

## Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Çocuklarda Yaşam Kalitesi

Quality of Life in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder Diagnosis

Semra SÖNGÜT<sup>1</sup>, Selen ÖZAKAR AKÇA<sup>2</sup>

### ÖZ

Bu çalışmada Dikkat Eksikliği Hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan çocukların yaşam kalitelerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Kesitsel ve tanımlayıcı olan bu çalışma Eylül 2017- Nisan 2018 tarihleri arasında DEHB tanısı nedeniyle Rehberlik ve Araştırma Merkezi'ne başvuruda bulunan 8-12 yaş arası 75 çocuk ile yapılmıştır. Araştırma verileri "Tanıtıcı Bilgi Formu" ve "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan 8-12 Yaş Grubu Çocuklarda Yaşam Kalitesi Ölçeği (DE/HB-YKÖ)" kullanılarak toplanmıştır. Sayısal değişkenler ortalama ve standart sapma olarak, kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak sunulmuştur.

Çalışmaya katılan çocukların yaş ortalaması 10,48±1,25 olup %70,7'si erkektir. Araştırmadaki çocukların %73,3'ünün daha önce DEHB'yi bilmediği ve %38,7'sinde DEHB'ye eşlik eden bir hastalığın olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya alınan çocukların DE/HB-YKÖ'ye göre puan ortalaması; okulda: 48,14±17,67; evde: 46,72±18,68 ile orta düzeyde olup aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (p<0,05). DEHB olan çocukların okulda ve evde orta düzeyde yaşam kalitesine sahip olduğu belirlenmiştir. Pediatri hemşirelerinin DEHB olan çocukları erken dönemde belirleyerek tanılama için ilgili merkezlere yönlendirmeleri, çocuğa, ailesine ve sosyal çevresine DEHB ile ilgili bilgi vermeleri önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Çocuk, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Hemşire, Yaşam Kalitesi

### ABSTRACT

This study aims to determine the quality of life among children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). This cross-sectional and descriptive study was conducted with 75 children aged 8-12 who applied to the Guidance and Research Center for the diagnosis of ADHD between September 2017 and April 2018. The research data were collected with the "Introductory Information Form" and "The Quality Of Life Scale in Children of the Age Group of 8-12 Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (AD/HD-QOLS)".

The average age of the children participating in the study is 10.48±1.25 and 70.7% are male. It was determined that 73.3% of the children in the study did not know ADHD before and 38.7% had a condition accompanying ADHD. The average score of children according to AD/HD-QOLS; at school: 48.14±17.67; at home: 46.72±18.68, and the difference between was found to be statistically significant (p<0.05). It has been determined that children with ADHD have moderate quality of life at school and at home. It is recommended that pediatric nurses identify children diagnosed with ADHD in an early period and direct them to centers for diagnosis and treatment, and provide counseling services to the child, family and his social environment.

**Keywords:** Child, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Nurse, Quality of Life

*Bu çalışma birinci yazarın yüksek lisans tezinden türetilmiştir. Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan etik izin alınmıştır. Bu makalenin özeti Zürih/ İsviçre'de düzenlenen "32nd World Congress on Advanced Nursing Practice 30th International Conference on Pediatric Nursing Healthcare"de 19.08.2019 tarihinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.*

<sup>1</sup> Öğr. Gör, Semra SÖNGÜT, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Hitit Üniversitesi İskilip Meslek Yüksekokulu Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, karacaoglu\_semra@hotmail.com, ORCID: 0000-0003-1952-7980

<sup>2</sup> Doç. Dr, Selen ÖZAKAR AKÇA, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, selenozakar@hotmail.com, ORCID: 0000-0002-6943-6713

**İletişim / Corresponding Author:** Semra SÖNGÜT  
**e-posta/e-mail:** karacaoglu\_semra@hotmail.com

**Geliş Tarihi / Received:** 31.05.2021  
**Kabul Tarihi/Accepted:** 02.06.2022

## GİRİŞ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), çoğunlukla çocukluk çağına başlayan, dikkatsizlik, odaklanamama, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik gibi belirtilerle kendini gösteren ve kişinin tüm yaşamını etkileyen nöropsikiyatrik bir bozukluktur.<sup>1</sup> Amerikan Pediatri Akademisi (2013) dünyada DEHB görülme oranının çocuklarda %5-12 arasında değiştiğini bildirmektedir.<sup>2</sup> Kompleks bir hastalık olan DEHB, çoğunlukla erken çocukluk döneminde başlamasına karşın tanısının konulması genellikle okul çağına rastlamaktadır.<sup>3</sup>

Dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik yer aldığı DEHB'nin temel belirtilerinden kaynaklanan güçlükler, çocukların ve ailelerinin hayatının sosyal, duygusal yönünü etkilemektedir.<sup>4</sup> DEHB olan çocuklar sosyal ilişkilerinde, özellikle bir ilişki kurma açısından, DEHB olmayan akranlarına göre daha fazla güçlük yaşamaktadırlar.<sup>5</sup> DEHB olan çocuklar dürtüsel ve saldırgan davranışlar sergilemekte, kurallara karşı gelme, öfkelerine hakim olamama ve sosyal uyumsuzluk gibi çeşitli sorunlar yaşamaktadırlar. Bu durum çocuğun günlük aktivitelerini etkili biçimde sürdürme kapasitesini azaltarak yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.<sup>6</sup>

Yaşam kalitesi kavramı, sağlığın geliştirilmesi ve iyileştirilmesi sürecine geçildiği günümüzde yaşam koşullarının araştırılması, etkileri ve sonuçları bakımından giderek artan bir öneme sahiptir.<sup>7</sup> Bu nedenle yaşam kalitesini değerlendirme, özellikle DEHB gibi yaşamın neredeyse her alanında güçlük çekilen bu hastalıkta, daha fazla önem taşımaktadır.<sup>3</sup>

Çocukların davranışlarını gözlemleyecek, onların yaşam kalitelerini belirleyecek, DEHB olan çocukları erken dönemde doğru merkezlere yönlendirilmelerini sağlayacak sağlık profesyonelleri pediatri hemşireleridir. Çünkü pediatri hemşireleri ilk ve öncü sağlık profesyonelleridir.<sup>8</sup> DEHB'nin belirti ve bulgularının diğer sağlık problemleri ile karıştırılabildiği yani yanlış tanı konulabilme ihtimali yüksek olduğu düşünüldüğünde, erken tanı ve tedavi için kapsamlı bir değerlendirme gerektiği belirtilmektedir.<sup>9</sup> DEHB olan çocukların akranlarından ayırt edilerek fark edilmeleri, erken tanı ve tedavinin sağlanması pediatri hemşirelerinin temel rolleri arasındadır. Çünkü pediatri hemşireleri çocukların davranışlarını ve tedavi yanıtlarını kolayca gözlemleyebilecek sağlık profesyonelleridir.<sup>8</sup> Pediatri hemşireleri, DEHB olan çocukların ev ve okuldaki yaşam kalitelerinin belirlenmesini ve desteklenmesini, çocuğa verilecek desteğin sürekliliğini sağlamaktadır. Pediatri hemşireleri tarafından bu konuda yapılacak çalışmalar, çocuk ve ailede konu ile ilgili farkındalık oluşturulmasını dolayısıyla DEHB olan çocuklarda yaşam kalitelerinin artırılmasını sağlayacaktır. Yapılan literatür taramasında DEHB olan çocukların yaşam kalitesini ele alan çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir.<sup>6,9,10</sup> Bu doğrultuda okul çağındaki DEHB olan çocuklarda yaşam kalitesinin belirlenmesinin ve DEHB olan çocuk ve ailelerinde gerekli farkındalığın oluşturulmasının önemi düşünüldüğünde, bu çalışma ile DEHB olan çocukların yaşam kalitesinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

## MATERYAL VE METOT

### Araştırmanın Tipi

DEHB olan çocukların yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel tiptedir.

Araştırmanın soruları;

1. DEHB olan çocuk ve ailelerinin yaşam kalitesi düzeyi nedir?
2. DEHB olan çocukların ve ailelerinin tanıtıcı özellikleri ile DE/HB-YKÖ arasında fark var mıdır?

## Araştırmanın Popülasyonu

Türkiye’de İç Anadolu Bölgesindeki bir ilin Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı Rehberlik Araştırma Merkezinde Eylül 2017-Nisan 2018 tarihleri arasında DEHB ile ilgili tanı alarak başvuruda bulunan 8-12 yaş arası çocuklar ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini, (a) DSM-V tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı alan, (b) 8-12 yaş grubunda olan, (c) ankette yer alan soruları okuyabilme ve anlayabilme yeteneğine sahip, (d) kendisi ve ailesi çalışmaya katılmaya gönüllü olan 75 çocuk dahil edilmiştir. Epilepsi, psikoz, mental retardasyon, otizm, nörolojik bozukluğu, kronik hastalığı olan çocuklar araştırmaya alınmamıştır. Araştırmanın verileri ile G-Power Data Analysis programıyla post-hoc güç analizi yapılmış, güç analizinde örneklem büyüklüğü 75 olarak alınmış ve güç analizi %95 güven aralığı ve  $p=0,05$  anlamlılık düzeyinde hesaplanmıştır. Araştırmanın gücü 0.80 olarak hesaplanmıştır.

## Veri Toplama Süreci

Araştırmanın verileri, tanıtıcı bilgi formu ve Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan 8-12 yaş grubu çocuklarda yaşam kalitesi ölçeği (DE/HB-YKÖ) kullanılarak toplanmıştır.

Tanıtıcı bilgi formu, literatür taraması sonucunda araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır.<sup>3,4,7</sup> Bu form DEHB olan çocuklar ve ailelerine ilişkin tanıtıcı özelliklerini (yaş, cinsiyet, kardeş sayısı, ailenin ekonomik durumu, anne ve babanın birliktelik durumu, annenin eğitim ve çalışma durumu, babanın eğitim ve çalışma durumu) ve DEHB olan çocukların klinik özelliklerini (DEHB’nin tanılanma zamanı, daha önce DEHB’yi bilme, DEHB olan kardeş/kuzen bulunma, DEHB için ilaç tedavisi alma, DEHB’ye eşlik eden hastalık ve tanı durumu) belirlemeye yönelik sorulardan oluşmuştur.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan 8-12 yaş grubu çocuklarda yaşam kalitesi ölçeği (DE/HB-YKÖ); Dolgun ve Savaşer tarafından 2003 yılında geliştirilmiş, DEHB’ye özel bir yaşam kalitesi ölçeğidir.<sup>11</sup> DE/HB-YKÖ, Türk dilinde geliştirilmiş

olması çocukların yaşadığı topluma yönelik yaşam kalitelerini ortaya koyması açısından özel önem taşımaktadır. DEHB olan 8-12 yaş grubu çocukların evde ve okuldaki yaşam kalitelerini değerlendirmek üzere geliştirilmiş olan bu ölçeğin geliştirilme aşamasında, DEHB tanısıyla en az 6 ay süre ayaktan izlenen, ek psikiyatri tanısı almamış, organik hastalığı bulunmayan, çalışmaya katılmaya istekli, %83,0’ı erkek ve %74,7’si ilaç kullanmakta olan toplam 79 çocuk alınmıştır. 5’li likert tipi hazırlanan ölçeğin madde puanları, 0: “Hiç katılmıyorum” ve 4 “Tamamen katılıyorum” arasında değişmektedir. Bir sorudan alınan en düşük ham puan 0, en yüksek ham puan ise 4’tür. Ölçek toplam puanı hesaplanırken iki madde hariç (20, 24) diğer maddelere verilen yanıtların puanı tersine çevrilmiştir. Ölçeğin alt gruplarının belirlenmesi için faktör analizi yapılmış olup, ortaya çıkan faktörler bilişsel (1, 3, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 16, 17), sosyal (2, 4, 5, 9, 12, 14, 15, 18, 19, 20), duygusal (21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30) olarak 3 alt boyut elde edilmiştir. Ölçeğin Cronbach’s Alfa katsayısı okulda 0,91; evde 0,89’dur. Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach’s Alfa katsayısının okulda 0,88; evde 0,90 olduğu görülmüştür. Ölçekten ve alt boyutlarından alınan toplam puan, 100’e ne kadar yakın ise çocuğun yaşam kalitesinin o kadar iyi olduğunu, 100’den uzaklaşması ise yaşam kalitesinin kötü olduğunu yani DE/HB’nin çocuğun yaşamını olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir.<sup>11</sup>

Veriler, araştırmacı tarafından yüzyüze görüşme tekniği kullanılarak ortalama 30 dk. içerisinde toplam 6 ayda toplanmıştır. Anketlerin uygulanmasında Rehberlik ve Araştırma Merkezi’nde kayıtları ve iletişim bilgileri bulunan çocukların velileri telefonla aranarak çocuklarla birlikte kuruma gelmeleri istenmiştir. Merkeze gelen çocuklara rehber öğretmenlerin gözetimi altında araştırmacı tarafından çalışmanın amacı anlatılarak, anket formlarını doldurmaları sağlanmıştır.

Araştırma için hazırlanan anket formunun anlaşılabilirliğinin ve uygulama süresinin belirlenmesi amacıyla, çalışmaya dahil

edilme kriterlerine uyan 5 çocuğa ön uygulama yapılmış olup, veri toplama formları üzerinde değişiklik yapılmasına ihtiyaç duyulmamıştır. Ön uygulamada toplanan veriler araştırmaya dahil edilmemiştir.

### Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler SPSS (Version 22.0) paket programı ile yapılmıştır. Sayısal değişkenler ortalama ve standart sapma olarak, kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak sunulmuştur. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler Ki-kare, çocuk ve ailelerinin tanıtıcı özelliklerine göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırmalarında ise veri normallik dağılımına uygun olarak iki örneklem için bağımsız örneklem t testi (Independent-Sample T Test), ikiden fazla grup karşılaştırmaları için One-Way ANOVA (post-hoc Tukey HSD) testi, DE/HB-YKÖ evde ve okuldaki puan ortalamalarının karşılaştırmaları için

eşleştirilmiş örneklem t testi (Paired-Samples T Test) kullanılmıştır. İstatistiksel olarak  $p < 0,05$  değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

### Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce çalışmanın yapılacağı kurumdan yazılı izin (43436584-44-E. 22497461) ve Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (15.08.2017/2017-71) alınmıştır. Veri toplama öncesi çocukların ve ailelerinin soruları yanıtlanmış ve konu ile ilgili bilgi verildikten sonra yazılı onamları alınmıştır.

### Araştırmanın Değişkenleri

Çalışmaya katılan DEHB olan çocukların tanıtıcı ve DEHB'ye ait klinik özellikleri araştırmanın bağımsız değişkenlerini, çocukların DE/HB-YKÖ'den aldıkları puan ortalamaları araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmuştur.

## BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmaya alınan çocukların hastalığının tanılma zamanı en az 6 ay olanların oranının %38,7 olduğu, %73,3'ünün daha önce DEHB'yi bilmediği, %93,3'ünün kardeş/kuzeninde DEHB tanısı konmadığı ve tanı konan çocukların %42,7'sinin hastalığı ile ilgili ilaç kullandığı belirlenmiştir. DEHB'ye eşlik eden bir hastalığı olan çocukların oranı %38,7'dir ve bu oranın %34,5'inde anksiyete ve davranış-duygu durum bozukluğu olduğu görülmüştür (Tablo 1).

DEHB'nin çocuk, ailesi ve çevresi için uygun zamanda ve doğru şekilde tedavi edilmesi önemlidir. Bu nedenle erken tanılama sürecinde, DEHB ile ilgili sahip olunan bilgi ve hastalığa yaklaşımlar etkili olduğundan hemşirelerin, öğretmenlerin, özellikle ailelerin rolünün önemi gündeme gelmektedir.<sup>12</sup> Bu çalışmada tanı alan çocukların çoğunluğunun daha öncesinde DEHB'yi bilmediği görülmektedir (Tablo 1). Bu bulgular, hemşireler tarafından çocuk, öğretmen ve ailelere DEHB ile ilgili eğitim

programları düzenlenmesinin gerekliliğini ortaya koymaktadır

DEHB'nin tanı ve tedavisini standardize etmek amacıyla, DEHB'de ilaç tedavisinin çok önemli bir yer tuttuğunu belirten "DEHB Uygulama Kılavuzları" bulunmaktadır.<sup>13</sup> Karabekiroglu ve ark. (2009) tarafından yapılan çalışmada DEHB tanısı olan çocukların tedavide ilaç kullanma oranının %39,9, Bussing ve ark.'nın (2012) çalışmasında bu oranın %89,0 görülmüştür.<sup>14,15</sup> Bu çalışmada ise oranın %42,7 olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Çalışmaların oranları arasında farklılıkların görülmesi; DEHB tanı ve tedavisinin, coğrafi ve kültürel özelliklerden etkilenebileceğini ve ailelerin bu konudaki farkındalık düzeylerindeki değişikliklerden kaynaklı olabileceğini düşündürmektedir.

DEHB'de eş tanı oranlarının farklılık gösterdiği ve eş tanı varlığında DEHB'nin prognozunun olumsuz etkilendiği yapılan çalışmalarda bildirilmektedir.<sup>16,17</sup> Herguner ve Herguner (2012) tarafından yapılan geniş örneklemlili retrospektif çalışmada DEHB'de

eş tanı oranının %73,7 olduğu, Aktepe'nin (2011) çalışmasında ise DEHB olgularının %89,5'ine en az bir ek tanının eşlik ettiği belirtilmektedir.<sup>18,19</sup> Bu çalışmada ise çocuklarda %38,7 oranında DEHB'ye eşlik eden bir psikiyatrik hastalık olduğu

görülmektedir (Tablo 1). Çalışmada eş tanı oranının literatüre göre düşük olmasının nedeni olarak, araştırma gurubundaki çocukların ilk tanısının DEHB olmasından kaynaklı olabileceği düşünülebilir.

**Tablo 1. DEHB Olan Çocukların Klinik Özellikleri (N=75)**

Klinik Özellikler	n	%
<b>DEHB tanılanma zamanı</b>		
6 ay	29	38,7
7ay-1 yıl	18	24,0
1-3 yıl	24	32,0
4 yıl ve üzeri	4	5,3
<b>Daha öncesi DEHB'yi bilme durumu</b>		
Bilen	20	26,7
Bilmeyen	55	73,3
<b>DEHB olan kardeş/kuzen bulunma durumu</b>		
Var	5	6,7
Yok	70	93,3
<b>DEHB için ilaç tedavisi alma durumu</b>		
Alan	32	42,7
Almayan	43	57,3
<b>DEHB'ye eşlik eden hastalık durumu</b>		
Var	29	38,7
Yok	46	61,3
<b>DEHB'ye eşlik eden tanı (n=29)</b>		
Anksiyete	10	34,5
Ayrılık kaygısı	9	31,0
Davranım-duygu durum bozukluğu	10	34,5

Araştırmaya katılan çocukların DE/HB-YKÖ bilişsel, sosyal ve duygusal alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; çocukların ölçeğin bilişsel alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları, okulda: 52,7±5,01; evde 51,4±5,26, sosyal alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları okulda: 51,7±7,05; evde 51,3±6,90 ve duygusal alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları okulda: 51,9±7,91; evde 50,8±7,67'dir. Araştırmadaki çocukların DE/HB-YKÖ bilişsel, sosyal ve duygusal alt boyutlarından okulda ve evde aldıkları puan ortalamaları arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (sırasıyla p=0,196; p=0,379 ve p=0,201).

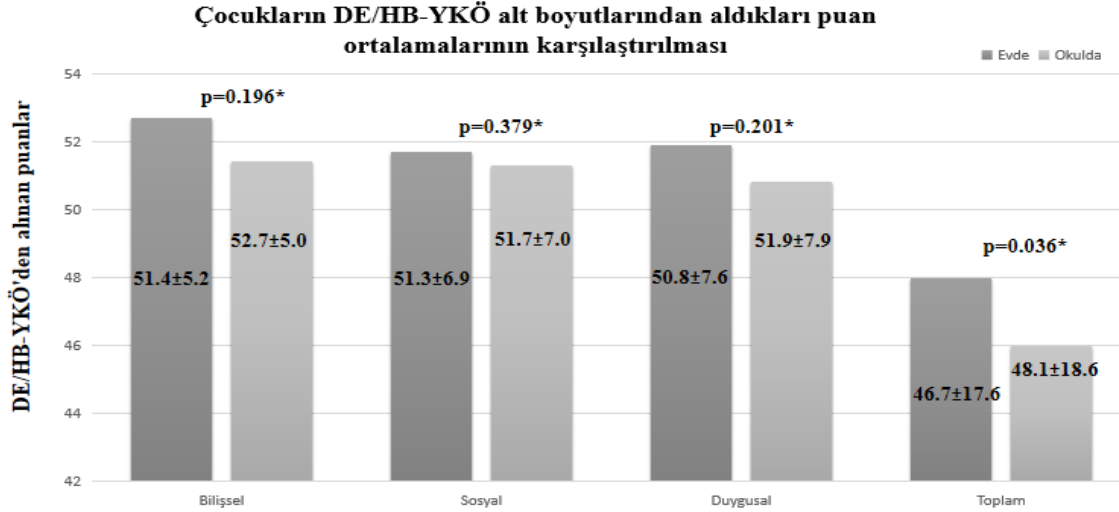
Araştırmaya alınan çocukların toplam DE/HB-YKÖ puan ortalamalarının ise okulda: 48,14±17,67; evde: 46,72±18,68 ile orta düzeyde olduğu saptanmış, bu puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı (p=0,036) olduğu görülmüştür (Şekil 1).

DEHB olan çocuklarda sıklıkla sosyal, duygusal, davranışsal sorunlar ve yönetici işlev bozuklukları gibi bilişsel bozukluklar izlenmektedir.<sup>20</sup> Ayrıca okul başarısında düşme, aile ve akran ilişkilerinde bozulma, yıkıcı davranışlarda ve maddeyi kötüye kullanım riskinde artma, iş olanaklarında azalma ve suça ilişkin etkinlikte artma gibi sorunlara yol açmaktadır. Bu sorunlar



çocukların ruhsal iyilik halini olumsuz yönde etkilediği için DEHB’de, fiziksel, psikolojik, sosyal ve akademik işlevsellik boyutları ile tanımlanan yaşam kalitesinde düşme söz konusudur.<sup>3,21</sup> Bu çalışmada çocukların DE/HB-YKÖ’nün puan ortalaması orta düzeyde olup, puan ortalamaları arasındaki

fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ; Şekil 1). Bu bulgu, DEHB olan çocukların gerek okulda gerekse evde bilişsel, sosyal ve duygusal açıdan desteklenmelerinin ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesinin gerekliliğini ortaya koymaktadır.



Not: \*Paired-Samples T Test

Şekil 1. Çocukların DE/HB-YKÖ Bilişsel, Sosyal ve Duygusal Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları

Çalışmaya katılan çocukların yaş ortalamaları  $10,48 \pm 1,25$  olup, %70,7’sinin erkek, %29,3’ünün kız olduğu belirlenmiştir. Araştırmadaki çocukların yaş, cinsiyet ve kardeşi olma durumlarına göre ölçeğin bilişsel ve duygusal alt boyutundan okulda ve evde aldıkları puan ortalamaları gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiş olup ( $p>0,05$ ), yaşa göre ölçeğin sosyal alt boyutundan okulda ve evde aldıkları puan ortalamaları grup içi farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Çocukların tanıtıcı özelliklerine göre DE/HB-YKÖ ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 2’de verilmiştir.

DEHB olan 8-12 yaş grubundaki çocukların yaşam kalitesini belirlemek için yapılan bu araştırmada, ölçeğin okulda ve

evde sosyal alt boyut puan ortalamalarından en düşük puanı 8 yaş grubundakilerin en yüksek puanı da 12 yaş grubundakilerin aldıkları görülmüş ve grup içi farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ; Tablo 2). Bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan Tukey HSD testi sonucunda; 8 yaş grubundaki çocukların ölçek puan ortalamasının 12 yaş grubundaki çocuklara göre düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir ( $p=0,043$ ). Bu bulgu, DEHB olan çocukların yaşları arttıkça yaşam kalitelerinin de arttığını, daha küçük yaş grubunda olan çocukların hastalıkları ile ilgili problemlerle başetmede yeterli gelişimsel özelliğe sahip olmadıklarını düşündürmektedir.

**Tablo 2. DEHB Tanılı Çocukların Tanıtıcı Özelliklerine Göre DE/HB-YKÖ Bilişsel- Sosyal- Duygusal Alt Boyutundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Tanıtıcı Özellikler	n (%)	BİLİŞSEL			SOSYAL			DUYGUSAL		
		Okulda X̄±SS	Evde X̄±SS	p <sup>b</sup>	Okulda X̄±SS	Evde X̄±SS	p <sup>b</sup>	Okulda X̄±SS	Evde X̄±SS	p <sup>b</sup>
<b>Yaş</b>										
8	6 (8,0)	14,50±2,66	12,16±3,25	,204	10,66±2,33	10,00±2,89	,614	16,00±6,32	14,16±5,38	,849
9	11 (14,7)	6,54±3,90	16,18±3,68	,825	13,05±3,13	13,15±3,87	,989	16,36±7,27	15,72±7,29	,828
10	19 (25,3)	5,15±4,58	16,63±3,43	,253	15,18±7,04	15,09±6,51	,821	12,00±5,54	11,68±5,08	,769
11	19 (25,3)	7,05±4,74	17,05±5,32	,996	16,94±6,18	16,94±6,43	,840	16,05±8,16	16,57±8,64	,288
12	20 (26,7)	17,35±7,96	17,15±8,83	,940	19,35±9,49	18,70±8,93	,906	19,30±9,27	18,00±8,70	,940
Test		F=1,020	F=1,020		F=3,286	F=3,099		F=2,224	F=1,528	
p <sup>a</sup>		p=0,456	p=0,450		<b>p=0,016</b>	<b>p=0,021</b>		p=0,075	p=0,204	
<b>Cinsiyet</b>										
Kız	22 (29,3)	15,72±4,25	15,09±4,51	,648	17,18±7,31	18,00±6,42	,769	16,77±7,69	17,00±7,23	,834
Erkek	53 (70,7)	14,56±5,30	14,07±5,55	,227	15,28±6,94	14,64±6,91	,610	15,58±8,05	14,73±7,82	,410
Test		t=0,911	t=0,759		t=1,062	t=1,954		t=0,589	t=1,165	
p <sup>c</sup>		p=0,365	p=0,450		p=0,292	p=0,055		p=0,558	p=0,248	
<b>Kardeşi Olma Durumu</b>										
Olan	61 (81,3)	15,42±5,72	15,38±5,90	,533	14,64±7,68	14,78±7,52	,473	13,28±8,50	14,64±7,93	,488
Olmayan	14 (18,7)	15,35±5,54	14,13±5,16	,690	16,51±7,57	15,90±7,25	,938	16,96±7,84	16,48±7,63	,736
Test		t=0,843	t=0,831		t=-0,701	t=-0,503		t=1,396	t=-0,407	
p <sup>c</sup>		p=0,402	p=0,409		p=0,485	p=0,617		p=0,167	p=0,685	

Not: a: OneWay ANOVA Testi; b: Paired-Samples T Testi; c:Independent-Samples T Testi.

Çocukların %20,0'nın anne-babası ayrı yaşamakta olup, annelerinin %12,0'nın, babalarının ise %24,0'nın üniversite ve üzeri eğitim seviyesine sahip olduğu saptanmıştır. Çalışmadaki çocukların babalarının eğitim durumuna göre ölçeğin sosyal alt boyutundan babası ortaöğretim, üniversite üzeri düzeyinde olanların okulda ve evde aldıkları puan ortalamaları gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüş olup (p=0,076 ve p=0,126), babası ilköğretim düzeyinde olanların okulda ve evde aldıkları puan ortalamaları gruplar arası farkının anlamlı olduğu belirlenmiştir (p=0,013; Tablo 3). Ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerine göre DE/HB-YKÖ ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 3'te verilmiştir.

DEHB ile sosyoekonomik düzey arasındaki ilişki tam olarak açıklanamamış olmasına rağmen, yüksek eğitim düzeyi olan ailelerin hastalık hakkındaki bilgi düzeylerinin ve tedaviye başvuru oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmektedir.<sup>22</sup> Ercan ve ark.'ın (2016) anne-baba eğitim düzeyine, medeni ve sosyoekonomik durumuna göre çocuğun DEHB'si arasındaki ilişkiyi inceledikleri

çalışmada, DEHB tanısı alan olguların tanı almamış olgulara göre, anne-baba eğitim düzeyinin ve sosyoekonomik durumunun daha düşük olduğu belirtilmektedir.<sup>23</sup> Güler ve ark. tarafından 2017 yılında İstanbul'da 7-14 yaş arası 3110 ilköğretim öğrencisiyle yapılan bir çalışmada ise düşük sosyoekonomik durumda DEHB'nin anlamlı bir şekilde daha sık görüldüğü rapor edilmektedir.<sup>24</sup> Diğer bir yandan anne-baba eğitim düzeyi ve sosyoekonomik durumu ile DEHB arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığını belirten çalışmalar da yer almaktadır.<sup>25,26</sup> Sunulan bu çalışmada ise Ercan ve diğerleri (2016) ile Güler ve diğerleri'nin (2017) çalışmasına benzer şekilde, DEHB tanısı alan çocukların ailelerin gelirinin giderinden az ve eşit olanlar ile anne-babalarının eğitim düzeyi düşük olanların oranının yüksek olduğu görülmektedir.<sup>23-24</sup> Bu bulgu, DEHB olan çocukların anne-babalarının tanı almamış DEHB'li olabilecekleri, DEHB'nin kalıtsal bir hastalık olduğu ve birkaç nesil devam ettiği düşünüldüğünde; bu ebeveynlerin akademik hayatlarının, dolayısıyla sosyoekonomik durumlarının olumsuz etkilendiği yorumunu yaptırmaktadır (Tablo 3).<sup>27</sup>

Yapılan çalışmalarda DEHB olan çocukların sosyoekonomik ve sosyokültürel düzeyi düşük olduğunda yaşam kalitelerinin de düşük olduğu belirtilmektedir.<sup>28-30</sup>

Bu çalışmadaki bulgulara genel olarak bakıldığında DEHB olan çocukların sosyoekonomik ve sosyokültürel düzeyi düşük olduğunda ölçeğin sosyal alt boyutundan okulda ve evde aldıkları puan ortalamaları da düşüktür. Bu bulgunun literatüre paralel olduğu görülmektedir. Yine bu çalışmada babası çalışmayanların çalışanlara göre ölçeğin

okulda ve evde bilişsel alt boyut puan ortalamalarının düşük olduğu belirlenmiş, okulda aldıkları puan ortalamaları grup içi farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p < 0,05$ ; Tablo 3). Bu bulgu toplumumuzda ağırlıklı olarak geleneksel yaşam tarzının egemen olduğu ataerkil anlayışa bağlı olarak ailelerin geçim kaynağı babaların çalışması ile sağlandığından, babaların çalışma durumlarının çocukların ilk sosyalleştikleri okul alanında daha fazla etkilemeleri ile açıklanabilir.<sup>31</sup>

**Tablo 3. DEHB Olan Çocuğa Sahip Ailelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre DE/HB-YKÖ Bilişsel- Sosyal- Duygusal Alt Boyutundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Tanıtıcı özellikler	n (%)	BİLİŞSEL			SOSYAL			DUYGUSAL		
		Okulda	Evde	p <sup>b</sup>	Okulda	Evde	p <sup>b</sup>	Okulda	Evde	p <sup>b</sup>
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
<b>Ekonomik Durum</b>										
Gelir < Gider	28 (37,3)	14,82±6,01	13,89±6,17	,928	15,60±6,95	15,50±7,02	,090	15,32±8,40	14,92±8,74	,787
Gelir = Gider	35 (46,7)	14,65±4,56	14,51±5,29	,715	14,91±7,64	15,33±6,12	,750	17,20±7,93	16,17±7,26	,988
Gelir > Gider	12 (16,0)	15,83±3,90	15,08±2,19	,432	16,34±7,10	15,82±7,24	,967	13,66±6,48	14,25±6,48	,371
Test		F=0,247	F=0,234		F=0,202	F=0,030		F=1,024	F=0,358	
p <sup>a</sup>		p=0,782	p=0,792		p=0,817	p=0,971		p=0,364	p=0,701	
<b>Anne-Babanın Birliktelik Durumu</b>										
Birlikte	60 (80,0)	15,21±4,97	14,51±5,29	,886	16,13±7,04	16,13±6,97	,615	16,36±7,64	15,70±7,82	,423
Ayrı	15 (20,0)	13,66±5,17	13,86±5,26	,228	14,66±7,24	13,60±6,45	,840	14,20±9,00	14,20±7,17	,639
Test		t=1,071	t=0,415		t=0,718	t=1,276		t=0,947	t=0,674	
p <sup>c</sup>		p=0,288	p=0,680		p=0,475	p=0,206		p=0,347	p=0,502	
<b>Annenin Eğitimi</b>										
İlköğretim	25 (33,3)	15,44±5,86	14,48±6,38	,551	16,56±7,96	16,24±8,56	,634	17,96±9,89	16,33±4,69	,910
Ortaöğretim	41 (54,7)	14,78±4,86	14,29±5,04	,081	15,78±6,80	15,46±6,43	,387	14,95±6,80	14,75±6,42	,795
≥ Üniversite	9 (12,0)	14,00±3,08	14,44±2,50	,691	14,11±5,79	14,66±3,39	,428	14,77±5,91	16,12±10,2	,189
Test		F=0,295	F=0,010		F=0,395	F=0,193		F=1,238	F=0,315	
p <sup>a</sup>		p=0,745	p=0,990		p=0,675	p=0,825		p=0,296	p=0,731	
<b>Annenin Çalışma Durumu</b>										
Çalışan	32 (42,7)	15,31±4,53	15,06±4,02	,095	15,12±6,05	14,93±5,19	,964	14,31±7,07	14,43±6,38	,495
Çalışmayan	43 (57,3)	14,60±5,38	13,86±6,01	,478	16,37±7,74	16,13±7,96	,345	17,13±8,36	16,11±8,51	,643
Test		t=-0,601	t=-0,979		t=0,755	t=0,743		t=1,544	t=0,936	
p <sup>c</sup>		p=0,549	p=0,331		p=0,453	p=0,460		p=0,127	p=0,353	
<b>Babanın Eğitimi</b>										
İlköğretim	17 (22,7)	15,23±6,24	13,82±7,25	,066	16,50±7,24	15,52±9,50	,013	18,05±10,2	16,50±7,22	,336
Ortaöğretim	40 (53,3)	14,57±5,01	14,30±4,98	,766	15,25±6,09	15,05±6,10	,076	15,02±7,07	14,57±6,62	,561
≥ Üniversite	18 (24,0)	15,33±3,85	15,05±3,62	,478	16,52±9,06	17,00±5,86	,126	15,94±7,20	16,17±10,3	,986
Test		F=0,185	F=0,243		F=0,294	F=0,490		F=0,873	F=0,496	
p <sup>a</sup>		p=0,832	p=0,785		p=0,746	p=0,615		p=0,422	p=0,611	
<b>Babanın Çalışma Durumu</b>										
Çalışan	70 (93,3)	15,22±4,94	14,67±5,28	,836	16,04±7,21	15,74±7,00	,834	15,98±7,79	15,61±7,59	,511
Çalışmayan	5 (6,7)	10,40±4,03	10,20±2,68	,488	13,00±3,67	14,00±5,78	,493	15,20±10,4	12,40±9,12	,312
Test		t=-2,127	t=-1,867		t=-1,034	t=-1,256		t=-0,213	t=-0,903	
p <sup>c</sup>		<b>p=0,037</b>	p=0,066		p=0,305	p=0,213		p=0,832	p=0,369	

a: OneWay ANOVA Testi; b: Paired-Samples T Testi; c: Independent-Samples T Testi.



## SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada DEHB olan 8-12 yaş grubundaki çocukların okulda ve evde almış oldukları DE/HB-YKÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olup, yaşam kaliteleri orta düzeydedir. Ayrıca DEHB olan çocukların yaşam kaliteleri, DE/HB-YKÖ alt boyutları olan bilişsel, sosyal ve duygusal alanlarda da orta düzeydedir. Bu sonuçlar doğrultusunda pediatri hemşirelerinin;

-DEHB olan çocukların erken dönemde tanılanabilmesi için okullarda eğitimler düzenlemesi, bu konuya yönelik tarama çalışmaları yapması,

-DEHB tanısı almamış çocuklarda, DEHB belirtileri olduğundan şüphelenilmesi durumunda uzman görüşü (Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı) alınmasının önemi hakkında anne-babaları bilgilendirmesi,

-Okul, aile ve çocuk arasında sağlıklı iletişimin kurulmasının sağlanması,

-DEHB olan çocuklara düzenli izlem yapılması ve danışmanlık hizmetleri verilmesiyle, bu çocuklarda ortaya çıkabilecek problemleri azaltması/önlemesine katkı sağlaması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Froehlich, T.E, Anixt, J.S, Loe, I.M, Chirdkiatgumchai, V, Kuan, L. and Gilman, R.C. (2011). "Update on Environmental Risk Factors for Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder". *Current Psychiatry Reports*, 13 (5), 333-344.
2. American Psychiatric Association. (2013). "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), Changes from DSM- IV to DSM-5". Erişim Adresi: <http://www.psychiatry.org/dsm5>. (Erişim Tarihi: 28 Ocak 2020)
3. Cetin, N.Y. and Akay, A. (2014). "Quality of Life in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Review". *Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 21 (2), 139-152.
4. Becker, A, Roessner, V, Breuer, D, Döpfner, M. and Rothenberger, A. (2011). "Relationship Between Quality of Life and Psychopathological Profile: Data From an Observational Study in Children with ADHD". *European Child and Adolescent Psychiatry*, 20 (Suppl 2), 267-275.
5. Wehmeier, P.M, Schacht, A. and Barkley, R.A. (2010). "Social and Emotional Impairment in Children and Adolescents with ADHD and the Impact on Quality of Life". *Journal of Adolescent Health*, 46 (3), 209-217.
6. Uneri, O.S, Dinc, G.S. and Goker, Z. (2015). "The Quality of Life (QoL) in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)". *Intechopen*, 197-230. doi:10.5772/60955.
7. Coghill, D, Danckaerts, M, Sonuga-Barke, E. and Sergeant, J. (2009). "Practitioner Review: Quality of Life in Child Mental Health—Conceptual Challenges and Practical Choices". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50 (5), 544-561.
8. Vlam, S.L. (2006). "Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Diagnostic Assessment Methods Used by Advanced Practice Registered Nurses". *Journal of Pediatric Nursing*, 32 (1), 18-24.
9. Dang, M.T, Warrington, D, Tung, T, Baker, D. and Pan, R.J. (2007). "A School Based Approach to Early Identification and Management of Students with ADHD". *The Journal of School Nursing*, 23 (1), 2-12.
10. Uneri, O.S, Turgut, S, Oner, P, Bodur, S. and Rezaki, B. (2010). "Quality of Life in 8-12 Years Old Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder". *Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 17 (1), 27-32.
11. Dolgun, G, Savaser, S. and Yazgan, Y. (2005). "Development of the Quality of Life Scale in Children of the Age Group of 8-12 Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (AD/HD-QOLS)". *Hemerge*, 7 (1,2), 39-52.
12. Padilla, A.M, Cuartas, D.B, Duque, Henao, L.F, Burgos, Arroyo, E.A. and Salazar Flórez, J.E. (2018). "Knowledge of ADHD Among Primary School Teachers in Public Schools in Sabaneta, Antioquia, Colombia". *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 47 (3), 165-169.
13. Pliszka, S.R, Crismon, M.L, Hughes, C.W, Corners, C.K, Emslie, G.J, Jensen, P.S, McCracken, J.T, Swanson, J.M. and Lopez, M. (2006). "The Texas Children's Medication Algorithm Project: Revision of the Algorithm for Pharmacotherapy of Attentiondeficit/ Hyperactivity Disorder". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45 (6), 642-657. doi:
14. Karabekiroglu, K, Memik, N.C, Ozel, O.O, Toros, F, Oztop, D, Ozbaran B, Cengel-Kultur, E, Akbaş, S, Nur Taşdemir, G, Ayaz, M, Aydın, C, Bildik, T, Erermiş, S. and Yaman, A.K. (2009). "Stigmatization and Misinterpretations on ADHD and Autism: A Multi-Central Study with Elementary School Teachers and Parents". *The Turkish Journal of Clinical Psychiatry*, 12 (2), 79-89.
15. Bussing, R, Zima, B, Mason, D.M, Johanna, M, White, K. and Cynthia, G.W. (2012). "ADHD Knowledge, Perceptions, and Information Sources: Perspectives from a Community Sample of Adolescents and their Parents". *Journal of Adolescent Health*, 51 (6), 593-600.
16. Masi, L. and Gignac, M. (2015). "ADHD and Comorbid Disorders in Childhood Psychiatric Problems, Medical Problems, Learning Disorders and Developmental Coordination Disorder". *Clinical Psychiatry*, 1 (1:5), 1-9.

17. Taurines, R, Schmitt, J, Renner, T, Conner, A.C, Warnke, A, and Romanos, M. (2010). "Developmental Comorbidity in Attention Deficit Hyperactivity Disorder". *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2 (4), 267-289.
18. Herguner, S. and Herguner, A. (2012). "Psychiatric Comorbidity in Children and Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder". *Archives of Neuropsychiatry*, 49 (2), 114-118. doi: 10.4274/npa.y6125.
19. Aktepe, E. (2011). "Sociodemographic Features and Comorbidity of Children Adolescents Diagnosed as Attention Deficit Hyperactivity Disorder". *New Symposium Journal*, 49 (4), 201-209.
20. Tsai, C.S, Huang, Y.S, Wu, C.L, Hwang, F.M, Young, K.B, Tsai, M.H. and Chu, S.M. (2013). "Long-term Effects of Stimulants on Neurocognitive Performance of Taiwanese Children with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder". *BMC Psychiatry*, 13 (1), 330.
21. Danckaerts, M, Sonuga-Barke, E.J, Banaschewski, T, Buitelaar, J, Dopfner, M, Hollis, C, Santosh, P, Rothenberger, A, Sergeant, J, Steinhausen, H.C, Taylor, E, Zuddas, A. and Coghill, D. (2010). "The Quality of Life of Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review". *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19 (2), 83-105.
22. Polanczyk, G. and Jensen, P. (2008). "Epidemiologic Considerations in Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Review and Update". *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17 (2), 245-260.
23. Ercan, E.S, Bilac, Ö, Ozaslan, U.T. and Ardic, A.U. (2016). "Prevalence of Psychiatric Disorders Among Turkish Children: The Effects of Impairment and Sociodemographic Correlates". *Child Psychiatry and Human Development*, 47 (1), 35-42.
24. Güler, A.S, Scahill, L, Jeon, S, Taşkın, B, Dedeoğlu, C, Ünal, S. and Yazgan, Y. (2017). "Use of Multiple Informants to Identify Children at High Risk for ADHD in Turkish School-Age Children". *Journal of Attention Disorders*, 21 (9), 764-765.
25. Bauermeister, J.J, Shrout, P.E, Chávez, L, Rubio-Stipec, M, Ramírez, R, Padilla, L, Anderson, A, García, P. and Canino, G. (2007). "ADHD and Gender: Are Risks and Sequela of ADHD the same for Boys and Girls?". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48 (8), 831-839.
26. Cansız, M.A. (2018). *Dikkat Eksikliği/ Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Çocuk ve Ergenlerde Görsel Uzamsal Becerilerin Nöropsikolojik Testler ve Özbildirim Ölçekleri ile Değerlendirilmesi ve Yaşam Kalitesi ile İlişkilerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bolu.*
27. Akgün, G.M, Tufan, A.E, Yurteri, N. ve Erdoğan, A. (2011). "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Genetik Boyutu". *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3 (1), 15-48.
28. Caci, H, Asherson, P, Donfrancesco, R, Faraone, S.V, Hervas, A, Fitzgerald, M. and Döpfner, M. (2015). "Daily Life Impairments Associated with Childhood/ Adolescent Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder as Recalled by Adults: Results from the European Lifetime Impairment Survey". *CNS Spectrums*, 20 (2), 112-121.
29. Gudjonsson, G.H, Sigurdsson, J.F, Eyjolfsson, G.A, Smari, J. and Young, S. (2009). "The Relationship Between Satisfaction with Life, ADHD Symptoms, and Associated Problems Among University Students". *Journal of Attention Disorders*, 12 (6), 507-515.
30. O'Callaghan, P. and Sharma, D. (2014). "Severity of Symptoms and Quality of Life in Medical Students with ADHD". *Journal of Attention Disorders*, 18 (8), 654-658. doi:10.1177/1087054712445064.
31. Mora, N. (2014). "Reproduction of Patriarchal Hegemony in Media Texts". *Electronic Journal of Social Sciences*, 13 (48), 131-147.