakoterapi ve davranışçı terapiler olarak özetlenebilir.

2.7.1 Farmakoterapi:

DEHB tedavisinde günümüze kadar MSS stimulanları (metilfenidat, dekstroamfetamin, pemolin), atomoksetin, trisiklik antidepresanlar, MAO inhibitörleri, klonidin gibi ilaçlar kullanılmıştır. Günümüzde DEHB'nin tedavisinde psikostimülanlar ilk farmakolojik seçenektir. DEHB tedavisi için ilaç alan çocukların büyük bir kısmı stimulan ve atomoksetin kullanmaktadır. DEHB'nin tedavisinde sık olarak kullanılan metilfenidat, sempatomimetik ve psikostimülan etki gösteren bir ilaçtır. Etkisini katekolaminlerin geri alımını bloke ederek gösterir (83). "Multimodal Treatment Study of Children with ADHD" (MTA) çalışmasında; ilaç tedavisi, davranışsal terapi ve ikisinin bir arada uygulanması karşılaştırılmıştır. MTA(1999) çalışmasında; yaşları 7–9 arası 579 çocukla stimulan kullanımından on dört ay sonraki sonuçlar elde edilmiş, ilaç tedavisinin ve kombine tedavinin tek başına davranışçı terapiye göre daha etkin olduğunu gösterilmiştir (84).

Stimulanlar:

Amfetamin:

Etkisini daha çok presinaptik dopamin ve noradrenalin terminallerinden katekolamin salınımını arttırarak gösterir.(Adderall, Adderall XR, Dexedrine, Methamphetamin)

Metilfenidat:

Dopamin ve noradrenalin geri alımını engelleyerek özellikle striatumda sinaptik aralıkta katekolamin miktarının artmasına yol açarak etkilerini gösterirler. Striatal bölge sinaptik dopamin miktarındaki artış striatal-frontal yol aracılığıyla prefrontal kortikal fonksiyonların artmasında rol oynar (Methylphenidat, Dexmethylphenidat, Ritalin SR, OROS- metilfenidat) .

Atomoksetin:

DEHB tedavisinde selektif noradrenalin geri alım inhibitörüdür. İnvivo, in vitro çalışmalar, presinaptik noradrenaline yüksek selektif antagonist etki gösterdiğini, diğer nörotransmitter taşıyıcılarına, reseptörlere veya diğer noradrenalin reseptörlerine affinitesinin az olduğu yada hiç olmadığını göstermektedir (85). Atomoksetin prefrontal kortekste presinaptik norepinefrin taşıyıcılarının inhibisyonu ile dopamin ve noradrenalin düzeylerinde artışa neden olarak etkisini göstermektedir (86).

Teksas Eyaleti Sağlık Hizmetleri Departmanı (Teksas Department of State Health Service, DSHS) tarafından geliştirilen DEHB tedavi algoritması aşağıdaki gibidir (87):

1. seçenek stimulan tedavisi.
2. seçenek alternatif stimulan tedavisi.
3. seçenek Atomoksetin
4. seçenek Bupropion veya trisiklik antidepresanlar
5. seçenek alternatif tedaviler
6. seçenek alfa agonistler

2.7.2 Non-farmakolojik Tedaviler:

Psikososyal eğitim, DEHB tedavisinde önemli bir rol oynamaktadır. DEHB tanısının sadece çocuklar üzerinde değil aileleri üzerinde de etkisi vardır. Bu etkiler hem olumlu hem de olumsuz olabilirler. Hastalığın tedavisi ve gidişatı aileler tarafından merak edilen konulardandır. Bu nedenle tedavinin planlanması aile ve çocuk ile birlikte yapılmalıdır ve tedavi esnasında da aktif bir bilgilendirme yapılmalıdır (88).

DEHB tanısı konulmuş çocuklarda aile ilişkileri genel olarak olumsuz ve engelleyicidir. DEHB tanılı çocuklar diğer çocuklara göre aileleri tarafından daha fazla uyarılırlar. Bu nedenle ilaç dışı tedaviler içerisine aile tedavisini eklemek gerekmektedir (88,89). Genellikle ortalama 1–2 saatlik 10–20 seans süren, DEHB hakkında bilgi veren, çocuğun yanlış davranışlarına daha dikkatli yaklaşmayı öğreten, ailelere yönelik eğitim programı uygulanmaktadır (54). Bilişsel davranışçı tedavinin yardımıyla DEHB tanısı almış çocukların kendilerini ve davranışlarını kontrol etmeleri sağlanır. Verilen ödevler ve yapılan araştırmalar sayesinde öfke dışa vurum davranışları ve sosyal durumlarla ilgili problem çözme yöntemleri öğretilir (20).

DEHB'de etkilenmiş alanlardan biride sosyal becerilerdir ve bu alan tedaviye karşı oldukça dirençlidir. Sosyal eğitim çocuğun iletişim kurma becerilerini kendi sosyal çerçevesinde arttırmayı hedefler. Genellikle çocuğun kendi yaş ve okul grubundan oluşan küçük gruplarda bilişsel davranışçı teknikler kullanılarak sosyal eğitim gerçekleştirilir (20,90).

2.8 GİDİŞ

DEHB, uzun sürelidir ve kronik bir gidişat gösterir. Bu tanıyı alan çocuklarda belirtiler 7 yaş öncesinde başlar. DEHB tanısı alan çocukların %30 ila %80'i ergenlik döneminde de hiperaktivite belirtileri gösterir, % 65'i erişkin dönemde devam eder (20). Motor aktivite

genellikle geç çocukluk veya erken erişkinlik döneminde iyileşir. Orta şiddetli veya şiddetli rezidüel DEHB semptomları (huzursuzluk, yerinde duramama, kıpırdanma) dışarıyla uyumlu olan bazı erişkinlerde bile görülmeye devam edilebilir. Hastaların en az %60'ında hastalığın önemli belirtilerinin özellikle de eskiden ortadan kalktığı düşünülen dikkat eksikliğinin ortadan kalmadığı, gençlik ve erişkinlik dönemlerinde de olumsuz etkilerinin sürdüğü bildirilmektedir(91).

DEHB tanısı almış olan çocukların kontrol gruplarına göre ergenlik döneminde uyuşturucu madde deneme ve sigara kullanım oranlarının daha yüksek olduğu bilinmektedir, genel populasyondakinden yüksek olarak %30 oranında madde kullanımı bildirilmektedir (92).

2.9 DİYABETES MELLİTUS

DM insülin salgılanmasında, etkisinde veya her ikisindeki yetersizlik nedeniyle oluşan, hiperglisemi ile karakterize kronik bir hastalıktır. Hedef doku üzerinde insülin etkisinin yetersizliğine bağlı olarak tüm vücutta özellikle böbrekler, gözler, sinirler, kan damarları ve kalpte ciddi fonksiyon bozukluklarına yol açar (93). DM, tek bir hastalık olmayıp genetik, etiyoloji ve patogenez yönünden birçok hastalığı bünyesinde bulunduran bir hastalıklar grubudur (94). Çocukluk çağında görülen DM'in büyük kısmını Tip 1 DM oluşturmaktadır.

2.9.1. Tanı Kriterleri

Diyabetes mellitus tanısı koymak için aşağıda sıralanan kriterlerden herhangi birinin bulunması yeterlidir (95):

- Rastgele ölçülen plazma glikoz konsantrasyonunun 200 mg/dl veya üstünde bulunması ve yanı sıra poliüri, polidipsi, kilo kaybı, yorgunluk gibi klasik semptomların eşlik etmesi,
- En az 8 saat açlık sonrası bakılan plazma glikoz değerinin 126 mg/dl veya üstünde bulunması,
- Oral glikoz tolerans testinde anormallik saptanması ve glikoz yüklemesi sonundaki glikoz değerinin 200 mg/dl bulunması.

Akut metabolik dekompansasyonun eşlik ettiği hiperglisemi durumu dışında bu kriterlerin takip eden günlerde de doğrulanması gereklidir. Karbonhidrat metabolizmasındaki bozulma olayı, kesintisiz bir süreçtir ve diyabetes mellitus tablosuna doğru yavaş bir gelişim görülmektedir (95). Buna göre;

- Normoglisemi: açlık kan glikoz değeri <110 mg/dl
- Hiperglisemi: açlık kan glikoz değeri >126 mg/dl
- Bozulmuş glikoz toleransı: açlık kan glikoz değeri 110-126 mg/dl olarak tanımlıdır.

Oral glikoz tolerans testi değerlendirilirken:

- ≤140 mg/dl: normal değer;
- >200 mg/dl: diyabetes mellitus;
- 140-199 mg/dl: bozulmuş glikoz toleransı olarak belirlenmektedir.

Bozulmuş glikoz toleransı saptanan kişiler, ileri dönemde diyabetes mellitus hastalığı gelişimi açısından yüksek risk altındadırlar. Bunların arasında yılda %1,5 ila %7,3 oranında yeni diyabet vakası ortaya çıkmaktadır (95).

2.9.2 Diyabetes Mellitusun Etiyolojik Sınıflandırılması

Diyabet mellitus temel olarak Tip 1 ve Tip 2 olarak ikiye ayrılır. Tip 1 DM genellikle mutlak insülin eksikliği ile sonuçlanan β hücre harabiyeti ile giden otoimmün veya idiyopatik nedenlerle ortaya çıkan diyabet tipidir. Tip 2 DM ise insülin eksikliği ile birlikte insülin direncinin daha belirgin olduğu diyabet tipidir. Ayrıca gestasyonel diyabet ve neonatal DM tipleri de bilinmektedir. Beta hücre fonksiyonunun genetik defektleri, insülin fonksiyonundaki genetik defektler, ekzokrin pankreas hastalıkları, endokrinopatiler, ilaç veya toksik ajanlar, enfeksiyonlar, immün mekanizma ile oluşan diyabet, diyabetle birlikte görülen diğer genetik sendromlar diyabetes mellitusun diğer tipleri arasında yer almaktadır (95,96).

2.9.3 Tip 1 Diyabetes Mellitus (Tip 1 DM)

Ciddi insülin azlığı ile karakterize, ketoasidozdan korunmak ve yaşamın devamını sağlamak için dışarıdan insülin desteğine ihtiyacın olduğu diyabet tipidir (96). Tip 1 DM, tüm yaş gruplarında görülmekle birlikte esas olarak çocukluk çağının (1-18 yaş) hastalığıdır ve yaşamın ilk 6 ayında nadirdir. İnsidansı; yaş, ırk, coğrafi bölge ve mevsimlere göre değişkenlik gösterir. Çocukluk çağındaki insidansı iki dönemde pik yapar. Birincisi enfeksiyöz ajanlarla temasın daha fazla olduğu okul çağının başlangıç dönemlerini kapsayan 5-7 yaş grubu iken, ikinci pik yaptığı dönem ise yoğun hormonal değişimlerin gözlendiği pubertal dönem olarak adlandırılan 10-14 yaş grubudur (98-100). Tip 1 DM, beyaz ırkta, özellikle Kuzey Avrupa Ülkelerinde daha sık olarak görülmektedir. Ülkeler ve bölgeler arasında, hastalığın insidansı açısından 20-60 kata varan farklılık bulunmaktadır. Türkiye'de yapılan insidans çalışmasında 8-10/100.000 bulunmuştur.

Tip 1 DM insidansındaki bu coğrafi farklılık, toplumların etnik özellikleri, yıllık ortalama sıcaklık ve bazı viral enfeksiyonların prevelansları ile yaşam tarzı gibi çevresel

faktörlerle açıklanmaktadır. Kız ve erkek çocuklar arasında belirgin bir fark olmamakla birlikte, Tip 1 DM insidansının yüksek olduğu ülkelerde erkeklerde, düşük olduğu ülkelerde ise kızlarda daha çok görülmektedir. Sosyoekonomik düzey ile belirgin bir birliktelik bulunamamıştır, ancak göçmenlerin, göç ettikleri ülkelerin epidemiyolojik özelliklerini kazandıkları gözlenmiştir. Viral enfeksiyonlar ile hastalık insidansı arasında potansiyel bir ilişki olduğu kabul edilmektedir. Virüsler, Tip 1 DM etiyolojisinde tetik çekici mekanizmada, direkt ve indirekt olarak rol oynamaktadır (98-100).

Tip 1 DM tedavisindeki temel amaç hastalarda akut ve ileri yaşlarda oluşabilecek komplikasyonlardan korunmalarını sağlamak, böylece hastanın sağlıklı bir hayat sürerek yaşam kalitelerini artırmaktır. Komplikasyonlar; akut, ara dönem (subakut), kronik komplikasyonlar olmak üzere başlıca üç gruba ayrılmaktadır. Akut metabolik komplikasyonlar ketoasidoz koması, hipoglisemi, insülin alerjisi, enfeksiyona eğilim, kilo kaybı ve kilo alımıdır. Ara dönem komplikasyonları lipodistrofi, kısıtlı eklem hareketleri, büyüme geriliği, pubertal gecikme ve menstrüel bozukluklar, katarakt, kognitif fonksiyonlarda bozulmadır. Kronik dönem komplikasyonları ise makrovasküler ve mikrovasküler komplikasyonlar olarak ikiye ayrılır. Makrovasküler komplikasyonlar serebrovasküler hastalıklar, kardiyovasküler hastalıklar, periferik damar hastalıkları ve diyabetik ayaktır. Mikrovasküler komplikasyonlar ise diyabetik nefropati, diyabetik retinopati ve diyabetik nöropatidir. Diyabetin akut komplikasyonları ciddi olsalar da, hastaların morbidite ve mortalitesinden uzun dönemdeki mikro ve makrovasküler komplikasyonları sorumludur (97).

Tip 1 DM tanılı çocukta uygun tedavi ile iyi bir metabolik kontrolün sağlanması, kısa dönem komplikasyonları olan diyabetik ketoasidozun ve hipogliseminin önlenmesi, uzun dönemde vasküler komplikasyonların ortaya çıkmasının önlenmesi, dengeli kalori alımı ile normal büyüme ve gelişmenin sağlanması ve hastaların psikolojik sorunlarının önlenmesi amaçlanır. İnsülin tedavisinin tipi ve uygulama saatlerinin seçimi hastanın psikososyal gelişimini bozmayacak ve en uygun metabolik kontrol sağlayacak sekilde bireyselleştirilmelidir. Bunun için diyabet ekibi tarafından çocuğun yaşı uygun ise çocuk da dahil olmak üzere aileye diyabet eğitimi verilmelidir (103,104). Tedavide insülin kullanımı, beslenme planı, egzersiz ve eğitim dört önemli basamağı oluşturmaktadır (98).

2.10 YAŞAM KALİTESİ KAVRAMI

Yaşam Kalitesi (YK) bir bireyin hayattaki kendi durumu ile ilgili öznel algısı olarak tanımlanmakta olup fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevselliği ile ortaya konulur. YK çocuk ruh sağlığında hem klinik pratikte hem de araştırma alanında önemi giderek artan bir ölçümdür (10).

Tıp bilim "hayat kurtarıcı" olma noktasından "sağlığı iyileştirici" olma noktasına doğru ilerledikçe (105) YK, tıbbi durumlar ve bu durumların etki ve sonuçlarıyla ilgili çalışmalarda giderek önem kazanmıştır. YK birçok şekilde tarif edilmiştir ama tüm tariflerde ortak olarak ideal durum tanımı bireyin günlük işlevselliğinin çeşitli alanlarda hastalığın veya rahatsızlığın potansiyel olarak olumsuz etkileri tarafından kötüleşmediği genel bir iyilik hali olarak belirtilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü YK grubu YK'ni "bireyin, beklentileri, standartları ve kaygıları ile ilişkili olarak, içinde yaşadığı kültürel bağlam ve değerler sistemi içerisinde hayattaki konumu ile ilgili öznel algısıdır" şeklinde tanımlamıştır (106).

"Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Kavramı (Health-Related Quality of Life-HRQOL)", hastalık durumu ve belirtileri, fiziksel durum, psikolojik ve sosyal durum olmak üzere dört ana kavram üzerine odaklaşır. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (SİYK) yaklaşımı son zamanlarda bedensel sağlık sorunlarının psikososyal sonuçlarını inceleyen bir yaklaşım olarak Erişkin ve Çocuk Liyazon Psikiyatrisi alanında yaygın olarak kullanmaktadır (107). Ayrıca fiziksel hastalıkların YK üzerine etkilerinin yanında ruhsal bozuklukların da önemli etki yapabildiğine dair somut kanıtlar mevcuttur (13,108,109). SİYK bozulduğunda çocuk olasılıkla etkili olarak baş edemeyecek, normal gelişemeyecek ve sağlıklı bir erişkin olarak olgunlaşamayacaktır(110).

YK birçok proksimal (örn. aile, arkadaşlık) ve distal (sosyoekonomik, kültürel) faktörlerden etkilense de fiziksel hastalık en potent etkenlerden biridir. Genel olarak ruhsal rahatsızlıkların ve özelde DEHB'nin YK üzerindeki etkisini anlamak bazı düzeylerde bilgilendirici olabilir.

Eğer güvenilir bir şekilde ölçülebilirse YK, hem klinik araştırmalarda hem de rutin sağlık hizmetinde önemli bir tedavi çıktı ölçümü olarak kullanılabilir (10). Ayrıca YK verileri çocuk ve ergen ruh sağlığı hizmetinde hizmet sunumunun planlanması ve izlenmesinde de kullanılabilir. Farklı ruhsal ve fiziksel sağlık alanlarında YK ölçümü, hastalıkların bireyler ve topluluklar üzerindeki etkisinin karşılaştırılmasında da kullanılabilir. YK ölçümleri halen farklı tedavilerin maliyet etkinliği hesaplamalarında kullanılmaktadır (111).

2.10.1 Çocuklarda Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Özellikleri

Kronik sağlık problemleri yaşayan çocuk ve ergenlerin tanımlanmasında ve değerlendirmesinde artan farkındalık, çocuk ve ergenlerin yaşam kalitelerinin ölçülmesine yönelik araştırmaları beraberinde getirmiştir (112). Çocuklarda SİYK ile ilgili çalışmalar 1980'li yıllarda yayınlanmaya başlamış, ilk değerlendirmeler basit düzeylerde yapılmış olmasına rağmen genel ve hastalığa özgü YKÖ'nin gelişimine öncülük etmeleri açısından önemli oldukları belirtilmiştir (113).

Çocuklarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi erişkinlerden farklıdır. Çocukların gelişim dönemleri ile ilgili olan bu farklılıkların bilinmesi bu ölçekleri kullanan araştırmacılar açısından önem taşımaktadır. Yaşam kalitesinin "Fiziksel İşlevsellik" alanında çocuklarda yemek yiyebilme, kendi başına tuvalete gidebilme, banyo yapabilme, ufak gündelik işleri yerine getirebilme ve oyun oynama gibi aktiviteler değerlendirilmektedir. Bir diğer alanı olan "Sosyal İşlevsellik" değerlendirilirken arkadaşları ile görüşme, onlarla oyun oynama, okula uyum düzeyi önemli bir yer tutmaktadır. "Duygusal İşlevsellik" ve "Okul İşlevselliği"nin beden imgesi, özerklik, aile içi ilişkiler, gelecekten beklentiler gibi alanlarda çocuk ve ergen yaş grubunun kendi yaş grubu içinde ele alınması gerektiği belirtilmektedir (114).

Çocukların yaşam kalitesi değerlendirmelerinin ebeveynlerin mi yoksa kendilerinin mi yapması gerektiği sorusu halen tartışılsa da çocukların yaşam kalitelerini olabildiğince kendilerinin değerlendirmesi gerektiği düşüncesi öne çıkmaktadır (115). Anne-babaların ve çocukların paralel olarak doldurabilecekleri ölçekler bu tartışmaya en uygun çözüm gibi gözükmektedir, ancak bu ölçekler az sayıdadır ve anne-baba ve çocuk formları sonuçlarının her zaman birbiri ile çok uyumlu olması beklenmemektedir (116). Bu duruma çocukların hastalıklarını algılamaları ya da tedavi etkinliğini değerlendirmelerinin ebeveynlerinden farklı olması yol açıyor olabilir. Paralel formlarda, anne-baba ve çocuklar arasında "Fiziksel İşlevsellik" değerlendirmesinde yüksek bir uyumun olduğu, ancak "Sosyal İşlevsellik" ve "Duygusal İşlevsellik" alanlarında daha düşük bir uyumun olduğu görülmüştür (117). Anne-babaların çocuğun yaşadığı belirtileri, akran ilişkilerini ya da gelecekle ilgili endişelerini tam olarak bilememeleri, formları doldururken diğer çocuklarından ya da tanıdıkları çocuklardan etkilenmeleri, kendi beklenti ve umutlarından, o andaki stres ya da ruhsal durumlarından etkilenme olasılıklarının olması anne-baba formlarının zayıf yönleri olarak belirtilmektedir. Çocuk ve ergenlerin ölçek sorularını yanıtlayamayacak kadar hasta ya da küçük oldukları durumlarda ya da soruları yanıtlamak istemediklerinde ise yaşam kalitesini değerlendirebilmek için anne-baba formlarının kullanımı önerilmektedir. Ayrıca anne-baba

formlarının öğretmenler, akrabalar ya da diğer yakın kişilerce de doldurabilmesinin olumlu bir özellik olduğu belirtilmektedir (115,117).

Anne-baba ve çocuk formları eş zamanlı olarak değerlendirildiğinde, genellikle çocukların anne-babalarından farklı olarak hastalığın sebebi ve tedavisi ile ilgilenmediği, hastalıklarına daha iyimser baktıkları saptanmıştır. Çocuklar için arkadaşlarının olması, koşup oynayabilmeleri, sahip olmaları gereken temel yeti ve becerilerinden daha ön plana çıkarken, çocuğun bilişsel gelişim düzeyinin ölçekleri doldurma yetilerini etkilediği belirtilmektedir (117). Yapılmış olan farklı çalışmalar sonucunda ağrı ve depresyon gibi içsel sorunlarda anne-baba ve çocuklar arasındaki uyumun az olduğu, hareketlilik, yürüme gibi başkaları tarafından kolayca gözlenebilen dışsal sorunların değerlendirilmesinde ise uyumun daha fazla olduğu gösterilmiştir (118).

Çocuğun yaşam kalitesini en doğru biçimde anlayabilmek için en iyi çözümün, her bir formu bakış açısı farklılıkları olabileceğini bilerek değerlendirmek olduğu belirtilmiştir (115,116).

2.10.2 Çocuklarda Yaşam Kalitesini Değerlendiren Genel Ölçekler

Çocuklarda kullanılan genel yaşam kalitesi ölçekleri olarak; Child Health Questionnaire(CHQ), Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL 4.0TM), Functional Status II-R Scale (FSII-R), Child Health and Illness Profile (CHIP), Nordic Quality of Life Questionnaire for Children, Child Quality of Life Questionnaire, German Quality of Life Questionnaire (KINDL), Infant Quality of Life (QUALIN), Exeter Health Related Quality of Life (EHRQOL) ölçekleri sayılabilir (119).

Bunlardan KINDL, CHQ (Çocuk Sağlığı Anketi-CSA) ve PedsQL 4.0TM (Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği-ÇİYKÖ) ölçeklerinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır (117).

2.10.3 Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) (PedsQL)

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 (120).

2.10.4 DEHB tanısı ile ilişkili Yaşam Kalitesi Ölçekleri

DEHB tanılı çocuklarda kullanılmış yaşam kalitesiyle ilgili genel ölçekler: Pediatric Quality of Life Inventory [PedsQL], Child Health Questionnaire (CHQ), Child Health Illness Profile-Child Edition (CHIP-CE), Youth Quality of Life Instrument-Research Version

(YQOL-R), Munich Quality of Life Questionnaire for Children (KINDL), Dutch Child AZL TNO Quality of Life (DUX- 25), TNO AZL Child Quality of Life (TACQOL), EuroQoL Five-Dimension Questionnaire (EQ-5D) ve Global Impression of Perceived Difficulties (GIPD) olarak sıralanabilir (10).

DEHB tanılı çocuklar için geliştirilmiş hastalığa özgül yaşam kalitesi değerlendirme aracı 'ADHD Impact Module' DEHB Etki Modülü adı verilen ankettir (121). Türkçe geliştirilen bir Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Yaşam Kalitesi Ölçeği (DE/HB-YKÖ) vardır (117, 122). Dolgun ve arkadaşları tarafından geliştirilen Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Yaşam Kalitesi Ölçeği (DE/HB-YKÖ) hastalığa özel bir yaşam kalitesi ölçeğidir. DE/HB-YKÖ, Türk dilinde geliştirilmiş olması, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun görülme oranının yüksekliği dikkate alındığında özel önem taşımaktadır (122). Dolgun ve arkadaşlarının 2005 yılında yayınlanan bu çalışmasında DEHB olan 8-12 yaş grubu çocukların evde ve okuldaki yaşam kalitesini değerlendiren bir ölçek geliştirmek amaçlanmıştır. DEHB tanısıyla en az 6 ay süre ayaktan izlenen, ek psikiyatrik tanı almamış, organik hastalığı bulunmayan, çalışmaya katılmaya istekli, %83'ü erkek ve %74,7'si ilaç kullanmakta olan toplam 79 çocuk çalışmaya alınmıştır. Son şekli 30 maddeden oluşan ölçek çocuklarla yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Faktör analizinde; bilişsel, sosyal, psikolojik olarak 10'ar maddelik 3 alt boyut elde edilmiştir ve sonuç olarak ölçeğin okul ve ev formunun geçerlik ve güvenirlik düzeyi yüksek bulunduğu, okulda yaşam kalitesinin eve göre daha fazla olumsuz etkilendiğinin belirlendiği rapor edilmiştir (122).

2.10.5 DEHB'de Yaşam Kalitesi

Ruhsal rahatsızlıklar YK ile kompleks yollarla etkileşime girer. Ruhsal rahatsızlıklar bir kişinin günlük aktivitelerini etkili biçimde sürdürme kapasitesini etkiler. Azalmış iyilik hali algısı örneğin duygudurumu daha da kötüleştirerek ruhsal sağlık üzerinde etkili olabilir. Çocukluk çağında daha ağır ruhsal sağlık sorunlarının görece daha ağır veya aşırı formlarında (örn. otizm) veya bireyin kendilik değeri algısı üzerinde direkt etkili sorunlarda (örn. anksiyete ve depresyon) ruhsal sağlıkla ilgili güçlüklerin YK üzerindeki etkileri olasılıkla daha belirgindir. Bununla birlikte DEHB ve KOKGB gibi dışa yönelim bozukluklarının yaşam kalitesini, öznel iyilik hali algısı ve günlük işlevsellik kapasitesi açısından belirgin düşürdüğüne dair artan sayıda kanıtlar mevcuttur. Bu anlamda Spitzer ve arkadaşlarının (1995) öne sürdüğü sağlık hizmetinin asıl amacının hastaların 'kendi sağlıklarıyla ilgili algılarını iyileştirmek' olduğu görüşünden hareketle (123) YK'nin basit kısa vadeli belirti azalmasına kıyasla DEHB'nin en önemli tedavi çıktısı sayılabileceği öne sürülebilir. DEHB

erken başlangıçlı süreğen ve yaygın dikkatsizlik, aşırı aktivite ve dürtüsellik tablosunun olduğu bir rahatsızlıktır ve yaşamın çeşitli alanlarında bozulmalarla ilişkilidir. Daha özgül olarak DEHB okul başarısında düşüklük (124), aile ve akran ilişkilerinde sorunlar (125) ve antisosyal ve yıkıcı davranışlarda artış (126) ile ilişkilidir. Uzun dönemdeki istenmeyen sonuçlarının arasında madde kötüye kullanım riskinde artma (127), iş olanaklarında azalma (49) ve suç davranışında artma (128) bulunur. DEHB çoğunlukla KOKGB, DB, depresyon ve anksiyete gibi diğer ruhsal bozukluklarla eş zamanlı olarak bulunur. DEHB stimülan ilaç kombinasyonları ve psikososyal yaklaşımlarla başarıyla yönetilir ve hem belirtilerde hem de global bozulma düzeylerinde düşüşler olur. Genellikle iyi tolere edilse de stimülan tedavisi çocukların önemli bir azınlığında bir dizi yan etkiye yol açar (129).

2.10.6 DEHB'de yaşam kalitesiyle ilgili yapılmış çalışmalar

Landgraf ve arkadaşları (2002) bir çalışmalarında, DEHB tanılı çocukların yaşam kalitesini değerlendirmek için, anne-babanın doldurduğu ve çocuğun her günkü iyilik halinin değerlendirildiği bir anketin psikometrik değerlendirmesini yapmayı amaçlamışlardır. Bu çalışmada, %74'ü erkek, %86'sı bir yıldan uzundur DEHB tanısı ile takip edilen, %89'u ilaç kullanan 81 çocuğun anne-babasından "DEHB Impact Modül" (ADHD Impact Module, HealthAct, Boston, Mass) adı verilen anketi doldurmaları istenmiştir. Bu anket çocuğun duygusal ve sosyal iyi olma halinin hastalıktan ne kadar etkilendiğini ölçen; 8 maddeli çocuk alt-başlığı ve 10 maddeli aile alt başlığından oluşan, anne-babaların doldurmasına yönelik geliştirilmiş bir ankettir. Ankette elde edilen yüksek skor, yüksek yaşam kalitesi anlamında kabul edilmiştir. Sonuç olarak DEHB-DE ve DEHB- B tipin her ikisinde de hem çocuk, hem ebeveyn alt-ölçek puanlarında anlamlı derecede düşüklük saptanmıştır. Yazarlar bu anketinin psikometrik standartları güçlü bir şekilde karşıladığına, mevcut bulguların anketin kullanılabilirliğini gösterdiğine işaret etmişlerdir (121).

Sawyer ve arkadaşları (2002) yaptıkları çalışmalarında, yaşları 6-17 arasında değişen ve DEHB, major depresif bozukluk ya da davranım bozukluğu bulunan 3 ayrı gruba ve herhangi bir bozukluğu bulunmayan çocuklara "Health Related Quality Of Life" (HRQL) ölçeği uygulamışlardır. Yaş, cinsiyet, aile yapısı ve ruhsal bozukluk değişkenleri kontrol edilerek yapılan karşılaştırmalar sonucunda, herhangi bir ruhsal bozukluğu bulunmayan çocuklara göre üç gruba ait çocukların ölçek puanları düşük bulunmuştur. Adı geçen üç bozukluktan birine sahip çocukların anne-babaları, herhangi bir ruhsal bozukluğu bulunmayan çocukların anne-babalarından daha olumsuz geri bildirimde bulunmuşlardır. Sonuç olarak ruhsal bozukluğa sahip çocuk ve ergenler yaşamın herhangi bir alanında yardıma ve desteğe ihtiyaç

duymaktadır. Buna yönelik müdahaleler çocukların yaşam kalitesini artırabilecektir sonucuna vurgu yapılmıştır (130).

Topolski ve arkadaşlarının (2004) yayınladıkları bir çalışmalarında, yaşları 11- 18 arasında değişen DEHB tanılı çocuk ve ergenlerin okul, aile, davranışsal işlevsellikleri "Quality Of Life" (QOL) ölçeği ile, ergenlerin kendilerini algılamaları "The Youth Quality of Life Instrument-Research Version" (YQOL-R) ölçeği ile değerlendirilerek sonuçları araştırılmıştır. DEHB tanılı toplam 55 erkek ergen, herhangi bir kronik rahatsızlığı bulunmayan 107 erkek ergen ve fiziksel kısıtlığı bulunan 52 erkek ergen ile sonuçları karşılaştırılmıştır. DEHB tanılı ergenlerin kronik rahatsızlığı bulunmayanlara göre özellikle "benlik" ve "ilişkiler" alt başlıklarında olmak üzere daha düşük yaşam kalitesi puanları saptanmıştır. DEHB tanılı ergenlerin yaşam kalitesi puanları fiziksel kısıtlılığı bulunan çocuklarla benzer düzeylerde bulunmuştur. Sonuç olarak DEHB'de yaşam kalitesi ölçekleri ile "benlik" ve "sosyal etkileşim" gibi alt başlıklar değerlendirilebilir ve buna yönelik uygulanacak müdahalelerin DEHB'nin takibinde sonuçları nasıl etkileyeceği gözlemlenebilir (131).

Bastiaansen ve arkadaşları (2004) bir çalışmalarında, çocukluk çağı psikiyatrik bozukluklarının yaşam kaliteleri ile arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Psikiyatrik yakınmalarla başvuran yaşları 6-18 arasında değişen toplam 310 çocuk, anne-babası ve öğretmenlerinden bilgiler alınmıştır. DEHB ve Yıkıcı Davranım Bozuklukları, Anksiyete Bozuklukları, Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Duygudurum Bozuklukları, diğer bozukluklar ve bozukluğu bulunmayanlar şeklinde altı sınıf tanımlanmıştır. Yaygın Gelişimsel Bozukluk sınıfındaki çocukların yaşam kaliteleri dışında diğerlerinin birbirlerinden farklı sonuçları olmadığı saptanmıştır. Her tanı grubundaki çocuklar için yaşam kalitesindeki farklı alt başlıkların öne çıktığı göze çarpmıştır, DEHB tanılı ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu bulunan çocuklarda "Okul İşlevselliği" ve "Sosyal İşlevsellik", Anksiyete ve Duygudurum Bozuklukları olan çocuklarda "Duygusal İşlevselik", Yaygın Gelişimsel Bozukluğu bulunan çocuklarda "Sosyal İşlevsellik" daha bozulmuş olarak bulunmuştur. Yaşam kalitesi değerlendirmesinin, çocuğun hangi boyutlarda desteğe ihtiyacı olabileceğine ilişkin ipuçları vermesi açısından klinisyenlere yardımcı olabileceğine vurgu yapılmıştır (13).

Klassen ve arkadaşları (2004) bir çalışmalarında, DEHB'nin tedavisi ile belirtilerde azalma, işlevsellikte artma, kendilik algısında ve yakın ilişkilerinde iyilik halinde artma gibi değişen parametreleri araştırmışlardır. Çalışma "belirtilerdeki azalmanın yalnızca davranış değerlendirme ölçekleri ya da anne-baba ve öğretmenlerin doldurdukları ölçeklerle takip edilmesi yeterli değildir. Yaşam kalitesi ölçekleri bu noktada daha aydınlatıcı olabilir. DEHB

tanılı çocukların anne-babalarının geri bildirimi çocuklarınkinden daha olumsuzdur" hipotezi üzerine kurulmuştur. Çalışmaya yaş ortalaması 10 yaş, %80.9'u erkek olan, %68.7'sinde komorbid bozukluk bulunan toplam 131 DEHB tanılı çocuk alınmış; hem çocuk hem anne-babalarına 50 maddeden oluşan "Child Health Questionnaire"(CHQ) ölçeği ile "Health Related Quality of Life"(HRQL) ölçeği uygulanmıştır. DEHB tanılı çocukların 51'inde öğrenme bozukluğu, 45'inde karşı olma karşı gelme bozukluğu ve/veya davranım bozukluğu (KOKGB/DB), 27'sinde bir başka komorbid bozukluk, 23'ünde birden fazla komorbid bozukluk bildirilmiştir. Sonuç olarak DEHB tanılı çocukların anne-babalarının geri bildirimleri ölçek alt puanlarının hepsinde çocuklarınkinden düşük bulunmuştur. İki ve daha fazla komorbid bozukluğa sahip DEHB tanılı çocukların tüm psikososyal sağlık puanları, anne-babaların bildirdikleri DEHB belirtileri ve komorbid bozukluk sayısı ile ilişkili bulunmuştur. Fizik sağlığın prediktörlerinin cinsiyet ve komorbid bozukluk sayısı olduğu saptanmıştır. DEHB tanılı çocukların annebabalarının duygusal-davranışsal rollerde, davranış, iyilik hali ve benlik saygısı parametrelerinde çocuklarını daha kötü bildirdikleri saptanmıştır. DEHB'nin anne-babanın da duygusal değerlendirmeleri üzerine olumsuz etki ediyor olabileceğine, bu konuda aile içi etkinliklerin artırılması ve aile içi uyumun artırılmasına yönelik müdahalelerin sonuçları olumlu etkileyebileceğine vurgu yapılmıştır (132).

Klassen ve arkadaşları (2006), DEHB tanılı çocuklar ile anne-babalarının doldurdukları yaşam kalitesi sonuçları arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Anne-babaların doldurdukları ölçeğin özellikle psikososyal sağlık alt ölçeklerindeki değerlendirmenin çocukların kendi değerlendirmelerinden daha olumsuz olup olmadığını ve demografik, sosyoekonomik ve klinik faktörlerle ilişkisini araştırmışlardır. "Çocuk Sağlığı Anketi" (Child Health Questionnaire-CHQ) ölçeğindeki sekiz alt sorguyu ve bir sorusunu esas almışlardır. Çocuklar anne-babalarından dört alanda daha iyi, bir alanda daha kötü geri bildirimde bulunmuşlardır. Yaşam kalitesi ortalama puanlarının, davranış ve benlik saygısına göre farklı oldukları da saptanmıştır. Anne-baba ile çocuk geri bildirimleri arasındaki farklılıkların KOKGB tanısı alanlarda anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlenmiştir. Sonuç olarak her ne kadar anne-baba ve çocuk arasında farklı geri bildirim olsa da yaşam kalitesi ölçeği kullanılmasının DEHB tanılı çocuklarda ortalama bir yaşam kalitesi değerlendirmesine olanak verdiğini söylemişlerdir (11).

"Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi-ÇİYKÖ" (PedsQL 4.0TM) ölçeğini hazırlayan araştırmacı olan Varni, 2006 yılında yayınlanan bir çalışmasında, kronik bir bozukluk olan DEHB'de yaşam kalitesinin değerlendirilmesinin önemine vurgu yapmıştır. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin DEHB tanılı çocuklarda yerel, bölgesel, ulusal düzeyde

değerlendirilmesinin ve sonuçlarına göre müdahalelerin yapılmasının gerekliliğine işaret etmiştir. Bu amaçla 5-16 yaş grubu toplam 72 DEHB tanılı çocuğun PedsQL 4.0 sonuçları analiz edilmiş ve kronik bozukluğa sahip grup ve sağlıklı yaşıtları ile karşılaştırılmıştır. DEHB tanılı çocukların psikososyal işlevselliğindeki bozulmanın kanser tanısı yeni konmuş çocuklar ve serebral palsi tanılı çocuklarla karşılaştırılabilir düzeylerde olduğu, sağlıklı çocuklardan anlamlı düzeylerde düşük bulunduğu bildirilmiştir. Sonuç olarak DEHB'nin kronik diğer hastalıklar kadar çocukların yaşam kalitesini etkilediğine vurgu yapılmıştır (14).

Yaşam kalitesinin ÇİYKÖ kullanılarak değerlendirildiği, DEHB tanılı 8-16 yaş arası 49 çocuk ve ergenin yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilen 49 sağlıklı çocuk ve ergenle karşılaştırıldığı bir yurtiçi çalışma da bulunmaktadır. Bu çalışmada çocuk ve ergenlerin özbildirimlerinde "Psikososyal Sağlık Toplam" puanında ve "Okul İşlevselliği" alanında DEHB grubunda anlamlı düşüklük saptanmış olup "Fiziksel Sağlık Toplam" puanında fark saptanmamıştır. Aynı çalışmanın ebeveyn bildirimlerinde ise aynı sonuca ek olarak "Sosyal İşlevsellik" puanında da anlamlı farklılık saptanmıştır (133).

Birçok çalışma ilaç tedavisinin YK üzerindeki etkilerini araştırmıştır. Amfetaminler ve Metilfenidatın YK üzerindeki etkisini araştıran çok az çalışma yayınlanmıştır. Buna karşın Atomoksetin'in YK üzerindeki etkisi ile ilgili önemli sayıda çalışma vardır. Metilfenidat tedavisinin YK üzerine etkisini araştıran çalışmalar kontrollü çalışmalar değildir. Atomoksetin ile yapılan çalışmalar ise ilaç endüstrisi tarafından finanse edilmiştir. YK üzerine yapılan bir kesitsel gözlem çalışmasında hem stimülan tedavisi almış DEHB tanılı çocuk grubunda hem de almamış grupta ÇİYKÖ ölçeğinde "Ölçek Toplam" ve "Psikososyal Sağlık" Alt Ölçek puanları sağlıklı kontrollere kıyasla düşük bulunmuştur. Ancak tedavi alan ve almayan gruplar arasında fark bulunmamıştır (10). Atomoksetin ile ilgili yapılan, üç ayrı randomize kontrollü çalışmada da Atomoksetin plaseboya kıyasla "Psikososyal Toplam" skorda iyileşme sağlamıştır (134).

2007 yılında yayınlanan kesitsel bir gözlem çalışmasında, Yang ve arkadaşları metilfenidat tedavisi alan DEHB tanılı çocukların yaşam kalitesini, sağlıklı yaşıtları ile karşılaştırmışlardır. Tayvan populasyonuna ait yaşları 6-15 arasında değişen 119 DEHB tanılı, 129 sağlıklı çocuğa "Child Health Questionnaire Parent Form-50"(CHQ-PF-50) ve "Health-Related Quality of Life" (HRQL) ölçeklerini uygulamışlardır. Metilfenidat tedavisi alan grupta sağlıklı kontrollere göre, hem HRQL ölçeğinin tüm Psikososyal Alt Skorlarında hem de CHQ-PF-50 ölçeğinin "Psikososyal Sağlık Toplam" puanında anlamlı düşüklük saptamışlardır. Ayrıca tedavi sonrası DEHB çekirdek beliritlerindeki düzelmenin daha yüksek "Psikososyal Sağlık" bildirimini öngördüğünü de bildirmişlerdir. Bu etki yaş, tanı aldığı yaş,

ilaca başlama yaşından bağımsız iken, komorbidite ile bağımlı bulunmuştur. Komorbidite varlığında DEHB çekirdek belirtilerde iyileşme olsa bile yaşam kalitesinde iyileşme olmadığı saptanmıştır (135).

Sonuç olarak çalışmalar DEHB tanılı populasyonun yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilendiğini desteklemektedir. Kronik bir bozukluk olan DEHB'nin yaşam kalitesi üzerine olan etkisinin ölçülmesi; bu bozukluktaki farklılıkların değerlendirilmesi, yaklaşımlar sonrasındaki hastalığın prognozunun tanımlanması, olguların yaşadığı çevre, toplum ve ulusal sağlık politikalarının yeniden gözden geçirilmesini kolaylaştırabilir (13,14,121).

2.10.7 Tip 1 Diyabetes Mellitus tanısı ile ilişkili Yaşam Kalitesi Ölçekleri

"Diabetes Quality of Life- Youths" (DQOL-Y): Gençler için diyabette yaşam kalitesi ölçeği: Ingersoll ve Marrero tarafından erişkin diyabet yaşam kalitesi ölçeği (Diabetes Quality of Life) (DQOL) modifiye edilerek hazırlanmıştır (136,137). Bu ölçek diyabete özel yaşam kalitesini ergenlerde ölçmektedir (138). Ancak çocukların normallere kıyasla sosyal, emosyonel ve fiziksel gelişim alanlarıyla ilgili yaşam kalitesini kapsamamaktadır (137).

Daha yakın bir zamanda Varni ve arkadaşları tarafından diyabete özel ve daha geniş bir yaş grubunda kullanılabilen "the Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) 3.0 Diabetes Module" adlı yaşam kalitesi ölçeği geliştirilmiştir (139).

2.10.8 Tip 1 Diyabetes Mellitus ve Yaşam Kalitesi

Okul, sosyal ve duygusal işlevsellik, fiziksel belirtiler ve tedavi yaklaşımlarının tip 1 DM tanılı bir çocuğun yaşam kalitesini etkilediği bilinmektedir. Bu etkinin ne düzeyde olduğunun belirlenebilmesi ve tıbbi girişimlerin etkinliğinin ve yan etkilerinin değerlendirilebilmesi için tip 1 DM tanısı olan çocukların sağlıkla ilgili yaşam kalitesi algılarını bilmek önemlidir (140).

2.10.9 Tip 1 Diyabetes Mellitus'da Yaşam Kalitesi ile ilgili yapılmış çalışmalar

Laffel ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada tip 1 DM tanısı olan ve sağlıklı ergenlerin sağlıkla ilgili yaşam kalitesi algıları değerlendirilmiştir. Çalışmada sağlıklı ergenler ile tip 1 DM tanısı olan ergenlerin yaşam kalitesi algılarının benzer olduğu bulunmuştur (141).

Yapılan diğer bir çalışmada ise kronik hastalık grubunu astım, kistik fibrozis ve tip 1 DM tanılı 123 çocuğun oluşturduğu ve bu çocukların sağlıklı çocuklarla karşılaştırıldığı bir araştırmada sağlıklı grupta bulunan çocuklara oranla kronik hastalık grubunu oluşturan çocukların yaşam kalitelerini daha kötü algıladıkları saptanmıştır (142).

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. Amaç:

DEHB, çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesini etkileyen süregen bir hastalıktır.

Bu çalışmanın amacı;

1. DEHB tanılı çocukların yaşam kalitelerini, kronik fiziksel bir hastalık olan Tip 1 DM tanılı çocuklar ve sağlıklı çocukların yaşam kaliteleriyle karşılaştırmak
2. DEHB tanılı ve kontrol gruplarındaki çocuklara ait sosyodemografik verilerle yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek
3. DEHB şiddeti ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek
4. DEHB tanısına komorbid tanı varlığında yaşam kalitesini incelemek
5. DEHB tanılı çocukların ÇDDÖ ile saptanan davranış sorunları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek
6. HbA1c ile Tip 1 DM tanılı olguların yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek

3.2.Varsayımlar:

1. DEHB tanılı olgularda sağlıklı kontrol gruplarına oranla Tip 1 DM tanılı hastalar kadar ya da daha fazla oranda yaşam kalitesi kötü etkilenmektedir.
2. DEHB ve Tip 1 DM tanılı olgularda yaşam kalitesi sosyodemografik değişkenlerden etkilenmektedir.
3. DEHB şiddeti arttıkça yaşam kalitesi kötü etkilenmektedir.
4. DEHB tanısına komorbid tanı varlığında yaşam kalitesi daha da kötü etkilenmektedir.
5. DEHB tanılı çocukların ÇDDÖ ile saptanan davranış sorunları arttıkça yaşam kalitesi daha kötü etkilenmektedir.
6. Tip 1 DM'da metabolik kontrolü gösteren HbA1c değeri yükseldikçe yaşam kalitesi daha kötü etkilenmektedir.

3.3. Araştırmanın Tipi:

DEHB ve yaşam kalitesine etki eden faktörleri kontrol gruplarıyla karşılaştırarak belirlemeye yönelik yapılan kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırmadır.

3.4 Araştırmanın Yeri ve Zamanı:

Araştırma, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Endokrinoloji Bilim Dalı'nda Aralık 2012-Nisan 2013 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.5 Araştırma Evreni:

Araştırma evreni, her iki cinsiyetten olguların kendilerinin ve ailelerinin gönüllülükleri esasıyla alınan 8-16 yaş arası :

Olgu grubu olarak Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nde DEHB tanısını yeni almış, ilaç kullanım öyküsü olmayan 8-16 yaş arası 60 olgu,

Kronik fiziksel hastalık kontrol grubu olarak Dokuz Eylül Üniversitesi Pediatrik Endokrinoloji Bölümünde Tip 1 DM tanısıyla en az 6 aydır takip edilmekte olan 8-16 yaş arası 60 olgu,

Sağlıklı kontrol grubu olarak çalışma grubu ile benzer sosyodemografik özelliklere sahip, kendisinin ve ailelerinin gönüllülük esasıyla çalışmaya katıldığı 60 sağlıklı çocuk ve ergenden oluşmaktadır.

3.6 Araştırma Örneklemi:

Çalışmaya hasta grubu olarak Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran, yeni DEHB tanısı alan olgular alınmıştır. Kronik Fiziksel Hastalık Kontrol Grubu olarak aynı fakültenin Pediatrik Endokrinoloji Bölümünde takip edilmekte olan Tip 1 DM olguları, Sağlıklı Kontrol Grubu olarak çalışma grubu ile benzer sosyodemografik özelliklere sahip, kendisinin ve ailelerinin gönüllülük esasıyla çalışmaya katıldığı sağlıklı çocuk ve ergenler alınmıştır. Polikliniklerden yönlendirilen ailelere ve hastalara gerekli bilgilendirme sözlü ve yazılı olarak yapıldıktan sonra çalışmaya katılmayı kabul eden ailelerden yazılı onam alınmıştır.

Çalışmadan Çıkarılma Ölçütleri :

DEHB Grubu İçin Çalışmadan Çıkarılma Ölçütleri:

1. Kronik bir fiziksel hastalığın varlığı,

2. Psikoz, Yaygın Gelişimsel Bozukluklar, Bipolar Affektif Bozukluk, Madde Kullanım Bozukluğu komorbiditesi olan olgular,

3. Klinik olarak Mental Retardasyon düşünülmesi.

Tip 1 Diyabetes Mellitus Kontrol Grubu İçin Çalışmadan Çıkarılma Ölçütleri:

1. Tip 1 DM (ve Tip 1 DM'a bağlı tıbbi sorun) dışında herhangi bir fiziksel hastalığın varlığı,

2. Psikiyatrik bir bozukluk nedeniyle tedavi görüyor olmak,

3. Klinik olarak Mental Retardasyon düşünülmesi.

Sağlıklı Kontrol Grubu İçin Çalışmadan Çıkarılma Ölçütleri:

1. Kronik bir fiziksel hastalığın varlığı,

2. Psikiyatrik bir bozukluk nedeniyle tedavi görüyor olmak,

3. Klinik olarak Mental Retardasyon düşünülmesi.

3.7 Yöntem

Araştırmaya, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu' ndan onay alındıktan sonra başlanmıştır (Ek 6).

Çalışmaya alınan olgu ve kontrol gruplarını oluşturan çocuk-ergenlerden ve ebeveynlerinden bilgilendirme sonrası yazılı onam alınarak çalışmaya başlanmıştır. Bilgi Formu ile sosyodemografik veriler toplanmıştır. Ailelere kendilerinin ve çocuğun dolduracağı formlar açıklanarak teslim edilmiştir. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nden yönlendirilen DEHB tanılı olgulara; Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇGDŞ-ŞY-T) (Kiddie-SADS-PL, Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children Present and Life-time) görüşmesi yapılarak tanı kesinleştirilmiş, komorbiditeler belirlenmiş ve dışlama kriterleri olan olgular çalışmadan çıkarılmıştır. Kontrol gruplarını oluşturan çocuk ve ergenler ile de ÇGDŞ-ŞY-T görüşmesi yapılarak dışlama kriterleri olan olgular çalışmadan çıkarılmıştır.

3.8 Gereçler

3.8.1 Sosyodemografik Veri Formu:

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanılı olguların, Tip 1 DM ve sağlıklı kontrollerin ailelerinin doldurduğu birer sosyodemografik veri formudur. (Bkz.Ek:1,2,3)

3.8.2 Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDGŞG-ŞY) (Kiddie-SADS-PL, Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children Present and Life-time) (Kauffman et al. 1997):

Klinisyen tarafından çocuk ve ebeveyni ile yapılan, yarı yapılandırılmış ruhsal hastalık tarama görüşmesidir. Türkçe'ye çevirisi ve geçerlik güvenilirlik çalışması Gökler ve ark. (1996) tarafından yapılmıştır (143).

3.8.3 Klinik global izlenim ölçeği (KGİ) (CGI)

Görüşmeyi yapan araştırmacı tarafından hasta grubundaki DEHB'nin ağırlığı Dikkat Eksikliği Hiperaktivite KGİ ölçeğine göre aileden alınan bilgi ve klinik gözleme dayanarak 1 ile 7 arasında "normal (belirti yok)", "sınırda", "hafif", "orta", "belirgin", "ağır", "çok ağır" olarak değerlendirilmiştir (144).

3.8.4 Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV' ye Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (DEYDB DSM-IV Değerlendirme Ölçeği)

Bu ölçek DSM-IV tanı ölçütlerine dayalı olarak Yıkıcı Davranış Bozukluklarının taranması için Turgay (1995) tarafından geliştirilmiş ve Ercan ve ark. (2001) tarafından Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Bu ölçek çocuğun ailesi tarafından doldurulmaktadır.. Ölçeğin birinci bölümdeki ilk 9 maddesi dikkatsizlik, ikinci 9 maddesi aşırı hareketlilik-dürtüsellik (aşırı hareketliliği sorgulayan 6 madde, dürtüselliği sorgulayan 3 madde) ve ikinci bölümdeki 8 maddesi karşıt olma-karşı gelme bozukluğu ile ilgilidir (145).

3.8.5 Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (ADHD-RS-IV Inventory) (DuPaul DEHB ölçeği)

DuPaul DEHB ölçeği, DEHB'nin DSM-IV tanısında bulunan 18 belirtinin her biri için 1 madde bulunan 18 maddeli bir ölçektir. Du Paul ve ark.(1998) tarafından geliştirilmiş olan

değerlendirme ölçeği geçmiş hafta boyunca semptomun ciddiyetini değerlendiren, hekim tarafından doldurulan bir ölçektir (146).

3.8.6 4-18 Yaş Çocuk ve Gençler için Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) (Child Behavior Checklist / 4-18,CBCL):

ÇDDÖ, çocuk ve ergenlerin anne ve babalarından standart bilgiler elde etmek için geliştirilmiş bir ölçektir ve duygusal/davranışsal sorunları inceleyen 118 madde içermektedir. Yeterlilikle ilgili ilk bölüm "etkinlik", "sosyallik", "okul" alt ölçeklerini içeren 20 maddeden oluşturulmuştur. Ölçeğin sorun davranış bölümünden "Toplam İçe Yönelim" ve "Toplam Dışa Yönelim" olmak üzere iki ayrı davranış belirti puanı elde edilir. "Toplam İçe Yönelim" davranış puanını "Sosyal İçe Çekilme", "Somatik Yakınmalar" ve "Anksiyete/ Depresyon" alt gruplarından alınan puanlar; "Toplam Dışa Yönelim" puanını ise "Suç Davranışı" ve "Agresif Davranış" alt gruplarından elde edilen puanlar belirler. Ayrıca "Toplam İçe Yönelim" ve "Toplam Dışa Yönelim" davranış belirti puanı içinde yer almayan "Sosyal Sorunlar", "Düşünce Bozukluğu" ve "Dikkat Sorunları" da ölçekte yer almaktadır (147).

3.8.7 Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) (Pediatric Quality of Life Inventory)

ÇİYKÖ 2-18 yaşları arasındaki çocuk ve ergenlerin Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitelerini ölçebilmek için Varni ve arkadaşları (1999) tarafından geliştirilmiş bir yaşam kalitesi ölçeğidir (120). Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımladığı sağlıklılık halinin özellikleri olan "Fiziksel Sağlık", "Duygusal İşlevsellik" ve "Sosyal İşlevsellik" alanlarını sorgulamaktadır. Bunun yanında "Okul İşlevselliği" de sorgulanmaktadır. Puanlama üç alanda yapılmaktadır. İlk olarak "Ölçek Toplam" Puanı, ikinci olarak "Fiziksel Sağlık Toplam" puanı, üçüncü olarak "Duygusal İşlevsellik", "Sosyal İşlevsellik" ve "Okul İşlevselliği"nin değerlendirildiği madde puanlarının hesaplanmasından oluşan "Psikososyal Sağlık Toplam" puanı hesaplanmaktadır (119). Genel yaşam kalitesi ölçeklerinden olan ÇİYKÖ, okul ve hastane gibi geniş popülasyonlarda, hem sağlıklı hem de hastalığı olan çocuk ve ergenlerde kullanımı uygun olan 23 maddelik bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Maddeler 0–100 arasında puanlanmaktadır. Sorunun yanıtı hiçbir zaman olarak işaretlenmişse 100, nadiren olarak işaretlenmişse 75, bazen olarak işaretlenmişse 50, sıklıkla olarak işaretlenmişse 25, hemen her zaman olarak işaretlenmişse 0 puan almaktadır. Sorulardan alınan bu puanların toplamı işaretlenen madde sayısına bölünür. Eğer olgular formdaki maddelerin %50' sinden fazlasını doldurmamışlarsa değerlendirmeye alınmazlar. ÇİYKÖ "Ölçek Toplam" puanı ne kadar

yüksek ise Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi de o kadar iyi algılanmaktadır (119). ÇİYKÖ'nin kısa olması, yaklaşık 5–10 dakikalık bir sürede doldurulabiliyor olması, araştırmacı tarafından uygulanmasının ve puanlamasının kolay olması en önemli özelliklerindendir (119,148). ÇİYKÖ'nün güvenilirliğini değerlendirmede iç tutarlık çalışması yapılmış, Cronbach alfa katsayısı 0.93 bulunmuş, geçerlik değerlendirmesi için yapı geçerliğine ve klinik geçerliğine bakılmıştır (115,120). ÇİYKÖ'nün iç tutarlığının yüksek, geçerli, güvenilir ve duyarlı olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (119,120,149,150,151,152,153). ÇİYKÖ'nün 2-18 yaş grubu için Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (154,155).

4. VERİLERİN ANALİZİ VE DEĞERLENDİRME YÖNTEMLERİ

Veriler SPSS 15.0 paket programında değerlendirilmiştir. Değişkenler ortalama, standart sapma ve yüzde dağılımla özetlenmiştir. Grupların ölçülebilen verisinin ortalama değerleri üç grup ortalaması için Varyans analizi, iki grup ortalaması t testi ve Mann whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. Ölçülebilen değerlere Pearson ve Kendall Korelasyon testleri uygulanmıştır. Grupların sayımla belirtilen verisinin karşılaştırılmasında Ki Kare Testi kullanılmıştır. İstatistik anlamlılık düzeyi $p<0.05$ kabul edilmiştir.

5. BULGULAR

1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1.1 Çocuk ve Ebeveynlere İlişkin Sosyodemografik Özellikler

Çalışmamıza 8-16 yaş aralığında yaş ortalamaları 130.25 ± 16.31ay (10.8 ± 1.4 yıl) olan 180 çocuk ve ergen alınmıştır. DEHB tanılı 60 olgunun yaş ortalaması 130.38 ± 15.27 ay (10.8 ±1.2 yıl)'dır. Tip 1 DM tanılı 60 olgunun yaş ortalaması 130.08 ± 17.58 ay (10.8 ± 1.5 yıl), sağlıklı kontrol grubunun yaş ortalaması 130.30 ± 16.28 ay (10.8 ± 1.4 yıl) olarak saptanmıştır.

DEHB, Tip 1 DM ve Sağlıklı kontrol grubunda yaş ortalamaları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0.995).

Tablo 1' de örneklem grubumuzun cinsiyet özellikleri verilmiştir. Gruplar arasında cinsiyete göre dağılım farklı bulunmamış olup (p=0.633), DEHB tanılı hastaların % 68.3' ü (41 olgu) olmak üzere büyük bölümünün erkeklerden oluştuğu görülmüştür.

Olgu ve kontrol grupları aile bütünlüğü, aile gelir durumları, annelerinin eğitim düzeyi, annelerinin eğitim durumu, annelerinin çalışma durumu, babalarının eğitim durumu, babalarının çalışma durumu, annelerinde ruhsal hastalık varlığı, babalarında ruhsal hastalık varlığı yönlerinden karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

DEHB grubunda anlamlı farklılığa yol açmamakla beraber anne babası ayrı yaşayan çocukların sayısının Tip 1 DM ve sağlıklı kontrollere göre yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 1).

Tablo 1: Çocuk ve Ebeveynlere İlişkin Sosyodemografik Özellikler

	DEHB		TİP 1 DM		SAĞLIKLI		p
	n	%	n	%	n	%	
CİNSİYET							
Erkek	41	68.3	36	60.0	38	63.3	0.633
Kız	19	31.7	24	40.0	22	36.7	
AİLE BÜTÜNLÜĞÜ							
Bütün	48	80.0	54	90.0	55	91.7	0.117
Parçalanmış	12	20.0	6	10.0	5	8.3	
ANNE EĞİTİMİ							
İlköğretim	18	30.0	24	40.0	26	43.3	0.331
Lise	34	56.7	33	55.0	30	50.0	
Üniversite	8	13.3	3	5.0	4	6.7	
ANNENİN İŞ DURUMU							
Çalışmıyor	39	65.0	36	60.0	28	46.7	0.111
Çalışıyor	21	35.0	24	40.0	32	53.3	
BABANIN EĞİTİMİ							
İlköğretim	15	25.0	11	18.3	13	21.7	0.570
Lise	41	68.3	43	71.7	38	63.3	
Üniversite	4	6.7	6	10.0	9	15.0	
BABANIN İŞ DURUMU							
Çalışmıyor	7	11.7	4	6.7	3	5.0	0.365
Çalışıyor	53	88.3	56	93.3	57	95.0	
AİLENİN GELİR DURUMU							
Kötü	9	15.0	3	5.0	4	6.7	0.222
Orta	43	71.7	46	76.7	42	70.0	
İyi	8	13.3	11	18.3	14	23.3	
ANNEDE RUHSAL HASTALIK							
Yok	51	85.0	56	93.3	55	91.7	0.274
Var	9	15.0	4	6.7	5	8.3	
BABADA RUHSAL HASTALIK							
Yok	52	86.7	54	90.0	55	91.7	0.662
Var	8	13.3	6	10.0	5	8.3	

Ki kare testi, istatiksel anlamlılık $p<0.05$

1.2 Perinatal Özellikler

DEHB grubundaki olguların annelerinin gebelikte sigara kullanımı 11 (%18.3) olguda, Tip 1 DM grubunda 8 (%13.3) olguda ve sağlıklı kontrol grubunda 10 (%16.7) olguda saptanmıştır. Olgular annelerinin gebelikte sigara kullanımı yönünden karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0.750).

Olgular doğum şekli yönünden karşılaştırıldığında DEHB grubunda 36 (%60) olgunun normal doğum ile, 24 (%40) olgunun sezaryan ile; Tip 1 DM grubunda 38 (%63.3) olgunun normal doğum ile 22 (%36.7) olgunun sezaryan ile, sağlıklı kontrol grubunda 39 (%65) olgunun normal doğum, 21 (%35) olgunun sezaryan ile doğduğu öğrenilmiştir. Olgular doğum şekli yönünden karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0.847).

Olgular perinatal sorun varlığı açısından incelendiğinde DEHB grubunda 6 (%10) olguda, Tip 1 DM grubunda 4 (%6.7), sağlıklı kontrol grubunda 3 (%5) olguda perinatal sorun saptanmıştır. Olgular perinatal sorun varlığı yönünden karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0.56). Perinatal sorun tipleri DEHB grubunda 4 (%6.7) olguda erken doğum, 1 (%1.7) olguda hiperemezis, 1 (%1.7) olguda kordon prolapsus, Tip 1 DM grubunda 1 (%1.7) olguda erken doğum, 1 (%1.7) olguda kordon prolapsusu, 2 (%3.3) olguda zor doğum, sağlıklı kontrol grubunda 2 (%3.3) olguda hiperemezis, 1 (%1.7) olguda kordon prolapsusu şeklindedir.

1.3 Okul Başarısı ile İlgili Sosyodemografik Özellikler

Olguların ders başarıları ebeveynleri tarafından, DEHB grubunda 12 olgu "iyi", 38 olgu "orta", 10 olgu "kötü", Tip 1 DM grubunda 29 olgu "iyi", 27 olgu "orta", 4 olgu "kötü"; sağlıklı kontrol grubunda 39 olgu "iyi", 18 olgu "orta", 3 olgu "kötü" olarak bildirilmiştir. DEHB grubunun ders başarısı kontrol gruplarına göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır (p=0.000).

2. DEHB GRUBUNUN KLİNİK ÖZELLİKLERİ

DEHB grubunda Turgay DSM IV'e Dayalı Yıkıcı Davranım Bozuklukları Ölçeği puanları ortalamalarına bakıldığında; "Dikkat Eksikliği" puanı ortalaması 6.88 ±1.24 (r:3-9), "Hiperaktivite- İmpulsivite" puanı ortalaması 5.97±2.03 (r:2-9), "Karşıt Olma-Karşıt Gelme"

puanı ortalaması 1.98 ±2.05 (r:0-7), "Davranım Bozukluğu" puanı ortalaması 0.58 ±1.25 (r:0-6) olarak saptanmıştır. Du Paul Ölçeği puan ortalaması ise 32.82±9.99 (r:16-51) olarak saptanmıştır.

Tablo 2' de alt tipler, komorbidite ve şiddet açısından DEHB grubunun klinik özellikleri gösterilmiştir.

DEHB tanısı alan grupta alt tip özelliklerine bakıldığında, 12 (%20) olgunun Dikkat Eksikliği Baskın Tip, 2 (%3.3) olgunun Hiperaktivite- İmpulsivite Baskın Tip, 46 (%76.7) olgunun Bileşik tip olduğu görülmüştür.

DEHB tanısı alan olgularda komorbid tanı 19 (%31,7) olguda saptanmış olup Tablo 3'de ise komorbid tanıların dökümü yapılmıştır.

DEHB tanısı alan olgularda Klinik Global İzlenim Ölçeği'ne (CGI) göre belirlenen bozukluk şiddetleri Tablo 2' de sunulmuş olup, %70 DEHB tanılı olgunun hafif-orta şiddette belirti sergilediği dikkat çekmiştir.

Tablo 2: DEHB Olgu Grubunun Klinik Özellikleri

	OLGU	
	n	(%)
DEHB ALT TİPİ		
Dikkat Eksikliği Baskın Tip	12	20
Hiperaktivite- İmpulsivite Baskın Tip	2	3.3
Bileşik Tip	46	76.7
KOMORBİDİTE		
Var	19	31.7
Yok	41	68.3
KLİNİK GLOBAL İZLENİM(CGI) -DEHB ŞİDDETİ SKALASI		
Hafif	22	36.7
Orta	20	33.3
Belirgin	10	16.7
Ağır	8	13.3

11 olguda KOKGB/DB, 4 olguda Enürezis, 4 olguda Anksiyete Bozukluğu/Depresyon, 2 olguda Tik Bozuklukları, 1 olguda Anksiyete Bozukluğu ve Tik Bozukluğu, 1 olguda Anksiyete Bozukluğu ve Enürezis saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 3: DEHB Olgu Grubunda Komorbid Tanılar

Komorbid Tanı	**OLGU**	
	n	(%)
KOKGB/DB	11	18.4
Enürezis	4	6.7
Anksiyete Bozukluğu/Depresyon	4	6.7
Tik Bozuklukları	2	3.4
Anksiyete Bozukluğu ve Tik Bozukluğu	1	1.7
Anksiyete Bozukluğu ve Enürezis	1	1.7
Toplam	19	31.7

3. TİP 1 DM GRUBUNUN KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Tip 1 DM olgularının son 3 ay içinde ölçülen HbA1c değerleri ortalaması 7.89 ± 0.87 (r:6.5- 10.2) saptanmıştır.

Tip 1 DM olgularının almakta olduğu insülin tedavisi şekline bakıldığında 48 (%80) Tip 1 DM olgusunun insülin kalemi aracılığıyla uygulanan insülin tedavilerini aldığı, 12 (%20) Tip 1 DM olgusunun insülin pompası denen, gereken dozda insülini kana veren cihazlar ile tedavi aldığı saptanmıştır.

4. ÇOCUKLUK ÇAĞI DAVRANIŞ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ SONUÇLARI

DEHB grubu ve kontrol gruplarının ÇDDÖ puanları karşılaştırıldığında DEHB grubu "Sosyal İçe Çekilme", "Somatik Yakınmalar", "Anksiyete-Depresyon" puanlarında Sağlıklı Kontrol Grubu puanlarından anlamlı olarak yüksek ($p<0.001$) bulunmuştur. "Cinsel Sorun" puanında da DEHB grubu puanları sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak yüksek ($p=0.038$)

bulunmuştur. DEHB grubu puanları "Sosyal Sorun", "Düşünce Bozukluğu", "Dikkat Sorunu", "Suç Davranışı", "Agresif Davranış", "Toplam Sorun", "Toplam İçe Yönelim", "Toplam Dışa Yönelim" puanlarında Tip 1 DM ve Sağlıklı Kontrol Grubuna göre anlamlı olarak yüksek ($p<0.001$) bulunmuştur (Tablo 4).

Tip 1 DM grubu, "Sosyal İçe Çekilme", "Somatik Yakınmalar", "Anksiyete-Depresyon" puanlarında DEHB grubu ve Sağlıklı kontrol grubu puanlarından anlamlı olarak yüksek ($p<0.01$) bulunmuştur. Tip 1 DM grubu puanları "Sosyal Sorun", "Dikkat Sorunu", "Suç Davranışı", "Agresif Davranış", "Toplam Sorun", "Toplam İçe Yönelim", "Toplam Dışa Yönelim" puanlarında Sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek ($p<0.01$), yine "Düşünce Bozukluğu" puanında sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek ($p<0.05$) bulunmuştur (Tablo 4).

Tablo 4: DEHB ve Kontrol Gruplarının ÇDDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

ÇDDÖ Alt Testleri	**DEHB (n=60)**	**TİP 1 DM (n=60)**	**SAĞLIKLI (n=60)**	**p**
	ortalama±SS	ortalama±SS	ortalama±SS	
Sosyal İçe Çekilme	62.71±8.42	70.28±5.97	50.23±0.88	**<0.001***
Somatik Yakınmalar	57.23±8.60	60.70±5.35	51.56±2.90	**<0.001***
Anksiyete+Depresyon	59.75±8.23	63.38±3.80	50.08±0.38	**<0.001***
Sosyal Sorunlar	62.98±7.89	54.35±4.42	50.10±0.43	**<0.001***
Düşünce Bozukluğu	64.96±8.60	54.05±6.06	50.71±2.17	**<0.001***
Dikkat Sorunları	65.75±7.80	52.00±3.01	50.01±0.12	**<0.001***
Suç Davranışı	61.01±7.89	50.66±1.63	50.26±0.89	**<0.001***
Agresif Davranış	57.78±6.67	51.71±2.05	50.00±0.0	**<0.001***
Cinsel Sorunlar	52.41±5.85	50.58±3.20	50.50±2.71	**0.019***
Toplam İçe Yönelim	61.38±9.58	66.46±4.48	41.25±4.86	**<0.001***
Toplam Dışa Yönelim	58.26±8.78	49.11±3.51	36.18±3.65	**<0.001***
Toplam Sorun	63.73±9.53	57.45±2.60	35.71±3.67	**<0.001***

Tek yönlü varyans analizi (ANOVA), *İstatistiksel anlamlılık $p<0.05$.

5. YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (ÇİYKÖ) SONUÇLARI

5.1. Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) Sonuçları

Çocuk ve ergenlerin özbildirim ölçeklerinde Sağlıklı Kontrol Grubuna göre, "Duygusal İşlevsellik", "Sosyal İşlevsellik", "Okul İşlevselliği", "Psikososyal Sağlık Toplam", "Ölçek Toplam" puanlarında DEHB grubu puanları anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($p<0.01$). ÇİYKÖ "Fiziksel Sağlık Toplam" puanında gruplar arasında anlamlı fark ($p>0.05$) saptanmamıştır (Tablo 5).

Çocuk ve ergenlerin özbildirim ölçeklerinde Tip 1 DM tanılı gruba göre, "Duygusal İşlevsellik" ,"Psikososyal Sağlık Toplam" puanlarında DEHB grubu puanları anlamlı olarak düşük ($p<0.05$) bulunmuştur (Tablo 5).

Ebeveyn bildirimlerinde sağlıklı kontrol grubuna göre, ÇİYKÖ "Fiziksel Sağlık Toplam" "Duygusal İşlevsellik", "Okul İşlevselliği" ve "Ölçek Toplam" puanlarında DEHB grubu puanları anlamlı olarak düşük ($p<0,05$) bulunmuştur. ÇİYKÖ "Sosyal İşlevsellik" ve "Psikososyal Sağlık Toplam" puanında DEHB grubu sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak düşük ($p<0.01$) bulunmuştur (Tablo 5).

Ebeveyn bildirimlerinde Tip 1 DM tanılı gruba göre, DEHB tanılı olgularda herhangi bir yaşam kalitesi puan türünde anlamlı düşüklük saptanmamıştır ($p>0.05$).

Çocuk-ergen ya da ebeveyn bildirimlerinde, sağlıklı kontrol grubuna göre Tip 1 DM tanılı grupta, ÇİYKÖ toplam ya da alt ölçek puan ortalamalarında anlamlı düşüklük saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hem DEHB grubu hem de kontrol gruplarında, ebeveynlerin bildirdiği tüm ÇİYKÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının, çocuk ve ergenlerin özbildirim puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 5: DEHB ve Kontrol Gruplarının Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması

ÇİYKÖ Alt Testleri	**DEHB (n=60)**	**TİP 1 DM (n=60)**	**SAĞLIKLI (n=60)**	**p**
	ortalama±SS	ortalama±SS	ortalama±SS	
Çocuk- Ergen Özbildirimi				
Fiziksel Sağlık Toplamı	89.32±6.59	87.44±9.28	89.65±5.89	0.216
Duygusal İşlevsellik	78.75±9.41	83.83±10.18	85.25±13.69	**0.005***
Sosyal İşlevsellik	87.91±11.21	92.16±9.40	94.25±8.06	**0.002***
Okul İşlevselliği	77.58±12.60	82.58±8.56	84.08±12.67	**0.006***
Psikososyal Sağlık Toplamı	81.41±9.07	85.86±7.04	87.85±8.40	**<0.001***
Ölçek Toplamı	84.33±6.40	86.79±5.61	88.03±7.43	**0.008***
Ebeveyn Bildirimi				
Fiziksel Sağlık Toplamı	84.79±7.96	86.92±7.64	89.25±9.26	**0.015***
Duygusal İşlevsellik	75.66±8.85	80.08±14.42	81.60±13.56	**0.028***
Sosyal İşlevsellik	83.50±13.53	87.83±12.39	90.58±12.35	**0.010***
Okul İşlevselliği	76.08±14.41	80.66±12.05	82.58±15.77	**0.038***
Psikososyal Sağlık Top.	78.58±10.24	82.91±9.31	84.92±11.07	**0.003***
Ölçek Toplamı	80.56±6.91	83.87±7.27	84.17±11.17	**0.043***

Tek yönlü varyans analizi (ANOVA), *istatistiksel anlamlılık $p<0.05$

5. 2 Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) Özbildirim ve Ebeveyn Bildirimi Arasındaki İlişki

DEHB grubunda çocuk ve ergenlerin özbildirimleri ile ebeveyn bildirimleri arasında aynı alana ait tüm ÇİYKÖ puanları açısından anlamlı pozitif ilişki saptanmıştır ($p<0.01$) (Tablo 6).

Tablo 6: DEHB Grubunda Yaşam Kalitesi Ölçeği Özbildirim ve Ebeveyn Bildirim Puanlarının Karşılıklı İlişkileri

ÇİYKÖ Alt Testleri	**r**	**p**
Fiziksel Sağlık Toplamı	0.405**	0.001
Duygusal İşlevsellik	0.940**	0.000
Sosyal İşlevsellik	0.931**	0.000
Okul İşlevselliği	0.980**	0.000
Psikososyal Sağlık Toplamı	0.957**	0.000
Ölçek Toplamı	0.857**	0.000

Pearson korelasyon testi, **p<0,05 **p<0,01*

Tip 1 DM grubunda çocuk ve ergenlerin özbildirimleri ile ebeveyn bildirimleri arasında "Sosyal İşlevsellik" ve "Ölçek Toplam" puanları arasında pozitif ilişki saptanmıştır (p=0.001, p=0.004).

Sağlıklı kontrol grubunda çocuk ve ergenlerin özbildirimleri ile ebeveyn bildirimleri arasında "Sosyal İşlevsellik", "Psikososyal Sağlık Toplam" ve "Ölçek Toplam" puanları arasında pozitif ilişki saptanmıştır (p=0.021, p=0.001, p=0.005).

6. YAŞAM KALİTESİNE ETKİ EDEN FAKTÖRLER

6.1. YAŞIN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

DEHB, Tip 1 DM ve sağlıklı kontrol gruplarının her üçünde de hem çocuk hem ebeveyn bildirimlerinde yaşın ÇİYKÖ puanları üzerine anlamlı derecede etkisi saptanmamıştır (p>0,05).

6.2. CİNSİYETİN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

DEHB grubunda hem çocuk hem ebeveyn bildirimlerinde kız çocuk-ergenlerin ÇİYKÖ "Okul İşlevselliği" puanı erkeklerden anlamlı yüksek saptanmıştır (p=0.048, p=0.02).

Tip 1 DM ve sağlıklı kontrol grubunda hem çocuk hem ebeveyn bildirimlerinde ÇİYKÖ puanları üzerine cinsiyetin anlamlı farklılığa yol açmadığı saptanmıştır (p>0,05).

6.3. DEHB GRUBUNDA KLİNİK ÖZELLİKLER VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

6. 3. 1. DEHB Tipinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

DEHB grubunda, DEHB alt tiplerinin ÇİYKÖ puanları karşılaştırılması yapılırken iki kişiden oluşan Hiperaktivite- İmpulsivite Baskın Tip grubu istatiksel açıdan karşılaştırmaya dahil edilmemiştir. Bileşik Tipte, DE Tipine göre ebeveyn bildirimlerinde "Okul İşlevselliği" ve "Ölçek Toplam" puanlarında anlamlı olarak düşüklük ($p<0.01$), yine "Fiziksel Sağlık Toplam" puanı, "Duygusal İşlevsellik" ve "Psikososyal Sağlık Toplam" puanlarında anlamlı olarak düşüklük saptanmıştır ($p<0,05$). "Sosyal İşlevsellik" alanında, çocuk-ergen ya da ebeveyn bildirimlerinde DEHB alt tipleri arasında fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Ayrıca çocuk-ergen özbildirimlerinin ebeveyn bildirimlerinden farklı olan yönü; "Fiziksel Sağlık Toplam" puanında da DEHB alt tipleri arasında fark saptanmamış olmasıdır ($p>0,05$) (Tablo 7).

Tablo 7: DEHB Tipinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

ÇİYKÖ Alt Testleri	**DE (n=12)** ortalama±SS	**Bileşik (n=46)** ortalama±SS	**p**
Çocuk- Ergen Özbildirimi			
Fiziksel Sağlık Toplamı	90.36±7.47	88.99±6.24	0.563
Duygusal İşlevsellik	83.75±6.44	77.93±9.64	**0.041***
Sosyal İşlevsellik	92.50±5.43	87.83±10.97	0.301
Okul İşlevselliği	85.83±6.68	76.41±12.46	**0.014***
Psikososyal Sağlık Toplamı	87.36±5.00	80.72±8.63	**0.012***
Ölçek Toplamı	88.68±4.69	83.74±5.93	**0.013***
Ebeveyn Bildirimi			
Fiziksel Sağlık Toplamı	88.54±8.87	83.56±7.29	**0.046***
Duygusal İşlevsellik	81.25±5.69	74.56±9.06	**0.014***
Sosyal İşlevsellik	88.33±5.77	83.26±14.15	0.485
Okul İşlevselliği	85.83±6.68	74.67±14.24	**0.009***
Psikososyal Sağlık Toplamı	85.14±4.63	77.72±10.15	**0.012***
Ölçek Toplamı	86.05±4.86	79.59±6.48	**0.003***

*Mann Whitney U testi, *istatistiksel anlamlılık $p<0.05$

6. 3. 2 DEHB Grubunda Komorbidite Varlığının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

DEHB grubunda komorbidite varlığında hem çocuk hem ebeveyn bildirimlerinde, ÇİYKÖ "Fiziksel Sağlık Toplam" puanı hariç tüm ÇİYKÖ puanları anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p<0,01$). ÇİYKÖ "Fiziksel Sağlık Toplam" puanında anlamlı farklılık saptanmamıştır. ($p>0,05$) (Tablo 8).

Tablo 8: DEHB Grubunda Komorbidite Varlığının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

ÇİYKÖ Alt Testleri	**Komorbidite Yok (n=41)**	**Komorbidite Var (n=19)**	**p**
	ortalama±SS	ortalama±SS	
Çocuk- Ergen Özbildirimi			
Fiziksel Sağlık Toplamı	89.33±6.29	89.30±7.39	0.878
Duygusal İşlevsellik	81.58±6.84	72.63±11.35	**0.003***
Sosyal İşlevsellik	93.17±6.10	76.58±11.43	**0.000***
Okul İşlevselliği	81.95±9.67	68.16±13.25	**0.000***
Psikososyal Sağlık Toplamı	85.57±5.57	72.45±8.77	**0.000***
Ölçek Toplamı	87.04±4.40	78.49±6.23	**0.000***
Ebeveyn Bildirimi			
Fiziksel Sağlık Toplamı	85.00±7.63	84.37±8.84	0.728
Duygusal İşlevsellik	78.66±6.80	69.21±9.47	**0.001***
Sosyal İşlevsellik	90.12±6.66	69.21±13.67	**0.000***
Okul İşlevselliği	81.46±10.91	64.47±14.42	**0.000***
Psikososyal Sağlık Toplamı	83.66±5.69	67.63±9.30	**0.000***
Ölçek Toplamı	83.97±4.33	73.21±5.63	**0.000***

*Mann Whitney U testi, *istatistiksel anlamlılık $p<0.05$

6. 3. 3. DEHB Şiddeti ve Yaşam Kalitesi

DEHB grubunda, Klinik Global İzlenim Ölçeği ile yapılan şiddet değerlendirmesi ile çocuk ve ebeveyn "Fiziksel Sağlık Toplam" puanı hariç tüm ÇİYKÖ puanları arasında anlamlı derecede negatif ilişki saptanmıştır ($p<0,01$) (Tablo 9).

Tablo 9: DEHB Grubunda Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI) ile Yapılan Hastalık Şiddeti Değerlendirmesi ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

ÇİYKÖ Alt Testleri	**Klinik Global İzlenim ile Korelasyon**			
	Çocuk-Ergen Özbildirimi (n=60)		**Ebeveyn Bildirimi (n=60)**	
	r	**p**	**r**	**p**
Fiziksel Sağlık Toplamı	-0.056	0.594	-0.004	0.967
Duygusal İşlevsellik	-0.295**	0.005	-0.274**	0.010
Sosyal İşlevsellik	-0.477**	0.000	-0.442**	0.000
Okul İşlevselliği	-0.682**	0.000	-0.721**	0.000
Psikososyal Sağlık Toplamı	-0.606**	0.000	-0.629**	0.000
Ölçek Toplamı	-0.604**	0.000	-0.607**	0.000

*Kendall sıra korelasyonu testi, **p<0,05 **p<0,01*

DEHB grubunda, Du Paul Ölçeği ile yapılan şiddet değerlendirmesi ile çocuk ve ebeveyn "Fiziksel Sağlık Toplam" puanı hariç tüm ÇİYKÖ puanları arasında anlamlı derecede negatif ilişki saptanmıştır (p<0,01) (Tablo 10).

Tablo 10: DEHB Grubunda Du Paul Ölçeği ile Yapılan Hastalık Şiddeti Değerlendirmesi ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

ÇİYKÖ Alt Testleri	**Du Paul Ölçeği ile Korelasyon**			
	Çocuk-Ergen Özbildirimi (n=60)		**Ebeveyn Bildirimi (n=60)**	
	r	**p**	**R**	**p**
Fiziksel Sağlık Toplamı	-0.021	0.876	-0.070	0.593
Duygusal İşlevsellik	0.395**	0.002	-0.409**	0.001
Sosyal İşlevsellik	-0.583**	0.000	-0.603**	0.000
Okul İşlevselliği	-0.811**	0.000	-0.823**	0.000
Psikososyal Sağlık Toplamı	-0.752**	0.000	-0.779**	0.000
Ölçek Toplamı	-0.712**	0.000	-0.778**	0.000

*Pearson korelasyon testi, **p<0,05 **p<0,01*

6.3.4. DEHB Grubunda ÇDDÖ Puanları ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

A. DEHB grubunda ÇDDÖ Puanları ile ÇİYKÖ Özbildirimleri Arasındaki İlişki

ÇDDÖ (Çocukluk Çağı Davranış Değerlendirme Ölçeği) Toplam Puanları açısından bakıldığında; ÇDDÖ Toplam Puanları (“Toplam Sorun”, “Toplam İçe Yönelim”, “Toplam Dışa Yönelim”) ile ÇİYKÖ “Psikososyal Sağlık Toplam” ve ÇİYKÖ “Ölçek Toplam” puanları ile anlamlı negatif ilişki bulunmuştur ($p<0,01$, $p<0,05$). ÇDDÖ Toplam puanları ile ÇİYKÖ “Fiziksel Sağlık Toplam” puanı arasında anlamlı derecede ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

ÇDDÖ Alt Ölçek Puanlarına bakıldığında; “Somatik Yakınmalar” ve “Cinsel Sorun” hariç tüm ÇDDÖ alt ölçek puanları ile ÇİYKÖ “Psikososyal Sağlık Toplam” ve ÇİYKÖ “Ölçek Toplam” puanları arasında anlamlı negatif ilişki saptanmıştır ($p<0,01$, $p<0,05$). ÇDDÖ “Somatik Yakınmalar” ve “Sosyal Sorun” alt ölçek puanları ile ÇİYKÖ “Fiziksel Sağlık Toplam” puan arasında anlamlı negatif ilişki saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 11).

Tablo 11: DEHB Grubunda ÇDDÖ Puanları ile Çocuk- Ergenlerin Bildirdiği Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

ÇDDÖ Alt Testleri	ÇİYKÖ Toplamları					
	Fiziksel Sağlık Toplamı		Psikososyal Sağlık Toplamı		Ölçek Toplam Puanı	
	r	P	r	P	r	P
Sosyal İçe Çekilme	0.034	0.795	-0.321*	0.012	-0.280*	0.030
Somatik Yakınmalar	-0.262*	0.043	0.122	0.355	0.003	0.982
Anksiyete+Depresyon	-0.069	0.603	-0.432**	0.001	-0.412**	0.001
Sosyal Sorunlar	-0.265*	0.041	-0.475**	0.000	-0.546**	0.000
Düşünce Bozukluğu	-0.116	0.379	-0.374**	0.003	-0.395**	0.002
Dikkat Sorunları	-0.159	0.226	-0.459**	0.000	-0.489**	0.000
Suç Davranışı	-0.104	0.427	-0.576**	0.000	-0.560**	0.000
Agresif Davranış	-0.067	0.613	-0.529**	0.000	-0.518**	0.000
Cinsel Sorunlar	0.213	0.102	-0.145	0.268	-0.046	0.725
Toplam İçe Yönelim	-0.093	0.482	-0.294*	0.022	-0.299*	0.020
Toplam Dışa Yönelim	-0.077	0.558	-0.552**	0.000	-0.533**	0.000
Toplam Sorun	-0.152	0.246	-0.467**	0.000	-0.484**	0.000

*Pearson korelasyon testi, **p<0,05 **p<0,01*

B. DEHB grubunda ÇDDÖ Puanları ile ÇİYKÖ Ebeveyn Bildirimleri Arasındaki İlişki

ÇDDÖ Toplam Puanları açısından bakıldığında; ÇDDÖ Toplam Puanları ("Toplam Sorun", "Toplam İçe Yönelim", "Toplam Dışa Yönelim") ile ÇİYKÖ "Psikososyal Sağlık Toplam" ve ÇİYKÖ "Ölçek Toplam" puanları arasında anlamlı negatif ilişki bulunmuştur (p<0,01, p<0,05). ÇDDÖ "Toplam Sorun" puanı (p<0,01) ve "Toplam İçe Yönelim" (p<0,05) puanları ile ÇİYKÖ "Fiziksel Sağlık Toplam" puanı arasında anlamlı negatif ilişki

saptanırken, ÇDDÖ "Toplam Dışa Yönelim" puanı ile ÇİYKÖ "Fiziksel Sağlık Toplam" puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

ÇDDÖ Alt Ölçek Puanlarına bakıldığında; "Somatik Yakınmalar" ve "Cinsel Sorun" hariç tüm ÇDDÖ alt ölçek puanları ile ÇİYKÖ "Psikososyal Sağlık Toplam" ve ÇİYKÖ "Ölçek Toplam" puanları arasında anlamlı negatif ilişki saptanmıştır (p<0,01, p<0,05). ÇDDÖ "Somatik Yakınmalar" ve "Sosyal Sorun" (p<0,01), "Düşünce Bozukluğu" (p<0,05) alt ölçek puanları ile ÇİYKÖ "Fiziksel Sağlık Toplam" puan arasında anlamlı negatif ilişki saptanmıştır (Tablo 12).

Tablo 12: DEHB Grubunda ÇDDÖ Puanları ile Ebeveynlerin Bildirdiği Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

ÇDDÖ Alt Testleri	**ÇİYKÖ Toplamları**					
	Ebeveyn Fiziksel Sağlık Toplamı		**EbeveynPsikososyal Sağlık Toplamı**		**Ebeveyn Ölçek Toplam Puanı**	
	r	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
Sosyal İçe Çekilme	-0.107	0.415	-0.292*	0.024	-0.329*	0.010
Somatik Yakınmalar	-0.455**	0.000	0.126	0.339	-0.048	0.715
Anksiyete+Depresyon	-0.136	0.298	-0.396**	0.002	-0.450**	0.000
Sosyal Sorunlar	-0.357**	0.005	-0.457**	0.000	-0.575**	0.000
Düşünce Bozukluğu	-0.304*	0.018	-0.351**	0.006	-0.456**	0.000
Dikkat Sorunları	-0.245	0.060	-0.490**	0.000	-0.567**	0.000
Suç Davranışı	-0.144	0.271	-0.580**	0.000	-0.634**	0.000
Agresif Davranış	-0.187	0.153	-0.564**	0.000	-0.621**	0.000
Cinsel Sorunlar	0.103	0.434	-0.097	0.459	-0.059	0.655
Toplam İçe Yönelim	-0.280*	0.030	-0.268*	0.039	-0.378**	0.003
Toplam Dışa Yönelim	-0.221	0.089	-0.576**	0.000	-0.654**	0.000
Toplam Sorun	-0.334**	0.009	-0.456**	0.000	-0.579**	0.000

*Pearson korelasyon testi, **p<0,05 **p<0,01*

7. TİP 1 DM GRUBUNDA HEMOGLOBİN A1c DEĞERİNİN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Çocuk ve ergenlerin kendilerinin ya da ebeveynlerin doldurduğu ÇİYKÖ puan türleri ile HbA1c değeri arasında anlamlı derecede ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

6. TARTIŞMA

1. SOSYODEMOGRAFİK VERİLER VE HASTALIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLER

Yazında DEHB tanılı çocukların ailelerinin yaşam kalitelerini değerlendiren çalışma sayısı kısıtlıdır. Bu konuya olan ilgi son yıllarda artış göstermektedir. Bu çalışmada DEHB tanılı çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesi düzeylerinin Tip 1 DM tanılı ve sağlıklı çocuk ve ergenler ile karşılaştırılması amaçlanmıştır. Çalışmamızda temel olarak DEHB tanısı olan çocuklar ve ergenlerin özbildirim ölçekleri ve ebeveynlerinin bildirdiği yaşam kalitesi ölçekleri araştırılıp, bu veriler Tip 1 DM tanılı olgular ve sağlıklı kontrol gruplarıyla karşılaştırılmış ve elde edilen sonuçlar yazındaki bilgiler doğrultusunda tartışılmıştır.

DEHB grubundaki çocuk ve ergenler yaş ve cinsiyet açısından kontrol gruplarıyla birebir eşleştirilmiştir. Bu nedenle DEHB, Tip 1 DM ve sağlıklı kontrol grupları arasında yaş ortalamaları ya da cinsiyete göre dağılım açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. DEHB tanılı grupta erkek/kız oranı: 2.15 olarak saptanmıştır. Bu oran bozukluğun erkeklerde 2-5 kat daha sık görüldüğü biçimindeki yazın bilgisiyle uyumludur (2, 156).

Çalışmamızda anne ve babanın birlikte ya da ayrı yaşama durumuna göre ya da ailenin geliri açısından gruplar arasında farklılık saptanmamıştır. Anne ve baba eğitim düzeyleri ve çalışma durumu açısından gruplar benzer bulunmuştur. Bu bulgunun nedeni olgu grubu ile kontrol gruplarının sosyodemografik özellikler açısından eşleştirilmiş olmasıdır. Anne ve babada ruhsal hastalık bulunması açısından gruplar arasında farklılık saptanmamıştır. Bu bulgu DEHB' nin genetik kalıtılabilirliğinin yüksek olduğu bilgisi ile uyumlu değildir (59). Bu farklığın başlıca nedenleri, örneklemdeki ebeveynlerin DEHB kriterlerini taşıyıp tanı alamamış olmaları ya da örneklem sayısının küçük olması olabilir.

Perinatal özelliklere bakıldığında annenin gebeliğinde sigara kullanımı açısından gruplar arasında farklılık saptanmamıştır. Bu bulgu annenin gebeliğinde sigara kullanımının DEHB sıklığını artırdığına dair yazın bulgularıyla kısmen uyumlu değildir (157,158,159,160). Bu sonucun örneklem boyutunun küçük olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda okul başarıları değerlendirildiğinde, DEHB grubu ders başarısı kontrol gruplarına göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır. Bu bulgu DEHB tanılı çocukların akademik olarak yaşıtlarına oranla okul başarısı açısından sorunlar yaşayabileceklerini

bildiren yazın verileriyle uyumlu bulunmuştur (132,161,162). DEHB'de beklenin altında akademik başarı ve eğitime ilişkin olumsuz sonuçların kalıcılık gösterdiği, bu çocukların okul devamsızlık sürelerinin fazla olduğu, okulu daha uzun sürede bitirme ve düşük not ortalamasıyla mezun olma gibi nedenlerden dolayı sosyal pozisyonlarının daha düşük olduğunu bildiren araştırmalar bulunmaktadır (163, 164,165). Bu çalışmanın bulguları yazın bilgilerini desteklemektedir.

DEHB grubundaki olgular alt tiplere göre ayrıldığında, olguların %76.6'sı Bileşik Tip, %20'si Dikkat Eksikliği Baskın Tip, %3.3'i de Hiperaktivite-İmpulsivite Baskın Tip şeklinde ayrıştığı saptanmıştır. Yazın bilgilerine göre DEHB grubu klinik örnekleminde en sık görülen alt tip Bileşik Tip olup bunu sırasıyla Dikkat Eksikliği Baskın Tip ve Hiperaktivite-İmpulsivite Baskın Tip izlemektedir (166). Bu çalışmada yazın bilgileriyle uyumlu veriler elde edilmiştir.

Bu çalışmada DEHB tanısı olan çocuk ve ergenlerin % 31,7'sinde bir veya birden fazla komorbid tanı saptanmıştır. Yazında DEHB tanısı olan çocukların %50-80'inin en az bir başka bozukluğun tanı ölçütlerini de karşıladıkları bildirilmektedir (167). Bu çalışmada komorbidite oranının kısmen düşük çıkması, örneklemdeki %70 DEHB tanılı olgunun Klinik Global İzlenim Ölçeği'ne (CGI-DEHB) göre belirlenen bozukluk şiddetinin hafif-orta şiddette olması ile ilişkili olabilir. Örneklemimizdeki DEHB tanılı çocukların büyük oranda (%18,4) ek Yıkıcı Davranım Bozuklukları sergilediği saptanmıştır. Bu bulgu, DEHB'de en sık komorbiditenin diğer Yıkıcı Davranım Bozuklukları ile olduğunu bildiren araştırmalarla uyumludur (5,167). Duygudurum Bozuklukları, Psikotik Bozukluklar, Mental Retardasyon ve Madde Kullanım Bozuklukları çalışmanın dışlama kriteri olduğu için DEHB olgularında eşlik eden tanılar sıklık sırasıyla; Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB), Enürezis, Anksiyete Bozuklukları/Depresyon ve Tik bozuklukları şeklinde bulunmuştur. Toplamda 19 (%31,7) olguda bir ya da daha fazla komorbidite saptanmıştır. Bu bulgular, heterojen klinik belirtilerin olduğu DEHB' de yüksek komorbidite görülebildiği bilgisini desteklemektedir (51).

2. ÇDDÖ SONUÇLARI

Bu çalışmadaki tüm çocuk ve ergenlerin sorun davranışlarını belirlemeye yönelik 4-18 Yaş Çocuk ve Gençlerde Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) kullanılmıştır. Her üç gruba ebeveynin puanladığı ÇDDÖ formu verilerek elde edilen veriler değerlendirilmiş ve DEHB olgularında tüm ÇDDÖ alt ölçek puanları sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak

yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada "Dikkat Sorunları" puanı açısından DEHB grubu her iki kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Bu sonuçlar DEHB tanısını destekleyen bir bulgu olarak değerlendirilebilir ve önceki çalışmalarda elde edilen verilerle uyumludur. Yazında, DEHB tanılı çocukların daha fazla davranışsal sorunlarının olduğu ve daha çok sosyal sorunlar yaşayabildikleri belirtilmektedir (20). DEHB ve sağlıklı kontrol grubunu ÇDDÖ açısından değerlendiren çalışmalarda DEHB'de tüm alttipler, tüm ÇDDÖ alanlarında kontrollerden yüksek bulunmuştur (168,169).

Bu çalışmada "Anksiyete/Depresyon" açısından DEHB grubu puanları sağlıklı kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. DEHB'ye birçok ruhsal bozukluk eşlik edebilmektedir. Anksiyete Bozuklukları ve Duygudurum Bozuklukları ile sık birliktelik gösterdiği bilinmektedir (170,171,172). Çalışmamızdaki sonuç yazın bilgileriyle uyumludur.

Bu çalışmada, DEHB grubunda sağlıklı kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek "Sosyal İçe Çekilme", "Somatik Yakınmalar" ve "Toplam İçe Yönelim" puanları bulunması, bu grupta duygusal sorunların daha fazla olduğunu düşündürmektedir. Bu bulgular yazın bilgileri ile uyumlu olup, yazında bu çocukların arkadaşları tarafından tercih edilmediği, ilişkilerde sürekliliği sağlamada zorlandıkları ve ileriki dönemlerde bu sorunun sosyal içe çekilmeye yol açabildiği belirtilmektedir (20). Ayrıca, erken dönemde var olan dışa yönelim sorunlarının, yaşamın daha sonraki dönemlerinde içe yönelim sorunlarına yol açtığı belirtilmektedir (173).

Bu çalışmada ÇDDÖ'deki "Agresif Davranış" puanı, "Suç Davranışı" puanı ve "Toplam Dışa Yönelim" puanları açısından DEHB olgularıyla her iki kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Yazında DEHB tanısı olan erkek çocuklarda, saldırganlığın yaşamın ilk dönemlerinde başladığı (174), DEHB'ye eşlik eden saldırgan davranışın, hem tedavi hem de prognoz açısından olumsuz gösterge sayılabileceği belirtilmektedir (Weiss 93). DEHB tanılı çocuklardaki saldırgan davranışın, ergenlikte antisosyal davranış ve yetişkin suç davranışı için yüksek öngörücü olduğu ileri sürülmektedir (175). DEHB tanılı çocukların, suça karışmalarının daha yüksek olduğu (176), ergenlik döneminde DB, erişkinlik döneminde Antisosyal Kişilik Bozukluğu açısından risk taşıdıkları bildirilmiştir (20). Bu çalışmanın bulguları yazınla uyumlu bulunmuştur.

Ayrıca "Toplam Sorun" davranış puanı açısından, DEHB grubu puanları, her iki kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu bulgu DEHB'nin ciddi sorunlara neden olabileceği şeklindeki yazın bilgisini desteklemektedir (49, 51, 60).

Tip 1 DM grubunun "Sosyal İçe Çekilme", "Somatik Yakınmalar", "Anksiyete-Depresyon" puanları DEHB ve sağlıklı kontrol grubu puanlarından anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Tip 1 DM tanılı çocuk ve ergenlerde anksiyete, içe çekilme belirtileri oluşabileceği bilinmektedir (177,178,179). Bu çalışmanın bulguları yazındaki bulgularla uyumludur.

Yine Tip 1 DM grubunda "Sosyal Sorun", "Dikkat Sorunu", "Düşünce Bozukluğu", "Suç Davranışı" ve "Agresif Davranış", "Toplam Sorun", "Toplam İçe Yönelim", "Toplam Dışa Yönelim" puanları sağlıklı kontrollere göre yüksek saptanmıştır. Yazında, Tip 1 DM tanılı çocuklarda yüksek kan glikoz düzeyleriyle ajitasyon ve agresyon gibi dışa yönelim belirtileri arasında anlamlı ilişki bulunduğu belirtilmektedir (180). Ayrıca Tip 1 DM'nin bilişsel gelişim üzerine de olumsuz etkilerinin olduğu bildirilmektedir (181). Diyabet tanısı olmayan çocuklarla karşılaştırıldığında, diyabetik çocuk ve ergenlerin zeka, dikkat, işlem hızı, uzun dönem hafıza ve yönetme becerilerinin daha zayıf olduğu belirtilmektedir (182). Bu çalışmadaki bulgular yazın bulgularıyla uyumludur.

3.YAŞAM KALİTESİ SONUÇLARI

3.1 ÖZBİLDİRİM

Bu çalışmada yaşam kalitesi, çocuklarda sağlıkla ilgili bir genel yaşam kalitesi ölçeği olan "Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği" (ÇİYKÖ) (PedsQL) kullanılarak değerlendirilmiştir. Bu çalışmada DEHB tanılı grup, kronik fiziksel hastalık olan Tip 1 DM olguları ve sağlıklı yaşıtları ile karşılaştırılmış, anne-babaların ve çocuk-ergenlerin doldurdukları ÇİYKÖ formları ayrı ayrı analiz edilmiştir. Yaşam kalitesi alt ölçekleri "Fiziksel Sağlık Toplam" puanı, "Duygusal İşlevsellik" puanı, "Sosyal İşlevsellik" puanı, "Okul İşlevselliği" puanı, "Psikososyal Sağlık Toplam" puanı ve "Ölçek Toplam" puanı değişkenleri ile tanımlanmış, her değişkenin aritmetik ortalaması saptanarak elde edilen ortalamalar gruplar arasında karşılaştırılmıştır. Yurt dışında benzer çok fazla sayıda ölçek bulunduğundan ve DEHB tanılı gruplarda fazla sayıda yaşam kalitesi değerlendirmesi yapılmış olmasına karşın, yazında ÇİYKÖ'nün DEHB'de kullanıldığı az sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Ayrıca DEHB tanılı olguların yaşam kalitelerini Tip 1 DM tanılı olgularla karşılaştıran bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Bu çalışmada DEHB tanılı gruptaki çocuk ve ergenlerin özbildirim formlarında sağlıklı kontrol grubuna göre "Fiziksel Sağlık Toplam" puanı hariç olmak üzere diğer tüm ölçek puanları ("Duygusal İşlevsellik" puanı, "Sosyal İşlevsellik" puanı, "Okul İşlevselliği" puanı, "Psikososyal Sağlık Toplam" puanı ve "Ölçek Toplam" puanı) anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. "Fiziksel Sağlık Toplam" puanında anlamlı fark saptanmamıştır. Yaşam kalitesinin ÇİYKÖ kullanılarak değerlendirildiği, DEHB tanılı 8-16 yaş arası 49 çocuk ve ergenin yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilen 49 sağlıklı çocuk ve ergenle karşılaştırıldığı bir yurtiçi çalışmada, çocuk ve ergenlerin özbildirimlerinde "Psikososyal Sağlık Toplam" ve "Okul İşlevselliği" puanlarında DEHB grubunda anlamlı düşüklük saptanmış olup "Fiziksel Sağlık Toplam" puanında fark saptanmamıştır (133). Bu bulgular çalışmamızdaki bulgularla benzerdir.

Varni ve arkadaşlarının (1999) ÇİYKÖ ile yapılan çalışmalarında DEHB tanılı çocukların öz bildirimlerinde sağlıklı kontrol grubuna göre "Ölçek Toplam", "Psikososyal Sağlık Toplam" ve "Fiziksel Sağlık Toplam" puanlarında anlamlı derecede düşüklük bildirmişlerdir (120). Yine ÇİYKÖ kullanılan diğer bir çalışmada Pongwilairat ve arkadaşları (2005), DEHB tanılı çocukların öz bildirimlerinde sağlıklı kontrollere göre düşük "Psikososyal Sağlık Toplam" ve "Fiziksel Sağlık Toplam" puanı saptamışlardır. (183). Varni ve Pongwilairat öncülüğündeki çalışmalardan bu çalışmanın ayrılan yönü, çalışmamızda DEHB grubu çocuk ve ergenlerin özbildirimlerinde sağlıklı kontrollere göre "Fiziksel Sağlık Toplam" puanında fark saptanmamış olmasıdır. Örneklem farklılıkları bu sonuca yol açmış olabilir.

Bu çalışmada, DEHB tanılı gruptaki çocuk ve ergenlerin özbildirimlerinde, kronik fiziksel hastalık olan Tip 1 DM tanılı gruba göre "Psikososyal Sağlık Toplam" ve "Duygusal İşlevsellik" puanlarında anlamlı olarak düşük saptanmıştır. Varni ve arkadaşları (2006) bir çalışmalarında 5- 16 yaş grubu toplam 72 DEHB tanılı çocuk ve ergenin ÇİYKÖ özbildirim sonuçlarını analiz etmiş, sonuçları kronik bozukluğa sahip çocuklar (kanser tanısı yeni konmuş çocuklar ve serebral palsi tanılı çocuklar) ve sağlıklı yaşıtları ile karşılaştırmışlardır. Sonuç olarak DEHB tanılı çocukların özbildirimlerinde "Psikososyal Sağlık" alanındaki bozulmanın yeni tanı konmuş kanser tanısı almış çocuklar ve serebral palsi tanılı çocuklarla karşılaştırılabilir düzeylerde olduğu, sağlıklı çocuklardan anlamlı düzeylerde düşük bulunduğunu bildirmişlerdir. DEHB tanılı grupta sağlıklı kontrollere oranla "Fiziksel Sağlık" alanında da istatistiksel olarak anlamlı olmayan düşüklük bildirmişlerdir (14). Varni ve arkadaşları (2006) çalışmalarında "Psikososyal Sağlık Toplam" puanını oluşturan alt ölçek

puanlarını (“Duygusal İşlevsellik”, “Sosyal İşlevsellik”, “Okul İşlevselliği” puanları) gruplar arasında karşılaştırmamışlardır. Çalışmamızın bulguları, Varni ve arkadaşlarının (2006) çalışması ile uyumludur (14).

3.2 EBEVEYN BİLDİRİMİ

Bu çalışmada DEHB tanılı gruptaki çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinin çocukları hakkında doldurdukları formlarda sağlıklı kontrol grubuna göre “Psikososyal Sağlık Toplam”, “Ölçek Toplam”, “Duygusal İşlevsellik”, “Sosyal İşlevsellik”, “Okul İşlevselliği”, “Fiziksel Sağlık Toplam” puanları; özetle tüm yaşam kalitesi puanları anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır. Yıldız ve arkadaşlarının (2010) yaşam kalitesini ÇİYKÖ kullanılarak değerlendirdiği, 49 DEHB tanılı olguyu 49 sağlıklı çocuk ve ergenle karşılaştırdığı yurtiçi çalışmanın ebeveyn bildirimlerinde “Psikososyal Sağlık Toplam”, “Okul İşlevselliği” ve “Sosyal İşlevsellik” puanlarında anlamlı düşüklük saptanmıştır. Bu bulgular çalışmamızda elde edilen ebeveyn verileriyle kısmen benzerdir (133). Çalışmamızda, ebeveynlerin bildirdiği “Psikososyal Sağlık Toplam”, “Okul İşlevselliği” ve “Sosyal İşlevsellik” puanlarına ek olarak “Fiziksel Sağlık Toplam” ve “Duygusal İşlevsellik” puanlarında da DEHB grubunda düşüklük saptanmış ancak Yıldız ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında saptanmamıştır. Bunun nedeni örneklem farklılığı olabilir.

Yazında “Çocuk Sağlığı Anketi-Ebeveyn Formu” ile yapılmış çalışmalar mevcuttur. Çocuk Sağlığı Anketi’nin geliştirilmesi sırasında Landgraf (1999) ebeveyn formlarında DEHB Örnekleminin, “Psikososyal Sağlık Toplam” puanı ve Psikososyal Sağlık Alt Ölçeklerinde sağlıklı kontrol grubuna kıyasla düşük puanlar aldığını bulmuştur (184). Klassen’in (2004) 6-17 yaş arası 165 DEHB tanılı çocuğun yaşam kalitesini yine “Çocuk Sağlığı Anketi-Ebeveyn Formu” ile ölçtüğü çalışmada 165 DEHB tanılı çocuk Amerika normlarıyla karşılaştırılmış tüm Psikososyal Sağlık Alt Ölçeklerinde ve “Psikososyal Sağlık Toplam”da DEHB tanılı çocuklar sağlıklı kontrollere göre anlamlı düzeyde daha düşük puanlanmıştır. Her iki grup arasında Fiziksel Sağlık Alt Ölçekleri ve “Fiziksel Sağlık Toplam” puanında ise benzer sonuçlara ulaşılmıştır (132). “Çocuk Sağlığı Anketi-Ebeveyn Formu” ile yapılan 65 DEHB olgusunun sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı bir başka çalışmada da gruplar arasında “Psikososyal Sağlık Toplam” puanı DEHB olgularında anlamlı derecede düşük bulunurken, “Fiziksel Sağlık Toplam” puanında anlamlı fark saptanmamıştır (185).

Görüldüğü gibi "Çocuk Sağlığı Anketi-Ebeveyn Formu" (ÇSA-EF50) ile yapılan çalışmaların çoğunda ebeveynler sağlıklı kontrollere göre "Psikososyal Sağlık Toplam" puanında daha düşük yaşam kalitesi puanlarken "Fiziksel Sağlık Toplam" puanında daha düşük yaşam kalitesi puanlamamıştır. Bu çalışmamızda, ebeveynden öğrenilen "Psikososyal Sağlık Toplam" puanının sağlıklı kontrollerden düşük bulunması sonucu, yazındaki ÇSA ile yapılan çalışmalarda ebeveynin bildirdiği düşük "Psikososyal Sağlık Toplam" sonuçlarıyla uyumludur. Ancak bu çalışmamızda ebeveynden öğrenilen "Fiziksel Sağlık Toplam" puanının da sağlıklı kontrollerden düşük bulunması sonucu, ÇSA ile yapılan çalışmalarla uyumlu değildir. Bu uyumsuzluğun, farklı çalışmalardaki farklı örneklem boyutu ve ebeveynler arasındaki sosyodemografik farklar, dolayısıyla çocuklarının fiziksel işlevselliklerini algılamalarındaki farklar nedeniyle olabileceği düşünülmüştür. Bu düşünceyi destekler biçimde çalışmamızdaki ebeveyn verileriyle uyumlu olarak, Sawyer ve arkadaşlarının (2002) geniş toplum örnekleminde yaptığı bir çalışmada, ebeveynlerin doldurduğu "Fiziksel Sağlık Toplam" puanında da DEHB grubunda, sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı düşüklük saptanmıştır (186).

Bu çalışmada, DEHB tanılı gruptaki çocuk ve ergenlerin ebeveyn bildirimlerinde, tüm ÇİYKÖ yaşam kalitesi puanlarında, kronik fiziksel hastalık olan Tip 1 DM tanılı gruba göre istatiksel olarak anlamlı olmayan düşüklük saptanmıştır. Yazında yaşam kalitesinin ebeveynlerin doldurduğu "Çocuk Sağlığı Anketi-Ebeveyn Formu" (CSA-EF 50) kullanılarak değerlendirildiği, 6-12 yaş arası DEHB olgularının, astım tanılı olgular ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı bir çalışmada, "Psikososyal Sağlık Toplam" puanında DEHB tanılı çocuklar, astım tanılı olgular ve sağlıklı kontrollere kıyasla anlamlı ölçüde daha düşük değerlendirilirken, "Fiziksel Sağlık Toplam" puanında benzer değerlendirilmiştir (187). Bu çalışmada, DEHB tanılı gruptaki çocuk ve ergenlerin özbildirimlerinde "Psikososyal Sağlık Toplam" puan türünde, Tip 1 DM tanılı gruba göre anlamlı derecede düşüklük saptanmasına karşın, ebeveyn bildirimlerinde anlamlı derecede düşüklük saptanmamıştır. Bunun nedeni, kronik fiziksel hastalık olarak Tip 1 DM'nin, ataklar şeklinde seyreden astıma göre, yaşam kalitesine etkisinin ebeveynler tarafından daha fazla algılanması ve bu durumun DEHB grubu ile yaşam kalitesi açısından anlamlı fark oluşmasını engellemesi nedeniyle olabilir.

Sonuç olarak bu çalışmada DEHB tanılı olgularda "Duygusal İşlevsellik", "Sosyal İşlevsellik", "Okul İşlevselliği" dolayısıyla "Psikososyal Sağlık Toplam" puanlarında yaşam kalitelerinde olumsuz etkilenme saptanmıştır. Yazında da DEHB tanısı alan çocuklarda en güçlü etkilenmenin psikososyal, akademik başarı ve aile işlevleri alanında olduğu

bildirilmektedir (10,132,186). DEHB varlığında dikkat sürelerinin kısa olması çocukların öğrenmelerini olumsuz etkilemekte ve akademik başarıları beklenenin altında olmaktadır. Ayrıca bu çocukların duygu durumlarında ortaya çıkan ani değişiklikler, öfke kontrolsüzlüğü, dürtüsellik nedeniyle olaylar karsısında düşünmeden hareket etmeleri, aynı hatayı ders almadan tekrarlamaları, akran ilişkilerini, sosyal becerilerini ve otorite figürleri ile olan iletişimlerini de olumsuz etkilemektedir (49,51). Bu çalışmanın bulguları genel olarak yazın ile uyumludur.

3.3 ÖZBİLDİRİM VE EBEVEYN BİLDİRİMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Bu çalışmada çocukların ve ebeveynlerin doldurdukları ÇİYKÖ puanlarında, ebeveynlerin çocuklarının yaşam kalitesini, çocukların kendilerine göre daha düşük algıladıkları görülmüştür. Diğer çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmış ve bu fark DEHB tanılı çocukların diğer ruhsal bozuklukların tersine, kendi durumlarını daha pozitif algıladıklarını düşündürmüştür (188). Klassen ve arkadaşları (2006), "Çocuk Sağlığı Anketi" ölçeğindeki sekiz yaşam kalitesi alt sorgusunu ve bir maddesini esas alarak, anne-babaların doldurdukları ölçeğin çocukların kendi değerlendirmelerinden daha olumsuz olup olmadığını ve demografik, sosyoekonomik ve klinik faktörlerle ilişkisini araştırmışlardır. Sonuç olarak, çocukların anne-babalarından dört alanda ("Davranış", "Özgüven", "Mental Sağlık", "Aile Kohezyonu") daha iyi, bir alanda ("Fiziksel Sağlık") daha kötü geri bildirimde bulunduklarını saptamışlardır. Anne-baba ile çocuk geri bildirimleri arasındaki farklılıkların Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu bulunanlarda anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlenmiştir. Klassen ve arkadaşları (2006), DEHB tanılı çocukların problemlerini gizlemek isteyebileceklerini, sorunlarıyla başa çıkabilmek için inkar edebileceklerini ya da dürtüsel ve bilişsel özellikleri nedeniyle soruları yanlış yorumlayabileceklerini öne sürmüşlerdir. Bunun yanında ebeveynlerin çocukları ile ilgili beklentileri, başka çocuklarla kıyaslamaları, ebeveynin ruhsal durumu gibi nedenlerin çocuklarının yaşam kalitelerini olduğundan daha olumsuz algılamalarına neden olmuş olabileceği belirtilmiştir. Ancak yine bu çalışmada her ne kadar anne-baba ve çocuk arasında bir miktar farklı geri bildirim olsa da yaşam kalitesi ölçeği kullanılmasının DEHB tanılı çocuklarda ortalama bir yaşam kalitesi değerlendirmesine olanak verdiğini belirtmişlerdir (11).

Bu çalışmada DEHB grubunda çocuk ve ergenlerin özbildirimleri ile ebeveyn bildirimlerinin tüm alt ölçeklerde ve tüm toplam puanlarda birbiriyle birebir pozitif ilişkisi

olduğu saptanmıştır. Varni (2006) ÇİYKÖ ile yaptığı çalışmasında tüm alanlarda ebeveyn ve çocukların benzer puanladıklarını ve fiziksel alanlarla psikososyal alanlardaki korelasyonların benzer olduğunu bildirmiştir (14). Benzer şekilde Rimmer ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında çocuk ve ebeveyn bildirimleri arasında benzer korelasyonlar bildirilmiştir (189). Bu çalışmadaki bulgular yazındaki çalışmaların bulguları ile benzerdir.

4. YAŞAM KALİTESİNE ETKİ EDEN FAKTÖRLER

4. 1. YAŞ/CİNSİYET VE YAŞAM KALİTESİ

Bu çalışmada DEHB tanılı çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesi alt ve toplam ölçek puanları açısından, hem çocuk hem ebeveyn bildirimlerinde yaşa göre farklılık göstermemiştir. Yazında yaşın DEHB tanılı çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesi üzerine etkisine dair çalışmaya rastlanmamıştır. Cinsiyet açısından bakıldığında ise DEHB grubunda, hem çocuk hem ebeveyn bildirimlerinde cinsiyetin ÇİYKÖ "Okul İşlevselliği" puanında anlamlı derecede farklılığa yol açtığı saptanmıştır. Buna göre kız çocuk ve ergenlerin, "Okul İşlevselliği" puanı erkeklerden anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Klassen ve arkadaşları 106 erkek ve 25 kız DEHB tanılı çocuk-ergen ile yaptıkları bir çalışmada (2004), cinsiyetin fiziksel sağlığın prediktörlerinden olduğunu, psikososyal sağlık alanlarına etkisi olmadığını saptamışlardır (132). Farklı sonuçların nedeni, alınan örneklemlerdeki kız çocuk ve ergen sayılarının az olması olabilir.

Bu çalışmada Tip 1 DM tanılı çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesi alt ve toplam ölçek puanları açısından yaşa ya da cinsiyete göre farklılık göstermemiştir. Bazı çalışmalarda Tip 1 DM tanılı çocuklarda yaş büyüdükçe yaşam kalitesinin arttığına dair bulgular saptanmıştır (190). Bizim çalışmamız bu çalışmalar ile uyumsuzdur. Bu sonuç örneklem büyüklüğünden kaynaklanmış olabilir. Yazında Tip 1 DM tanılı olgularda cinsiyetin doğrudan yaşam kalitesine etkilediğine dair çalışmaya rastlanmamış olup, cinsiyetin psikiyatrik hastalıkla ilişkisi değerlendirilmiş, bazı çalışmalarda kız olgularda daha yüksek oranda psikiyatrik bozukluk saptanırken (191) bazı çalışmalarda cinsiyetler arasında fark bulunmamıştır (192,193). Çalışmamızda cinsiyetler arası fark saptanmamış olmasının nedeni psikiyatrik

bozukluğun dışlanmış olması ya da alınan örneklemdeki kız çocuk ve ergen sayısının az olması olabilir.

Bu çalışmada sağlıklı kontrol grubunda çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesi alt ve toplam ölçek puanları açısından, hem çocuk hem ebeveyn bildirimlerinde, yaşa ya da cinsiyete göre farklılık göstermemiştir. Yazında sağlıklı çocuk-ergenlerde yaşın ya da cinsiyetin yaşam kalitesine etkisine dair çalışma bulunmamaktadır.

4. 2. DEHB GRUBUNDA KLİNİK ÖZELLİKLER VE YAŞAM KALİTESİ

4. 2. 1. DEHB Tipi ve Yaşam Kalitesi

Bu çalışmada çocuk ve ergen özbildirimlerinde DEHB Bileşik Tip olgularında, Dikkat Eksikliği Baskın Tipe göre "Duygusal İşlevsellik", "Okul İşlevselliği", "Psikososyal Sağlık Toplam", "Ölçek Toplam" puanlarında anlamlı olarak düşüklük saptanmıştır. Çocuk ve ergen özbildirimlerinde "Sosyal İşlevsellik" alanında ve "Fiziksel Sağlık Toplam" puanında DEHB alt tipleri arasında fark saptanmamıştır.

Ebeveyn bildirimlerinde ise Bileşik Tip olguları, Dikkat Eksikliği Baskın Tip olgularına göre "Okul İşlevselliği" "Ölçek Toplam", "Fiziksel Sağlık Toplam", "Duygusal İşlevsellik" ve "Psikososyal Sağlık Toplam" puanlarında anlamlı olarak düşük puanlar almıştır. Ebeveyn bildirimlerinde sadece "Sosyal İşlevsellik" alanında, DEHB alt tipleri arasında fark saptanmamıştır.

Yazında DEHB alt tiplerinin yaşam kalitelerini ÇİYKÖ ile karşılaştıran bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Ancak farklı DEHB alt tiplerini "Çocuk Sağlığı Anketi- Ebeveyn Formu" ile kıyaslayan çalışmalarda her üç alt tip, çoğu alt ölçeklerde kontrollere göre daha düşük değerlerdedir. Çoğu alt skorda DEHB-B tipinde YK'nin en çok etkilendiği saptanmıştır. Dikkat Eksikliği Baskın Tip sadece Fiziksel Sağlık Alt Ölçeklerinde daha düşük puanlar almıştır. Örneğin, DEHB-B ve DEHB-DE tipleri "Özgüven" ve "Ailenin Emosyonel Durumu Üzerine Etki" alt ölçeklerinde DEHB-HA tipe göre daha düşük puan almış, yine DEHB-B alt tipi "Rol/Sosyal-Emosyonel/Davranışsal" alt ölçeği ve "Ailenin Zamanı Üzerine Etki" alt ölçeklerinde DEHB-HA ve DEHB-DE gruplarına göre daha düşük puanlanmıştır (169).

Çalışmamızın verileri "Duygusal İşlevsellik", "Okul İşlevselliği", "Psikososyal Sağlık Toplam", "Ölçek Toplam" puanları göz önüne alındığında yazın ile uyumludur. Ancak çalışmamızda çocuk-ergen özbildirimlerinde, "Fiziksel Sağlık Toplam" puanında, DEHB grubunda kontrol gruplarıyla karşılaştırıldığında alt tip ayrımı olmaksızın DEHB tanılı tüm çocuk ve ergenlerin fiziksel sağlıklarının anlamlı oranda etkilenmediğini düşündükleri bulunmuştur. Bu sonuç DEHB olgularının fiziksel sorunlarını göz ardı etmelerinden kaynaklanabilir.

Çocuk-Ergen özbildirimlerinde ve Ebeveyn bildirimlerinde "Sosyal İşlevsellik" puanının DEHB alt tipleri arasında fark olmaksızın etkilendiği bulunmuştur. Bu sonuç DEHB'nin doğasında bulunan yürütücü işlev bozukluğunun sosyal işlevsellikle olan yakın bağlantısı nedeniyle olabilir.

4. 2. 2. DEHB'de Komorbidite ve Yaşam Kalitesi

DEHB grubunda komorbidite varlığında hem çocuk hem ebeveyn bildirimlerinde, ÇİYKÖ "Fiziksel Sağlık Toplam" puanı hariç tüm ÇİYKÖ puanları anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Yazında DEHB'de komorbidite varlığının YK puanlarını etkilediği ve komorbidite sayısında artışın YK alt ölçeklerindeki puanlarda düşüşle ilişkili olduğu belirtilmektedir (132,185,194). "Çocuk Sağlığı Anketi- Ebeveyn Formu" ile yaptıkları çalışmalarında; DEHB tanılı çocuklarda komorbid psikiyatrik bozukluk varlığında "Psikososyal Sağlık Toplam" puan daha düşük bulunmuş özellikle "Rol/Sosyal-Emosyonel/Davranışsal", "Genel Davranış" ve "Özgüven" alanlarındaki puanlar daha düşük bulunmuştur. Bu çalışmada yazınla uyumlu bulgular elde edilmiştir.

4.2.3. DEHB Şiddeti ve Yaşam Kalitesi

Bu çalışmada Du Paul Ölçeği ve Klinik Global İzlenim Ölçeği-DEHB (CGI-ADHD) ile saptanan belirti şiddeti arttıkça hem çocuk hem ebeveyn formlarında bildirilen yaşam kalitesinin anlamlı oranda azaldığı saptanmıştır. Birçok çalışmada belirti şiddeti ile YK skorları arasındaki korelasyon araştırılmıştır. Anlamlı ama orta derecede güçlü bir korelasyon DEHB belirtileri ve YK'nin birbiriyle ilişkili, ancak ayrı yapılar olduğu ve çocuğun güçlüklerini tanımlamada her ikisinin de gerekli olabileceği kanısını desteklemektedir (195).

"Çocuk Sağlığı Anketi- Ebeveyn Formu" ile yapılmış çalışmalarda; Psikososyal Sağlık Alt Ölçek puanları ebeveyn ve klinisyen belirti derecelendirilmesiyle anlamlı derecede negatif korelasyon göstermiştir (113,132). Belirti şiddetiyle en yüksek korelasyon, "Davranış" ve Aile Aktiviteleri" alt ölçeklerinde bulunmuştur. Psikososyal Sağlık Alt Ölçekleri hem "Hiperaktivite-İmpulsivite" hem de "Dikkat Eksikliği" belirti ölçekleriyle yüksek derecede korele bulunmuştur (113,132). ADORE çalışmasında ise yüksek belirti puanları, düşük YK'yi yordayabilmiştir (195). Bu çalışmanın bulguları yazınla benzerdir.

4.2.4. DEHB Grubunda ÇDDÖ Puanları ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

A. DEHB Grubunda ÇDDÖ Puanları ile ÇİYKÖ Özbildirimleri Arasındaki İlişki

Bu çalışmada DEHB grubundaki çocuk-ergenlerin ÇDDÖ (Çocukluk Çağı Davranış Değerlendirme Ölçeği) toplam ve alt ölçek puanları ile kendilerinin bildirdiği yaşam kalitesi toplam puanları arasındaki korelasyonda;

"Somatik Yakınmalar" ve "Cinsel Sorun" alanı hariç tüm ÇDDÖ Toplam ve Alt Ölçek puanları arttıkça, ÇİYKÖ "Psikososyal Sağlık Toplam" ve ÇİYKÖ "Ölçek Toplam" puanlarının azaldığı bulunmuştur. DEHB tanılı çocukların farklı davranış alanlarındaki sorunlarının şiddeti arttıkça, psikososyal ve toplam yaşam kalitesinin azaldığı gözlenmektedir.

"Somatik Yakınmalar" artıkça ÇİYKÖ "Fiziksel Sağlık Toplam" puanının azaldığı saptanmıştır. Somatik yakınmaların fiziksel işlevselliğe etki edebileceği beklenen bir sonuçtur. İlginç olarak ÇDDÖ "Sosyal Sorunlar" puanı arttıkça fiziksel yaşam kalitesinin azaldığı gözlenmektedir. Yazında DEHB tanılı olgularda ÇDDÖ ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Sosyal sorunlar yaşamaları, çocuk-ergenlerin grup sporlarına katılım gibi fiziksel aktivitelerinin kısıtlanmasına neden oluyor olabilir. "Cinsel Sorun" alanındaki sorunların yaşam kalitesi ile korelasyonunun saptanmamış olması ise, örneklemimizdeki olguların yaş ortalaması itibariyle prepubertal olması nedeniyle olabilir.

B. DEHB Grubunda ÇDDÖ Puanları ile ÇİYKÖ Ebeveyn Bildirimleri Arasındaki İlişki

Bu çalışmada DEHB grubundaki çocuk-ergenlerin ÇDDÖ toplam ve alt ölçek puanları ile ebeveynlerinin bildirdiği yaşam kalitesi toplam puanları arasındaki korelasyonda;

"Somatik Yakınmalar" ve "Cinsel Sorun" alanı hariç tüm ÇDDÖ Toplam ve Alt Ölçek puanları arttıkça, ÇİYKÖ "Psikososyal Sağlık Toplam" ve ÇİYKÖ "Ölçek Toplam" puanlarının azaldığı bulunmuştur. Sonuç olarak DEHB tanılı çocukların ailelerinin farklı davranış alanlarındaki sorunların algılanan şiddeti arttıkça, ebeveynin algıladığı psikososyal ve toplam yaşam kalitesinin azaldığı gözlenmektedir.

Çocuk-ergen bildirimlerinde olduğu gibi ebeveyn bildirimlerinde de "Somatik Yakınmalar", "Sosyal Sorunlar" arttıkça ÇİYKÖ "Fiziksel Sağlık Toplam" puanının azaldığı bulunmuştur. Ebeveyn bildirimlerinde ayrıca "Düşünce Bozukluğu", "İçe Yönelim Toplam" ve ÇDDÖ "Toplam Sorun" puanları arttıkça ÇİYKÖ "Fiziksel Sağlık Toplam" puanının azaldığı bulunmuştur. Yazında DEHB tanılı olgularda ÇDDÖ ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Düşünce bozukluğu sorunları yaşamaları DEHB'deki yürütücü işlev bozukluklarına bağlı olarak ortaya çıkıyor ve fiziksel işlevselliğe etki ediyor olabilir.

4. 3. TİP 1 DM GRUBUNDA KLİNİK ÖZELLİKLER VE YAŞAM KALİTESİ

Bu çalışmada Tip 1 DM tanılı çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesi alt ve toplam ölçek puanları açısından sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı fark bulunmamıştır. 2003 yılında Laffel ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, tip 1 DM tanılı 100 çocuk ve ergen yaşam kalitesi algıları açısından sağlıklı çocuk ve ergenlerle karşılaştırılmış ve tip 1 DM tanısı olan çocukların genel yaşam kalitesi algılarının, sağlıklı çocuk ve ergenlerin algıları ile benzer olduğu bulunmuştur (l41). Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada da tip 1 DM tanılı çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesi algıları, sağlıklı çocukların yaşam kalitesi algılarına yakın bulunmuştur (196). Bu çalışmanın bulguları yazınla paraleldir.

Bununla birlikte tip 1 DM tanılı çocuk ve ergenlerin sık insülin enjeksiyonu, kan sekeri takibi, diyet ve egzersiz yapma zorunlulukları, yaşam kalitelerini olumsuz etkileyecek faktörler olarak düşünülebilir. Kalyva ve arkadaşlarının 5-18 yaş aralığındaki 117 çocuk ve ergenle yaptıkları bir çalışmada, tip 1 DM tanılı çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesi algılarının, sağlıklı çocuk ve ergenlere kıyasla daha kötü olduğu bulunmuştur (190). Kronik hastalığı olan çocuk ve ergenlerin hastalık tanısı konduktan sonraki dönemlerinde, günlük hayatlarında birçok değişikliğe neden olabilecek yeni durumlarına uyum sağlamakta güçlük çektikleri ancak zamanla hastalıklarına uyum sağladıkları ve başlangıçta bozulmuş olan yaşam kalitesi algılarının yükseldiği belirtilmektedir (197,198). Çalışmamıza en az 6 aydır insülin kullanmakta olan olguların alınması nedeniyle hastalığa uyum sürecinde bozulmuş olan

yaşam kalitesi algıları zamanla düzelmiş olabilir ve bu durum da çalışmamızdaki Tip 1 Diyabet tanılı çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesi algılarının kontrol grubuyla benzer çıkmış olmasını açıklayabilir. Ayrıca çalışmamızdaki Tip 1 DM olgularında psikiyatrik bozukluğun dışlanmış olmasının da önemli bir etken olduğu düşünülmüştür.

Bu çalışmada çocuk ve ergenlerin kendilerinin ya da ebeveynlerin doldurduğu ÇİYKÖ puan türleri ile HbA1c değeri arasında anlamlı derecede ilişki saptanmamıştır. Bu bulgu yazındaki birçok çalışma ile uyumludur (136,141,199).

Bazı çalışmalarda ise HbA1c değerinin Tip 1 DM olgularında yaşam kalitesine etki eden bir faktör olduğu saptanmıştır. Örneğin, Kalyva ve arkadaşları 2011 de ÇİYKÖ kullanarak yaptıkları çalışmada Tip 1 DM tanılı çocuk ve ergenlerde geç başlangıç, büyük yaş, erkek cinsiyet, az hiperglisemi atağı, düşük glikozile hemoglobin (HbA1c) değerlerinin daha iyi yaşam kalitesi ile bağlantılı olduğunu saptamışlardır (190). HbA1c değerinin Tip 1 DM olgularında yaşam kalitesine etki eden bir faktör olduğu saptanan çalışmalarda psikiyatrik bozukluk faktörünün dışlanmamış olması bu sonuca yol açmış olabilir. Çünkü yazında da metabolik kontrol ve psikiyatrik bozukluk ilişkisi üzerinde durulmuş ve bu durumu değerlendirmek için metabolik kontrolün bir belirteci olan HbA1c seviyelerine bakılmıştır. Birçok çalışmada tip 1 DM'nin metabolik kontrolündeki zorluklarla psikiyatrik bozukluk arasında pozitif ilişki olduğu bulunmuştur (179,199,200). Diyabetik grupta diyet uyumu kötüleştikçe psikiyatrik bozukluk oranlarının artması ya da psikiyatrik bozukluk oranları arttıkça diyet uyumu bozulması, diyet uyumunun kötüleşmesi ile de kan glikoz regülasyonunun bozulması beklenen bir durumdur. Depresif duygudurum, dikkat problemleri, dürtüsellik, davranım problemleri diyete uyumu zorlaştırıyor olabilir.

Çalışmanın kısıtlılıkları

Bu çalışmada WISC-R testi uygulanarak bir karşılaştırılma yapılmamış olması ve klinik izlenime dayanarak zihinsel engelliliğin dışlanmış olması, yaş/cinsiyet dışındaki diğer sosyodemografik değişkenlerin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmemiş olması çalışmamızın kısıtlılıklarıdır. Ayrıca çalışmanın sonuçlarını tüm DEHB olgularına genelleyebilmek için, bu alanda daha geniş toplum örneklemli çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER:

Olgu ve Kontrol Gruplarının Sosyodemografik Özellikleri ile İlgili Sonuçlar:

1) Çalışmamıza 8-16 yaş aralığında, yaş ortalamaları 130.25 ± 16.31ay (10.8 ± 1.4 yıl) olan 180 çocuk ve ergen alınmıştır. Olgu ve kontrol gruplarının yaş ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır.
2) DEHB tanılı hastaların % 68.3' ü (41 olgu) olmak üzere büyük bölümünün erkeklerden oluştuğu görülmüştür. Olgu ve kontrol grupları arasında cinsiyet dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.
3) Olgu ve kontrol grupları aile bütünlüğü, aile gelir durumları, annelerinin eğitim düzeyi, annelerinin eğitim durumu, annelerinin çalışma durumu, babalarının eğitim durumu, babalarının çalışma durumu, annelerinde ruhsal hastalık varlığı, babalarında ruhsal hastalık varlığı yönlerinden karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.
4) Olgular, annelerinin gebelikte sigara kullanımı, doğum şekilleri, perinatal sorun varlığı yönlerinden karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.
5) DEHB grubunun ders başarısı kontrol gruplarına göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır.

Olgu Grubunun Klinik Özellikleri ile İlgili Sonuçlar:

1) DEHB grubunda Turgay DSM IV 'e Dayalı Yıkıcı Davranım Bozuklukları Ölçeği puanları ortalamalarına bakıldığında; "Dikkat Eksikliği" puanı ortalaması 6.88 ± 1.24 r (3- 9), "Hiperaktivite- İmpulsivite" puan ortalaması 5.97 ± 2.03 r (2- 9), " Karşıt Olma- Karşıt Gelme" puanı ortalaması 1.98 ± 2.05 r (0- 7), "Davranım Bozukluğu" puanı ortalaması 0.58 ± 1.25 r (0- 6) olarak saptanmıştır. Du Paul Ölçeği puan ortalaması ise 32.82 ± 9.99 r (16- 51) olarak saptanmıştır.
2) DEHB olgularının alt tip özelliklerine bakıldığında 12(%20) olgunun Dikkat Eksikliği Baskın Tip, 2(%3.3) olgunun Hiperaktivite- İmpulsivite Baskın Tip, 46 (%76.7) olgunun Bileşik tip olduğu görülmüştür.
3) DEHB olgularında komorbid tanı 19 olguda (%31,7) saptanmıştır.
4) DEHB grubunda Klinik Global İzlenim Ölçeği'ne (CGI) göre %70 DEHB tanılı olgunun hafif-orta şiddette belirti sergilediği dikkat çekmiştir.

Tip 1 DM Kontrol Grubunun Klinik Özellikleri ile İlgili Sonuçlar:

1)Tip 1 DM olgularının son 3 ay içinde ölçülen HbA1c değerleri ortalaması 7.89 ± 0.87 r(6.5- 10.2) saptanmıştır.

2) Tip 1 DM olgularının almakta olduğu insülin tedavisi şekline bakıldığında 48 (%80 olgu) Tip 1 DM olgusunun insülin kalemi aracılığıyla uygulanan insülin tedavilerini aldığı, 12 (% 20 olgu) Tip 1 DM olgusunun insülin pompası denen gereken dozda insülini kana veren cihazlar ile tedavi aldığı saptanmıştır.

Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) Sonuçları:

1) DEHB grubu "Sosyal İçe Çekilme", "Somatik Yakınmalar", "Anksiyete-Depresyon", "Cinsel Sorun" puanlarında Sağlıklı Kontrol Grubu puanlarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. DEHB grubu puanları, "Sosyal Sorun", "Düşünce Bozukluğu", "Dikkat Sorunu", "Suç Davranışı", "Agresif Davranış", "Toplam Sorun", "Toplam İçe Yönelim", "Toplam Dışa Yönelim" puanlarında Tip 1 DM ve Sağlıklı Kontrol Grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.
2) Tip 1 DM grubunda, "Sosyal İçe Çekilme", "Somatik Yakınmalar", "Anksiyete-Depresyon" puanlarında DEHB grubu ve Sağlıklı Kontrol Grubu puanlarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Tip 1 DM Grubu puanları, "Sosyal Sorun", "Dikkat Sorunu", "Düşünce Bozukluğu", "Suç Davranışı", "Agresif Davranış", "Toplam Sorun," "Toplam İçe Yönelim", "Toplam Dışa Yönelim" puanları Sağlıklı Kontrol Grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Çocuk ve Gençler İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) Sonuçları:

1) DEHB tanılı gruptaki çocuk ve ergenlerin özbildirimlerinde; "Fiziksel Sağlık Toplam" puanı hariç tüm ölçek puanlarının ("Duygusal İşlevsellik", "Sosyal İşlevsellik", "Okul İşlevselliği", "Psikososyal Sağlık Toplam", "Ölçek Toplam" puanları) Sağlıklı Kontrol Grubundaki çocuk-ergenlerin özbildirimlerine ait sonuçlardan anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur. "Fiziksel Sağlık Toplam" puanında anlamlı fark saptanmamıştır. Ayrıca yine DEHB tanılı gruptaki çocuk ve ergenlerin özbildirimlerinde, "Psikososyal Sağlık Toplam" ve "Duygusal İşlevsellik" puanları, kronik fiziksel hastalık olan Tip 1 DM tanılı gruba göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır.
2) DEHB tanılı gruptaki çocuk ve ergenlerin ebeveyn bildirimlerinde "Psikososyal Sağlık Toplam" ve "Ölçek Toplam", "Duygusal İşlevsellik", "Sosyal İşlevsellik", "Okul İşlevselliği", "Fiziksel Sağlık Toplam" puanları; özetle tüm yaşam kalitesi puanlarının

Sağlıklı Kontrol Grubundaki çocuk-ergenlerin anne-babalarının geri bildirimlerine ait sonuçlardan anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur. DEHB tanılı gruptaki çocuk ve ergenlerin ebeveyn bildirimlerinde, tüm ÇİYKÖ yaşam kalitesi puan türlerinde, Tip 1 DM tanılı gruba göre istatiksel olarak anlamlı olmayan düşüklük saptanmıştır.

3) Olgu ve kontrol gruplarında; çocuk-ergenlerin ve ebeveynlerin doldurdukları ÇİYKÖ puanlarında, ebeveynlerin çocuklarının yaşam kalitesini, çocukların kendilerine göre daha düşük algıladıkları görülmüştür.
4) ÇİYKÖ'de çocuk-ergenlerin özbildirimleri ile ebeveyn bildirimleri arasındaki ilişki incelenmiştir. DEHB grubunda; çocuk-ergenlerin özbildirimleri ile ebeveyn bildirimlerinin tüm alt ölçeklerde ve tüm toplam puanlarda birbiriyle birebir pozitif ilişkisi olduğu saptanmıştır. Tip 1 DM grubunda, çocuk- ergenlerin özbildirimleri ile ebeveyn bildirimleri arasında "Sosyal İşlevsellik" ve "Ölçek Toplam" puanları arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Sağlıklı Kontrol grubunda Çocuk ve Ergenlerin özbildirimleri ile ebeveyn bildirimleri arasında "Sosyal İşlevsellik", "Psikososyal Sağlık Toplam" ve "Ölçek Toplam" puanları arasında pozitif ilişki saptanmıştır.
5) Olgu ve kontrol gruplarında; sosyodemografik değişkenlerden yaş ve cinsiyet ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelenmiştir. DEHB tanılı çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesi alt ve toplam ölçek puanları açısından hem çocuk-ergen hem ebeveyn bildirimlerinde yaşa göre farklılık göstermemiştir. Cinsiyet açısından bakıldığında ise DEHB grubunda hem çocuk-ergen hem ebeveyn bildirimlerinde ÇİYKÖ "Okul İşlevselliği" kız çocuk ve ergenlerde erkeklerden anlamlı yüksek saptanmıştır. Kontrol gruplarında da çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesi alt ve toplam ölçek puanları açısından hem çocuk-ergen hem ebeveyn bildirimlerinde, yaşa ve cinsiyete göre farklılık göstermemiştir.
6) DEHB grubunda, DEHB alt tiplerine göre yaşam kalitesi değerlendirilmiş ve Bileşik Tip, Dikkat Eksikliği Baskın Tipe göre ebeveyn bildirimlerinde "Okul İşlevselliği" ve "Ölçek Toplam" puanında, "Fiziksel Sağlık Toplam" puanı, "Duygusal İşlevsellik" ve "Psikososyal Sağlık Toplam" puanlarında anlamlı olarak düşük puanlar almıştır. Sadece "Sosyal İşlevsellik" alanında, DEHB alt tipleri arasında fark saptanmamıştır. Çocuk-ergen bildirimleri "Fiziksel Sağlık Toplam" puanı haricinde ebeveyn formlarıyla paralel saptanmış, "Sosyal İşlevsellik" alanında ve "Fiziksel Sağlık Toplam" puanında DEHB alt tipleri arasında fark saptanmamıştır.
7) DEHB grubunda komorbidite varlığının yaşam kalitesi üzerine etkisi incelenmiş ve sonuçta hem çocuk-ergen hem ebeveyn bildirimlerinde, ÇİYKÖ "Fiziksel Sağlık Toplam" puanı hariç tüm ÇİYKÖ puanları anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur.

8) DEHB grubunda bozukluk şiddetinin yaşam kalitesi üzerine etkisi incelenmiş, sonuç olarak Du Paul Ölçeği ve CGI-ADHD ile saptanan belirti şiddeti arttıkça, hem çocuk-ergen hem ebeveyn bildirimlerinde yaşam kalitesinin düştüğü saptanmıştır.
9) DEHB grubunda, hem ÇİYKÖ çocuk-ergen özbildirimleri hem de ÇİYKÖ ebeveyn bildirimlerinde, ÇDDÖ Toplam ve Alt Ölçek puanları ile ÇİYKÖ Toplam puanları arasındaki korelasyona bakıldığında "Somatik Yakınmalar" ve "Cinsel Sorun" alanı hariç tüm ÇDDÖ Toplam ve Alt Ölçek puanları arttıkça, ÇİYKÖ "Psikososyal Sağlık Toplam" ve "Ölçek Toplam" puanlarının azaldığı bulunmuştur.
10) DEHB grubunda, ÇDDÖ Toplam puanları ile ÇİYKÖ Çocuk-Ergen Formu "Fiziksel Sağlık Toplam" puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Ancak ÇDDÖ "Somatik Yakınmalar" ve "Sosyal Sorun" Alt Ölçek Puanları arttıkça, ÇİYKÖ Çocuk-Ergen Formu "Fiziksel Sağlık Toplam" puanının azaldığı saptanmıştır.
11) DEHB grubunda, ÇDDÖ "Toplam Sorun" puanı ve "Toplam İçe Yönelim" puanları arttıkça ÇİYKÖ Ebeveyn Formu "Fiziksel Sağlık Toplam" puanının azaldığı saptanırken, ÇDDÖ "Toplam Dışa Yönelim" puanı ile ÇİYKÖ-Ebeveyn Formu "Fiziksel Sağlık Toplam" puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. ÇDDÖ "Somatik Yakınmalar" ve "Sosyal Sorun", "Düşünce Bozukluğu" Alt Ölçek Puanları arttıkça ÇİYKÖ- Ebeveyn Formu "Fiziksel Sağlık Toplam" puanının azaldığı saptanmıştır.
12) Tip 1 DM tanılı çocuk ve ergenlerin yaşam kalitelerinde hem çocuk-ergen hem ebeveyn bildirimlerinde ÇİYKÖ puan türleri ile HbA1c değeri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Çalışmamızda sonuç olarak, kronik gidişli nöropsikiyatrik bir bozukluk olan DEHB'nin, kronik diğer hastalıklarla karşılaştırılabilir şekilde yaşam kalitesi algısını olumsuz yönde etkilediği görülmektedir. Bu nedenle DEHB tedavi sürecinde, sadece kategorik tanı koyarken sorgulanan bulguların azalması değil, bozukluğun çok boyutlu doğası dikkate alınarak yaşamın diğer alanlarına olan etkilerini de ele alan bir yaklaşım benimsenmelidir. DEHB'nin bu çocukların hayatlarının hangi alanlarını daha çok etkilediği ve bizim tedavi ve takip aşamalarında onlara nasıl yardımcı olabileceğimiz konusunda yaşam kalitelerinin de değerlendirilmesi ve tüm alt alanlarındaki etkilenme düzeylerinin ayrıntılı olarak incelenmesi yol gösterici olacaktır.

8. KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association (2000) 'Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Text Revision' Washington, DC: American Psychiatric Association Pres.

2. Faraone, S. V., Biederman, J., Weiffenbach, B ve ark (1999) Dopamine D4 gene 7-repeat allele and attention deficit hyperactivity disorder. Am J Psychiatry, 156 (5), 768-770.

3. Faraone S. V., Sergeant J, Gillberg C., Biederman J. (2003) The worlwide prevalence of ADHD: Is it an American Condition? World Psychiatry, 2:104-113.

4. Shaffer, D. (1994) Attention deficit hyperactivity disorder in adults. Am J Psychiatry, 151 (5), 633-638.

5. Newcorn, J. H., Halperin, J. M., Schwartz ve ark (1994) Parent and teacher ratings of attentiondeficit hyperactivity disorder symptoms: implications for case identification. J Dev Behav Pediatr, 15 (2), 86-91.

6. Corkum, P., Rimer, P., & Schachar, R. (1999) Parental knowledge of attention-deficit hyperactivity disorder and opinions of treatment options: impact on enrollment and adherence to a 12-month treatment trial. Can J Psychiatry, 44 (10), 1043-1048.

7. Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (Çev: E. Köroğlu). Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1996.

8. Schachar R., Tannock R. (2002) Chapter 25: Syndromes of Hyperactivity and Attention Deficit. In Child and Adolescent Psychiatry Textbook. Rutter M, Taylor EA: Malden, Mass.; Oxford: Blackwell Science, 4th edition. p:399-400, 2002.

9. Kendall J. (1997) The use of qualitative methods in the study of wellness in children with attention deficity hyperactivity disorder. J Child Adolesc Psychiatr Nurs, 10(4):27- 38.

10. Danckaerts M., Sonuga-Barke E.J.S., Banaschewski T ve ark (2009) The Quality of Life of Children with atention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review, Eur Child Adolesc Psychiatry, 19:83-105.

11. Klassen AF, Miller A, Fine S. (2006) Agreement between parent and child report of quality of life in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Child Care Health Dev, 32(4):397-406.

12. Landgraf JM, Rich M, Rappaport L. (2009) Measuring quality of life in children with attention-deficit/hyperactivity disorder and their families: development and evaluation of a new tool. Arch Pediatr Adolesc Med, 156(4):384-391.

13. Bastiaansen D, Koot HM, Ferdinand RF, Verhulst FC. (2004) Quality of life in children with psychiatric disorders; self-, parent, and clinician report. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 43(2):221-230.

14. Varni JW, Burwinkle TM. (2006) The PedsQL as a patient-reported outcome in children and adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: a population-based study. Health Qual Life Outcomes, 4: 26, 2006. doi:10.1186/1477-7525-4-26.

15. Er MD.(2006) Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardesler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 49:155-68.

16. Mrazek DA.(2002) Chronic pediatric illness and multiple hospitalizations. In: Lewis M (eds), Child and Adolescent Psychiatry (3th ed). Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia. pp:1230-38.

17. Vitulano LA. (2003) Psychosocial issues for children and adolescents with chronic illness. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 12:585–92.

18. Günöz H, Saka N. (1990) Diabetes mellitus. Kitap: Pediatri, Neyzi O, Ertuğrul T (ed) Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul. ss:1354-70.

19. Hart HE, Redekop WK, Bilo HJG ve ark (2007). Health related quality of life in patients with type I diabetes mellitus: generic & disease-specific measurement. Indian J Med Res. 125:203-16.

20. Weis M, Weis G. (2002). Attention deficit hyperactivity disorder. In: Lewis M (ed). Child and Adolescent Pschiatry (3. ed). Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, 645-670.

21. Laurence L, Greenhill MD. (1990) Attention-deficit hyperactivity disorder in children. In: Garfinkel BD, Carlson GA, Weller EB (eds). Psychiatric Disorders in Children and Adolescent (1. ed). Philadelphia, W. B. Saunders Company, 183-193.

22. Senol S, Sener, Köroğlu E. (1994) Genellikle ilk kez bebeklik, çocukluk ya da ergenlik döneminde tanısı konan bozukluklar. Köroğlu E (ed). DSM-IV Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (4. baskı). Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 43-149.

23. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders (ICD-10,1992). Clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organisation (WHO).

24. Cyr M, Brown CS. (2000) Current drug therapy recommendations for the treatment attention deficit hyperactivity disorder. In: Palmer KJ (ed). Topics in Pediatric Psychiatry (1. ed). Hong Kong, Adis Boks, 69-79.

25. Polanczyk G, De Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. (2007) The Worldwide Prevalence Of ADHD: A Systematic Review And Metaregression Analysis. Am J Psychiatry, 164(6): 942-948.

26. Nolan EE, Gadow KD, Sprafkin J (2001), Teacher reports of DSM-IVADHD, ODD and CD symptoms in schoolchildren. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 40:241-249.

27. Montiel-Nava C, Pena JA, Lopez M ve ark. (2002), Estimations of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in Marabino children. Rev Neurol, 35:1019–1024.

28. Hurtig T, Ebelling H, Taanila A ve ark.. (2007), ADHD symptoms and subtypes: relationship between childhood and adolescent symptoms. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 46:12; 1605-13.

29. Montiel-Nava C, Pena JA, Montiel-Barbero, Polanczyk G (2008), Prevelance rates of attention deficit hyperactivity disorder in a school sample of venezuelan children. Child Psychiatry Hum Dev, 39:311-322.

30. DuPaul GJ, Anastasopoulos AD, Power TJ ve ark. (1998), Parent ratings of attention deficit/hyperactivity disorder symptoms: factor structure and normative data. J Psychol Behav Assessment, 20: 83-102.

31. Smalley SL, Mcgough JJ, Moilanen IK ve ark.. (2007), Prevelance and psychiatric comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder in an adolescent finnish population. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 46;12, 1575-83.

32. Byun H, Yang J, Lee M ve ark.. (2006), Psychiatric comorbidity in Korean Children and adolescents with ADHD: Psychopatology According to Subtype. Yonsei Medikal Journal 47(1):113-121.

33. Çuhadaroglu Çetin F, Ulay T, Dinç G ve ark (2007), Çocuklukta dikkat eksikligi hiperaktivite rahatsızlıgı (DEHR) tanısı almıs olan ergenlerde psikiyatrik komorbidite. HÜTF Bilimsel arastırmalar birimi destekli tamamlanmış proje, Proje no: 0501101008, Ankara.

34. Skounti M, Philalithis A ve Galanakis E (2007), Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. Eur J Pediatr, 166:117-123.

35. Biederman J, Swanson JM, Wigal SB ve ark. (2005), Efficacy and safety of modafinil film-coated tablets in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled, flexible-dose study. Pediatrics, 116(6):e777-84.

36. Spetie L ve Arnold LE (2007), Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Lewis's Child and Adolescent Psychiatry a Comprehensive Textbook. Chapter 5.2.1. Andrés Martin and Fred R. Volkmar, editors. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins.

37. Lubke GH, Muthen B, MOilanen IK ve ark.. (2007), Subtypes versus severity differences in attention deficit hyperacitivity disorder in the northern Finnish birth cohort. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 46:12;1584-93.

33. Rohde LA (2008), Is there a need to reformulate attention deficit hyperacitivity disorder criteria in future nosologic classifications?. Child Adolesc Psychiatric Clin N Am, 17:405-420.

39. Şenol S (2008) Bölüm 30. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Çuhadaroğlu Çetin F. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. HYB Basım Yayın. Ankara, sayfalar: 293-294.

40. Barkley RA, McMurray MB, Edelbrock CS, Robbins K (1990) Side effects of methylphenidate in children with attention deficit hyperactivity disorder: a systemic, placebo-controlled evaluation. Pediatrics 86:184–192

41. Biederman J, Wilens T, Mick E, Milberger S, Spencer TJ, Faraone SV. (1995) Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. Am J Psychiatry. 152(11): 1652-1658

42. Tannock R. (1998). Attention deficit hyperactivity disorder: Advances in cognitive neurobiological and genetic research. J Child Psychol Psychiatry .34(1): 65-99.

43. Bussing R, Lebninger F, Eyberg S. (2006). Difficult child temperament and attentiondeficit/hyperactivity disorder in preschool children. Infants and Young Children .19: 123-131.

44. Barkley RA. (2006).Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. 3rd Edition, Guilford Press, New York, USA.

45. Egger HL, Kondo D, Angold A. (2006).The epidemiology and diagnostic issues in preschool attention deficit/hyperactivity disorder: A review. Infants and Young Children .19: 109-122.

46. Biederman J, Faraone SV, Mick E ve ark (1999). Clinical correlates of ADHD in females: findings from a large group of girls ascertained from pediatric and psychiatric referral sources. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry , 38: 966-975.

47. Gordon (1999) Symptoms Versus Impairment: The Case for Respecting DSM-IV' s Criterion B. ADHD Report, 13(4): 1-8.

48. Cohen RA. The neuropsychology of attention. Plenum, New York, USA(1993).

49. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K (2006) Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 45:192–202

50. Tuğlu C, Abay E. Erişkinlerde Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğunu öykü, tanı ve ruhsal durum bakımından gözden geçirilmesi (1997).Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi. 5(1): 19-28.

51. Spencer TJ. (2006) ADHD and comorbidity in childhood. Journal of Clinical Psychiatry 67(Suppl 8): 27-31. Spencer TJ, Biederman J, Mick E. (2007) Attentiondeficit/ hyperactivity disorder: Diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. Ambulatory Pediatrics, 73-81.

52. Faraone S, Biederman J, Monuteaux MC. (2002) Further evidence for the diagnostic continuity between child and adolescent ADHD. Journal of Attentional Disorders. 6: 5-13.

53. Goodman DW. (2007) The consequences of attentiondeficit/hyperactivity in adults. Journal of Psychiatric Practice, 13: 318-327.

54. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2007) Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescent with Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 46(7):894- 921.

55. Kessler Ronald C., Ph.D. ve ark (2006) The Prevalence and Correlates of Adult ADHD in the United States: Results From the National Comorbidity Survey Replication. Am J Psychiatry, 163:4.

56. Faraone SV, Biederman J, (2000) Nature, nurture, and attention deficit Hyperactivity Disorder, Dev Rev, 20:568-581.

57. Hectmann L. (2005) Attention deficit hyperactivity disorder. In: Saddock Bj, Saddock Va (eds). Comprehensive Textbook of Psychiatry. USA: Lippincott Williams & Wilkins, 2679-2692.

58. Arnsten Amy FT. (2003) Neurobiology of Attention Regulation and its Disorder. Pediatric Psychopharmachology Ed: Martin A, Scahill L, Charney D, Leckman J., Oxford University Pres.

59. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE ve ark. (2005) Molecular genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Biol Psychiatry, 57:1313-1323.

60. Spencer TJ, Biederman J, Mick E (2007) Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. J Pediatr Psychol., 32(6):631- 642.

61. Stahl SM (2003), Neurotransmission of cognition, part 3. Mechanism of action of selective NRIs: both dopamine and norepinephrine increase in prefrontal cortex. J Clin Psychiatry, 64(3):230-231.

62. Dewey D, Kaplan BJ, Crawford SG ve ark. (2002), Developmental coordination disorder: associated problems in attention, learning and psychosocial adjusment. Hum Mov Sci, 21(5-6):905-918.

63. McCracken JT. (1991) A two part model of stimulant action on attention deficit disorder with hyperactivity in children. J Neuropsychiatry, 3:201-209.

64. Pliszka SR. (2005) The neuropsychopharmacology of Attention- Deficit/Hyperactivity disorder, Biol Psychiatry, 57:1385-1390.

65. Castellanos FX, Lee PP, Sharp W ve ark. (2002) Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder, JAMA 288:1740-1748.

66. Durston S, Casy BJ. (2006) What have we learned about cognitive development from neuroimaging? Neuropsychologia, 44(11):2149-57.

67. Ernest M, Zametkin AJ, MAtochik JA ve ark. (1994) Effects of intraveneous dextroamphetamine on brain metabolism in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Preliminary findings. Psychopharmacol Bull., 30: 219-225.

68. Dunn DW.(2006) Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Attention Problems and Epilepsy' Psychiatric Issues in Epilepsy: A Practical Guide to Diagnosis and Treatment Ed: Ettinger AE, Kanner AM. Lippincott Williams & Wilkins; 2 edition.

69. Castellanos FX, Tannock R, (2002) Neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder: the search for endophenotypes . Nat Rev Neeurosci, 3:617-628.

70. Willcutt EG, Doyle AE, Nigg JT, Faraone SV, Pennington BF., (2005) Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a metaanalytic review.' Biol Psychiatry, 1;57(11):1336-46.

71. Marta Ribasés, Amaia Hervás ve ark (2008) Association Study of 10 Genes Encoding Neurotrophic Factors and Their Receptors in Adult and Child Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder. Biol Psychiatry, 63:935–945.

72. Huang EJ, Reichardt LF. (2001) Neurotrophins: roles in neuronal development and function. Annu Rev Neurosci., 24:677-736.

73. Tardito D, Perez J, Tiraboschi E ve ark (2006) Signaling pathways regulating gene expression, neuroplasticity, and neurotrophic mechanisms in the action of anti depressants: a critical overview. Pharmacol Rev., 58(1):115-134.

74. Cantwell DP. (1996) Attention deficit disorder: A review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 35:978–986.

75. Taylor, E., Syndromes of Overactivity and Attention Deficit. Child and Adolescent Psychiatry. Modern Approches, Oxford, Blackwell.

76. Minder B, Das Smaal EA, Brand EF ve ark. (1994) Exposure to lead and specific attentional problems in schoolchildren. J Learn Disabil, 27:393–399.

77. Yorbık Ö., Akın R., Yavaş İ, (1999) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu etyopatogenezi üzerine varsayımlar. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergesi, 4(3):171-178.

78. Geller D, Biederman J, Griffin S, Jones J, Lefkowitz TR (1996) 'Comorbidity of juvenile obsessive-compulsive disorder with disruptive behavior disorders.' J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 35: 1637-1646

79. Swain J, Scahill L, Lombroso P, Kıng R, Leckman J (2007)'Tourette syndrom and Tic Disorder: A decade of Progress' J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 46:8 August 2007 947-968.

80. Szobot CM, Rohde LA, Bukstein O ve ark (2007)'Is attention-deficit/hyperactivity disorder associated with illicit substance use disorders in male adolescents? A community-based case-control study.' Addiction Volume 102 Issue 7 Page 1122-1130, July 2007

81. Biederman J., (2003) 'Pediatric Bipolar Disorder Coming of Age.' Biol Psychiatry, 53:931-934.

82. Diler RS, Uguz S, Seydaoglu G, Erol N, Avci A., (2007) 'Differentiating bipolar disorder in Turkish prepubertal children with attention-deficit hyperactivity disorder.' Bipolar Disord 9: 243–251.

83. Reich W, Huang H, Tood RD. (2006) ADHD Medication Use in a Population- Based Sample of Twins. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 45:7.

84. Jensen PS, Arnold LE, Richtrs JE ve ark.(MTA Cooperative Group) (1999) A 14 mounth randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit hyperactivity disorder. Arch Gen Psychiatry, 56:1073-1086.

85. Simpson D, Perry C. (2003) Atomoxetine. Paediatr Drugs, 5(6):407-415.**86.** Zhou J. (2004) Norepinephrine transporter inhibitors and their therapeutic potential. Drugs Future, 29(12):1235-1244.

87. Pliszka SR, Crismon ML, Hughes CW ve ark. (2006) The Texas Children Medication algorithm Project: Revision of the algorithm for Pharmacotherapy of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 45(6):642-57.

88. Barkley RA.(2002) Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder in children. J Clin Psychiatry, 63(12):36-43.

89. Waslick B, Greenhill L. (2004) Attention deficit hyperactivity disorder. In: Wiener J, Dulcan M (eds). Text Book of Child and Adolescent Psychiatry (3.ed). Washington DC, American Psychiatric Press, 485-509.

90. Tutty S, Gephart H, Wurzbacher K. (2003) Enhancing behavioral and social skill unctioning in children newly diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder in a pediatric setting. Journal Dev Behav Pediatr., 24(1):51-57.

91. Turgay A. (2001) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda yaşam boyu değişim. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve özgül öğrenme güçlüğü kitabı içinde, editor: Aysev A, 111-132.

92. Biederman J, Monuteaux MC, Faraone SV ve ark (2006) Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow-up study. Psychol Med., 36(2): 167-79.

93. Meltzer S, Leiter L, Daneman D ve ark (1998) Clinical practice guidelines for the management of diabetes in Canada. Can Med Assoc J, 159:1-29.

94. Craig ME, Hattersley A, Donaghue K. ISPAD, (2006) Clinical Practice Consensus Guidelines Definition, epidemiology and classification. Pediatr Diabetes, 7:343-51.

95. Rosenbloom A, Silverstein J. (2004) Diabetes in the child and adolescent. In: Pediatric Endocrinology (4th Ed). Lifshitz F, Marcel Dekker (Eds), New York . (25-27) pp: 611–51.

96. Sperling MA. Diabetes mellitus in children. (2004) In: Behrman RE, Kleigman RM, Jenson HB (eds), Nelson Textbook Of Pediatrics (17th Ed). WB Saunders Company, Philadelphia. pp: 1947-72.

97. Becker DJ. (1996) Complications of insulin dependent diabetes mellitus in childhood and adolescence. In: Lifshitz F(ed). Pediatric Endocrinology (3th Ed). New York and Basel: Marcel Decker Inc . pp: 583-88.

98. Hatun S. Çocukluk ve Adolesan Çağı Diyabeti: Tip I Diyabet Mellit.(1997) Ulusal Diyabet Programı Çocuk ve Adölesan Çağı Diyabet Grubu, Teziç T (ed). Birikim Matbaacılık Ankara, ss: 84-90.

99. Arslanian S, Drash AL. (1994) Insulin dependent diabetes mellitus in the child and adolescent. Curr Ther Endocrinol Metab, 5:380-84.

100. Özalp İ, Tuncer M.(1997) Diabetes Mellitus. Katkı Pediatr Derg.18:1-48.

101. Warram JH, Rich SS, Krolevski AS ve ark (1994) Epidemiology and genetics of diabetes mellitus. In: Kahn CR, Weir GC (eds). Joslin's diabetes mellitus (13th ed). Lea & Febiger, Baltimore. pp:201-15.

102. Bilginturan N. (1998) Tip I diyabet Etiyopatogenezi. III. Ulusal Pediatrik Endokrinoloji Kongresi. Adana-Türkiye , ss: 24-32.

103. Escobar O, Becker DJ, Drash AL. (2003) Management of the Child with Diabetes. In: Lifshitz F, Dekker M (eds). Pediatric Endocrinology. New York ,pp:653-67.

104. Cooke DW, Plotnick LP. (2004) Management of Type 1 Diabetes Mellitus. In: Pescovitz OH, Eugster EA (eds). Pediatric Endocrinology. Lippincott Williams and Wilkins Philadelphia. pp:427-49.

105. World Health Organisation (1947) World Health Organisation Constitution. World Health Organisation, Geneva

106. WHOQOL (1995) World Health Organisation Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organisation. Soc Sci Med 41:1403–1409

107. Eser E ve ark. (2008) Çocuklar İçin Genel Amaçlı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kid-KINDL) Türkçe Sürümünün Psikometrik Özellikleri Türk psikiyatri dergisi; 19 (4) 409-41

108. Rudnick A (2001) The impact of coping on the relation between symptoms and quality of life in schizophrenia. Psychiatry 64:304–308

109. Moss MS, Hoffman CJ, Mossey J, Rovine M (2007) Changes over 4 years in health, quality of life, mental health, and valuation of life. J Aging Health 19:1025–1044

110. Döpfner M, Steinhausen HC, Coghill D ve ark (2006). A and the ADORE study group. Cross-cultural reliability and validity of ADHD assessed by the ADHD Rating Scale in a pan-European study. Eur Child Adolesc Psychiatry 15(Suppl 1):46–55

111. Dolan P. (2000) 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; pp. 1723–1760.

112. Harding L (2001) Children's quality of life assessment: A review of generic and health related quality of life measures completed by children and adolescents. Clin Psychol Psychother, 8(1):79-96.

113. Matza LS, Swensen AR, Flood EM ve ark (2004) Assesment of Health-Related Quality of Life in Children: A review of conceptual, metodolological and regulatory issues. Value Health, 7(1):79-92.

114. Wallander JL, Schmitt M, Koot HM (2001) Quality of life measurement in children and adolescents: Issues, instruments and applications. J Clin Psychol 57(4):571-585.

115. Eiser C, Mohay H, Morse R (2000) The measurement of quality of life in young children. Child Care Health Dev 26(5):401-414.

116. Schmeck K, Poustka F (1997) Quality of life and child psychiatric disorders. Quality of Life in Mental Disorders içinde, Katching H, Freeman H, Sartorius N (ed). Chichester, England: Wiley, sayfalar: 179-191.

117. Üneri Ö, Çakın Memik N (2007) Çocuklarda Yaşam Kalitesi Kavramı Ve Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Gözden Geçirilmesi. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 14(1): 48-56.

118. Rebok G, Riley A, Forrest C ve ark (2001) Elementary school-aged children's reports of their health: a cognitive interviewing study. Qual Life Res 10(1):59-7

119. Varni JW, Said M, Kurtin PS (2001) PedsQL 4.0: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations. Med Care, 39(8):800-812.

120. Varni JW, Seid M, Rode CA (1999) The PedsQL: measurement model for the Pediatric Quality of Life Inventory. Med Care 37(2):126-139.

121. Landgraf JM, Rich M, Rappaport L (2002) Measuring quality of life in children with attention-deficit/hyperactivity disorder and their families: development and evaluation of a new tool. Arch Pediatr Adolesc Med, 156(4):384-391.

122. Dolgun G, Savaşer S, Yazgan Y (2005) Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu olan 8- 12 Yaş Grubu Çocuklarda Yaşam Kalitesi Ölçeğinin (DE/HB-YKÖ) Geliştirilmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 7(1,2): 39-52.

123. Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M ve ark (1995) Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study. JAMA 274:1511–1517

124. Wilson JM, Marcotte AC (1996) Psychosocial adjustment and educational outcome in adolescents with a childhood diagnosis of attention deficit disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 35:579–587

125. Erhardt D, Hinshaw SP (1994) Initial sociometric impressions of attention-deficit hyperactivity disorder and comparison boys: predictions from social behaviors and from nonbehavioral variables. J Consult Clin Psychol 62:833–842

126. Satterfield J, Swanson J, Schell A, Lee F (1994) Prediction of antisocial behavior in attentiondeficit hyperactivity disorder boys from aggression/defiance scores. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 33:185–190

127. Biederman J, Wilens TE, Mick E, Faraone SV, Spencer T (1998) Does attention-deficit hyperactivity disorder impact the developmental course of drug and alcohol abuse and dependence? Biol Psychiatry 44:269–273

128. Satterfield JH, Schell A (1997) A prospective study of hyperactive boys with conduct problems and normal boys: adolescent and adult criminality. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 36:1726– 1735

129. Graham J, Coghill D (2008) Adverse effects of pharmacotherapies for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: epidemiology, prevention and management. CNS Drugs 22:213–237

130. Sawyer MG, Whaites L, Rey JM ve ark (2002) Health related quality of life of children and adolescents with mental disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 41(5):530-537.

131. Topolski TD, Edwards TC, Patrick DL ve ark (2004) Quality of life of adolescent males with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. J Atten Disord. 7(3):163-73.

132. Klassen AF, Miller A, Fine S (2004) Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Pediatrics, 114(5):e541-7.

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

134. Perwien AR, Kratochvil CJ, Faries DE ve ark (2006) 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 16(6):713–724

135. Yang P, Hsu HY, Chiou SS, Chao MC (2007) Health-related quality of life in methylphenidate-treated children with Attention-Deficit-Hyperactivity Disorder: results from a Taiwanese sample. Aust N Z J Psychiatry, 41(12):998-1004.

136. Ingersoll GM, Marrero DG (1991) A modified quality-of-life measure for youths: psychometric properties. Diabetes Educ 17: 114–118

137. Jacobson AM (1994) The diabetes quality of life measure. In Handbook of Psychology and Diabetes: A Guide to Psychological Measurement in Diabetes Research and Practice. Bradley C, Ed. Chur, Switzerland, Harwood Academic, p. 65–87

138. Madsen SD, Roisman GI, Collins WA (2002) The intersection of adolescent development and intensive intervention: age-related psychosocial correlates of treatment regimens in the Diabetes Control and Complications Trial. J Pediatric Psychology 27: 451–459.

139. Varni JW, Burwinkle TM, Jacobs JR ve ark (2003) the PedsQL in type 1 and type 2 diabetes. Diabetes Care 26:631–637.

140. Seid M, Varni JW, Kurtin PS. (2000) Measuring quality of care for vulnerable children: challenges and conceptualization of a pediatric outcome measure of quality. Am J Med Qual, 15:182-88.

141. Laffel LMB, Connell A, Vangsness L ve ark (2003) General quality of life in youth with type 1 diabetes. Diabetes Care, 26:3067-73.

142. Sawyer MG, Reynolds KE, Couper JJ ve ark (2004) Health-related quality of life of children and adolescents with chronic illness-a two year prospective study. Qual Life Res, 13:1309-19.

143. Gökler B, Ünal F, Pehlivantürk B ve ark (2004) Okul çağı (6-18 yaş) çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu versiyonunun Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 11(3):109-116.

144. Guy W. (1976) Clinical Global Impressions:ECDEU assessment of manual for pharmacology, revised edition. Rockville, MD: National Institute of Mental Health, Dept of Health, Education and Welfare Publication (ADM), 218-222

145. Ercan ES, Amado S, Somer O, Çıkoğlu S (2001) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve yıkıcı davranım bozuklukları için bir test bataryası geliştirme çabası. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 8: 132-144.

146. Dupaul G, Anastopoulos A, Power T ve ark. ADHD Rating Scale IV: Checklists, norms and clinical interpretation. 1998; New York: Guilford.

147. Achenbach TW. (1991) Manual for the child behaviour checklist/4-18 and 1991 Profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry. Burlington, VT

148. Eiser C, Morse R (2001a) Quality-of-life measures in chronic diseases of childhood. Health Technol Assess, 5: 1-156.

149. Varni JW, Seid M, Knight TS ve ark. (2002a) The PedsQLTM in pediatric rheumatology: reliability, validity, and responsiveness of the Pediatric Quality of Life InventoryTM Generic Core Scales and Rheumatology Module. Arthritis Rheum, 46: 714-725**.**

150. Varni JW, Seid M, Knight TS ve ark. (2002b) PedsQLTM 4.0 generic core scales: sensitivity, responsiveness, and impact on clinical decisionmaking. J Behav Med, 25: 175

151. Varni JW, Burwinkle TM, Katz ER ve ark (2002c) The PedsQLTM in paediatric cancer: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life InventoryTM generic core scales, multidimensional fatigue scale, and cancer module. Cancer, 94: 2090-2106.

152. Varni JW, Bruwinkle TM, Seid M ve ark. (2003a) The PedsQLTM 4.0 as a pediatric population health measure: feasibility, reliability and validity. Ambul Pediatr, 3: 329-341.

153. Varni JW, Burwinkle TM, Jacobs JR ve ark (2003b) The PedsQLTM in type1 and type 2 diabetes: reliability and validity of the pediatric quality of life inventory generic core scales and type 1 diabetes module. Diabetes Care, 26: 631-637.

154. Üneri Ö (2005) Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin 2-7 yaşlarındaki Türk çocuklarında geçerlik ve güvenilirliği. Yayınlanmamış uzmanlık tezi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi.

155. Çakın Memik N (2005) Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Yayınlanmamış uzmanlık tezi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi.

156. Spencer TJ, Biederman J, Mick E. (2007) Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder: Diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. Ambulatory Pediatrics, 73-81.

157. Biederman J, Monuteaux MC, Faraone SV, Mick E (2009) Parsing the associations between prenatal exposure to nicotine and offspring psychopathology in a nonreferred sample. J Adolesc Health. 45(2):142-8.

158. Linnet KM, Dalsgaard S, Obel C ve ark (2003) Maternal Lifestyle Factors in Pregnancy Risk of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Associated Behaviors: Review of the Current Evidence. American Journal of Psychiatry 160(6):1028–1040.

159. Banerjee TD, Middleton F, Faraone SV (2007) Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. Acta Pediatrica 96(9):1269–1274.

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

161. Harpin, V. A. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. Arch Dis Child, 90 Suppl 1, i2-7.

162. Rodriguez, A., Jarvelin, M. R., Obel, C ve ark (2007). Do inattention and hyperactivity symptoms equal scholastic impairment? Evidence from three European cohorts. BMC Public Health, 7, 327.

163. Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2002). The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. J Abnorm Psychol, 111 (2), 279-289.

164. Mannuzza, S., Klein, R. G., Bessler, A ve ark (1993). Adult outcome of hyperactive boys. Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. Arch Gen Psychiatry, 50 (7), 565-576.

165. Weiss, G., Hechtman, L., Milroy, T., & Perlman, T. (1985). Psychiatric status of hyperactives as adults: a controlled prospective 15-year followup of 63 hyperactive children. J Am Acad Child Psychiatry, 24 (2), 211- 220.

166. Faraone, S. V., Biederman, J., Chen, W. J. ve ark (1995). Genetic heterogeneity in attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): gender, psychiatric comorbidity, and maternal ADHD. J Abnorm Psychol, 104 (2), 334-345.

167. Jensen, P. S., Martin, D., & Cantwell, D. P. (1997). Comorbidity in ADHD: implications for research, practice, and DSM-V. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 36 (8), 1065-1079.

168. Gaub M, Carlson CL (1996) Behavioral Characteristics of DSM-IV ADHD Subtypes in a School-Based Population.

169. Graetz BW, Sawyer MG, Hazell PL ve ark (2001) Validity of DSM-IVADHD subtypes in a nationally representative sample of Australian children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 40:1410–1417

170. Turgay A, Gordon E, Vigdor M. (1994) ADHD and comorbidity in the study group. Abstract published in the American psychiatric Annual Meeting's New Research Section. Washington DC.

171. Eiraldi RB, Power TJ, Nezu CM. (1997) Patterns of comorbidity associated with subtypes of attention deficit hyperactivity disorder among 6 to 12 years old children. Am Acad Child Adoles Psychiatry, 36:503-514.

172. Plizka SR. (1998) Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder with psychiatric disorder: an overview. J Clin Psychiatry, 59:50-58.

173. Perce EW, Ewing LJ, Campbell SB. (1999) Diagnostic status and symptomatic behavior of hard-to-manage preschool children in midddle childhood and early adolesence. J Clin Child Psychol., 28:44-57.

174. Loeber R., Burke JD, Lahey BB ve ark (2000) Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 39:1468– 1484.

175. Weiss G, Hechtman LT (1993) Hyperactive Children Grown Up, 2nd ed. New York, Guilford Press.

176. Satterfield JH, Schell A. (1997) A prospective study of hyperactive boys with conduct problems and normal boys: adolescent and adult criminality. Am. Acad. Child Adoles. Psychiatry, 36(12):1726-1735.

177. Northam E, Todd S, Cameron F (2006) Interventions to promote optimal health outcomes in children with Type 1 diabetes–are they effective? Diabetes Med 23:113–21.

178. Grey M, Cameron M, Lipman T ve ark (1995) Psychosocial status of children with diabetes in the first 2 years after diagnosis. Diabetes Care 18:1330–36.

179. Kovacs M, Mukerji P, Iyengar S ve ark (1996) Psychiatric disorder and metabolic control among youths with IDDM. A longitudinal study. Diabetes Care 19:318–23.

180. McDonnell C, Northam E, Donath S ve ark (2007) Hyperglycemia and externalizing behavior in children with type 1 diabetes. Diabetes Care 30:2211–15.

181. Szydlo D, Woolston J, Wattum PJ (2003) Psychological aspects of diabetes mellitus. Child Adolesc Psychiatric Clin N Am 12:439–58.

182. McCarthy AM, Lindgren S, Mengeling MA ve ark (2002) Effects of diabetes on learning in children. Pediatrics 109:9.

183. Pongwilairat K, Louthrenoo O, Charnsil C, Witoonchart C (2005) Quality of life of children with Attention-Deficit/Hyper Activity Disorder. J Med Assoc Thai 88(8):1062–1066.

184. Landgraf JM, Abetz LN, Ware JE (1999) The CHQ users manual. Boston, Health Act, MA.

185. Hakkaart-van Roijen L, Zwirs BWC, Bouwmans C ve ark (2007) Societal costs and quality of life of children suffering from Attention Deficient Hyperactivity Disorder (ADHD). Eur Child Adolesc Psychiatry 16(5):316–326.

186. Sawyer MG, Whaites L, Rey JM ve ark (2002) Health-related quality of life of children and adolescents with mental disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 41(5):530–537.

187. Escobar R, Soutullo CA, Hervas A ve ark (2005) Worse quality of life for children with newly diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children. [erratum appears in Pediatrics. 2005 Nov;116(5):1266]. Pediatrics 116(3):e364–e369

188. Ohan JL, Johnston C (2002) Are the performance overestimates given by boys with ADHD self-protective? J Clin Child Adolesc Psychol 31:230–241

189. Rimmer M, Campbell C, Coghill D (2007) ADHD: the Impact on Parent's and Children's Quality of Life. Boston, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Annual Meeting.

190. Kalyva E, Malakonaki E, Eiser C, Mamoulakis D (2011) Health-related quality of life (HRQoL) of children with type 1 diabetes mellitus (T1DM): self and parental perceptions; Pediatr Diabetes 12(1):34-40.

191. Sawyer M, Arney F, Baghurst P, et al. (2001) The mental health of young people in Australia: key findings from the child and adolescent component of the national survey of mental health and well-being. Aust N Z J Psychiatry 35:806-14.

192. Goldston D, Kelley A, Reboussin D, et al. (1997) Suicidal ideation and behavior and noncompliance with the medical regimen among diabetic adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 36:1528–36.

193. Kovacs M, Ho V, Pollock M. (1995) Criterion and predictive validity of the diagnosis of adjustment disorder: a prospective study of youths with new-onset insulin dependent diabetes mellitus. Am J Psychiatry 152:523–28.

194. Newcorn JH, Spencer TJ, Biederman J, Milton DR, Michelson D (2005) Atomoxetine treatment in children and adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and comorbid Oppositional Defiant Disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 44:240–248.

195. Riley AW, Coghill D, Forrest CB, Lorenzo MJ, Ralston SJ, Spiel G (2006) Validity of the health-related quality of life assessment in the ADORE study: parent report form of the CHIP-Child Edition. Eur Child Adolesc Psychiatry 15(Suppl 1):i63–i71.

196. Memik NÇ, Ağaoğlu B, Coskun A ve ark (2007) Tip 1 Diyabetes Mellitusu olan çocuk ve ergenlerin yasam kalitesi algılarının değerlendirilmesi. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 14:133-38.

197. Eiser C, Morse R. A review of measures of quality of life for children with chronic illness. Arch Dis Child 2001; 84:205-11.

198. Magal-Vardi O, Laor N, Toren A, et al. Psychiatric morbiditity and quality of life in children with malignancies and their parents. J Nerv Ment Dis 2004; 192:872-75.

199. Grey M, Boland EA, Yu C, Sullivan-Bolyai S, Tamborlane WV: Personal and family factors associated with quality of life in adolescents with diabetes. Diabetes Care 21: 909–914, 1998

200. Wake M, Hesketh K, Cameron F. The Child Health Questionnaire in children with diabetes: cross sectional survey of parent and adolescent reported functional health status. Diabetic Med 2000; 17:700–7.

9.EKLER

EK Ia:

Olgu No: …….. Tarih:…….....

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU
(Ebeveyn Dolduracaktır)

Doğum tarihi (gün/ay/yıl): …….
1)Yaşı:
2)Cinsiyeti: Kız ( ) Erkek ( )
3)Aile Özelliği: Anne-Baba birlikte yaşıyor( ) Anne-Baba ayrı( )

4) Formu dolduran; Anne ( ) Baba ( ) Diğer(yakınlığınızı belirtiniz)……

Annenin;
5) Yaşı: 21-40 ( ) 41-50 ( ) 51 ve üstü ( )

6) Eğitim düzeyi : Okuryazar değil ( ) İlköğretim ya da Lise ( ) Üniversite ( )

7) Mesleği: Çalışmıyor ( ) Çalışıyor ( ) Emekli ( )

8) Tedavi görmekte olduğu ruhsal hastalık: Yok ( )
Anksiyete bozukluğu ( )
Depresyon ( )
Bipolar bozukluk ( )
Şizofreni ( ) Diğer…….....

9) Bedensel hastalık : Yok ( ) Var ( ) Varsa belirtiniz ……

Babanın;
10) Yaşı : 21-40 ( ) 41-50 ( ) 51 ve üstü ( )

11) Eğitim düzeyi : Okuryazar değil ( ) İlköğretim ya da Lise ( ) Üniversite ( )

12) Mesleği : Çalışmıyor ( ) Çalışıyor ( ) Emekli ( )

13) Tedavi görmekte olduğu ruhsal hastalık: Yok ( )
Anksiyete bozukluğu ( )
Depresyon ( )
Bipolar bozukluk ( )
Şizofreni ( ) Diğer…….....

14) Bedensel hastalık : Yok ( ) Var ( ) Varsa belirtiniz ……

15) Ailenin Aylık Toplam Geliri: 800 TL den az( ) 800 -2700 TL( ) 2700 TL üstü( )

16) Gebelik; Planlı( ) Plansız ( )

17) Gebelikte sigara kullandınız mı? Hayır ( ) Evet ( )

18) Gebelikte herhangi bir tıbbi sorun yaşadınız mı? Hayır ( )
Düşük tehtidi ( ) Kanama ( ) Diğer ( )……

19) Doğum: Sezeryan ( ) Normal Doğum ( )

20) Doğumda herhangi bir tıbbi sorun yaşadınız mı? Hayır( )
37 haftadan önce doğum( ) Zor ya da uzamış doğum( ) Suni sancı( )
Makat gelişi( ) Kordon dolanması( ) Diğer ……

21) Doğum sonrasında çocuğunuzda bir sorun oluştu mu? Hayır( )
Morarma( ) Kaka yutulması( ) Küvöz bakımı( )
Düşük doğum kilosu( ) Yenidoğan enfeksiyonu( ) Havale( ) Diğer …….

22)Çocuğunuz kaç aylıkken yürüdü ?.....

23)Çocuğunuz kaç aylıkken tek tek anlamlı kelimeler çıkardı ? ……

24) Çocuğunuzun okul başarısı (karnedeki son dönem) :

5- Pekiyi

4- İyi

3-Orta

2-Ortanın altı (geçer)

1-Zayıf

25)Kardeşler : Kardeş sayısı : Yok( ) 1( ) 2( ) 2 den fazla ( )

Kardeş(ler)de Ruhsal Hastalık: Yok ( ) Var ( )Belirtiniz .....

Kardeş(ler)de Bedensel Hastalık: Yok ( ) Var ( )Belirtiniz .....

EK Ib:

Olgu No: …….. Tarih:…….....

DEHB HASTALARI İÇİN SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU
(Hekim Dolduracaktır)

Belirtilerin başlama yaşı;

Tanı yaşı;

Tedaviye başlama yaşı;

CGI :

İlaç tedavileri
1)…….. ……doz …….. ……süre …….. özellik ……
2)…….. ……doz …….. ……süre …….. özellik……..
3)…….. ……doz …….. ……süre …….. özellik……..
4)…….. ……doz …….. ……süre …….. özellik……..

Tedaviye kompliyans: Çok iyi ( ) İyi ( ) Orta ( ) Kötü ( )

Yan etki:

Tedavinin etkinliği: Yok ……. Az …….. Orta……. İyi……

Ek tanı;

Ek tanıya ilişkin tedavi durumu:

Aileye ilişkin diğer önemli özellik:

Hastaya ilişkin diğer önemli özellik:

EK Ic:

Olgu No: …….. Tarih:…….....

TİP 1 DİYABET HASTALARI İÇİN SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU
(Hekim Dolduracaktır)

Belirtilerin başlama yaşı;

Tanı yaşı;

Tedaviye başlama yaşı;

İlaç tedavileri
1)…….. ……doz …….. ……süre …….. özellik…….
2)…….. ……doz …….. ……süre …….. özellik…….
3)…….. ……doz …….. ……süre …….. özellik…….
4)…….. ……doz …….. ……süre …….. özellik…….

Tedaviye kompliyans: Çok iyi ( ) İyi ( ) Orta ( ) Kötü ( )

Tedavinin etkinliği: Yok …… Az …….. Orta ……..... İyi ……

Son ölçülen HbA1c :

Ek tanı;

Ek tanıya ilişkin tedavi durumu:

Aileye ilişkin diğer önemli özellik:

Hastaya ilişkin diğer önemli özellik:

EK II. DEHB VE YIKICI DAVRANIŞ BOZUKLUKLARI İÇİN DSM-IV'E DAYALI TARAMA VE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

I.BÖLÜM

A- DİKKATSİZLİK

	Sorunun Derecesi			
SORUN	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 görünür.	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 gibi) 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 Derecesi			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
10- Elleri ayakları kıpır kıpır ya da oturduğu yerde kıpırdanır.	0	1	2	3
11- Sınıfta ya da oturması gereken diğer durum larda yerinde oturmaz.	0	1	2	3
12- Uygun olmayan durumlarda sağa sola koşuş turur ya da tırmanır. (Gençlerde ya da erişkinlerde huzursuzluk il sınırlı olabilir)	0	1	2	3
13-Sakince oyu oynamakta ya da boş zaman etkin liklerine katılmakta güçlük çeker.	0	1	2	3
13- Hep hareket halindedir ya da sanki motor takmış Gibi davranır.	0	1	2	3
14-Çok konuşur.	0	1	2	3

DÜRTÜSELLİK

SORUN

16-Soruların soru tamamlanmadan yanıt verir.	0	1	2	3
17-Sırasını beklemekte güçlük çeker.	0	1	2	3
18- Başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının	0	1	2	3

Arasına girer. (başkalarının konuşmaları ya da oyun larına burnunu sokar)

IB bölümünde karşılanan ölçüt sayısı	……./9
IB bölümünde alınan toplam puan	……/27

IA ve IB bölümlerinde karşılanan toplam ölçüt sayısı …../……../18
Bölüm IA ve IB'nin toplam puanı ……/54

II.BÖLÜM

SORUN	Sorunun Derecesi			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
19-Kontrolünü kaybeder.	0	1	2	3
20- Erişkinlerde tartışır.	0	1	2	3
21- Kurallara 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 va 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 …../8

II.Bölümden alınan toplam puan ……./24

III.BÖLÜM

SORUN	Sorunun Derecesi			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
A-İnsanlara ve Hayvanlara Karşı Saldırganlık	0	1	2	3
27- Kabadayılık eder, tehdit eder ya da gözdağı 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 vb.) 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 (saldırganlık Soygun, çanta kapıp kaçmak tehdit ile soyma silahla 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 isteyerek zarar Verir. (yangın çıkarma dışında)	0	1	2	3
C-**Dolandırıcılık yada Hırsızlık**				
36- Başkalarının evin, binasına ya da aracına zorla Girer.	0	1	2	3
37- Bir şey elde etmek, bir çıkar sağlamak ya da sorum luluklardan 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

	Sorunun Derecesi			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
D- Kuralları Ciddi Biçimde Bozma				
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 kez geceyi Evden kaçtı (ya da uzun süreli dönmemişse bir kez)	0	1	2	3
41- 13 yaş öncesinden başlayarak okuldan kaçar.	0	1	2	3

III. Bölümde karşılaşılan toplam ölçüt sayısı	……../15
III. Bölümden alınan toplam puan	……../45

I. II. III. Bölümlerde karşılaşılan toplam sayısı	……/41
Her üç bölümden alınan toplam puan	……/123

EK III. 4-18 YAŞ ÇOCUK VE GENÇLER İÇİN DAVRANIŞ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

ÇOCUĞUN ADI SOYADI:	Ev adresiniz ve Tel.no:	Anne Babanın İşi,eğitimi ve Yaşı
Cinsiyeti ☐Erkek ☐Kız Bugünün tarihi Ay…Gün…Yıl… Okulun Adı:…… ……... Sınıfı:……. ☐Okula Devam etmiyor	Yaşı: Çocuğun doğum tarihi: Ay…Gün…Yıl… Çocuğunuzun davranışlarıyla ilgili bu formu lütfen görüşlerinizi yansıtacak biçimde yanıtlayınız. Her bir madde ile ilgili bilgi verebilir ve 2.sayfadaki boşluklara yazabilirsiniz. Teşekkürlerimizle.	Babanın işi:……..Tel No:……...…..Eğitimi:……....Yaşı:……. Annenin işi:……..Tel No:……Eğitimi:……Yaşı:…… Formu dolduran: ☐ Anne ☐ Baba ☐ Diğer…….Çocukla olan ilişkisi…….

1.ÇOCUĞUNUZUN YAPMAKTAN EN ÇOK HOŞLANDIĞI SPORLARI SIRALAYINIZ. Örneğin: Yüzme, futbol, basketbol, voleybol, atletizm, tekvando, jimnastik, bisiklete binme, güreş, balık tutma gibi.

☐ Hiçbiri

	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 AKTİVİTELERİNİ SIRALAYINIZ.Örneğin pul, bebek, araba, akvaryum, el işi, satranç, müzik aleti çalmak, şarkı söylemek,resim yapmak gibi (Radyo dinlemeyi yada televizyon izlemeyi katmayınız).

☐ Hiçbiri

	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 KURULUŞ,KULÜP, TAKIM YADA GRUPLARI SIRALAYINIZ.(Spor, müzik,izcilik, folklor gibi).

☐ Hiçbiri

	Yaşıtlarına oranla çocuğunuz her birinde ne kadar aktiftir?			
	Bilmiyorum	Az aktif	Normal	Çok aktif
a……	☐	☐	☐	☐
b……	☐	☐	☐	☐
c…….....	☐	☐	☐	☐

IV. ÇOCUĞUNUZUN EVDE YA DA EV DIŞINDA YAĞTIĞI İŞLERİ SIRALAYINIZ.Örneğin gazete alma, bakkala gitme,pazara gitme, elektrik-su faturasını yatırma, çocuk bakımı, yatak düzeltme, sofra kurma, kaldırma, bir dükkanda çalışma gibi ödeme yapılan ve yapılmayan her türlü işleri katınız.

☐ Hiçbiri

	Yaşıtlarına oranla çocuğunuz her birinde ne kadar aktiftir?			
	Bilmiyorum	Az aktif	Normal	Çok aktif
a……	☐	☐	☐	☐
b……	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐

c……

V-1.ÇOCUĞUNUZUN YAKLAŞIK OLARAK KAÇ TANE YAKIN ARKADAŞI VARDIR? (Kardeşlerini katmayınız)

Hiç yok	1	2 ya da 3	4 ya da fazla
☐	☐	☐	☐

2-ÇOCUĞUNUZ OKUL DIŞI ZAMANLARDA HAFTADA KAÇ KEZ ARKADAŞLARIYLA BİRLİKTE OLUR?(Kardeşleri katmayınız)

Hiç yok	1	2 ya da 3	4 ya da fazla
☐	☐	☐	☐

VI.YAŞITLARINA ORANLA ÇOCUĞUNUZUN;

	Kötü	Normal sayılır	Oldukça iyidir	Kardeşi yoktur
a.Kardeşleriyle arası nasıldır?	☐	☐	☐	☐
b.Diğer çocuklarla arası nasıldır?	☐	☐	☐	
c.Ana babasına karşı davranışı nasıldır?	☐	☐	☐	
d.Kendi başına oyun oynaması ve iş yapması nasıldır?	☐	☐	☐	

VII.1.ÇOCUĞUNUZUN OKUL BAŞARISI NASILDIR? (6 yaş ve yukarısı için)Çocuğunuz eğer okula gitmiyorsa lütfen nedenini belirtiniz……

	Başarısız	Orta	Başarılı	Çok başarılı
a.Okuma, yazma, Türkçe	☐	☐	☐	☐
b.Hayat Bilgisi , Sosyal Bilgiler	☐	☐	☐	☐
c.Aritmetik	☐	☐	☐	☐
d.Fen Bilgisi	☐	☐	☐	☐
Diğer derslerde nasıldır? Örneğin:Yabancı dil, bilgisayar (Beden Eğitimi, resim ve müziği katmayınız)				
e……	☐	☐	☐	☐
f……	☐	☐	☐	☐
g……	☐	☐	☐	☐

2.ÇOCUĞUNUZ ALT ÖZEL SINIF YA DA BİR ÖZEL EĞİTİM KURUMDA OKUYOR MU?

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

3.ÇOCUĞUNUZ HİÇ SINIFTA KALDI MI?

☐ Hayır ☐ Evet-Kaçıncı sınıfta ve nedeni……

4. ÇOCUĞUNUZUN OKULDA DERS YA DA DERS DIŞI SORUNLARI OLDU MU?

☐ Hayır ☐ Evet-açıklayınız…….
Bu sorunlar ne zaman başladı?.....
Sorunlar bitti mi?

☐ Hayır ☐ Evet-ne zaman……

5.ÇOCUĞUNUZUN HERHANGİ BİR HASTALIĞI,FİZİKSEL RAHATSIZLIĞI YA DA ZİHİNSEL ÖZÜRÜ VAR MIDIR?

☐ Hayır ☐ Evet-açıklayınız…….

6.ÇOCUĞUNUZUN SİZİ EN ÇOK ÜZEN, KAYGILANDIRAN ÖZELLİKLERİ NELERDİR?
……
……
……7

7.ÇOCUĞUNUZUN EN BEĞENDİĞİNİZ ÖZELLİKLERİNİ BELİRTİNİZ
……

Aşağıda çocukların özelliklerini tanımlayan bir dizi madde bulunmaktadır. Her bir madde çocuğunuzun şu andaki ya da son 6 ay içindeki durumunu belirtmektedir. Bir madde çocuğumuz 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 yarde bulunmakta kaşıntı, döküntü, göz yaşarması vs.olması):…….

0 1 2 3. Çok tartışır

0 1 2 4. Astımı (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 çıkaramaz (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. Eşyalarına 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 davranışından dolayı suçlanmış gibi görünmez

0 1 2 27. Genellikle kıskançtır

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

0 1 2 29. Bazı hayvanlardan ve okul dışı ortamlardan ya da yerlerden 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 gerektiğine inanır

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 çok 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 seğirmeleri, 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

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

0 1 2 57.İnsanlara fiziksel saldırıda bulunur

0 1 2 58.Burnuyla, cildiyle, vücudunun başka kısımlarıyla oynar ve yolar (açıklayınız):……..

0 1 2 59.Herkesin ortasında cinsel organlarıyla oynar

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 yı 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 ,çağırır

0 1 2 69.Sır vermez, düşüncelerini kendine saklar

0 1 2 70.Olmayan şeyleri görür(Açıklayınız)……..
……..

0 1 2 71.Sıkılgan ve utangaçtır

0 1 2 72.Yangın çıkartır

0 1 2 73.Cinsel sorunları vardır (Açıklayınız)……
……..
……

0 1 2 74.Gösterişten hoşlanır, maskaralık yapar

0 1 2 75.Çekingen ve ürkektir

0 1 2 76.Çocukların çoğundan daha az uyur

0 1 2 77.Çocukların çoğundan gece ve gündüz daha çok uyur (Açıklayınız)…….
……
0 1 2 78.Kakası ile oynar ya da etrafa bulaştırır

0 1 2 79.Konuşma güçlüğü vardır (Açıklayınız)……
……

0 1 2 80.Boş gözlerle uzun uzun bakar

0 1 2 81.Evden çalmaları vardır

0 1 2 82.Evin dışında çalmaları vardır

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

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

0 1 2 85.Acayip, tuhaf düşünceleri vardır (açıklayınız):……..
……..
……..
0 1 2 86.İnatçı, somurtkan ve rahatsız edicidir.

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.Uykuda yürür ve konuşur(açıklayınız)……...
……..

0 1 2 93.Çok fazla konuşur

O 1 2 94.Başkalarıyla çok fazla dalga geçer , alay eder

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 22 102.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 yada ilaç kullanır (açıklayınız):……..
……

0 1 2 106:Etrafindaki 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 1109.Karşı cinsten olmayı ister

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

0 1 2 112.Evhamlıdır, her şeyi dert edinir

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

TÜM MADDELERİ LÜTFEN CEVAPLAYINIZ

SİZİ KAYGILANDIRAN MADDELERİN ALTINI ÇİZİNİZ

*Son 6 aylık sürenin dışında yukarıda sözü edilen özellikler Çocuğun yaşamının herhangi bir döneminde görüldü mü?
☐ Hayır ☐ Evet……..

*Son bir yıl içinde çocuk ruh sağlığı kliniğine başvurdunuz mu?
☐ Hayır ☐ Evet …….

*Çocuğunuz Kur'an Kursu'na gitti mi? Halen gidiyor mu?
☐ Hayır ☐ Evet…….....

EK IVa. ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ÇOCUK FORMU (8-12 YAŞ)

Ad Soyad:
Tarih:

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Çocuk Değerlendirme Formu (8-12 yaş)

Bir sonraki sayfada senin için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.

Lütfen son bir 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**

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsan lütfen yardım iste.

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

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 gittiğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4

EK IVb. ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ EBEVEYN FORMU (8-12 YAŞ)

Çocuğunuzun adı Soyadı:

Tarih:

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Çocuk Değerlendirme Formu (Anne-Baba) (8-12 yaş)

Bir sonraki sayfada çocuğunuz için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.

Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin çocuğunuz için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz.

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

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

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

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

Duygusal işlevsellik ile ilgili sorunlar	**Hiçbir zaman**	**Nadiren**	**Bazen**	**Sıklıkla**	**Hemen her zaman**
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissetmek	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissetmek	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissetmek	0	1	2	3	4
4. Uyku ile ilgili zorluklar	0	1	2	3	4
5. Kendisine ne olacağı konusunda endişe duymak	0	1	2	3	4

Sosyal işlevsellik ile ilgili sorunlar	**Hiçbir zaman**	**Nadiren**	**Bazen**	**Sıklıkla**	**Hemen her zaman**
1. Yaşıtları ile geçimi	0	1	2	3	4
2. Yaşıtlarının onunla arkadaş olmak istememesi	0	1	2	3	4
3. Yaşıtları tarafından alay edilmesi	0	1	2	3	4
4. Yaşıtlarının yapabildiği şeyleri yapamaması	0	1	2	3	4
5. Yaşıtları ile oyun oynarken geri kalması	0	1	2	3	4

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

EK IVc. ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ERGEN FORMU (13-18 YAŞ)

Ad Soyad:

Tarih:

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Ergen Değerlendirme Formu (13-18 yaş)

Bir sonraki sayfada sizin için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.

Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin sizin için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz.

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

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

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

Sağlığım ve aktivitelerim ile ilgili sorunlar	**Hiçbir zaman**	**Nadiren**	**Bazen**	**Sıklıkla**	**Hemen her zaman**
1. Bir bloktan fazla 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. Yaşıtlarıma ayak uydurmakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4

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

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

Çocuğunuzun adı Soyadı:

Tarih:

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Ergen Değerlendirme Formu (Anne-Baba) (13-18 yaş)

Bir sonraki sayfada çocuğunuz için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.

Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin çocuğunuz için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz.

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

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

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

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

Duygusal işlevsellik ile ilgili sorunlar	**Hiçbir zaman**	**Nadiren**	**Bazen**	**Sıklıkla**	**Hemen her zaman**
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissetmek	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissetmek	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissetmek	0	1	2	3	4
4. Uyku ile ilgili zorluklar	0	1	2	3	4
5. Kendisine ne olacağı konusunda endişe duymak	0	1	2	3	4

Sosyal işlevsellik ile ilgili sorunlar	**Hiçbir zaman**	**Nadiren**	**Bazen**	**Sıklıkla**	**Hemen her zaman**
1. Yaşıtları ile geçimi	0	1	2	3	4
2. Yaşıtlarının onunla arkadaş olmak istememesi	0	1	2	3	4
3. Yaşıtları tarafından alay edilmesi	0	1	2	3	4
4. Yaşıtlarının yapabildiği şeyleri yapamaması	0	1	2	3	4
5. Yaşıtlarına ayak uyduramaması	0	1	2	3	4

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

EK 5. KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ-DEHB

KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ
DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

Geçen haftaki davranışların tümünü değerlendirin. Bu değerlendirmeyi, elinizdeki tüm klinik bilgileri (görüşmelerde elde ettiğiniz gözlemleri, raporları, standardize edilmiş ölçeklerin sonuçlarını) göz önüne alarak yapın.

NORMAL	Dikkatsizlik, dürtüsellik veya aşırı hareketlilik belirtileri tanımlanmamıştır.
SINIRDA	Dikkatsizlik ve/veya dürtüsellik ve/veya aşırı hareketlilik belirtileri gelip geçici, ara sıra ve nadirdir, işlevsellikte bozulmaya yol açmazlar. DSM-IV'teki DEHB tanı kriterlerini karşılamazlar.
HAFİF	Belirtiler DSM-IV2teki DEHB tanı kriterlerini karşılamak için yeterlidir. Davranışları, ileri düzeyde yapılandırılmamış ortamlarda organize ve duruma uygundur. Ortalama ev veya sınıf şartlarında, çok hafif bozulmayla birlikte işlevselliğini sürdürür.
ORTA	Belirtiler, zaman veya durum değişikliklerine göre farklılık gösterir. Davranışların organize ve duruma uygun olabilmesi için ortam şartlarının bir miktar yapılandırılması gerekir. Genellikle teke tek denetim gerektirmez.
BELİRGİN	Davranışların iyi bir şekilde organize ve duruma uygun olabilmesi için, ortam şartlarının oldukça yapılandırılması gerekir.
AĞIR	Dikkatsizlik, dürtüsellik veya aşırı hareketlilik belirtileri yaygındır ve oldukça sıktır. Genellikle teke tek denetim gerektirir.
ÇOK AĞIR	Dikkatsizlik, dürtüsellik veya aşırı hareketlilik belirtilerinin sürekli ve yaygın olması nedeniyle evde veya okulda işlevselliğini sürdüremez. 24 saat sürekli denetim gerektirir.

EK 6. ETİK KURUL ONAYI

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:2012/39-18**	**Tarih: 29.11.2012**
	Prof.Dr.Aynur AKAY'ın sorumlusu Dr.Nihal YURTERİ' nin proje yürütücüsü olduğu **"Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Çocuklarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Tip 1 Diyabetes Mellitus ve Sağlıklı Kontrol Gruplarıyla Karşılaştırılarak Yaşam Kalitesine Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi"** isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr..Besti ÜSTÜN (Başkan Yardımcısı)	Ph.D.Yüksek Hemşire	DEU Hemşirelik Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Osman AÇIKGÖZ	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Bilgin CÖMERT	İç Hastalıkları (Yoğun Bakım B.D)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Işıl TEKMEN	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E ☐	H ☒	

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu