

**T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI
VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANILI
ÇOCUK VE ERGENLERİN EBEVEYNLERİNDE BAKIM
VERME YÜKÜ**

**UZMANLIK TEZİ
DR. ELİF ÖĞÜMSÖĞÜTLÜ**

**TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. GÜLŞEN ÜNLÜ**

DENİZLİ – 2021

**T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI
VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANILI ÇOCUK
VE ERGENLERİN EBEVEYNLERİNDE BAKIM VERME YÜKÜ**

**UZMANLIK TEZİ
DR. ELİF ÖĞÜMSÖĞÜTLÜ**

**TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. GÜLŞEN ÜNLÜ**

DENİZLİ – 2021

TEŞEKKÜR

Asistanlığım süresince desteklerini esirgemeyen, bilgi ve birikimleriyle eğitimime katkı sağlayan, güler yüzlü, sıcak tutumları ve sağladıkları çalışma ortamıyla verimli bir asistanlık geçirmemi sağlayan değerli hocalarım Doç. Dr. Gülşen ÜNLÜ'ye, Doç. Dr. Bürge KABUKÇU BAŞAY'a, Dr. Öğr. Üyesi Ömer BAŞAY'a, Dr. Öğr. Üyesi Ahmet BÜBER'e, Dr. Öğr. Üyesi Merve TERZİOĞLU'na;

Tez sürecindeki ilgisi, desteği, hoşgörüsü, sabrı, yardımları ve katkıları nedeniyle tez danışmanım Doç. Dr. Gülşen ÜNLÜ'ye;

Rotasyon süresince birlikte çalıştığım, bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım Psikiyatri Anabilim Dalı'nın değerli hocaları Prof. Dr. Nalan KALKAN OĞUZHANOĞLU'na, Prof. Dr. Osman ÖZDEL'e, Prof. Dr. Figen ÇULHA ATEŞCİ'ye, Prof. Dr. Gülfizar VARMA'ya, Prof. Dr. Selim TÜMKAYA'ya ve Psikiyatri Anabilim Dalı'nın tüm değerli çalışanlarına;

Çocuk Nörolojisi rotasyonu boyunca çalışma şansı bulduğum ve bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Prof. Dr. Serap TEBER, Doç. Dr. Ömer Bektaş ve Uzm. Dr. Süleyman Şahin'e;

Beni bugüne binbir emek, sonsuz sevgi ve türlü fedakarlıklar ile taşıyan sevgili annem Serpil ÖZSAYGILI ve sevgili babam Mustafa ÖZSAYGILI'ya; canım kardeşlerim Cemal ve Enes ÖZSAYGILI'ya;

Hayatıma girdiği günden beri beni her konuda destekleyen canım eşim Erman ÖĞÜMSÖĞÜTLÜ ve değerli ailesine;

Birlikte çalışmaktan keyif aldığım hem tez sürecinde hem asistanlığımda desteğini daima gördüğüm Dr. Damla TEZER'e, Dr. Çiğdem TANRIVERDİ'ye, Dr. Hazal MUHSİNOĞLU ve Dr. Yasemin TÜRKÖĞLU'na, birlikte huzurlu ve mutlu bir çalışma ortamı sağladığımız tüm Çocuk ve Ergen Psikiyatri asistanı arkadaşlarıma ve bölümümüzün tüm değerli çalışanlarına;

Sonsuz teşekkürler...

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI.....	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
ÖZET.....	xii
SUMMARY	xiv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU	3
2.1.1. Tanım	3
2.1.2. Tarihçe	3
2.1.3. Epidemiyoloji.....	6
2.1.4. Patofizyoloji	7
2.1.4.1 Genetik ve Çevresel Etkenler	8
2.1.4.2 Nörofizyoloji	9
2.1.5. Tanı Ölçütleri	11
2.1.6. Klinik Görünüm ve Gidiş.....	13
2.1.7. Tanısal Değerlendirme.....	16
2.1.8. Ayırıcı Tanı ve Eşlik Eden Tanılar	17
2.1.9. Tedavi Yöntemleri	18
2.2 BAKIM VERME YÜKÜ	20
2.2.1. Bakım Verme Yükünün Tanımı ve Türleri.....	20
2.2.2. Bakım Verme Yükünün Etkileri	22
2.2.3. Bakım Verme Yükünün Değerlendirilmesi	23
2.2.4. Psikiyatrik Hastalarda Bakım Verme Yükü.....	24
2.2.5. DEHB’de Bakım Verme Yükü	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM	28
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	28
3.2.ARAŞTIRMANIN TARİHİ	28
3.3.ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	28
3.4. ETİK	31

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	31
3.5.1. Bilgi Formu	31
3.5.2. Bakım Verme Yüğü Ölçeği	31
3.5.3. Conners Anne-Baba Derecelendirme Ölçeği- Yenilenmiş Uzun Formu (CADÖ-Y/U).....	32
3.5.4. Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği-Ebeveyn Formu	32
3.5.5. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi– Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-DSM-5 Kasım 2016-Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T).....	32
3.6. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	33
4. BULGULAR.....	34
4.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİLER.....	34
4.1.1. Çocuğun Cinsiyeti.....	34
4.1.2. Çocuğun Yaşı.....	34
4.1.3.Çocuğun Vücut Ağırlığı.....	34
4.1.4. Çocuğun Eğitimi	34
4.1.5. Çocuğun Doğum Sırası	35
4.1.6. Aile Yapısı	35
4.1.7. Annenin Yaşı, Öğrenim Durumu ve Çalışma Durumu.....	36
4.1.8. Babanın Yaşı, Öğrenim Durumu ve Çalışma Durumu	37
4.1.9. Ailenin Toplam Çocuk Sayısı	38
4.1.10. Evde Yaşayan Kişi Sayısı	39
4.1.11. Ailenin Ortalama Aylık Geliri	39
4.1.12. Ailenin İkamet Yeri	40
4.1.13. Bakım Veren Aile Bireyi	40
4.1.14. Bakım Veren Annede Tanı Almış Ruhsal Bozukluk ve Tıbbi Hastalık	41
4.1.15. Evde Yaşayan Diğer Aile Üyelerinde Tanı Almış Ruhsal Bozukluk ve Tıbbi Hastalık.....	42
4.1.16. DEHB Tanısı Almış Başka Çocuğun Varlığı	43
4.2. DEHB İLE İLGİLİ VERİLER.....	43
4.2.1. Çocuğun DEHB Tanısı Aldığı Yaş.....	43
4.2.2. DEHB Alt Görünümleri	44
4.2.3. DEHB'ye Komorbid Tanı Varlığı	44
4.2.4. Çocuk veya Ergenin DEHB tedavisine başlandığı yaş	45

4.2.5. Çocuk veya Ergenin DEHB'ye yönelik ilaç tedavileri	45
4.3. ÇOCUĞA VERİLEN BAKIMLA İLGİLİ VERİLER	46
4.3.1. Bakım Veren Anneye Yardımcı Varlığı	46
4.3.2. Bakım Veren Annenin Çocukla Geçirdiği Süre.....	46
4.3.3. Bakım Veren Annenin Ödev Kontrol Etme Sıklığı	47
4.3.4. Bakım Vermenin Annenin İş Hayatına Ve Aile Bütçesine Etkisi	48
4.3.5. DEHB'ye Yönelik İlaç Dışı Tedaviler.....	50
4.4 ÖLÇEKLERDEN ELDE EDİLEN VERİLER.....	51
4.4.1. Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği-Ebeveyn Formu	51
4.4.2. Connors Anne-Baba Derecelendirme Ölçeği- Yenilenmiş Uzun Formu (CADÖ-Y/U):.....	52
4.4.3. Bakım Verme Yükü Ölçeği	53
4.5 BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİNİN SOSYODEMOGRAFİK VERİLER, DEHB ÖZELLİKLERİ VE DİĞER ÖLÇEKLERLE İLİŞKİSİ	54
4.5.1 Sosyodemografik Veriler İle Bakım Verme Yükü İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	54
4.5.1.2. DEHB'ye İlişkin Veriler İle Bakım Verme Yükü İlişkisinin Değerlendirilmesi	57
4.5.1.3. Bakıma İlişkin Veriler İle Bakım Verme Yükü İlişkisinin Değerlendirilmesi	59
5. TARTIŞMA	63
5.1.KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ	64
5.2. DEHB İLE İLGİLİ VERİLER	67
5.3. ÇOCUĞA VERİLEN BAKIM İLE İLGİLİ VERİLER	68
5.4. ÖLÇEKLERDEN ELDE EDİLEN VERİLER.....	70
5.2.1. Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği-Ebeveyn Formu	70
5.2.2. Connors Anne-Baba Derecelendirme Ölçeği- Yenilenmiş Uzun Formu (CADÖ-Y/U):.....	71
5.2.3.Bakım Verme Yükü Ölçeği	72
5.2.4. Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Sosyodemografik Veriler, DEHB Özellikleri Ve Diğer Ölçeklerle İlişkisi	73
5.2.4.1. Sosyodemografik Veriler İle Bakım Verme Yükü İlişkisi.....	73
5.2.4.2. DEHB'ye İlişkin Veriler İle Bakım Verme Yükü İlişkisinin Değerlendirilmesi	75
5.2.4.3. Bakıma İlişkin Veriler İle Bakım Verme Yükü İlişkisinin Değerlendirilmesi	77

5.2.4.4. Diğer Ölçekler İle Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Korelasyonlarının Değerlendirilmesi	78
6. ARAŞTIRMAMIZIN GÜÇLÜ YANLARI VE SINIRLILIKLARI	81
7. SONUÇLAR ve ÖNERİLER	83
KAYNAKLAR	86
EKLER.....	107

KISALTMALAR DİZİNİ

CADÖ-Y/U	: Connors Anne-Baba Derecelendirme Ölçeği- Yenilenmiş Uzun Formu
ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T	: Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi– Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli- DSM-5 Kasım 2016- Türkçe Uyarlaması
DB	: Davranım Bozukluğu
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DSM-5	: Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders 5th ed.
DSM-IV	: Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders 4th ed.
DNA	: Deoksiribo Nükleik Asit
EEG	: Elektroensefalografi
fMRG	: Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme
K-SADS-PL-T	: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version-Turkish Version
KOKGB	: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
NICE	: The National Institute for Health and Care Excellence
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
OSB	: Otizm Spektrum Bozukluğu
ÖÖB	: Özgül Öğrenme Güçlüğü
PET	: Pozitron Emisyon Tomografisi
SNAP25	: Sinaptozomal İlişkili Protein-25
SNAP-IV	: Swanson, Nolan ve Pelham Derecelendirme Ölçeği- IV
SPECT	: Single-Photon Emission Computed Tomography/ Tek Foton Emisyon Tomografisi

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Çocuğun Yaşı.....	34
Tablo 2: Çocuğun Doğum Sırası.....	35
Tablo 3: Aile Yapısı.....	35
Tablo 4: Annenin Yaşı.....	36
Tablo 5: Annenin Eğitim Düzeyi.....	36
Tablo 6: Annenin Çalışma Durumu.....	37
Tablo 7: Babanın Yaşı.....	37
Tablo 8: Babanın Öğrenim Durumu.....	38
Tablo 9: Babanın Çalışma Durumu.....	38
Tablo 10: Ailenin Toplam Çocuk Sayısı.....	39
Tablo 11: Evde Yaşayan Kişi Sayısı.....	39
Tablo 12: Ailenin Ortalama Aylık Geliri.....	40
Tablo 13: Ailenin İkamet Yeri.....	40
Tablo 14: Bakım Veren Annede Ruhsal Bozukluk.....	41
Tablo 15: Bakım Veren Annede Düzenli Kontrol Ve Tedavi Gerektiren Kronik Tıbbi Hastalık.....	41
Tablo 16: Evde Yaşayan Diğer Aile Üyelerinde Tanı Almış Ruhsal Bozukluk.....	42
Tablo 17: Evde Yaşayan Diğer Aile Üyelerinde Düzenli Kontrol ve Tedavi Gerektiren Kronik Tıbbi Hastalık.....	42
Tablo 18: DEHB Tanısı Almış Başka Çocuğun Varlığı.....	43
Tablo 19: Çocuğun DEHB Tanısı Aldığı Yaş.....	43
Tablo 20: DEHB Alt Görünümü.....	44
Tablo 21: DEHB'ye Komorbid Tanı Varlığı.....	44
Tablo 22: DEHB'ye Komorbid Tanılar.....	45
Tablo 23: Bakım Veren Anneye Yardımcı Varlığı.....	46
Tablo 24: Bakım Veren Annenin Çocuk veya Ergenle Geçirdiği Süre.....	47
Tablo 25: Bakım Veren Annenin Çocuk Veya Ergenle Geçirdiği Birebir Süre.....	47
Tablo 26: Bakım Veren Annenin Ödev Kontrol Etme Sıklığı.....	48
Tablo 27: DEHB'li Çocuğa Bakım Nedeniyle Annenin Çalışma Düzeninde Son Bir Ayda Sorun Yaşadığı Gün Sayısı.....	48
Tablo 28: Bakım Veren Annenin DEHB Nedeniyle İş Saatlerinde Değişiklik.....	49

Tablo 29: DEHB Nedeniyle Ek Harcama Varlığı.....	49
Tablo 30: DEHB Nedeniyle Yapılan Ek Harcama Miktarı.....	50
Tablo 31: Eğitsel Destek	50
Tablo 32: Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği-Ebeveyn Formu Puanları.....	51
Tablo 33: Conners Anne-Baba Derecelendirme Ölçeği- Yenilenmiş Uzun Formu (CADÖ-Y/U):	52
Tablo 34: Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puanları	53
Tablo 35: Bakım Verme Yüğü Derecelendirmesi.....	54
Tablo 36: Cinsiyete Göre Bakım Verme Yüğü.....	54
Tablo 37: Aile Özelliklerine Göre Bakım Verme Yüğü	55
Tablo 38: Annenin Eğitim Düzeyi ve Çalışma Durumuna Göre Bakım Verme Yüğü	56
Tablo 39: Bakım Veren Annede Hastalık Durumuna Göre Bakım Verme Yüğü.....	56
Tablo 40: Diğer Aile Üyelerinde Hastalık Durumlarına Göre Bakım Verme Yüğü	57
Tablo 41: DEHB Görünümlerine Göre Bakım Verme Yüğü.....	57
Tablo 42: Komorbid Tanı Varlığına Ve Tanı Türüne Göre Bakım Verme Yüğü.....	58
Tablo 43: Ek İlaç Kullanımına Göre Bakım Verme Yüğü	58
Tablo 44: Bakım Veren Anneye Yardımcı Varlığına Göre Bakım Verme Yüğü.....	59
Tablo 45: Ek Harcama Varlığına Göre Bakım Verme Yüğü	59
Tablo 46: Ödev Kontrol Sıklığı Ve Eğitsel Destek Varlığına Göre Bakım Verme Yüğü.....	60
Tablo 47: Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği-Ebeveyn Formu ile Bakım Verme Yüğü Ölçeğinin Korelasyonu.....	61
Tablo 48: Conners Anne-Baba Derecelendirme Ölçeği- Yenilenmiş Uzun Formu (CADÖ-Y/U) İle Bakım Verme Yüğü Ölçeğinin Korelasyonu.....	62

ÖZET

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Çocuk ve Ergenlerin Ebeveynlerinde Bakım Verme Yükü

Dr. Elif ÖĞÜMSÖĞÜTLÜ

1950’li yıllardan sonra hız kazanan psikiyatrik hastalıklara bakım verme yükü araştırmaları ile bakım verme yükü risk faktörleri, bu yükü artıran ya da azaltan etkenler, ilişkili olabilecek durumlar, yapılabilecek müdahaleler gündeme gelmiştir. Başlıca ruhsal hastalıklar ile ilgili çok sayıda araştırma mevcut olmakla birlikte, oldukça sık görülen ve kronik seyreden dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu hakkında bu açıdan çok az şey bilinmektedir. Bu çalışmada Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanılı çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinde bakım yükünü değerlendirmek, tedavinin ebeveynlerinin bakım yüküne etkisini incelemek ve tedavi dışında diğer faktörlerin bakım yüküne etkisini ortaya koymak amaçlanmıştır. Araştırma örneklemini, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği’ne dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtileri ile başvuran ilköğretim öğrencisi çocuk ve ergenlerden oluşmaktadır. Araştırmaya 6-14 yaş arası hastalar ve primer bakım verenleri dahil edilerek, hastalar 6 ay düzenli tedavi alıp almamasına göre iki gruba ayrılmıştır. İki grupta da çocuk ve ergenlerin bakım verenlerinden Connors Anne-Baba Derecelendirme Ölçeği- Yenilenmiş Uzun Formu (CADÖ-Y/U), Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği-Ebeveyn Formu Bakım Verme Yükü Ölçeği’ni doldurmaları istenmiştir. Ayrıca, hasta ve ebeveynine; hastanın psikiyatrik tanılmasını yapmak amacıyla Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-DSM-5 Kasım 2016- Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) uygulanmıştır. ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T’in kapsamadığı tanımlar klinisyen tarafından DSM-5 tanı ölçütlerine göre değerlendirilmiştir. Sosyodemografik özelliklerin kapsayan bilgi formu ebeveynle yüzyüze görüşme yöntemiyle araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Çalışmamızın sonucunda, tedavi almayan grupta yer alan ebeveynlerin düzenli tedavi alan grupta yer alan ebeveynlere göre daha sık aktif çalışma düzenine sahip oldukları, çocuklarının daha erken yaşta tanı aldıkları ve çocukları ile gün içinde daha uzun süre birlikte vakit geçirdikleri, daha sık özel eğitim aldıkları saptanmıştır. Bakım verme yükü ile DEHB’nin tanı yaşı arasında negatif yönlü, ek tanı sayısı ile pozitif yönlü ilişki olduğu gösterilmiştir. Ayrıca DEHB semptomlarının şiddetini derecelendiren Connors Anne-Baba Derecelendirme Ölçeği- Yenilenmiş Uzun Formu (CADÖ-Y/U)’nun tüm alt

ölçekleri ile bakım verme yükü puanları arasında pozitif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır. DEHB’li çocukların çeşitli alanlarda işlevselliklerini değerlendiren Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği-Ebeveyn Formu’nun tüm alt boyutları ile bakım verme yükü arasında pozitif yönlü ilişki saptanmıştır. Sonuç olarak, çalışmamız ülkemizde DEHB’li çocukların ebeveynlerinde bakım yükünün değerlendirilmesi ve ön planda tedavi olmak üzere diğer değişkenler ile bakım yükünü ilişkilendirilmesi açısından önemlidir. Bakım veren ve hastanın sağlığı açısından, hastanın DEHB tanısı aldığı andan itibaren bakım verenin de ihtiyaçları gözetilmesi, bakım verme yükü risk faktörleri açısından değerlendirilerek mümkün olan koruyucu önlemlerin alınması ve gerekli durumlarda ruhsal açıdan etkin şekilde desteklenmesi yararlı olabilir.

Anahtar kelimeler: DEHB, bakım veren yükü, işlevsellikte bozulma

SUMMARY

Caregiver Burden on Parents of Children and Adolescents Diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Dr. Elif ÖĞÜMSÖĞÜTLÜ

With the researches on the burden of caregiving for psychiatric diseases that gained momentum after the 1950s, the risk factors of the burden of care, the factors that increase or decrease this burden, the conditions that may be related, and the possible interventions have come to the fore. Although there are many studies on major mental illnesses, little is known about attention deficit hyperactivity disorder, which is very common and has a chronic course. In this study, it was aimed to evaluate the burden of care in the parents of children and adolescents diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), to examine the effect of treatment on the care burden of their parents, and to reveal the effect of factors other than treatment on the burden of care. The research sample consists of primary school students who applied to Pamukkale University Medical Faculty Child and Adolescent Psychiatry Outpatient Clinic with symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. Patients aged 6-14 years and their primary caregivers were included in the study, and the patients were divided into two groups according to whether they received treatment or not. In both groups, caregivers of children and adolescents were asked to fill out the Conners Parent Rating Scale-Revised Long Form, The Weiss Functional Impairment Rating Scale-Parent Form and Zarit Caregiver Burden Scale. In addition, patients and their parents were assessed with Interview Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children – Present and Lifetime Version- DSM-5 November 2016- Turkish Adaptation (K-SADS-PL-T), to diagnose the patient's psychiatric condition. Diagnoses not covered by -5 were evaluated by the clinician according to DSM-5 diagnostic criteria. The information form covering sociodemographic characteristics was filled by the researcher by face-to-face interview with the parents. As a result of our study, it was determined that the parents in the untreated group had more active work patterns than the parents in the regular treatment group and spent longer time with their children during the day, their children were diagnosed at an earlier age and received special education more often. It has been shown that there is a negative relationship between the burden of caregiving and the age at diagnosis of ADHD and a positive relationship with the number of additional diagnoses. In addition, a positive correlation was found between all subscales of the Conners Parent Rating

Scale-Revised Long Form, which rates the severity of ADHD symptoms, and caregiving burden scores. A positive correlation was found between all sub-dimensions of the The Weiss Functional Impairment Rating Scale-Parent Form, which evaluates the functionality of individuals with ADHD in various areas, and caregiving burden. In conclusion, our study is important in terms of evaluating the burden of care in the parents of individuals with ADHD in our country and associating other variables with the burden of care, primarily treatment. In terms of the health of the caregiver and the patient, it may be beneficial to consider the needs of the caregiver from the moment the patient is diagnosed with ADHD, to take possible preventive measures by evaluating the caregiver burden regarding risk factors, and to support caregiver effectively when necessary.

Keywords: ADHD, caregiver burden, functional impairment

1. GİRİŞ

Bakım veren, hastanın fiziksel ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılama sorumluluğunu taşıyan kişidir. Psikiyatri hastalarının günlük faaliyetlerinde destek ve gözlem ihtiyacı olması bakım veren üzerinde büyük bir yük oluşturmakta, dolayısıyla bakım verenin mental ve fiziksel sağlığını tehdit etmektedir (1).

Bakım veren yükü, bakımla ilgili çalışmalar arasında en yaygın araştırılan konulardan biri olmasına rağmen henüz literatürde tam olarak kavramlaştırılmamıştır. Bakım veren yükü; “bakım veren kişinin, kendi duygusal, sosyal, mali, fiziksel ve ruhsal işleyişlerini; yakınına bakım verme dolayısıyla olumsuz algılama derecesi” olarak tanımlanmıştır (2). Bakım verme yükü açısından psikiyatrik hastalıklar ve kronik medikal hastalıklar karşılaştırıldığında psikiyatrik hastalara bakım verenlerde bakım yükünün daha yüksek olduğu bulunmuştur, Buna sebep olarak, hastalığın doğası nedeniyle zaman zaman hastanın bakım vereni anlamasının zorlaşması, uygunsuz ve garip davranışların hasta-bakım veren ilişkisinde bozulmalara yol açması gösterilmiştir (1).

Çocukluk ve ergenlik dönemlerinde en sık gözlenen psikiyatrik bozukluklardan biri olan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), kişinin gelişim düzeyine uygun olmayan dikkatsizlik ve/ve ya aşırı hareketlilik - dürtüsellik semptomlarının kronik bir biçimde birden fazla ortamda görülmesi, bu semptomların işlevselliği bozması ve normal gelişimi engellemesi ile karakterize edilmiş nörogelişimsel bir bozukluktur (3,4).

DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerin bakım verenlerinin dâhil edildiği, Avrupa ülkelerinde yapılmış çok uluslu bir çalışmada, tedavi kullanılıyor olmasına rağmen; iş, sosyal aktivite, aile hayatı ve ebeveynlik endişesi / stresi açısından bakım verenlerin önemli bir kısmı tarafından yük bildirilmiştir (5). Ülkemizde yapılan, tedavi sonrası 8 haftalık izlem sonuçlarını ilk tanı anı ile kıyaslayan bir çalışmada bakım veren anneleri depresyon ve tükenmişlik açısından değerlendiren ölçeklerde anlamlı derecede azalma olduğu gösterilmiştir (6). DEHB tanılı 64 hastanın bakım vereni ile yapılan başka bir çalışmada kontrol grubu ve müdahale grubu karşılaştırılmış ve kontrol grubunun bakım verme yükü açısından değişim

göstermediği, aile eğitimi şeklinde yapılandırılmış mşdahale programı uygulanan grubun bakım verme yşkşnşn ise anlamlı derecede azaldığı saptanmıştır (7).

Çalışmamızda bu bilgilerden yola çıkararak Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda bakım verme yşkşnşn hastanın tedavi durumu gşz şnşne alınarak belirlenmesi ve DEHB tedavisinin bakım verme yşkşne etkisinin saptanmasına yşnelik bilgiler elde edilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

2.1.1. Tanım

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), kişinin gelişim düzeyine uygun olmayan dikkat dağınıklığı, dikkat süresi kısalığı, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtileri ile tanımlanan, toplum, okul veya iş ile ilgili alanlarda bozulmalara neden olan, belirtilerin çoğunun 12 yaşından önce görüldüğü ve en az 6 ay devam ettiği nörogelişimsel bir bozukluktur (4).

2.1.2. Tarihçe

DEHB'nin güncel tanımı Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından 2013'te yapılmış olmasına rağmen; literatürün tarihsel incelemesi, dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik yakınmaları olan çocukların son 200 yıl içerisinde çok sayıda yazar tarafından bildirildiğini göstermektedir (8).

Tıp literatüründe DEHB'ye ilişkin ilk tanımlamanın 1775'te yayınlanan kitabıyla Melchior Adam Weikard'a ait olduğu düşünülmektedir. Der Philosophische Arzt (felsefi doktor) adıyla yayımlandığı kitabında tanımladığı birçok semptomun DSM tanı kriterleri ile örtüşmesi göz önüne alındığında bu bölümde bahsedilen dikkat eksikliğinin DEHB'nin ilk tanımlaması olarak kabul edilebileceği kanaatine varılmıştır (9).

Sir Alexander Crichton tarafından yazılan 1789 tarihli "An Inquiry into the Nature and Origin of Mental Derangement (Zihinsel düzensizliğin doğası ve kökenine ilişkin bir araştırma)" isimli kitapta ruhsal hastalıklara, o dönem için alışılmamış bir şekilde, fiziksel ve medikal açıdan yaklaşılmıştır. Erken yaşta başladığını ileri sürdüğü dikkat sorunlarını baz alan ve bunların okul alanına etkilerine değinen Crichton'un tanımının DEHB'nin dikkatsizliğin baskın olduğu görünümü ile uyumlu olduğu, ancak hiperaktivite semptomlarına yer vermemesi nedeniyle güncel DEHB tanımını tamamen karşılamadığı anlaşılmıştır. Buna rağmen 18. yüzyılda DEHB tanısının varlığına dair kanıtlar sunması açısından önemlidir (8,10).

1846 yılında Alman psikiyatrist Henrich Hoffman tarafından oluşturulan “Der Struwwelpeter” adlı resimli çocuk hikaye kitabındaki “The Story of Fidgety Philip (Kıyırdak Philip)” öyküsünde dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik semptomları olan Philip isminde bir çocuğun davranışlarına ve ebeveynleriyle yaşadığı sorunlara yer verilmiştir (11).

Sir George Frederic Still 1902’de “Goulstonian Lectures” ismi ile Lancet’te yayımlandığı olgu serisinde dikkat eksikliği, hiperaktivite, dürtüsellik, hazza ertelemeye güçlük ve dürtüsellik kavramlarından bahsetmiştir (8). Bu olgu serisinde; mental kısıtlılığı ve fiziksel bir hastalığı bulunmamasına rağmen hareketlerini kontrol etmekte ve dikkatini sürdürmekte güçlük yaşayan, davranışlarının sonuçlarını öngöremeyen, hiperaktivitesi, dürtü denetim güçlükleri ve irritabilitesi olan 20 çocuk olgu anlatılmış ve bir klinik sendrom olarak tanımlanan bu duruma “Ahlaki Kontrolde Marazi Yetersizlik” (Morbid Defect of Moral Control) adı verilmiştir. Tanımlanan bu durumun erkek çocuklarında kız çocuklarına oranla 3 kat daha sık görüldüğü ve sendrom belirtilerinin genellikle 7 yaşından önce başladığı belirtilmiştir (12). Ayrıca bu sendromun kalıtsal ya da birtakım prenatal veya postnatal etkilenmeye bağlı biyolojik bir sorun olduğu düşünülmüştür (13). Bu çalışma ile ortaya atılan anormal davranışların beyin hasarı ile ilişkili olabileceği düşüncesi DEHB’nin kavramsallaşmasında oldukça etkili olmuştur (8).

1932 yılında Franz Kramer and Hans Pollnow tarafından yazılan “Über eine Hyperkinetische Erkrankung im Kindesalter” da geçen aşırı hareketlilik, dikkatsizlik ve dürtüsellik gibi ana belirti alanlarında semptomların tariflendiği çocukluk döneminin hiperkinetik bozukluğu (bilinen başka bir adıyla Kramer-Pollnow sendromu), başlangıcının 3-6 yaş arası olması ile akademik, sosyal ve toplumsal alanda yaşanan sorunlara da değinmesi nedeniyle günümüz DEHB tanımına oldukça yakın bulunmuştur (8,14).

1937 yılında Charles Bradley stimulanların çeşitli davranım sorunları olan çocuklar üzerinde olumlu etkileri olduğunu ortaya koymuştur (15). Bradley’in öğrenme güçlüğü çeken ve davranım sorunları olan hastalara yaptığı değerlendirmelerden biri olan lomber ponksiyon sonrası hastalarda baş ağrısı olduğu, buna yönelik o dönem için bilinen stimulanlardan benzedrine kullanıldığı,

benzedirine kullanılan hastaların öğrenme ve davranışlarında olumlu değişimler fark edilmesiyle bunun bir çalışma haline getirildiği söylenmektedir (16). Çalışmaya 9'u kız çocuğu olmak üzere 30 hasta dahil edilmiş, hastaların yaklaşık olarak yarısının tedaviden fayda gördüğü saptanmıştır (15).

Still'in 1902 yılında etiyolojiye yönelik beyin hasarı vurgusu ile başlayan süreç DEHB'nin "minimal beyin hasarı" olarak isimlendirilmesi ile sonuçlanmıştır. Laufer ve arkadaşları tarafından 1957'de hiperkinetik sendromun ana ve ilişkili semptomları listelenmiş, geliştirdikleri nörolojik teoriye yönelik deneysel araştırmalar yapılmıştır. Beyin hasarı öyküsü olmaksızın stimulan tedavisinden fayda görenlerin olduğu ve beyin hasarı şüphesi uyandıracak öyküsü olmayanların da psikolojik testlerde beyin hasarı öyküsü olanlar kadar beyin disfonksiyonu bulguları olduğu tespit edilmiştir. Bu ve dönemin diğer çalışmalarının ışığında 1963'te toplanan Nöroloji konferansında "minimal beyin hasarı" teriminin "minimal beyin disfonksiyonu" olarak değiştirilmesi kararlaştırılmıştır (17).

DSM-2'de "çocukluk döneminin hiperkinetik reaksiyonu" terimi kabul edilmiştir. Bu dönem sonrasında çalışmalar dikkat, davranış ve öğrenme bozuklukları üzerine yoğunlaşmıştır (18). DEHB'de önceliğin hiperaktivite mi dikkat eksikliği mi olduğu tartışılmaktayken; DEHB'nin DSM-III'te Dikkat Eksikliği Bozukluğu (Hiperaktivite eşlik eden ve etmeyen) adı altında incelenmesi, dikkat eksikliğini tanımlamada ön plana çıkarmıştır (17). 1987 yılında revize edilen DSM III-R'de bozukluğun ismi şu an kullanılmakta olan "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu" olarak değiştirilmiş; semptomlar 14 maddeli bir liste haline getirilmiş ve tanı kriterlerinin karşılanması için bunlardan en az 8 tanesinin olması koşulu aranmıştır (19).

1994 yılında yayınlanan DSM IV'te "Yıkıcı Davranış Bozuklukları" başlığı altında yer verilmiş olan DEHB'nin tanı kriterleri dikkat eksikliği ve hiperaktivite-dürtüsellik şeklinde iki alt başlık altında toplanmış ve her birinde dokuz belirti halinde listeleştirilmiş olup; tanı koyabilmek için iki alt başlıktan en az birinde altı ya da daha fazla belirti bulunması istenmiştir. Ayrıca "hiperaktivite/ dürtüsellik baskın tip" ve "dikkat eksikliği baskın tip" ve "bileşik tip" olmak üzere üç alt tipi tanımlanmıştır (20).

2013'te güncellenen DSM-5'te DEHB belirtilerin başlama yaşı 7'den 12 yaşa yükseltilmiş ve DEHB alt tipleri yerine "görünüm" denilmesi uygun görülmüştür. 17 yaş altı çocukların tanı alabilmesi için dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik semptom gruplarından en az altı belirti göstermeleri beklenirken, 17 yaş üstü bireylerin her semptom grubundan en az beş belirti göstermesi yeterli görülmüştür. Ayrıca; Otizm Spektrum Bozukluğunun eş tanı olarak konulabileceği belirtilmiştir (4).

2.1.3. Epidemiyoloji

DEHB'nin çocuk ve ergenlerde en sık görülen psikiyatrik hastalıklardan biri olduğu, Polanczyk ve arkadaşları tarafından, 27 farklı ülkeden 41 sıklık araştırmasını meta analitik yaklaşımla inceleyen kapsamlı bir çalışma ile gösterilmiştir (3).

Polanczyk ve ark. tarafından 2007 yılında ilk kapsamlı meta-analiz çalışması yapılarak toplamda 171.756 hastanın dahil edildiği dünya genelinde 102 çalışma incelenmiş ve DEHB'nin kümülatif prevalansı (pooled prevalence) %5,29 olarak hesaplanmıştır (21). Deneyimli klinisyen grupları tarafından konulan tanıları, yani en iyi tahmin yöntemini göz önüne alarak 20 çalışmadan elde edilen verileri kullanan başka bir meta-analiz çalışması ile ise 44.000'e yakın çocuk ve ergenden %5,9'unun DEHB tanı kriterlerini karşıladığı saptanmıştır (22). Başka bir meta analiz çalışmasına 135 araştırma dahil edilerek yaklaşık çeyrek milyon çocuk ve ergen katılımcı değerlendirilmiş; Kuzey Afrika, Avrupa, Asya, Afrika, Güney Afrika ve Avustralya kıtaları arasında anlamlı sıklık farkı olmadığı gösterilmiştir (23).

Ülkemizde 2019 senesinde yapılan ulusal çok merkezli çalışmada 6-13 yaş aralığındaki 5.830 çocuk DSM-IV tanı ölçütlerine göre yarı yapılandırılmış bir görüşme aracı olan amacıyla Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi– Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-DSM-5 Kasım 2016-Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) ile çocuk ve ergen psikiyatristleri tarafından değerlendirilmiştir. Bu çalışmada en sık görülen ruhsal bozukluğun DEHB olduğu gösterilmiş ve görülme sıklığı %19,5 olarak belirtilmiştir. İşlevsellikte bozulmaların eşlik ettiği DEHB'nin prevalansının kızlarda %8,6, erkeklerde ise %15,9 olduğu saptanmıştır (24).

Ülkemizden başka bir çalışmada, ilkokul 2. sınıftan başlanarak ve iki basamaklı değerlendirme (tarama yapılması sonrası olguların seçilmesi) yöntemi

kullanılarak 1.500 katılımcılı okul örnekleme elde edilmiştir. DSM-IV tanı ölçütlerini göz önüne alan bu çalışmada DEHB prevalansı ilk yıl için %13,38, ikinci yıl için %12,53, üçüncü yıl için %12,22, dördüncü yıl için %12,55 olarak saptanmıştır. Çalışmanın ilk yılında DEHB tanısı alan olguların erkek/kız oranı 3,23/1 bulunurken; ikinci yılında tanı alan olgularda erkek/kız oranı 3,4/1 bulunmuştur (25).

DEHB'nin erkeklerde daha sık görüldüğü bilinmekle beraber, örnekleme göre erkek/kız oranları değişebilmektedir. Epidemiyolojik örneklemede bu oran 3:1 iken klinik örneklemede 9:1 olarak bildirilmiştir (26).

Willcutt tarafından 2012'de yapılan meta-analize katılan 42.000 katılımcı ebeveyn ölçekleri ile, 56.000 katılımcı ise öğretmen ölçekleri ile değerlendirilmiş ve erkek DEHB sıklığının kız DEHB sıklığının yaklaşık iki katı kadar olduğu ortaya konulmuştur (22).

Bir derlemede; DEHB'nin devamlılığının %4'ten %77'e değişen oranlarda bildirildiği saptanmış ve belirtilen geniş aralığın bilgi alınan kaynağa, tanısal araca, tanısal eşik değeri farklılıklarına ve işlevsellikte bozukluğun tanı için kriter olup olmamasına bağlı olduğu düşünülmüştür. Yanlış pozitif ve yanlış negatif tanılamaları en aza indirmek amacıyla DEHB'nin yetişkinlik dönemine kalıcılığını uygun şekilde değerlendiren çalışmalarda kalıcılık sıklığı %40-50 aralığında bulunmuştur (27).

2.1.4. Patofizyoloji

DEHB, birçok genetik ve çevresel faktörün bir araya gelmesi sonucunda meydana gelmektedir (28). Tekil risk faktörlerinden hiçbiri DEHB'nin oluşması için şart ya da yeterli değildir. DEHB genellikle, ayrı ayrı kısıtlı etkileri olan birtakım genetik ve çevresel risk faktörünün birlikte etki etmesi ile oluşur (29).

Genetik risk faktörlerine yönelik dikkat çeken kanıtlar sunulmuş olmasına rağmen ikiz çalışmalarında kalıtılabilirliğin %100'den az olduğunun gösterilmesi çevresel etkenlerin etiyojiye dahil edilmesi gerekliliğini oldukça güçlü bir şekilde ortaya koymaktadır (28).

2.1.4.1 Genetik ve Çevresel Etkenler

2.1.4.1.1 Genetik Etkenler

Genetik Epidemiyoloji

37 ikiz çalışmasının dahil edildiği bir derleme çalışmasında DEHB ya da dikkat eksikliği ve hiperaktivite ölçütlerinin kalıtılabilirliği ortalama %74 olarak hesaplanmıştır (28).

11-12 yaşlarında 194 monozigot ve 94 dizigot ikizin yer aldığı çalışmada, olgular yapılandırılmış görüşme ve öğretmen ölçekleri ile değerlendirilmiş, sonuç olarak monozigot eşhastalanım oranı %58, dizigot eşhastalanım oranı %31 olarak bildirilmiştir (30).

DEHB tanılı 894 olguyu ve 5-17 yaşları arasındaki 1135 kardeşini boyutsal bir yaklaşımla değerlendiren araştırmada DEHB olgu grubunda yer alan bireylerin kardeşlerinde 9 kat artmış risk olduğu saptanmıştır (31).

Moleküler Genetik çalışmaları

DEHB konusunda yapılan moleküler genetik çalışmalarında ilk olarak genetik bağlantı analizi metodu çalışılmıştır (28). Bu analiz ile geniş çok kuşaklı aile örneklemeleri üzerinde çalışan Arcos-Burgos ve arkadaşları sayesinde 4q13.2, 5q33.3, 8q11.23 kromozom bölgeleri ile DEHB arasındaki ilişki ilk kez tanımlanmış, bulunan diğer 11q22 ve 17p11 kromozom bölgeleri ile de alanyazın desteklenmiştir (32).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuna yönelik ilk moleküler genetik çalışmalar, DEHB tedavisinde dopaminerjik veya noradrenerjik iletimi hedefleyen ilaçların kullanılmasından çıkarımla, bu yolaklardaki “aday genleri” incelemiştir (28). Gizer ve arkadaşlarının metaanalizinde, çalışmalarla gösterilmiş aday deoksiribonükleik asit (DNA) varyantlarından bazılarının (serotonin taşıyıcı geni, dopamin taşıyıcı geni, D4 dopamin reseptörü geni, D5 dopamin reseptörü geni, serotonin 1B reseptörü geni ve sinaptosomal ilişkili protein-25 (SNAP25) olarak bilinen sinaptik bir vezikülü düzenleyen proteini kodlayan gen] DEHB ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi olduğu gösterilmiştir (33).

Genom boyu ilişkilendirme çalışmaları için DEHB araştırmacıları tarafından uluslararası iş birliği ile oluşturulan konsorsiyum sayesinde Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Avrupa, İskandinavya, Çin ve Avustralya'dan 55,000'i aşkın

katılımcı bir araya getirilmiştir. Bu genom boyu meta-analiz çalışması ile DEHB için risk seviyesi düşük birçok genetik risk varyantı elde edilmiştir (34). Bu çalışma ile düşük riskli genetik varyantların bir araya gelerek hastalık oluşma riskini arttırdığı yani birçok durumda DEHB tanısına çok genli (poligenik) kalıtımın neden olabileceği doğrulanmıştır (35).

2.1.4.1.2 Çevresel Etkenler

Maruziyet açısından kurşun, yapay gıda boyaları, hava kirliliği, prenatal ilaç kullanımı ve fitalatlar, yapılan araştırmalar ile DEHB ile ilişkilendirilmeye çalışılan toksik maddelerdendir (35).

Güncel çalışmalar olguların ferritin, omega-3 (çoklu doymamış yağ asidi) seviyeleri ya da maternal D vitamin düzeylerini DEHB ile ilişkilendirmektedir (36), (37), (38).

Yapılan birçok çalışmada DEHB riskini artıran gebelik ve doğum dönemine ait faktörler tanımlanmıştır. Bunlardan bazıları, erken ya da düşük ağırlıklı doğum, gebelik hipertansiyonu, preeklampsi, gebelik döneminde maternal hipotiroidizm, tekrarlayan düşük öyküsü olarak sıralanabilir (39-44).

Ek olarak, DEHB'nin yüksek kalıtımı, DEHB riskinin çevresel risk faktörleri ile artmasında ana mekanizmanın gen-çevre etkileşimleri olabileceğini düşündürmektedir. Çevresel etkenlerin, DNA metilasyonunda olduğu gibi, DNA diziliminden bağımsız, geri dönüşümlü genom işlev değişimine neden olan epigenetik değişimlere neden olduğu düşünülmektedir. Epigenetiğin sunduğu mekanizma ile çevresel risk faktörleri gen fonksiyonlarını değiştirebilmektedir (29).

2.1.4.2 Nörofizyoloji

DEHB tanısı alan olguların beyinleri konusunda yapılan araştırmalar iki geniş alana yayılmaktadır. Bu alanlardan birinde, hastaların zihinsel süreçleri psikolojik testlerdeki performansları üzerinden değerlendirilmekte iken, diğerinde hastaların beyin yapısı veya işlevi doğrudan nörogörüntüleme taramalarıyla incelenmektedir (35).

2.1.4.2.1 Etkilenen Bilişsel Alanlar

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, çok sayıda, kısmen birbirinden bağımsız bilişsel alan eksiklikleri ile tanınmaktadır (29). Barkley tarafından 1997’de, DEHB’de birincil sorunun ‘inhibisyon eksikliği’ olduğu belirtilerek bir yürütücü işlev modeli oluşturulmuştur. Buna göre; “işleyen bellek”, “dilin içselleştirilmesi”, “uyarılabilirlik seviyesi, motivasyon ve duygu düzenlenmesi üzerine öz denetim” ve “yeniden yapılandırılma” olarak tanımlanan yürütücü işlevlerin olağan şekilde sürdürülebilmesi için davranışsal inhibisyonun elzem olduğu belirtilmiştir (45). Yapılan meta analiz çalışmasıyla yürütücü işlevlerin; işleyen bellek, tepki ketleme, uyanıklık ve planlama alanları üzerindeki etkileriyle DEHB’de önemli rol aldığı gösterilmiştir (46). Ödüllendirme üzerine olan çalışmalar ile DEHB’li olguların uygun karar vermedikleri, uzun vadeli ödüller yerine anlık olanları tercih ettikleri bildirilmiştir (47,48). Nöropsikolojik işlevleri değerlendirmek üzere seçilen 6 alanda kontrol grubu ile karşılaştırılan DEHB olguların %65’i en az bir alanda eksiklik göstermişse de bazı hastalarda hiçbir alanda eksiklik gözlenmediği gösterilmiştir (49).

2.1.4.2.2 Yapısal ve Fonksiyonel Nörogörüntüleme Çalışmaları

Birçok beyin bölgesi ve nöronal yolak DEHB ile ilişkilendirilmiştir (29). 36 kohort çalışmasından 4.100 katılımcının yapısal Magnetik Rezonans Görüntüleme (MRG) verilerinin analizi ile DEHB tanılı olgularda toplam kortikal yüzey alanının hafifçe azaldığı gösterilmiştir. DEHB’li olgularda özellikle frontal, singulat ve temporal beyin bölgelerinde subkortikal alanların daha küçük olduğu, bazal ganglia, amigdala, hipokampus ve intrakraniyal hacmin daha küçük olduğu saptanmıştır. Çocuklarda görülen bu değişikliklerin adolesanlarda ve yetişkinlerde gözlenmediği belirtilmiştir (50,51).

İnhibisyon kontrolü ile ilgili olduğu düşünülen sağ inferior frontal korteks, suplementar motor alan ve bazal ganglia beyin bölgelerinin DEHB’li olgularda normal gelişim gösterenlere göre daha az aktive olduğu, 21 fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRG) çalışmasını dahil eden meta analiz çalışması ile gösterilmiştir (52).

11 fMRG çalışmasının regresyon meta-analizi sonucunda ilaç tedavisi kullanmamış DEHB tanılı olgularda sağ dorsolateral prefrontal kortekste azalmış aktivasyon saptandığı, uzun süreli stimulan ilaç kullanan grupta ise normal aktivasyon gözlemlendiği bildirilmiştir (53).

Son zamanlarda DEHB'nin nörobiyolojik temeli üzerine yapılan araştırmalar, beynin bölgesel farklılıkları yerine, bu bölgeleri birbirine bağlayan fonksiyonel bağlantıların incelenmesine odaklanmıştır (54).

2.1.5. Tanı Ölçütleri

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

1. Dikkatsizlik: Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı (ya da daha çok) belirti en az altı aydır sürmektedir:

Not: Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın, karşı gelmenin, düşmanlı tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir.

a. Çoğu kez, ayrıntılara özen göstermez ya da okul çalışmalarında (derslerde), işte ya da etkinlikler sırasında dikkatsizce yanıtlar yapar.

b. Çoğu kez, iş yaparken ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmekte güçlük çeker.

c. Çoğu kez, doğrudan kendisine doğru konuşulurken, dinlemiyor gibi görünür.

d. Çoğu kez, verilen yönergeleri izlemez ve okulda verilen görevleri, sıradan günlük işleri ya da işyeri sorumluluklarını tamamlayamaz.

e. Çoğu kez, işleri ve etkinlikleri düzenlemeye koymakta güçlük çeker.

f. Çoğu kez, sürekli bir zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez ya da bu tür işlere girmek istemez.

g. Çoğu kez, işi ya da etkinlikleri için gerekli nesnelere kaybeder.

h. Çoğu kez, dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağılır.

i. Çoğu kez, günlük etkinliklerinde unutkanlıktır.

2. Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik: Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı (ya da daha çok) belirti en az altı aydır sürmektedir:

Not: Belirtiler, yalnızca karşıt olmanın, karşı gelmenin düşmanlı tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir.

a. Çoğu kez, kıpırdanır ya da ellerini ya da ayaklarını vurur ya da oturduğu yerde kıvrınır.

b. Çoğu kez, oturmasının beklendiği durumlarda oturduğu yerden kalkar.

c. Çoğu kez, uygunsuz ortamlarda, ortalıkta koşturur durur ya da bir yere tırmanır. (Not: Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, kendini huzursuz hissetmekle sınırlı olabilir.)

d. Çoğu kez, boş zaman etkinliklerine sessiz bir biçimde katılamaz ya da sessiz bir biçimde oyun oynayamaz.

e. Çoğu kez, “her an hareket halindedir”, “kıçına bir motor takılmış” gibi davranır.

f. Çoğu kez aşırı konuşur.

g. Çoğu kez, sorulan soru tamamlanmadan yanıtını yapılandırır.

h. Çoğu kez sırasını bekleyemez.

i. Çoğu kez, başkalarının sözünü keser ya da araya girer.

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

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

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

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

Belirteçler:

- Bileşik görünüm: Son altı ay içinde hem A1 (dikkatsizlik) hem de A2 (aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütleri karşılanmıştır.

- Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde A1 (dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmış, ancak A2 (aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmamıştır.

- Aşırı hareketliliğin/dürtüselliğin baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde A2 (aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmış, ancak A1 (dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmamıştır.

- Tam olmayan yatışma gösteren: Daha önceden bütün tanı ölçütleri karşılanmış olmakla birlikte, son altı ay içinde bütün tanı ölçütlerinden daha azı karşılanmıştır ve belirtiler bugün için de toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevsellikte bozulmaya neden olmaktadır.

- Ağır olmayan: Tanı koymak için gerekli belirtilerden, varsa bile, biraz daha çoğu vardır ve belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği çok az bozmaktan öteye gitmemiştir.

- Orta derecede: Belirtiler ya da işlevsellikte bozulma “ağır olmayan” ile “ağır” arasında orta bir yerdedir.

- Ağır: Tanı koymak için gerekli belirtilerden çok daha çoğu ya da birkaç, özellikle ağır belirti vardır ya da belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği ileri derecede bozmuştur (55).

2.1.6. Klinik Görünüm ve Gidiş

Dikkat eksikliğinin klinik görünümü; bir görev sırasında hayallere dalma, dikkat devamlılığını sağlayamama ve organize olamama gibi durumları içeren çok sayıda belirtilerle tasvir edilmektedir. Hiperaktivite ise uygunsuz bir şekilde artmış motor hareketlilik olarak tanımlanmaktadır ve klinikte durmadan kıpırdanma, ellerini ya da ayaklarını vurma ya da fazla konuşkanlık olarak kendini göstermektedir. Dürtüsellik ile öncesinde düşünülmeden seçim ve eylemlerin yapılması kastedilmektedir, örnek olarak; sosyal alanlarda rahatsız edecek şekilde müdahaleci olunması ya da sonuçları değerlendirilmeden önemli kararların alınması verilebilir (56).

Çocuk ve ergen psikiyatri kliniklerine muayene için gelen 300 ardışık DEHB hastasını değerlendirmeye alan çalışma neticesinde, hastaların yaklaşık %67'sinde DEHB semptomların başlama yaşının 4 yaş ve öncesi olduğu bildirilmiştir (57). 2018 yılında yayınlanan bir çalışma ile okul öncesi dönemde DEHB sıklığının, okul ve ergenlik dönemine kıyasla daha düşük bulunduğu belirtilerek, okul öncesi dönem DEHB sıklığının %2.1 olduğu bildirilmiştir (58). Bununla beraber, yapılan çalışmalar, okul öncesi dönemde DEHB tanısı alan hasta sayısının belirgin bir şekilde arttığını göstermektedir (59).

Okul öncesi dönemde DEHB tanısı alan 25 çocuğun aileleri; çocuklarını, normal gelişim gösteren çocukların ailelerine göre, daha çok karşı çıkan, daha agresif davranan, daha çok ilgi isteyen, yeniliklere daha zor uyum gösteren, sosyal açıdan daha yetersiz ve uyumsuz çocuklar olarak tanımlamıştır (60). Bu yaş döneminde muhtemelen dikkat eksikliğine bağlı belirtilerin küçük çocukların faaliyet gösterdikleri alanlarda ön planda olmaması nedeni ile hiperaktivite baskın görünüm daha sık gözlenmektedir (61).

DEHB'li okul öncesi dönem çocukları kreş ve anasınıfı ortamında diğer çocukların oyunlarını bozacak şekilde sürekli hareket halindedir. Uyku saatinde uyumaya direnç gösterebilir, uyumsuz davranışlar sergileyebilirler. Grup aktivitelerinde sessizce oturamazlar, oyuncaklara, eşyalara zarar verebilen tehlikeli, gürültülü oyunları tercih ederler. Sık kaza geçirme, düşme ve yaralanma riski vardır (62).

Okul öncesi dönem için önemli çalışmalardan birinde 3-5,5 yaş arası çocukların prospektif 6 yıllık bir gözlemi ile okul öncesi dönemde tanı alan hastaların %89'unda tanının korunduğu gösterilmiştir (63).

Erken dönemde belirtilerin gözlenmesi, sosyal, emosyonel ve davranışsal işlevlerde daha kötü sonuçlar ile ilişkilendirilmiş olup bu dönemde karşı olma karşı gelme ya da davranış bozukluğu semptomları da varsa bu sonuçlara ilişkin risklerin daha da arttığı belirtilmiştir. Ayrıca dikkat eksikliğinin spesifik olarak akademik kötü sonuçlar açısından riski arttırdığı bildirilmiştir (64).

Orta çocukluk döneminde, okul öncesi DEHB tanısı alan hastalardan kriterleri karşılamaya devam edenlerin olması beklendiği gibi yeni tanı alanlar da olmaktadır. Okula başlama, DEHB’li çocuklar için, hayatlarında önem taşıyan ilk geçiş noktası olarak görülmektedir (65). Bu noktadan sonra tanı konan çocukların; akademik ve sosyal çevredeki yeni zorluklar ve bunlara bağlı olarak artan düzenleme ve etkin dikkat yönetimi ihtiyaçları nedeniyle subklinik semptom ve/veya bozulma öykülerinin daha kötüleştiği vakalar olması beklenmektedir (66).

DEHB’li çocuklar akademik başarılarında olduğu gibi sınıf içi davranışlarda da sıkıntı çekerler. Öğretmen tarafından velilerine; çocukların verilen görevlere uymadığı, yerinde oturmadığı, sırasını beklemeden konuştuğu, ödevini yapmadığı ya da teslim etmediği hususunda şikayetler sıklıkla bildirilir. Ayrıca sıklıkla, yaşlıları ile sosyal iletişim kurmada güçlük çekerler (67). Dikkat sorunları ön planda olan hastalar akademik konularda daha çok, aile ve yaşıt ilişkilerinde görece daha az güçlük çekmekteyken, hiperaktivite ve dürtüsellik semptomları ön planda olanlar için durum tam tersidir (68).

Ergenlikte hiperaktivitede sorunları azalırken dikkat eksikliği, dürtüsellik ve iç huzursuzluğu ana sorun olarak kalır. Ergenlikte, DEHB’li olgularda daha fazla agresif ve antisosyal davranışlar, ergen-aile çatışması, riskli araç kullanımı, madde kullanımı, akademik başarısızlık, okul bırakma, gebe kalma ve suça karışma görülmektedir (69-72).

DEHB’li olgular yaş aldıkça, motor hiperaktivite yerini huzursuzluğa, tedirginliğe, hareketsizken keyifsiz olmaya bırakır. Dikkat eksiklikleri; ayrıntılara odaklanmama, metinleri birkaç kez yeniden okuma ihtiyacı, etkinlikleri ve randevuları unutma, eşyalarını kaybetme ve konuşma akışını kaybetme gibi semptomlarla genellikle yaşam boyu devam eder. Duygulanımlarının hızlı değişimleri kişilerarası ilişkilerine zarar verir. Organize olma konusunda belirgin sorun yaşarlar, görevleri tamamlayamazlar, problem çözme ve zaman yönetimi konusunda başarısız olabilirler. Dürtüsellik de devam ederek takım işlerinde problemlere yol açabilir, ilişkilere başlama ve bitirmede ani kararlar alınabilir (73).

Öte yandan; yetişkin dönem, kişiye hayatını idare etme açısından yeni fırsatlar sunar. Hızlı değişim ve hareket etmenin gerekli ve önemli olduğu bir yaşam şekli kariyer seçimi ile sağlanabilir. Bir eşin/arkadaşın birtakım günlük işlerin düzenlenmesi konusunda yardımcı olması gibi, rutinler ve sıkıcı görevlerin devredilmesi faydalı olabilir. Bireyin ilişkilerinde mutlu olma olasılığı, içinde bulunduğu durumun daha iyi anlaşılabilmesi ile orantılıdır (65).

2.1.7. Tanısal Değerlendirme

DEHB tanısı esas olarak bakım verenden (hasta ergen ya da yetişkin ise hastadan) alınan kronik seyreden dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve/veya dürtüsellik öyküsüne dayanılarak yapılır. Nadiren muayene sırasında kısa gözlem ile sorunlar fark edilebilse de klinisyen semptomların ciddiyeti ve kronisitesi açısından bakım verenin beyanına ihtiyaç duyar. DEHB’li çocuklar, alışkın olmadıkları durum olan yetişkin biri ile birebir görüşme sırasında, özellikle de bu kişi yabancı bir yetişkin ise sakin ve dikkatli davranabilirler. Bu nedenle aileden, öğretmenlerden ve diğer bakım veren kişilerden gözlemlerin titizlikle toplanması ana tanısal yaklaşımdır (74).

DEHB’den şüphelenilen olgulara tanısal yaklaşımda prenatal, perinatal ve aile öyküsü; okul performansı; çevresel risk faktörlerini kapsayan anamnez alınması ve detaylı fizik muayene yapılması güncel önerilerdendir. Fizik muayene sırasında kardiyolojik, cilt, tiroit ve motor koordinasyonu içeren nörolojik sistem değerlendirmesi yapılmalı, vital bulgulara özellikle dikkat edilmelidir. Ayrıca eş hastalanımlar açısından ruhsal durum muayenesi de atlanmamalıdır (75).

Çocuğun ebeveyni ve öğretmenleri tarafından doldurulan birtakım ölçekler tanı konulmasına yardımcı olabilmektedir. Kliniklerde sıklıkla, Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV’e dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, Ercan Okul Öncesi Yıkıcı Davranış Bozukluğu Ölçeği, Conners Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği- Kısa Form, Conners Öğretmen Değerlendirme Ölçeği- Kısa Form, Conners Ana-Baba Derecelendirme Ölçeği- Yenilenmiş Uzun Form, Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği- Yenilenmiş Uzun Form ve Swanson, Nolan, ve Pelham Derecelendirme Ölçeği (SNAP-IV) kullanılmaktadır (62). Ülkemizde sıklıkla kullanılan Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV’e Dayalı Tarama ve

Değerlendirme Ölçeği DEHB için 18 madde, Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB) için 8 madde ve Davranım Bozukluğu (DB) için 15 madde olmak üzere toplamda 41 madde içermektedir. Her madde 0'dan 3'e değişen puanlarla derecelendirilmektedir (76).

Farklı kaynaklardan alınan bilgiler arasında uyumsuzluk olduğunda, klinisyen bu duruma neden olabilecek durumlar açısından bir değerlendirme yapmalıdır. Deneyimsiz ebeveynler, hastanın yaşına uygun beklentileri olmaksızın ya da kendi aralarındaki ilişkiden etkilenerek hastayı değerlendirebilir, öğretmenler yardım arayışı ile sorunları büyütme ya da çocuğun ilaç almasından çekinerek semptomları saklama eğiliminde bulunabilirler (65).

Günümüzde, ne yazık ki, henüz DEHB tanısını doğrulamak veya dışlamak için yeterli tahmin gücüne sahip bir yardımcı test, tetkik veya biyobelirteç yoktur. Aynı şekilde nörogörüntüleme (MRG, Pozitron Emisyon Tomografisi [PET], Tek Foton Emisyon Tomografisi [SPECT]) ve elektroensefalografi (EEG) de nadir vakalar için ayırıcı tanıda faydalı olabilmesine rağmen rutin klinik değerlendirmede önerilmemektedir (77).

DEHB tanısı alan tüm çocuklar pediatri hekimi tarafından izlenmelidir. Hastaların ilk tanıda ve sonrasında aralıklar ile boy, kilo, kan basıncı ve nabız ölçümleri yapılmalıdır. DEHB belirtilerine yol açacak ya da belirtileri taklit edebilecek bozukluklar açısından incelenmeli, geçirilmiş ensefalit, kurşun entoksikasyonu, ciddi kafa travması ve hipertiroidi şüphesi olan hastalarda ileri tetkik ve değerlendirmeler yapılmalıdır (78).

2.1.8. Ayırıcı Tanı ve Eşlik Eden Tanılar

DEHB belirtileri diğer bozuklukların belirtileriyle örtüşebilir. Bu nedenle ayırıcı tanıda dikkatli olunması gerekir (79).

Öncelikle, diğer aşırı hareketlilik, dikkat eksikliği, yıkıcı davranış ve emosyon disregülasyonu olan durumlar ayırt edilmelidir. Otizm Spektrum Bozukluğunda (OSB) aşırı hareketlilik basmakalıp tarzda görülmekte ve tedavi ile kötüleşebilmektedir. Çoklu tikleri olan hastaların değerlendirilmesinde uzun gözlemlere yer verilerek aşırı hareketlilik durumunun çok sayıda aniden ve

tekrarlayan düzende olduğu anlaşılabilir. Özgül Öğrenme Güçlüğünde (ÖÖB) hasta DEHB'den farklı bir biçimde spesifik olarak zorlandığı akademik alanda görevlere direnç gösterebilir. İrritabilite bulgularına neden olan uykusuzluk, gün içi uykuluk hali ve uyuduğu zaman düzelme belirtileri ile ayrıştırılabilir. Karşıt olma karşı gelme bozukluğu dinlemiyormuş gibi görünme ve verilen görevlere uyulmaması gibi semptomların nedeni olabilir, bu durumda dikkat sorunun olup olmaması değerlendirilmelidir. Duygu disregülasyonu görülen bipolar bozukluktan ise epizodik görünümün tersine kronik seyirli olması ve gransiyozite ve öfori belirtilerinin olmayışı ile ayrılmaktadır. Hedef odaklı olmasıyla maniye bağlı hareketlilik, düzensiz bir görünümde olan DEHB'den ayrılabilir (65).

DEHB tanısı alanların 2/3'ünün en az bir eş hastalanımı olduğu, bunların da sıklık sırasına göre özgül öğrenme güçlüğü, uyku bozuklukları, karşıt olma karşı gelme bozukluğu ve anksiyete bozuklukları olduğu bildirilmiştir (80).

6-18 yaş arası çocuk ve ergenleri ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T ile tanıyarak yapılan bir başka bir çalışmada da vakaların 2/3'ünün eşhastalanımları olduğu gösterilmiş, en sık karşıt olma karşı gelme bozukluğu olduğu, sonrasında distimi ve yaygın anksiyete bozukluğunun geldiği gösterilmiştir. Ayrıca eşhastalanımlar, DEHB görünümlerine göre kategorize edildiğinde, görülen sıklık sıralamalarının değiştiği, KOKGB'nin aşırı hareketliliğin/dürtüsellüğün baskın olduğu görünüm ve bileşik görünüm DEHB'lerde daha sık gözleendiği belirtilmiştir (81).

DEHB'de ayrıca; tik bozukluğu, gelişimsel koordinasyon bozukluğu ve özgül öğrenme bozukluğu sık görülmektedir (81,82). Birçok geniş epidemiyolojik ve klinik araştırmalar sonucunda DEHB'nin depresyon, bipolar bozukluk, yeme bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları ile de sık komorbidite gösterdiği ortaya konulmuştur (84-86).

2.1.9. Tedavi Yöntemleri

DEHB semptomlarına yönelik bilimsel kanıtlarla desteklenen farklı birçok tedavi yöntemi bulunmaktadır. Hastanın yaşı, komorbidite durumu, hastalığın şiddeti, hastanın ve ailenin tercihleri, ailenin durumu ve sosyal koşullar göz önüne alınarak seçim yapılmalıdır (56).

DEHB'nin kronik seyri ve ömür boyu görülebilen semptomları nedeniyle bozukluğa yönelik psiko eğitim, tüm tedavi türlerinde temeli oluşturur. Klinisyen, bilgilendirme yaparken hastanın eğitim düzeyi ve kültürel değerlerini dikkate almalıdır. Bu bilgilendirmede, hastanın ve ailenin hastalığı nasıl algıladığı öğrenilerek DEHB tanımı doğruca yapılmalı, anlaşılabilir bir şekilde hastalık hakkında bilgiler verilmeli, yaygın yanlış bilgiler ve inanışlar düzeltilmeli, DEHB tanısında muayenenin baz alındığı belirtilmelidir. Ayrıca tedavi olanaklarından bahsedilerek tedavilerin faydaları ve yan etkileri, beklenen tedavi cevabı, tedavi süresi, tedavilerin kısa ve uzun dönem etkileri ile ilgili bilgiler hasta ve yakınlarına aktarılmalıdır (79). Yapılan çalışmalar ile psiko eğitim programlarının hem tedavi devamlılığı hem de klinik semptomlar üzerinde olumlu etkiler sağladığı gösterilmiştir (87).

Çeşitli ulusal ve uluslararası dernekler tarafından DEHB tanı ve/veya tedavisine ilişkin kılavuzlar yayınlamıştır. Bu kılavuzlarda DEHB tedavisi için stimülan kullanımı uzlaşık bir şekilde önerilse de, diğer tedaviler hakkında fikir ayrılıkları bulunmaktadır (88). Bunlar arasında en bilinen güncel kılavuz olan NICE 2018 yılında yayınlanmış ve 2019 yılında güncellenmiştir. Bu kılavuza göre hastalar; 5 yaş altı, 5 yaş üstü çocuk-ergenler ve yetişkinler olarak üçe ayrılmıştır. 5 yaş altı çocuklar için ilk olarak psiko eğitim, psikoterapi ve ebeveyn eğitimi gibi ilaç dışı tedaviler önerilmiş, ilaç tedavisi için ikinci bir görüş alınmasının uygun olacağı belirtilmiştir. 5 yaş üstü çocuk ve ergenlere ise ilaç dışı tedavi ve düzenlemelere rağmen devam eden en az bir alanda bozulma varlığında medikasyonun başlanabileceği belirtilmiştir (79).

DEHB tedavisinde kullanılan ilaçların, randomize kontrollü klinik araştırmalarla DEHB semptomlarını tedavi etmek için güvenli ve etkili olduğu gösterilmiştir. Psikiyatrik olmayan bozukluklar için kullanılan birçok ilaçtan daha etkili olan bu ilaçlar, stimülanlar (metilfenidat, amfetamin) ve stimülan olmayanlar (atomoksetin, uzun salınımlı guanfasin, uzun salınımlı klonidin) olarak gruplandırılır (35,88).

Stimülanlar genel olarak ilk tercih medikasyon, metilfenidat ise ilk tercih stimülandır (65). Tüm stimülanların etkilerini dopamin ve/veya noradrenalin

yolakları üzerinden gerçekleştirdikleri düşünülmektedir. Her iki nörotransmitter de beyinde dikkat, ödüllendirme ve davranışlar üzerinde ana modülatördür (56). Stimülanların etkilerini değerlendiren derleme çalışmasında tüm stimülanların aile, öğretmen ve öz bildirim ölçeklerine, hiperaktivite, dürtüsellik ve dikkat eksikliği semptomlarında faydalanım olduğunu gösterir şekilde yansıdığı belirtilmiştir (90). Bu ilaçların kullanımında yan etki olarak, iştah kaybı ve büyüme yavaşlaması, uyku problemleri, hipertansiyon, taşikardi, duygudurum değişiklikleri görülebilmektedir (65).

Nonstimülanlar, noradrenalin geri alım inhibitörü olan atomoksetin ve α 2-adrenerjik agonist olan klonidin ve guanfasin olarak iki gruptur (56). Atomoksetin tik bozukluğu, anksiyete bozukluğu olan hastaların yanı sıra madde kullanım riski olan hastalar için de iyi bir tercihtir. Yan etki olarak istatistiksel olarak taşikardi ve hipertansiyon ile ilişkilendirilse de kliniğe pek yansımamaktadır. Yine yan etki olarak görülebilen büyüme geriliği, süreçte normale dönmektedir, ayrıca metilfenidat ile karşılaştırıldığında uyku problemlerine daha az yol açmaktadır (91).

Günümüze kadar yapılmış en kapsamlı etkinlik ve tolere edilebilirlik karşılaştırmasını sunan network meta analiz çalışmasında stimülanların DEHB semptomlarına karşı yüksek etkinliğe sahip olduğunu kanıtlamıştır. Plasebo ile karşılaştırıldığında amfetaminlerin tüm yaş gruplarında önemli ölçüde iyileşme sağladığı, atomoksetinin tüm yaş gruplarında ılımlı etkileri olduğu, metilfenidatın gençlerde önemli ölçüde iyileşme sağlarken yetişkinlerde ılımlı etkileri olduğu, guanfasinin ise çocukluklarda ılımlı etkileri olduğu gösterilmiştir. Yan etki profilleri göz önüne alındığında, çocuk ve adolesanlar için metilfenidat, yetişkinler için amfetamin ön plana çıkmaktadır (92).

2.2 BAKIM VERME YÜKÜ

2.2.1. Bakım Verme Yükünün Tanımı ve Türleri

Bakım kavramı Türk Dil Kurumu tarafından “bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek” ya da “birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi” olarak açıklanmaktadır (93). Zarit tarafından bakım verme yükü; bakım görevi nedeniyle bakım verende oluşan

emosyonel, sosyal, ekonomik, fiziksel ve ruhsal işlev sorunlarının bakım veren tarafından algılanma düzeyi olarak tanımlanmıştır (2).

Bakım formal ve informal bakım olarak ikiye ayrılır. Formal bakım, eğitilmiş, lisanslı ve kalifiye profesyoneller tarafından verilen, kurum ve organizasyonlar tarafından denetlenen, bakım verenlerin maaş ve sosyal haklara sahip olduğu, bakım görevlerinin aldıkları profesyonel eğitime göre düzenlendiği ve çalışanların mesai planları ve mola zamanları mevcut olduğu bir bakım türüdür. Buna karşın, informal bakım genellikle aile, yakın akraba ya da komşular tarafından sağlanan, bakım verenlerin profesyonel sayılabilecek bir eğitime sahip olmadığı, emosyonel desteği de içeren birçok alanda yardımın üstlenildiği, bakım verme düzeyinde ya da süresinde sınırın olmadığı hatta mola vermenin genellikle mümkün olmadığı ve bakım verenlerin sosyal haklardan yoksun olduğu bir bakım türüdür (94).

Montgomery ve arkadaşları bakım verme yükünü nesnel ve öznel olarak iki grupta incelemişlerdir. Böylece bakımdan kaynaklanan somut olaylar, durumlar ve etkinlikler; bakım verme eylemine ilişkin hisler, tavırlar ve duygulardan ayrılmıştır. Nesnel yük bakım verenin hayatı ve ev yaşamında yaşadığı çok yönlü değişimler ya da bozulmalarla, öznel yük ise bireylerin bakım verme deneyimine yönelik tutumları veya duygusal tepkileri ile tanımlanmıştır (95).

Nesnel bakım yükünün uzanımları, ana bakım görevleri olarak hastanın günlük ihtiyaçlarına yardım edilmesinin ve hastanın gözlem altında tutulmasının yanında hastanın daha önce kendisinin yaptığı ev içi ve dışı görevleri üstlenmek gibi dolaylı bakımının yapılması ve hastanın duygusal ihtiyaçlarının karşılanması olarak gösterilmiştir. Nesnel bakım yükünün diğer uzanımları ise bakımdan dolayı etkilenen aile etkileşimi ve rutinleri, ruh ve beden sağlığı, iş hayatı, sosyal çevre olarak belirtilmiştir. Bakım, bakım verenin hayatını birçok açıdan olumsuz etkilemekte ve bakım veren kişinin diğer rolleri ile bakım rolleri arasında bir çatışma oluşturmaktadır (95,96).

Öznel yük ise bakım verenin içinde bulunduğu duruma karşı olan tutumu ya da bu duruma verdiği duygusal tepki olarak tanımlanmıştır (95). Bakım veren kişiler suçluluk, endişe, sıkıntı, damgalanma hissi ve utanç gibi duygusal tepkileri üzerinden

öznel yük açısından değerlendirilmektedir (95,96). Bakım verenler sıklıkla bu duygularını hastadan gizleme ihtiyacı hissettikleri için duygusal açıdan daha fazla zorluk çekmektedirler. Bakım verme bu kadar geniş duygusal dalgalanmalara neden olduğu için, birçok bakım yükü ölçeğinde, nesnel yüklerden ziyade öznel yüklerle ilgili öğeler yer almaktadır. Bununla birlikte, kaygı, stres veya suçluluk duygusu gibi öznel yük altında incelenen birçok gösterge bakım verme yükünün bir sonucu olarak görülebilen depresyon tanısının belirtileri olabilmekte ve bu durum da yük skorlarına katkıda bulunmaktadır (96).

Bakım veren ve bakım verilen kişiye yönelik değişkenler nedeniyle bakım verenlerin durumları arasında belirgin farklılıklar gözlenmektedir. Bakım veren kaynaklı değişkenler; medeni hal, çalışma durumu, ekonomik düzey, aile birliği ve dinamikleri, kişilik özellikleri, baş etme becerileri ve bakım verdiği kişi ile arasındaki bağ olarak sıralanmaktadır. Bakım verilen kişinin hastalığının yapısı, etkilediği alanların yayılımı ve süresi de bakım konusunda etkili değişkenler arasında yer almaktadır (98).

Bakım yükü risk faktörleri arasında kadın cinsiyet, düşük eğitim düzeyi, depresyon, sosyal izolasyon, ekonomik sıkıntılar yaşama, bakım verilen kişi ile beraber ikamet etme, bakım vermeye ayrılan sürenin uzun olması ve bakım veren olma konusunda seçim şansının olmaması sayılmaktadır (99).

2.2.2. Bakım Verme Yükünün Etkileri

Uzun dönem bakım verme eylemi, yaşam kalitesi göstergelerinden olan sağlık durumu, sosyoekonomik düzey, psikolojik durum gibi alanları etkileyen bir süreçtir. Bakım verme yükü, depresyon, anksiyete, tükenmişlik, fiziksel sağlıkta azalma, sosyal izolasyon ve ekonomik güçlükler gibi sonuçlar doğurmaktadır (100). Bakım vermenin psikolojik ve fizyolojik problemler ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (101).

Yapılan çalışmalar ile bakım veren kişilerde depresif belirtilerin gözlendiği, kaygı düzeylerinin yüksek olduğu, uyku sürelerinin ve kişisel bakımlarının yeterli olmadığı, bu kişilerin koruyucu sağlık davranışlarında daha az bulunduğu, bağışıklık sistemlerinin daha güçsüz olduğu ve yara iyileşmelerinin daha geç olduğu gösterilmiştir (102-104). Diğer çalışmalar ile bakım verenlerin daha sık uyku

sorunları, sağlık sorunları, kaygı bozukluğu ve depresyon belirtileri, kilo kaybı ve düşük yaşam kalitesi düzeyi bildirdikleri aktarılmıştır (104,105). Bakım vermeyenlere göre bakım veren erkeklerin bronşit ve artrit açısından daha yüksek riskli oldukları, bakım veren kadınların ise osteoporoz, artrit ve sindirim sistemi ülseri açısından yüksek riskli oldukları belirtilmiştir (106). Bakım verenlerde kardiyovasküler hastalık görülme sıklıklarının arttığı ve reçetelendirilmiş ilaç kullanımının daha yaygın olduğu bildirilmiştir (101,106). Sağlık üzerine etkiler göz önüne alındığında bakımın mortalite oranlarına katkıda bulunması öngörülemeyen bir durum değildir (108). Yapılan bir çalışmada zorluk yaşayan bakım verenlerin kontrol grubuna oranla mortalite oranlarında %63 artış olduğu saptanmıştır (109).

2.2.3. Bakım Verme Yükünün Değerlendirilmesi

Klinikte kullanabilecek birçok bakım veren yükü ölçeği bulunmaktadır.

Bunlardan Türkçe uyarlanmış olanlar;

1. Bakım Verme Yükü Ölçeği (Burden Interview)
2. Bakım Verenlerin Yükü Envanteri (Caregiver Burden Inventory)
3. BAKAS Bakım Verme Etki Ölçeği (BAKAS Caregiving Outcomes Scales)
4. Bakıcı Yükü Ölçeği [Turkish Version Caregiver Burden Scale (CBS)]
5. Aile Bakım Verme Yükü Ölçeği [Burden Scale for Family Caregivers (BSFC)]'dir (110).

Bunlar arasında en sık kullanılan Zarit tarafından geliştirilmiş olan Bakım Verme Yükü Ölçeği'dir (2,99). Zarit formu çeşitli hasta örneklemlerinde kullanılmıştır ve birçok kısa formu türetilmiştir (111). Ölçeğin Türkçe'ye iki farklı uyarlaması bulunmaktadır. İnci (2006) tarafından uyarlanan hali 4'lü likert şeklinde 22 maddeden oluşmakta ve Özlü (2009) tarafından uyarlanan hali ise 5'li likert şeklinde 19 maddeden oluşmaktadır. İnci ve Özlü tarafından uyarlanan ölçeklerin iç tutarlılık katsayıları sırasıyla 0,95 ve 0,86 olarak hesaplanmıştır (111,112).

2.2.4. Psikiyatrik Hastalarda Bakım Verme Yüğü

1950'lerde psikiyatri hastalarına yönelik sosyal politikaların etkisiyle "deinstitutionalization" akımı etkili olmuş ve toplum merkezli bakıma dönüşüm gündeme gelmiştir. Ancak toplumda yeterli destek olmamasına rağmen ruh sağlığı hastanelerinin kapanması ve hastaların kısa dönem yatırılmasının tercih edilmesi, kronik psikiyatri hastalarının primer bakımının aile bireylerine aktarılması ile sonuçlanmıştır (113,114). Bu dönemde bakım verenlerin hastanın tedavisinde aldığı rol ön plana çıkarak bakım verenin yükü ile ilgili araştırmalar hız kazanmıştır (116).

Bakım veren aileler, sıklıkla hastaların beklenmedik ve garip davranışları nedeniyle zorluk çekmekte, bakım verme sürecinde ortaya çıkabilen aile içi çatışmalar ve damgalanmalar ya da çevresel etkenler nedeniyle yalıtım ve duygusal engellenme (suçluluk ve yalnızlık gibi) yaşamaktadırlar. Psikiyatrik hastalıklara sahip bireylere bakım verenler kronik tıbbi hastalığa sahip bireylere bakım verenlere kıyasla daha yüksek bakım yükü puanları bildirmektedir (1).

Bakım yükleri konusunda psikiyatrik hastalıkları ayrı ayrı inceleyen çalışmalar mevcuttur:

Şizofreni, hastaların yanı sıra aileler, diğer bakım verenler ve toplum için uzun süreli ve önemli ölçüde sağlık, sosyal ve finansal açıdan yük oluşturan kronik bir hastalıktır (117). Şizofreni tanılı 255 hastanın ve bakım verenlerinin katıldığı çalışma sonucunda, bakım verenlerin %49'unun ağır bakım yükü tariflediği saptanarak, bakım yükünün ise bakım veren yaşı, hastanın hastalığının ağırlık derecesi ve işlevselliği ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (118). Yapılan başka bir çalışmada bakım verenlerin en sık dahil olduğu bakımların sırasıyla ilaç tedavisini uygulama, hastane randevularını takip etme, ekonomik destek olma ve günlük işlerinde yardım etme şeklinde olduğu gösterilmiş ve bakım verenlerin %84'ünün belirli derecelerde yük tariflediği, %45,9'unun anksiyete ölçeklerinde, %45,4'ünün ise depresyon ölçeklerinde kabul edilen eşik üzerinde bildirim yaptığı raporlanmıştır (119). Negatif ya da pozitif belirtilerin yüke etkisi konusunda araştırmacılar farklı sonuçlar elde etmiştir. Her iki belirti kümesinin birlikte daha fazla yük bildirimine neden olduğunu bildiren araştırma sonuçları olduğu gibi, pozitif belirtilerin ya da

negatif belirtilerin daha fazla yüke sebep olduğunu bildiren araştırmalar da mevcuttur (120-122).

Bipolar bozuklukta hastalığın epizodik ve döngüsel seyretmesi nedeniyle aile üyelerinin yaşadığı zorlukların, hastanın klinik durumuna göre zaman içinde değişebildiği, hastalığın dönemine göre farklılıkların olduğu bilinmektedir. Bipolar Bozukluk (BB) tanılı hastalar ile yapılan araştırma, bakım verenlerin %93'ünün psikiyatri servis yatışı ya da poliklinik başvurusu sırasında orta – ağır derecede bakım yükü belirttiğini ve %70'lik kısmın 15 ay sonrasında da halen orta-ağır derece bakım yükü bildirmeye devam ettiğini ortaya koymuştur (123). BB tanılı hastaların bakım verenleri; diyabet, hipertansiyon ya da astım gibi tanılara sahip hastaların bakım verenlerinin oluşturduğu bir grup ve rastgele seçilen hastaların bakım verenlerinin oluşturduğu başka bir grup ile bakım yükü açısından karşılaştırmıştır. Bakım yükünü etkileyecek olayların BB tanılı grupta sene boyunca en az haftada 3-6 olacak sıklıkta yaşandığı, diğer gruplarda ayların çoğunun sorunsuz geğirildiği bildirilmiştir (124).

Obsesif kompulsif bozukluk, obsesyon ve/veya kompülsiyonların görüldüğü, genellikle kronik seyirli, kimi zaman dönemsel alevlenmelerle giden, kişinin aile, mesleki ve sosyal işlevselliğini olumsuz etkileyen bir hastalıktır (125). Ülkemizde yapılan bir çalışma ile obsesif kompulsif bozukluk tanısı olan olguların bakım verenleri ile kontrol grubunun bakım verenleri karşılaştırılmış ve bakım verme yükü açısından anlamlı derecede farklılık olduğu, OKB bakım verenlerinin yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olduğu bildirilmiştir (126). OKB tanılı gençlerle yürütölen başka bir çalışma sonucunda, OKB belirtileri ağır olan, işlevsellikte bozulmaları olan ve belirtilere aile uyumu gösteren gençlerde bakım yükü anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (127).

Zihinsel engelli bireye bakım vermek aile üyelerinde farklı açılardan yüklenme duygusu oluşturmaktadır. Zihinsel engelin düzeltilemez ve geri dönüşümsüz olması duygusal yüklenmeye, sosyal etiketleme nedeniyle ailelerin sosyal izolasyonu sosyal yüklenmeye, maddi gereksinimlerin fazla olması ekonomik yüklenmeye ve bakım sırasında yaşanan güçlükler fiziksel yüklenmeye neden olmaktadır (128). Yapılan bir çalışmada bakım verenlerin tümünün ölçeklerinde yük gösterir şekilde puanlama

yaptığı, bunların yaklaşık %51'nin hafif %30'unun orta ve %18'nin ise ağır derecede yük bildirdiği, yük puanları ile zeka bölümü puanları arasında ters yönlü bir ilişki olduğu ortaya koyulmuştur (129).

Otizm spektrum bozukluğu, erken başlangıçlı, sosyal etkileşim ve iletişimde belirgin bozulma ve olağandışı, basmakalıp davranışlarla karakterize nörogelişimsel bir bozukluktur. Bu çocukların ebeveynleri ise yüksek düzeyde stres ve diğer olumsuz psikolojik sonuçlar doğurabilecek zorluklarla karşı karşıyadır (130). OSB tanılı çocukların bakım verenlerinden oluşan çalışma grubunun orta-ağır derecede bakım yükü tariflediği, eğitim seviyesi, anksiyete ve depresyonun yük ile ilişkili bulunduğu bildirilmiştir (131).

2.2.5. DEHB'de Bakım Verme Yükü

DEHB'nin, ebeveynlerin ya da bakım verenlerin ev yaşamında ve aile ilişkilerinde zorluklar yaratarak günlük hayatlarında olumsuz etkilere neden olduğu bilinmektedir. DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinin daha düşük aile yaşam kalitesi puanları bildirdiği, daha sık depresyon, anksiyete ve stres bulguları gösterdiği ve DEHB tanısı olmayan çocukların ebeveynlerine kıyasla tutarlı ve sıcak ebeveyn tutumunu daha az sergiledikleri ve daha fazla saldırgan ebeveynlik stili benimsedikleri gösterilmiştir (132).

Danimarka'da yapılan geniş ölçekli bir çalışma ile DEHB tanılı çocuğa sahip olmanın, ebeveynlerin iş gücü arzı (bireylerin istek ve olanakları dahilinde sunabilecekleri çalışma saati) ve kazanımlarında azalmaya yol açarak ailenin sosyoekonomik seviyesinde düşmeye neden olduğu ortaya konmuştur (133). Güncel bir anket çalışması ile Avrupa Birliği'nde yer alan sekiz ülkeden dahil edilen 38 bakım verenin, çocuklarının almış olduğu DEHB tanısı nedeniyle çocukları ile ilgilenmeye daha fazla emek ve zaman harcadıkları, daha az sosyal aktivitelere dahil oldukları, sosyal hayatlarının bu durumdan etkilendiği ve ilişkilerinde zorlanmalar yaşadıkları bildirmiştir (134).

44 çalışmayı inceleyen bir meta-analiz, DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinin, DEHB tanısı olmayan çocukların ebeveynlerine göre ebeveynlik stresini belirgin biçimde daha fazla yaşadıkları, hem hiperaktivite hem de dikkat eksikliği

semptomlarının ebeveynlik stresinde rol oynadığı, ancak dikkat eksikliği semptomların aile bozulması ile daha az ilişkili olduğu, ayrıca DEHB tanılı çocuklarda görülebilen davranış sorunlarının ebeveynlik stresini artırdığı gösterilmiştir (135).

DEHB'li bir çocuğa bakmanın, ebeveyn/bakıcıların uyku saatleri ve uyku kalitesi, boş zamanlarından memnuniyet, sağlık, yaşam doyumu, mental iyilik hali ve ilişkilerdeki mutluluk üzerine etkili olduğu belirlenmiştir (136).

DEHB'li çocukların yıkıcı davranışları süreç içinde ek aile stresörleri ile birlikte evlilik çatışmasını ve nihayetinde boşanmayı tetiklemektedir. DEHB tanısı olan ve olmayan gençlerin ebeveynlerinin evlilik sürelerini karşılaştıran araştırmada, olgu ve kontrol grubunda bulunan katılımcıların doğumundan yetişkinliğe kadar olan süreçleri değerlendirilmiş ve çocukluk çağında DEHB tanısı konan gençlerin evli ebeveynlerinin, DEHB'si olmayan çocukların ebeveynlerine göre evli kalma sürelerinin daha kısa olduğu gösterilmiştir (137).

Ülkemizde yapılan bir çalışma ile, DEHB tanılı olguların annelerinde tükenmişlik ve depresyon belirtileri ilk tanı anında ve 6 aylık tedavi süreci sonrasında değerlendirilmiş, yapılan karşılaştırma sonucunda tedavi sonrası tükenmişlik düzeyinin ve depresyon belirtilerinin anlamlı derecede azaldığı gösterilmiştir (6). Başka bir çalışma için 64 DEHB tanılı olgu ile bakım verenleri, müdahale ve kontrol grubu olarak ikiye ayrılmış ve müdahale grubunda Barkley'in aile odaklı programı uygulanmıştır. Çalışma sonunda müdahale grubunda yer alan bakım verenlerin bildirdikleri bakım yükü puanlarının anlamlı derecede azaldığı gözlenmiştir (7).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma analitik olgu kontrol araştırmasıdır.

3.2.ARAŞTIRMANIN TARİHİ

Araştırma 25 Mart-2 Temmuz 2021 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

3.3.ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örneklemini Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtileri ile başvuran ilköğretim öğrencisi çocuk ve ergenler oluşturmaktadır. Dahil etme kriterleri ile uyumlu; son 6 ay içerisinde tedavi almamış ya da yeni tanılı DEHB olan ardışık 30 hasta ve bakım veren ebeveyni, tedavi almayan DEHB grubunu, araştırmanın yapıldığı tarih itibarıyla en az 6 aydır düzenli tedavi almakta olan DEHB tanılı 30 hasta ve bakım veren ebeveyni ise tedavi alan DEHB grubunu oluşturmuştur.

Tedavi Almayan Grup

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtileri ile başvuran, son 6 ay içerisinde tedavi almamış ya da DEHB tanısını yeni almış 6-14 yaş aralığında olan çocuk ve ergenler araştırmacı tarafından değerlendirmeye alınmıştır.

Tedavi almayan grup için dahil edilme kriterleri:

1. Çocuğun 6-14 yaş aralığında olması
2. Başvuran ebeveynin hastanın primer bakım vereni olması
3. Çocuğun bakım verenle aynı evde yaşıyor olması
4. Çocuğun DEHB tanısının araştırmacının ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T değerlendirmesi ile doğrulanması
5. Çocuğun en az 6 aydır DEHB tedavisine yönelik hiç medikal tedavi almamış olması

6. Olguların ve ebeveynlerinin araştırmacı ve merkez personeli ile yeterli biçimde iletişim kurabiliyor olması
7. Çalışmaya katılım sırasında ebeveynin olguya ait verilerin kullanılmasına yönelik yazılı onam vermiş olması

Tedavi Alan Grup

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakóltesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Poliklinikleri'ne başvuran, araştırmanın yapıldığı tarih itibarıyla en az 6 aydır düzenli tedavi almakta olan DEHB tanılı 6-14 yaş aralığında olan çocuk ve ergenler araştırmacı tarafından değerlendirmeye alınmıştır.

Tedavi alan grup için dahil edilme kriterleri:

1. Çocuğun 6-14 yaş aralığında olması
2. Başvuran ebeveynin hastanın primer bakım vereni olması
3. Çocuğun bakımverenle aynı evde yaşıyor olması
4. Çocuğun DEHB tanısının araştırmacının ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T değerlendirmesi ile doğrulanması
5. Çocuğun DEHB tanısı ile en az 6 aydır düzenli medikal tedavi alıyor olması
6. Çocuğun ve ebeveynin araştırmacı ile yeterli biçimde iletişim kurabiliyor olması
7. Çalışmaya katılım sırasında olgunun ve ebeveyn/yasal vasisinin olguya ait verilerin kullanılmasına yönelik yazılı onam vermiş olması

Her İki Grup İçin Dışlama Kriterleri:

1. Çocuğun kurum bakımında olması
2. Ebeveyn yada çocuğun görüşmeye katılımı ya da ölçekleri tamamlamayı etkileyecek dil sorununun olması
3. Ebeveynin okuma-yazma bilmemesi
4. Çocukta sürekli bakım gerektiren ağır kronik tıbbi hastalık (serebral palsi, kronik böbrek yetmezliği vb.) veya aynı nitelikte komorbid ruhsal bozukluğun (zihinsel yetersizlik, otizm spektrum bozukluğu, psikotik bozukluk vb.) olması
5. Bakım veren ebeveynde sürekli yardım veya bakım gerektiren, çocuğa bakımı

etkileyecek veya çalışmaya katılımı bozacak nitelikte kronik hastalık veya ruhsal bozukluk varlığı

6. Evde sürekli bakım gereksinimi olan ağır kronik tıbbi hastalık veya ruhsal bozukluğu olan başka birinin daha olması

Örnekleme büyüklüğü hesaplanırken literatürde planlanan araştırma ile birebir uyumlu başka bir araştırmanın olmadığı görülmüş, bu nedenle benzer yöntem ile yürütülmüş olan “The Effect of Barkley’s Family-Oriented Program on the Burden of Care on Families of Children with Attention Deficit-Hyperactive Disorder” başlıklı çalışma referans olarak alınmıştır (7). Bu araştırmadaki tedavi alan grupla almayan grubun bakım yükü puanı ortalamaları (sırasıyla, 29.21 ± 4.79 ve 60.89 ± 5.63) dikkate alınarak, $\text{Alpha}=0.05$, $\text{Güç}=0.95$ olacak şekilde hesaplama yapıldığında minimum örneklem büyüklüğü toplamda 6 olarak elde edilmiştir. Ancak veriler toplandıktan sonra istatistiksel yöntemlerin uygulanabilirliği için grup başına 30 olgu alınmasına karar verilmiştir.

Çocuk ve ebeveyne araştırma hakkında bilgi verilerek, araştırmaya katılmayı kabul eden çocuklardan sözel, bakım veren ebeveynlerden yazılı onam alınmıştır. Dahil etme kriterleri ile uyumlu; son 6 ay içerisinde tedavi almamış ya da yeni tanı DEHB olan ardışık 30 olgu ve bakım veren ebeveyni, tedavi almayan DEHB grubunu oluşturmuştur. İlk grup ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş, araştırmanın yapıldığı tarih itibarıyla en az 6 aydır düzenli tedavi almakta olan DEHB tanı 30 olgu ve bakım veren ebeveyni ise tedavi alan DEHB grubunu oluşturmuştur. İki grup için veri toplama işlemi eşzamanlı olarak yapılmış, tedavi almayan gruba bir olgu dahil edildiğinde, tedavi almakta olan kontrol hastaları arasından yaş ve cinsiyet uyumlu ilk başvuran olgu araştırmaya dahil edilerek, kabul etmemesi halinde bir sonraki uyumlu olguya geçilmiştir.

Çalışmaya dahil edilen gönüllüler ile Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Poliklinikleri’nde klinik görüşme yapılarak iki grupta da çocuk ve ergenlerin bakım verenlerinden Connors Anne-Baba Derecelendirme Ölçeği- Yenilenmiş Uzun Formu (CADÖ-Y/U), Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği-Ebeveyn Formu ve Bakım Verme Yükü Ölçeği’ni

doldurmaları istenmiştir. hastanın psikiyatrik tanılmasını yapmak amacıyla Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi–Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-DSM-5 Kasım 2016- Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) uygulanmıştır. ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T'in kapsamadığı tanılar klinisyen tarafından DSM-5 tanı ölçütlerine göre değerlendirilmiştir. Sosyodemografik özelliklerin detaylı olarak sorgulandığı bilgi formu ebeveynle yüzyüze görüşme yöntemiyle araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

3.4. ETİK

Araştırma konusu Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna sunulmuş, 24.03.2021 tarihli ve E-60116787-020-35681 sayılı kararı ile Etik Kurul onayı alınmış, onay alındıktan sonra çalışma yürütülmüştür.

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.5.1. Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan bilgi formunda çocuğun yaşı, cinsiyeti, kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu, tanı aldığı yaş, tedaviye başladığı yaş, aile bütünlüğü, ebeveyn kaybı olup olmadığı, anne-baba yaşı, eğitim düzeyleri, güncel iş durumları, ekonomik düzeyleri, varsa bakım veren kişinin fiziksel ya da ruhsal tanıları, bakım verme konusunda yardım alıp almadığı, bakım veren kişinin sorumluluğunda başka kişilerin varlığı ve DEHB'nin getirdiği yaşam değişiklikleri ile ilgili sorular yer almaktadır.

3.5.2. Bakım Verme Yüğü Ölçeği

Bakım Verme Yüğü Ölçeği Zarit ve arkadaşları tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir (2). Bakım verenin kendi sağlığını, ruhsal iyilik ve ekonomik durumunu, sosyal hayatını ve bakım verdiği kişi ile ilişkisini sorgulayan ve bu alanlarda yaşadığı sıkıntıyı derecelendiren ölçek 22 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 0'dan 4'e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir, 0-88 aralığında olan puanların yüksekliği algılanan yükün büyüklüğünü göstermektedir. Puanlamada 0 – 20 puan: “bakım yükü yok”, 21– 40 puan: “hafif bakım yükü”, 41 – 60 puan: “orta düzeyde bakım yükü” ve 61 – 88 puan ise: “ağır bakım yükü” olarak sınıflandır (138). Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması İnci tarafından 2006 yılında yapılmış olup,

uyarlanan ölçeğin faktör analizi sonucunda tek boyutlu olarak kullanılmasının daha uygun olduğu belirtilmiş, Türk toplumu için geçerliliğinin ve güvenilirliğinin yüksek olduğuna karar verilmiştir (139).

3.5.3. Conners Anne-Baba Derecelendirme Ölçeği- Yenilenmiş Uzun Formu (CADÖ-Y/U)

Conners (140) tarafından yenilenen ölçekte toplam 80 madde bulunmaktadır. Türkçe uyarlama çalışması 2011 yılında Kaner ve arkadaşları tarafından yapılmış, Cronbach alfa ve iki yarı güvenilirlik katsayılarının sırasıyla 0.85- 0.55 ve 0.80- 0.50 arasında olduğu bulunarak geçerliliğinin ve güvenilirliğinin tatmin edici düzeyde olduğunu belirtilmiştir. Ölçekte Bilişsel Problemler-Dikkatsizlik için 10 madde, Karşı Gelme için 12 madde, Hiperaktivite için 9 madde, Kaygı-Utangaçlık için 8 madde, Mükemmelliyeçilik için 7 madde, Sosyal Problemler için 5 madde ve Psikosomatik Problemler için 6 madde bulunmaktadır. Bu alt ölçeklerin yanı sıra DSM-IV tanı ölçütlerini içeren DSM-IV İndeksi, yine DSM-IV ölçütlerine göre DEHB'yi belirlemeye yönelik DEHB İndeksi ve Global İndeksi de yardımcı araçlar olarak kullanılabilir. Her maddeye 4 yanıt seçeneği sunulmaktadır ve her bir madde için alınacak puanlar 0'dan 3'e değişerek puanlanmaktadır (141).

3.5.4. Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği-Ebeveyn Formu

Weiss tarafından DEHB'li çocukların işlevselliklerindeki bozulmayı ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (142). Ebeveyn formu 50 sorudan oluşmaktadır. Ölçek aile, okul, davranış, yaşam becerileri, çocuğun benlik algısı, sosyal etkinlikler, riskli eylemler alanlarını değerlendirmektedir. Her maddeye 4 yanıt seçeneği sunulurken puanlama 0'dan 3'e değişecek şekilde yapılmaktadır. Ölçeğin Türkçeye çeviri ve uyarlaması Tarakçıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmış ve DEHB'li çocukların işlevselliklerinde bozulmayı ölçmek için geçerli ve güvenilir olduğu kanaatine varılmıştır (143).

3.5.5. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-DSM-5 Kasım 2016- Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T)

Kaufman ve arkadaşlarının DSM-5 tanı ölçütlerine göre güncelledikleri yarı

yapılandırılmış bu görüşme çizelgesinin Türkçe uyarlaması Ünal ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Görüşme çizelgesi 3 bölümden oluşmaktadır; ilk bölümünde yapılandırılmamış bir görüşme ile çocuğun ve ailesinin sosyodemografik özellikleri, yakınmaları, gelişim öyküsü, sağlık durumu ve genel olarak işlevselliğine ilişkin bilgiler sorgulanır. İkinci bölümde hem geçmiş hem de şu andaki (son iki aydaki) tanıları değerlendirmek amacıyla yaklaşık 200'den fazla sayıda belirti taranır. Üçüncü bölüm ise sonuç kısmıdır; her bilgi kaynağından alınan bilgiler ayrı ayrı puanlanır ve sonunda klinisyenin gözlemleri de eklenerek değerlendirme tamamlanır.

ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T ile major depresif bozukluk, süreğen depresif bozukluk, mani, hipomani, siklotimi, bipolar bozukluklar, yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu, şizoafektif bozukluklar, şizofreni, şizofreniform bozukluk, kısa tepkisel psikoz, panik bozukluk, agorafobi, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, basit fobi, sosyal anksiyete bozukluğu/seçici konuşmazlık, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, davranım bozukluğu, karşıt olma/karşı gelme bozukluğu, enürezis, enkoprezis, anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıknırcasına yeme bozukluğu, geçici tik bozuklukları, Tourette bozukluğu, kronik motor ya da vokal tik bozukluğu, alkol kötüye kullanımı, madde kötüye kullanımı, travma sonrası stres bozukluğu ve otizm spektrumu bozuklukları taranabilmektedir (144).

3.6. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Veriler SPSS 25.0 (IBM SPSS Statistics 25 software (Armonk, NY: IBM Corp.)) paket programıyla analiz edilmiştir. Sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma ve kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verilmiştir. Parametrik test varsayımları sağlandığında bağımsız grup farklılıkların karşılaştırılmasında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi; parametrik test varsayımları sağlanmadığında ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Ayrıca sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman ya da Pearson korelasyon analizleriyle ve kategorik değişkenler arasındaki farklılıklar ise Ki kare analizi ile incelenmiştir. İstatistiksel olarak $p < 0.05$ olan değerler anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİLER

4.1.1. Çocuğun Cinsiyeti

Çalışma planında belirlendiği gibi iki grup cinsiyet açısından eşlenmiştir. Hem tedavi alan hem tedavi almayan grubun %23,3'ünü (n=7) kız çocuk ve ergenler, %76,7'sini (n=23) erkek çocuk ve ergenler oluşturmaktadır.

4.1.2. Çocuğun Yaşı

Araştırmaya katılan olgular 6-13 yaş aralığında olup yaş ortalaması $9,2 \pm 1,9$ yıldır. Tedavi alan grup ile tedavi almayan grup arasında yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 1).

Tablo 1: Çocuğun Yaşı

	Tedavi Almayan Grup (n=30)	Tedavi Alan Grup (n=30)	Tüm Katılımcılar (n=60)
Çocuğun Yaşı*	Ort+ss (min-max) Med (IQR)	Ort+ss (min-max) Med (IQR)	Ort+ss (min-max) Med (IQR)
	9,0 \pm 2,0 (6-13) 9,0 (4,0)	9,4 \pm 1,7 (6-13) 8,5 (2,0)	9,2 \pm 1,9(6-13) 9,0 (2,0)
	$z = -0,959$ $p = 0,338$		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0.05$ anlamlıdır. Ort: ortalama, ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median, IQR: Interquartile Range.

4.1.3.Çocuğun Vücut Ağırlığı

Araştırmaya katılan olgular 21-65 kg aralığında olup ortalama ağırlık $34,7 \pm 11,0$ kg'dır. Tedavi alan grup ile tedavi almayan grup arasında vücut ağırlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

4.1.4. Çocuğun Eğitimi

Araştırmaya dahil edilen olgular ilköğretim 1 ve 8. sınıf arasındadır.

4.1.5. Çocuğun Doğum Sırası

Araştırmamıza dahil olan çocuk veya ergenlerin %56,7'sinin (n=34) ilk çocuk, %33,3'ünün (n=20) son çocuk olduğu görülmektedir. Tedavi alan ve almayan gruplar arasında bu açıdan istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 2).

Tablo 2: Çocuğun Doğum Sırası

Doğum Sırası*	Tedavi Almayan Grup	Tedavi Alan Grup	Tüm Katılımcılar
	n (%)	n (%)	n (%)
İlk çocuk	16 (%53,3)	18 (%60,0)	34 (%56,7)
Ortanca Çocuk	3 (%10,0)	3 (%10,0)	6 (%10)
Son çocuk	11 (%36,7)	9 (%30,0)	20 (%33,3)
	$X^2 = 0,068$ p= 0,794		

*X² testi uygulanmıştır. p<0.05 anlamlıdır. İstatistiksel analiz için “ortanca çocuk” ve “son çocuk” grupları birleştirilmiştir.

4.1.6. Aile Yapısı

Araştırmaya katılan tüm ailelerin %78,3'ünü (n=47) çekirdek aileler, %13,3'ünü (n=8) geniş aileler ve %8,3'ünü (n=5) de parçalanmış aileler oluşturmaktadır. Tedavi alan grup ile tedavi almayan grup arasında aile yapısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 3).

Tablo 3: Aile Yapısı

Aile Yapısı*	Tedavi Almayan Grup	Tedavi Alan Grup	Tüm Katılımcılar
	n (%)	n (%)	n (%)
Çekirdek Aile	26 (%86,7)	21 (%70,0)	47 (%78,3)
Geniş Aile	2 (%6,7)	6 (%20,0)	8 (%13,3)
Parçalanmış Aile	2 (%6,7)	3 (%10,0)	5 (%8,3)
	p= 0,277		

*Fisher's exact test uygulanmıştır. p<0.05 anlamlıdır.

4.1.7. Annenin Yaşı, Öğrenim Durumu ve Çalışma Durumu

Araştırmaya katılan tüm annelerin yaş ortalaması $37,7 \pm 5,7$ 'dur. Tedavi alan grup ile tedavi almayan grup arasında anne yaşı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo 4).

Tablo 4: Annenin Yaşı

Annenin Yaşı*	Tedavi Almayan Grup (n=30)	Tedavi Alan Grup (n=30)	Tüm Katılımcılar (n=60)
	Ort+ss (min-max) Med (IQR)	Ort+ss (min-max) Med (IQR)	Ort+ss (min-max) Med (IQR)
	$37,9 \pm 5,3$ (29-51) 37,5 (6,7)	$37,6 \pm 6,3$ (27-49) 38 (11,2)	$37,7 \pm 5,7$ (27-51) 38 (8,7)
$t = -0,155$ $p = 0,878$			

* Bağımsız grup t testi uygulanmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır. . Ort: ortalama, ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median, IQR: Interquartile Range.

Araştırmaya katılan tüm annelerin %43,3'ü (n=26) ilköğretim mezunu, %31,7'si (n=19) lise mezunu, %25'i (n=15) ise yükseköğretim mezunudur. Tedavi alan grup ile tedavi almayan grup arasında anne öğrenim durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 5).

Tablo 5: Annenin Eğitim Düzeyi

Annenin Eğitim Düzeyi*	Tedavi Almayan Grup	Tedavi Alan Grup	Tüm Katılımcılar
	n (%)	n (%)	n (%)
İlköğretim Mezunu	11 (%36,7)	15 (%50,0)	26 (%43,3)
Lise Mezunu	11 (%36,7)	8 (%26,7)	19 (%31,7)
Yükseköğretim Mezunu	8 (%26,7)	7 (%23,3)	15 (%25,0)
$X^2 = 0,611$ $p = 0,434$			

*X² testi uygulanmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır. İstatistiksel analiz için "lise mezunu" ve "yükseköğretim mezunu" grupları birleştirilmiştir.

Araştırmaya katılan tüm annelerin %31,7'si (n=19) tam zamanlı çalışırken %66,7'si (n=40) emekli ya da işsizdir. Tedavi alan grup ile tedavi almayan grup

arasında anne çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p= 0,014). Tedavi almayan grupta çalışan annelerin oranı tedavi alan gruba göre daha fazladır (Tablo 6).

Tablo 6: Annenin Çalışma Durumu

Annenin Çalışma Durumu*	Tedavi Almayan Grup	Tedavi Alan Grup	Tüm Katılımcılar
	n (%)	n (%)	n (%)
Tam Zamanlı	14 (%46,7)	5 (%16,7)	19 (%31,7)
Yarı zamanlı	1 (%3,3)	0 (%0,0)	1 (%1,7)
Emekli/işsiz	15 (%50,0)	25 (%83,3)	40 (%66,7)
$X^2 = 6,075$ $p = 0,014$			

*X² testi uygulanmıştır. p<0.05 anlamlıdır. İstatistiksel analiz için “tam zamanlı” ve “yarı zamanlı” grupları birleştirilmiştir.

4.1.8. Babanın Yaşı, Öğrenim Durumu ve Çalışma Durumu

Araştırmaya katılan tüm babaların yaş ortalaması 41,9 ± 6,2'dur. Tedavi alan grup ile tedavi almayan grup arasında baba yaşı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. (p>0,05) (Tablo 7).

Tablo 7: Babanın Yaşı

Babanın Yaşı*	Tedavi Almayan Grup (n=30)	Tedavi Alan Grup (n=30)	Tüm Katılımcılar (n=60)
	Ort+ss (min-max) Med (IQR)	Ort+ss (min-max) Med (IQR)	Ort+ss (min-max) Med (IQR)
	42,3 ± 6,2 (34-57) 41 (10,5)	41,4 ± 6,3 (26-55) 42 (8,2)	41,9 ± 6,2 (26-57) 41 (9,7)
$t = -0,554$ $p = 0,581$			

* Bağımsız grup t testi uygulanmıştır. p<0.05 anlamlıdır. . Ort: ortalama, ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median, IQR: Interquartile Range.

Araştırmaya katılan tüm babaların %43,3'ü (n=26) ilköğretim mezunu, %30'u (n=18) yükseköğretim mezunu, %26,7'si (n=16) ise lise mezunudur. Tedavi

alan grup ile tedavi almayan grup arasında baba öğrenim durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. ($p>0,05$) (Tablo 8).

Tablo 8: Babanın Öğrenim Durumu

Babanın Öğrenim Durumu*	Tedavi Almayan Grup	Tedavi Alan Grup	Tüm Katılımcılar
	n (%)	n (%)	n (%)
İlköğretim Mezunu	11 (%36,7)	15 (%50,0)	26 (%43,3)
Lise Mezunu	7 (%23,3)	9 (%30,0)	16 (%26,7)
Yükseköğretim Mezunu	12 (%40,0)	6 (%20,0)	18 (%30,0)
$X^2 = 0,611$ $p = 0,434$			

* X^2 testi uygulanmıştır. $p<0.05$ anlamlıdır. İstatistiksel analiz için “lise mezunu” ve “yükseköğretim mezunu” grupları birleştirilmiştir.

Araştırmaya katılan tüm babaların %88,3’ü ($n=53$) tam zamanlı, %5’i ($n=3$) yarı zamanlı çalışmakta iken %6,7’si ($n=4$) emekli ya da işsizdir. Tedavi alan grup ile tedavi almayan grup arasında baba çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo 9).

Tablo 9: Babanın Çalışma Durumu

Babanın Çalışma Durumu*	Tedavi Almayan Grup	Tedavi Alan Grup	Tüm Katılımcılar
	n (%)	n (%)	n (%)
Tam Zamanlı	27 (%90)	26 (%86,7)	53 (%88,3)
Yarı zamanlı	2 (%6,7)	1 (%3,3)	3 (%5,0)
Emekli/işsiz	1 (%3,3)	3 (%10)	4 (%6,7)
$p = 1,000$			

*Fisher’s exact test uygulanmıştır. $p<0.05$ anlamlıdır. İstatistiksel analiz için “yarı zamanlı” ve “emekli/işsiz” grupları birleştirilmiştir.

4.1.9. Ailenin Toplam Çocuk Sayısı

Araştırmaya katılan tüm ailelerin %58,3’ünün ($n=35$) iki çocuğunun, %31,7’sinin ($n=19$) üç çocuğunun, %8,3’ünün ($n=5$) tek çocuğunun, %1,7’sinin ($n=1$) ise dört çocuğunun olduğu saptanmıştır.

Ailelerin ortalama çocuk sayısının $2,2 \pm 0,6$ olduğu, tedavi alan ve almayan gruplar arasında ortalama toplam çocuk sayısı açısından anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 10).

Tablo 10: Ailenin Toplam Çocuk Sayısı

Ailenin Toplam Çocuk Sayısı*	Tedavi Almayan Grup (n=30)	Tedavi Alan Grup (n=30)	Tüm Katılımcılar (n=60)
	Ort+ss (min-max) Med (IQR)	Ort+ss (min-max) Med (IQR)	Ort+ss (min-max) Med (IQR)
	$2,3 \pm 0,5$ (1-3) 2 (1)	$2,2 \pm 0,7$ (1-4) 2 (1)	$2,2 \pm 0,6$ (1-4) 2 (1)
Z= -0,876 p = 0,381			

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0.05$ anlamlıdır. Ort: ortalama, ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median, IQR: Interquartile Range.

4.1.10. Evde Yaşayan Kişi Sayısı

Araştırmaya katılan tüm aileler için evde yaşayan kişi sayısının ortalama $4,2 \pm 1,0$ olduğu, tedavi alan grup ile tedavi almayan grup arasında bu açıdan istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 11).

Tablo 11: Evde Yaşayan Kişi Sayısı

Evde Yaşayan Kişi Sayısı*	Tedavi Almayan Grup (n=30)	Tedavi Alan Grup (n=30)	Tüm Katılımcılar (n=60)
	Ort+ss (min-max) Med (IQR)	Ort+ss (min-max) Med (IQR)	Ort+ss (min-max) Med (IQR)
	$4,2 \pm 0,7$ (2-6) 4 (1)	$4,3 \pm 1,2$ (2-7) 4 (1)	$4,2 \pm 1,0$ (2-7) 4 (1)
z= -0,289 p= 0,773			

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0.05$ anlamlıdır. Ort: ortalama, ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median, IQR: Interquartile Range.

4.1.11. Ailenin Ortalama Aylık Geliri

Araştırmaya katılan tüm aileler göz önüne alındığında %40'ının (n=24) 5650 TL ve üzerinde, %38,3'ünün (n=23) 2825-5650 TL arası, %21,7'sinin (n=13) ise 2825 ve altı aylık kazanca sahip olduğu görülmektedir. Tedavi alan grup ile tedavi

almayan grup arasında aylık kazanç durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo 12).

Tablo 12: Ailenin Ortalama Aylık Geliri

Ortalama Aylık Gelir	Tedavi Almayan Grup	Tedavi Alan Grup	Tüm Katılımcılar
	n (%)	n (%)	n (%)
2825 TL ve altı	4 (%13,3)	9 (%30,0)	13 (%21,7)
2825-5650 TL	11 (%36,7)	12 (%40,0)	23 (%38,3)
>5650 TL	15 (%50,0)	9 (%30,0)	24 (%40,0)
$X^2 = 1,736$ $p = 0,188$			

* X^2 testi uygulanmıştır. $p<0.05$ anlamlıdır. İstatistiksel analiz için “2825 TL ve altı” ile “2825-5650 TL” grupları birleştirilmiştir.

4.1.12. Ailenin İkamet Yeri

Araştırmaya katılan ailelerin %73,3’ünün ($n=44$) şehir merkezinde, %21,7’sinin ($n=13$) ilçede, %5’nin ($n=3$) ise köyde ikamet ettiği görülmüştür. Tedavi alan grup ile tedavi almayan grup arasında ikamet yeri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 13: Ailenin İkamet Yeri

İkamet Yeri *	Tedavi Almayan Grup	Tedavi Alan Grup	Tüm Katılımcılar
	n (%)	n (%)	n (%)
Köy	3 (%10,0)	0 (%0,0)	3 (%5,0)
İlçe	6 (%20,0)	7 (%23,3)	13 (%21,7)
Şehir Merkezi	21 (%70,0)	23 (%76,7)	44 (%73,3)
$X^2 = 0,085$ $p = 0,770$			

* X^2 testi uygulanmıştır. $p<0.05$ anlamlıdır. İstatistiksel analiz için “köy” ve “ilçe” grupları birleştirilmiştir.

4.1.13. Bakım Veren Aile Bireyi

Araştırmaya katılan tüm bakım veren ebeveynler çocuk veya ergenin annesidir.

4.1.14. Bakım Veren Annede Tanı Almış Ruhsal Bozukluk ve Tıbbi Hastalık

Araştırmaya katılan bakım veren annelerin %13,3'ünün (n=8) devam eden, %28'sinin (n=17) geçmişte ruhsal bozukluğunun olduğu, %58,3'ünün (n=35) ise hiç ruhsal bozukluk tanısı olmadığı saptandı. Tedavi alan grup ile tedavi almayan grup arasında bakım veren annede ruhsal bozukluk tanısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05) (Tablo 14).

Tablo 14: Bakım Veren Annede Ruhsal Bozukluk

Bakım Veren Annede Ruhsal Bozukluk*	Tedavi Almayan Grup	Tedavi Alan Grup	Tüm Katılımcılar
	n (%)	n (%)	n (%)
Ruhsal bozukluğu olmayan	19 (%63,3)	16 (%53,3)	35 (%58,3)
Daha önce ruhsal bozukluk geçirmiş, şu anda ruhsal bozukluğu olmayan	10 (%33,3)	7 (%23,3)	17 (%28,3)
Daha önce ruhsal bozukluk tanısı almış ve halen devam etmekte olan	1 (%3,3)	7 (%23,3)	8 (%13,3)
	p= 0,092		

*Fisher's exact test uygulanmıştır. p<0.05 anlamlıdır

Tüm bakım verenlerin %18,3'ünde (n=11) düzenli kontrol ve tedavi gerektiren kronik tıbbi hastalık olduğu, ancak tedavi alan grup ile tedavi almayan grup arasında bu açıdan istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05) (Tablo 15).

Tablo 15: Bakım Veren Annede Düzenli Kontrol Ve Tedavi Gerektiren Kronik Tıbbi Hastalık

Bakım Veren Annede Kronik Tıbbi Hastalık*	Tedavi Almayan Grup	Tedavi Alan Grup	Tüm Katılımcılar
	n (%)	n (%)	n (%)
Var	4 (%13,3)	7 (%23,3)	11 (%18,3)
Yok	26 (%86,7)	23 (%76,7)	49 (%81,7)
	$X^2 = 0,445$ p= 0,505		

*X² testi uygulanmıştır. p<0.05 anlamlıdır

4.1.15. Evde Yaşayan Diğer Aile Üyelerinde Tanı Almış Ruhsal Bozukluk ve Tıbbi Hastalık

Katılımcıların %13,3'ünde (n=8) evde yaşayan diğer aile bireylerinde ruhsal bozukluk tanısının olduğu ancak tedavi alan grup ile tedavi almayan grup arasında diğer aile üyelerinde ruhsal bozukluk tanısı bulunması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$) (Tablo 16).

Tablo 16: Evde Yaşayan Diğer Aile Üyelerinde Tanı Almış Ruhsal Bozukluk

Diğer Aile Üyelerinde Ruhsal Bozukluk*	Tedavi Almayan Grup	Tedavi Alan Grup	Tüm Katılımcılar
	n (%)	n (%)	n (%)
Var	4 (%13,3)	4 (%13,3)	8 (%13,3)
Yok	26 (%86,7)	26 (%86,7)	52 (%86,7)
$p= 1,000$			

*Fisher's Exact test yöntemi kullanılmıştır. $p<0.05$ anlamlıdır.

Katılımcıların %15'inde (n=9) evde yaşayan diğer aile bireylerinde düzenli kontrol ve tedavi gerektiren kronik tıbbi hastalık olduğu ancak tedavi alan grup ile tedavi almayan grup arasında diğer aile üyelerinde tıbbi hastalık tanısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$) (Tablo 17).

Tablo 17: Evde Yaşayan Diğer Aile Üyelerinde Düzenli Kontrol ve Tedavi Gerektiren Kronik Tıbbi Hastalık

Diğer Aile Üyelerinde Kronik Tıbbi Hastalık*	Tedavi Almayan Grup	Tedavi Alan Grup	Tüm Katılımcılar
	n (%)	n (%)	n (%)
Var	4 (%13,3)	5 (%16,7)	9 (%15,0)
Yok	26 (%86,7)	25 (%83,3)	51 (%85,0)
$p= 1,000$			

*Fisher's Exact test yöntemi kullanılmıştır. $p<0.05$ anlamlıdır.

4.1.16. DEHB Tanısı Almış Başka Çocuğun Varlığı

Bakım verenlerin %8,3'ünün (n=5) DEHB tanısı alan diğer bir çocuğu olduğu, tedavi alan grup ile tedavi almayan grup arasında DEHB tanısı alan başka çocuk varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür (p>0,05) (Tablo 18).

Tablo 18: DEHB Tanısı Almış Başka Çocuğun Varlığı

DEHB Tanısı Almış Başka Çocuk*	Tedavi Almayan Grup	Tedavi Alan Grup	Tüm Katılımcılar
	n (%)	n (%)	n (%)
Var	3 (%10,0)	2 (%6,7)	5 (%8,3)
Yok	27 (%90,0)	28 (%93,3)	55 (%91,7)
	p = 1,000		

* Fisher's Exact test yöntemi kullanılmıştır. p<0.05 anlamlıdır.

4.2. DEHB İLE İLGİLİ VERİLER

4.2.1. Çocuğun DEHB Tanısı Aldığı Yaş

Tedavi alan katılımcıların ortalama $6,7 \pm 1,6$ yaşlarında tanı alırken tedavi almayan katılımcıların $7,7 \pm 1,7$ yaşlarında tanı aldığı bulgulanmıştır. Tedavi alan grupta yer alan olguların tedavi almayan grupta yer alan olgulara göre daha küçük yaşta tanı aldığı saptanmıştır. (p = 0,012) (Tablo 19).

Tablo 19: Çocuğun DEHB Tanısı Aldığı Yaş

DEHB Tanı Yaşı*	Tedavi Almayan Grup (n=30)	Tedavi Alan Grup (n=30)	Tüm Katılımcılar (n=60)
	Ort+ss (min-max) Med (IQR)	Ort+ss (min-max) Med (IQR)	Ort+ss (min-max) Med (IQR)
	$7,7 \pm 1,7$ (5-12) 7,5 (1,5)	$6,7 \pm 1,6$ (4-12) 6 (1,25)	$7,2 \pm 1,7$ (4-12) 7 (2)
	z = -2,509 p = 0,012		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0.05 anlamlıdır. Ort: ortalama, ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median, IQR: Interquartile Range.

4.2.2. DEHB Alt Görünümleri

Araştırmaya katılan tüm olgular ÇDSG-ŞY-DSM-5-T ile tanılanarak DEHB alt görünümüne göre ayrılmışlardır, böylece tüm katılımcıların %68,3'ünün (n=41) bileşik görünümde, %30'unun (n=18) dikkatsizliğin baskın olduğu görünümde, %1,7'sinin (n=1) ise aşırı hareketliliğin baskın olduğu görünümde olduğu saptanmıştır. Tedavi alan grup ile tedavi almayan grup arasında DEHB alt görünümü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05) (Tablo 20).

Tablo 20: DEHB Alt Görünümü

DEHB Alt Görünüm*	Tedavi Almayan Grup	Tedavi Alan Grup	Tüm Katılımcılar
	n (%)	n (%)	n (%)
Bileşik görünüm	18 (%60,0)	23 (%76,7)	41 (%68,3)
Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm	12 (%40,0)	6 (%20,0)	18 (%30,0)
Aşırı hareketliliğin/dürtüsellüğün baskın olduğu görünüm	0 (%0,0)	1 (%3,3)	1 (%1,7)
	p= 0,159		

*Fisher's Exact test yöntemi kullanılmıştır. p<0.05 anlamlıdır.

4.2.3. DEHB'ye Komorbid Tanı Varlığı

Tüm DEHB tanıli katılımcıların %68,3'üne (n=41) komorbid tanılarının eşlik ettiği, tedavi alan ve almayan grup arasında bu açıdan anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05) (Tablo 21).

Tablo 21: DEHB'ye Komorbid Tanı Varlığı

DEHB'ye Komorbid Tanı*	Tedavi Almayan Grup	Tedavi Alan Grup	Tüm Katılımcılar
	n (%)	n (%)	n (%)
Var	20 (%66,7)	21 (%70,0)	41 (%68,3)
Yok	10 (%33,3)	9 (%30,0)	19 (%31,7)
	X ² = ,000 p= 1,000		

*X² testi uygulanmıştır. p<0.05 anlamlıdır.

Komorbid tanılar “anksiyete bozukluğu”, “KOKGB/DB”, “ÖÖB” ve “diğer” olarak sınıflandırıldığında, tüm katılımcı olguların %43,3’ünün (n=26) anksiyete bozukluğu, %33,3’ünün (n=20) KOKGB/DB, %13,3’ünün (n=4) ÖÖB komorbid tanısı aldığı saptanmıştır. Tedavi alan ve almayan grup arasında komorbid tanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05) (Tablo 22).

Tablo 22: DEHB’ye Komorbid Tanılar

Komorbid Tanı	Tedavi Almayan Grup n (%)	Tedavi Alan Grup n (%)	Tüm Katılımcılar n (%)
Anksiyete Bozukluğu*			
Var	11 (%36,7)	15 (%50,0)	26 (%43,3)
Yok	19 (%63,3)	15 (%50,0)	34 (%56,7)
$X^2 = 0,611$ $p = 0,434$			
KOKGB/DB* ***			
Var	9 (%30,0)	11 (%36,7)	20 (%33,3)
Yok	21 (%70,0)	19 (%63,3)	40 (%66,7)
$X^2 = 0,075$ $p = 0,784$			
ÖÖB*			
Var	13 (%21,7)	9 (%30,0)	4 (%13,3)
Yok	47 (%78,3)	21 (%70,0)	26 (%86,7)
$X^2 = 1,571$ $p = 0,210$			
Diğer**			
Var	5 (%8,3)	1 (%3,3)	4 (%13,3)
Yok	55 (%91,7)	29 (%96,7)	26 (%86,7)
$p = 0,353$			

*X² testi uygulanmıştır ** Fisher’s Exact test yöntemi kullanılmıştır. p<0.05 anlamlıdır. ***KOKGB: karşıt olma karşı gelme bozukluğu DB: davranım bozukluğu

4.2.4. Çocuk veya Ergenin DEHB tedavisine başlandığı yaş

DEHB tedavisi alan grupta yer alan olguların tedaviye başlama yaşının ortalama $7,0 \pm 1,4$ olduğu saptanmıştır.

4.2.5. Çocuk veya Ergenin DEHB’ye yönelik ilaç tedavileri

Tedavi alan grupta yer alan 30 katılımcının kullandığı ilaçlara yönelik bilgiler aşağıdaki gibidir:

30 katılımcının %90'ı metilfenidat ile %30'u ise atomoksetin tedavisi almaktadır. Kullanılan metilfenidat dozu ortalama $29,1 \pm 9,1$ (10-54) mg/gün, kilogram başına düşen doz miktarı ise ortalama $0,8 \pm 0,2$ (0,4- 1,2) mg/kg'dır. Kullanılan atomoksetin dozu ortalama $33,3 \pm 7,6$ (25-40) mg/gün, kilogram başına düşen doz miktarı ise ortalama $1,1 \pm 0,3$ (0,8-1,1) mg/kg'dır.

Tedavi alan grupta olan olguların %16,7'sinin (n=5) ek psikotrop ilaç kullanımını olduğu, ek ilaç kullanımı olan tüm olguların antipsikotik kullandığı ve bu olguların %40'nın (n=2) antipsikotiğe ek olarak selektif serotonin geri alım inhibitörü de kullandığı görülmüştür.

4.3. ÇOCUĞA VERİLEN BAKIMLA İLGİLİ VERİLER

4.3.1. Bakım Veren Anneye Yardımcı Varlığı

Bakım verenlerin %25'inin (n=15) bakım konusunda yardım aldığı bulgulanmış olup tedavi alan grup ile tedavi almayan grup arasında bu açıdan istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05) (Tablo 23).

Tablo 23: Bakım Veren Anneye Yardımcı Varlığı

Bakım Veren Anneye Yardımcı Varlığı*	Tedavi Almayan Grup	Tedavi Alan Grup	Tüm Katılımcılar
	n (%)	n (%)	n (%)
Var	9 (%30,0)	6 (%20,0)	15 (%25,0)
Yok	21 (%70,0)	24 (%80,0)	45 (%75,0)
$X^2 = 0,356$ $p = 0,551$			

*X² testi uygulanmıştır. p<0.05 anlamlıdır.

4.3.2. Bakım Veren Annenin Çocukla Geçirdiği Süre

Tüm bakım veren annelerin bir günlerinin ortalama $8,1 \pm 4,3$ saatini DEHB tanımlı çocuklarıyla geçirdiği, tedavi alan grupta bu sürenin ortalama $9,1 \pm 4,1$ saat, tedavi almayan grupta ortalama $7,1 \pm 4,3$ saat olduğu saptanmıştır. Tedavi alan grup ile tedavi almayan grup arasında annenin çocuk veya ergenle geçirdiği süre bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve tedavi alan grupta bakım

verenlerin çocuklarıyla daha uzun süre zaman geçirdiği ortaya konulmuştur (p=0,043) (Tablo 24).

Tablo 24: Bakım Veren Annenin Çocuk veya Ergenle Geçirdiği Süre

Çocukla Geçirilen Süre*	Tedavi Almayan Grup (n=30)	Tedavi Alan Grup (n=30)	Tüm Katılımcılar (n=60)
	Ort+ss (min-max) Med (IQR)	Ort+ss (min-max) Med (IQR)	Ort+ss (min-max) Med (IQR)
	7,1 ± 4,3 (2-17) 6 (6)	9,1 ± 4,1 (2-16) 10 (6,2)	8,1 ± 4,3 (2-17) 8 (7)
z = -2,025 p = 0,043			

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0.05 anlamlıdır. Ort: ortalama, ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median, IQR: Interquartile Range.

Tüm bakım veren annelerin bir günlerinin ortalama 2,3 ± 2,2 saatini DEHB tanılı çocuklarıyla birebir geçirdiği görülmüştür. Tedavi alan grup ile tedavi almayan grup arasında annenin çocuk veya ergenle birebir geçirdiği süre bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05) (Tablo 25).

Tablo 25: Bakım Veren Annenin Çocuk Veya Ergenle Geçirdiği Birebir Süre

Çocukla Geçirilen Birebir Süre*	Tedavi Almayan Grup (n=30)	Tedavi Alan Grup (n=30)	Tüm Katılımcılar (n=60)
	Ort+ss (min-max) Med (IQR)	Ort+ss (min-max) Med (IQR)	Ort+ss (min-max) Med (IQR)
	2,1 ± 1,5 (0-5) 2 (2)	2,6 ± 2,7 (0-12) 2 (2)	2,3 ± 2,2 (0-12) 2 (2)
z = -0,045 p = 0,964			

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0.05 anlamlıdır. Ort: ortalama, ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median, IQR: Interquartile Range.

4.3.3. Bakım Veren Annenin Ödev Kontrol Etme Sıklığı

Bakım verenlerin %58,3'ü (n=35) her zaman, %21,7'si (n=13) sıklıkla, %18,3'ü (n=11) ise bazen çocuklarının ödevlerini kontrol ettiğini belirtmiştir. Tedavi alan grup ile tedavi almayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 26).

Tablo 26: Bakım Veren Annenin Ödev Kontrol Etme Sıklığı

Bakım Veren Annenin Ödev Kontrol Etme Sıklığı*	Tedavi Almayan Grup	Tedavi Alan Grup	Tüm Katılımcılar
	n (%)	n (%)	n (%)
Asla	0 (%0,0)	1 (%3,3)	1 (%1,7)
Bazen	9 (%30,0)	2 (%6,7)	11 (%18,3)
Sıklıkla	4 (%13,3)	9 (%30,0)	13 (%21,7)
Her zaman	17 (%56,7)	18 (%60,0)	35 (%58,3)
$X^2 = 2,604$ $p = 0,107$			

*X² testi uygulanmıştır. p<0.05 anlamlıdır. İstatistiksel analiz için “asla” ve “bazen” grupları ile “sıklıkla” ve “her zaman” grupları birleştirilmiştir.

4.3.4. Bakım Vermenin Annenin İş Hayatına Ve Aile Bütçesine Etkisi

Çalışan bakım verenlerin çalışma düzeninde son bir ayda sorun (gidilemeyen/erken çıkılan/geç gidilen gün) yaşadığı gün sayısı ortalaması $1,3 \pm 2,5$ 'tir. Tedavi alan grup ile tedavi almayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo 27).

Tablo 27: DEHB'li Çocuğa Bakım Nedeniyle Annenin Çalışma Düzeninde Son Bir Ayda Sorun Yaşadığı Gün Sayısı

Annenin Çalışma Düzeninde Sorun Yaşadığı Gün Sayısı*	Tedavi Almayan Grup (n=15)	Tedavi Alan Grup (n=5)	Tüm Katılımcılar (n=20)
	Ort+ss (min-max) Med (IQR)	Ort+ss (min-max) Med (IQR)	Ort+ss (min-max) Med (IQR)
	$1,7 \pm 2,8$ (0-10) 1 (2)	$0,2 \pm 0,4$ (0-1) 0 (0,5)	$1,3 \pm 2,5$ (0-10) 0 (1)
$z = -1,398$ $p = 0,162$			

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0.05 anlamlıdır. Ort: ortalama, ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median, IQR: Interquartile Range.

Çalışan bakım verenlerin hiçbirinin DEHB'li çocuğun bakımı nedeniyle iş değişikliği yapmadığı görülmüştür.

DEHB'li çocuğun bakımı nedeniyle bakım veren annelerin %20'si (n=4) iş saatlerinde değişiklik yapmıştır. Tedavi alan grup ile tedavi almayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo 28).

Tablo 28: Bakım Veren Annenin DEHB Nedeniyle İş Saatlerinde Değişiklik

DEHB Nedeniyle Annenin İş Saatlerinde Değişiklik*	Tedavi Almayan Grup	Tedavi Alan Grup	Tüm Katılımcılar
	n (%)	n (%)	n (%)
Var	2 (%13,3)	2 (%40,0)	4 (%20,0)
Yok	13 (%86,7)	3 (%60,0)	16 (%80,0)
$p = 0,249$			

*Fisher's Exact test yöntemi kullanılmıştır. $p<0.05$ anlamlıdır.

Bakım veren annelerin %56,7'si (n=34) DEHB nedeniyle ek harcama yaptıklarını belirtmiştir. Tedavi alan grup ile tedavi almayan grup arasında ek harcama varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo 29).

Tablo 29: DEHB Nedeniyle Ek Harcama Varlığı

DEHB Nedeniyle Ek Harcama	Tedavi Almayan Grup	Tedavi Alan Grup	Tüm Katılımcılar
	n (%)	n (%)	n (%)
Var	13 (%43,3)	21 (%70)	34 (%56,7)
Yok	17 (%56,7)	9 (%30)	26 (%43,3)
$X^2 = 3,326 \quad p = 0,068$			

* X^2 testi uygulanmıştır. $p<0.05$ anlamlıdır.

DEHB nedeniyle yapılan ek harcama miktarı aylık ortalama $114,6 \pm 181,0$ TL'dir. Tedavi alan grup ile tedavi almayan grup arasında ek harcama miktarı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo 30).

Tablo 30: DEHB Nedeniyle Yapılan Ek Harcama Miktarı

DEHB Nedeniyle Yapılan Ek Harcama Miktarı (TL)*	Tedavi Almayan Grup	Tedavi Alan Grup	Tüm Katılımcılar
	Ort+ss (min-max) Med (IQR)	Ort+ss (min-max) Med (IQR)	Ort+ss (min-max) Med (IQR)
	109,1 ± 207,4 (0-1000) 0 (162,5)	120,1 ± 153,6 (0-500) 80 (200)	114,6 ± 181,0 (0-1000) 27,5 (187,5)
Z = -1,353 p= 0,176			

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0.05 anlamlıdır. Ort: ortalama, ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median, IQR: Interquartile Range.

4.3.5. DEHB'ye Yönelik İlaç Dışı Tedaviler

Tüm olguların %10'nun (n=6) özel eğitim aldığı, %10'nun (n=10) özel ders aldığı öğrenilmiş, tedavi alan ve almayan gruplar arasında özel eğitim alma açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, tüm özel eğitim alanların tedavi alan grupta olduğu saptanmıştır (p = 0,024).

Tedavi almayan grupta 3 (%10,0), tedavi alan grupta 4 (%13,3) olgunun ek vitamin desteği aldığı görülmüş, gruplar arasında farklılık saptanmamıştır. (p>0,05) Ayrıca; örneklemimize dahil edilen olguların ek profesyonel yardım (psikolog, psikolojik danışman, eğitim koçu) almadığı, alternatif tedavi yöntemlerine başvurmadığı ve özel diyet uygulamadıkları gözlenmiştir.

Tablo 31: Eğitsel Destek

Eğitsel destek*	Tedavi Almayan Grup	Tedavi Alan Grup	Tüm Katılımcılar
	n (%)	n (%)	n (%)
Özel Eğitim			
Var	0 (%0,0)	6 (%20,0)	6 (%10,0)
Yok	30 (%100,0)	24 (%80,0)	54 (%90,0)
p = 0,024			
Özel Ders			
Var	3 (%10,0)	3 (%10,0)	6 (%10,0)
Yok	27 (%90,0)	27 (%90,0)	54 (%90,0)
p = 1,00			

* Fisher's Exact test yöntemi kullanılmıştır. p<0.05 anlamlıdır.

4.4. ÖLÇEKLERDEN ELDE EDİLEN VERİLER

4.4.1. Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği-Ebeveyn Formu

Katılımcı bakım verenler tarafından doldurulan Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği sonuçlarına göre tüm katılımcıların aile boyutunda ortalama $8,4 \pm 6,8$ (0-26), okul-öğrenme alt boyutunda ortalama $3,9 \pm 3,2$ (0-12), okul-davranış alt boyutunda ortalama $1,8 \pm 3,0$ (0-15), yaşam becerileri alt boyutunda ortalama $8,2 \pm 5,0$ (0-20), çocuğun benlik algısı alt boyutunda ortalama $1,8 \pm 2,0$ (0-9), sosyal etkinlikler alt boyutunda ortalama $3,4 \pm 3,9$ (0-16), riskli etkinlikler alt boyutunda ortalama $1,1 \pm 1,7$ (0-9) ve toplam Weiss değerlendirmesinde ortalama $28,9 \pm 19,3$ (0-80) puan aldığı görülmüştür. Tedavi alan ve almayan grupta yer alan katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. ($p>0,05$) (Tablo 32).

Tablo 32: Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği-Ebeveyn Formu Puanları

Weiss Puanları	Tedavi Almayan Grup (n=30)	Tedavi Alan Grup (n=30)	Tüm Katılımcılar (n=60)
	Ort+ss (min-max) Med (IQR)	Ort+ss (min-max) Med (IQR)	Ort+ss (min-max) Med (IQR)
Aile Alt Boyutu*	$7,7 \pm 6,7$ (1-68) 23 (8,2)	$9,1 \pm 6,9$ (0-26) 8 (9,7)	$8,4 \pm 6,8$ (0-26) 7 (9)
	$z = -0,839$ $p = 0,402$		
Okul/Öğrenme Alt Boyutu**	$4,1 \pm 3,3$ (0-12) 3,5 (4,5)	$3,7 \pm 3,1$ (0-12) 3 (4,2)	$3,9 \pm 3,2$ (0-12) 3 (5)
	$t = -0,477$ $p = 0,635$		
Okul/Davranış Alt Boyutu*	$2,0 \pm 3,4$ (0-15) 0 (3)	$1,5 \pm 2,6$ (0-11) 0,5 (2,2)	$1,8 \pm 3,0$ (0-15) 0 (3)
	$z = -0,016$ $p = 0,987$		
Yaşam becerileri Alt Boyutu*	$7,3 \pm 4,2$ (1-16) 6 (6,2)	$9,2 \pm 5,6$ (0-20) 9,5 (8,2)	$8,2 \pm 5,0$ (0-20) 8 (6,7)
	$z = -1,342$ $p = 0,180$		
Çocuğun Benlik Algısı Alt Boyutu*	$1,6 \pm 1,6$ (0-6) 1 (3)	$2,0 \pm 2,9$ (0-9) 1 (3)	$1,8 \pm 2,0$ (0-9) 1 (3)
	$z = -0,541$ $p = 0,589$		
Sosyal Etkinlikler Alt Boyutu*	$3,5 \pm 3,7$ (0-12) 3 (6)	$3,3 \pm 4,1$ (0-16) 1,5 (6)	$3,4 \pm 3,9$ (0-16) 2,5 (6)

	$z = -0,349$ $p = 0,727$		
Riskli Eylemler Alt Boyutu*	1,1 ± 1,6 (0-7) 0,5 (1,2)	1,2 ± 1,9 (0-9) 1 (1,2)	1,1 ± 1,7 (0-9) 1 (1)
	$z = -0,420$ $p = 0,675$		
Toplam Weiss Puanı**	27,5 ± 17,1 (1-68) 27,5 (27,7)	30,3 ± 21,4 (0-80) 26 (30,5)	28,9 ± 19,3 (0-80) 23,5 (28,7)
	$t = 0,572$ $p = 0,570$		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. ** Bağımsız grup t testi uygulanmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır. . Ort: ortalama, ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median, IQR: Interquartile Range.

4.4.2. Connors Anne-Baba Derecelendirme Ölçeği- Yenilenmiş Uzun Formu (CADÖ-Y/U):

Katılımcı bakım verenler tarafından doldurulan Connors Anne-Baba Derecelendirme Ölçeği- Yenilenmiş Uzun Formu (CADÖ-Y/U) sonuçlarına göre tüm katılımcıların bilişsel problemler/dikkatsizlik alt ölçeğinde ortalama $16,3 \pm 7,8$ (0-34), karşı gelme alt ölçeğinde ortalama $10,4 \pm 7,8$ (0-28), hiperaktivite alt ölçeğinde ortalama $10,5 \pm 6,6$ (0-26), kaygı-utangaçlık alt ölçeğinde ortalama $5,5 \pm 4,2$ (0-19), mükemmeliyetçilik alt ölçeğinde ortalama $3,8 \pm 3,9$ (0-12), sosyal problemler alt ölçeğinde ortalama $3,1 \pm 2,9$ (0-11), psikosomatik alt ölçeğinde ortalama $1,7 \pm 1,9$ (0-8) puan aldığı görülmüştür. Tedavi alan ve almayan grupta yer alan katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. ($p > 0,05$) (Tablo 33).

Tablo 33: Connors Anne-Baba Derecelendirme Ölçeği- Yenilenmiş Uzun Formu (CADÖ-Y/U)

CADÖ -Y/U Puanları	Tedavi Almayan Grup (n=30)	Tedavi Alan Grup (n=30)	Tüm Katılımcılar (n=60)
	Ort+ss (min-max) Med (IQR)	Ort+ss (min-max) Med (IQR)	Ort+ss (min-max) Med (IQR)
Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik Alt Ölçeği*	17,1 ± 7,3 (4-33) 17,5 (11,7)	15,5 ± 8,2 (0-34) 14,5 (12,2)	16,3 ± 7,8 (0-34) 16 (11,7)
	$t = -0,791$ $p = 0,432$		
Karşı Gelme Alt Ölçeği**	9,2 ± 6,9 (0-28) 7 (8)	11,60 ± 8,5 (0-28) 9,5 (13,5)	10,4 ± 7,8 (0-28) 8,5 (11,7)
	$z = -1,014$ $p = 0,310$		

Hiperaktivite Alt Ölçeği*	10,0 ± 6,2 (1-24) 9 (9,2)	11,0 ± 7,0 (0-26) 10,5 (10)	10,5 ± 6,6 (0-26) 9 (9,7)
	t = 0,599 p = 0,552		
Kaygı -Utangaçlık Alt Ölçeği **	4,9 ± 3,8 (0-15) 4,5 (4,5)	6,8 ± 4,3 (0-19) 6 (5,2)	5,5 ± 4,2 (0-19) 5 (5,7)
	z = -1,931 p = 0,053		
Mükemmeliyetçilik Alt Ölçeği**	3,6 ± 2,7 (0-12) 4 (3)	4,0 ± 3,4 (0-12) 3 (6)	3,8 ± 3,9 (0-12) 3,5 (3,7)
	z = -0,082 p = 0,935		
Sosyal Problemler Alt Ölçeği**	2,7 ± 2,8 (0-9) 2 (3,2)	3,5 ± 3,0 (0-11) 4 (6)	3,1 ± 2,9 (0-11) 2 (5,5)
	z = -0,801 p = 0,423		
Psikosomatik Alt Ölçeği**	1,7 ± 1,9 (0-7) 1 (3)	1,7 ± 1,9 (0-8) 1 (3)	1,7 ± 1,9 (0-8) 1 (3)
	z = -0,069 p = 0,945		

* Bağımsız grup t testi uygulanmıştır. **Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0.05 anlamlıdır. . Ort: ortalama, ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median, IQR: Interquartile Range.

4.4.3. Bakım Verme Yükü Ölçeği

Araştırmamıza katılan bakım verenlerin bakım verme yükü ölçeği puan ortalaması 25,3 ± 15,4 (0-66) olup bu değer tedavi almayan grupta yer alan bakım verenlerde 25,6 ± 16,8 (4-65), tedavi alan grupta yer alan bakım verenlerde ise 25,1 ± 14,1 (0-66)'dir. Tedavi alan ve almayan grupta yer alan katılımcı bakım verenler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 34).

Tablo 34: Bakım Verme Yükü Ölçeği Puanları

Bakım Verme Yükü Ölçeği Puanları*	Tedavi Almayan Grup (n=30)	Tedavi Alan Grup (n=30)	Tüm Katılımcılar (n=60)
	Ort+ss (min-max) Med (IQR)	Ort+ss (min-max) Med (IQR)	Ort+ss (min-max) Med (IQR)
	25,6 ± 16,8 (4-65) 22 (27,7)	25,1 ± 14,1 (0-66) 25 (18)	25,3 ± 15,4 (0-66) 23,5 (21)
	t = - 0,124 p=0,901		

* Bağımsız grup t testi uygulanmıştır. p<0.05 anlamlıdır. . Ort: ortalama, ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median, IQR: Interquartile Range.

Bakım verme yükü derecelendirmesi göz önüne alınarak yapılan sınıflandırma sonucunda katılımcıların %41,7'sinin (n=25) bakım yükü bildirmediği, %43,3'ünün (n=26) hafif derecede, %11,7'sinin (n=7) orta derecede, %3,3'ünün (n=2) ise ağır

derecede bakım yükü bildirdiği gösterilmiştir. Tedavi alan ve almayan grupta yer alan katılımcı bakım verenler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 35).

Tablo 35: Bakım Verme Yükü Derecelendirmesi

Bakım Verme Yükü Derecelendirmesi*	Tedavi Almayan Grup	Tedavi Alan Grup	Tüm Katılımcılar
	n (%)	n (%)	n (%)
Bakım yükü yok (0-20 Puan)	13 (%43,3)	12 (%40,0)	25 (%41,7)
Hafif Derece Bakım yükü (21-40 Puan)	10 (%33,3)	16 (%53,3)	26 (%43,3)
Orta Derece Bakım Yükü (41- 60 Puan)	6 (%20,0)	1 (%3,3)	7 (%11,7)
Ağır Derece Bakım Yükü (>60 Puan)	1 (%3,3)	1 (%3,3)	2 (%3,3)
$p= 1,000$			

*Fisher's exact test uygulanmıştır. $p<0.05$ anlamlıdır. İstatistiksel analiz için "Hafif Derece Bakım yükü", "Orta Derece Bakım Yükü" ve "Ağır Derece Bakım Yükü" grupları birleştirilmiştir.

4.5 BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİNİN SOSYODEMOGRAFİK VERİLER, DEHB ÖZELLİKLERİ VE DİĞER ÖLÇEKLERLE İLİŞKİSİ

4.5.1 Sosyodemografik Veriler İle Bakım Verme Yükü İlişisinin Değerlendirilmesi

Kız olgular ile erkek olguların bakım verenlerinin bakım verme yükü puanları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 36).

Tablo 36: Cinsiyete Göre Bakım Verme Yükü

Bakım Verme Yükü Ölçeği Puanları*	Olgunun Cinsiyeti	
	Kız (n=14)	Erkek (n=46)
	Ort+ss (min-max) Med (IQR)	Ort+ss (min-max) Med (IQR)
	27,0 ± 16,8 (7-59) 25 (23,7)	24,8 ± 15,1 (0-66) 22,5 (30,5)
$t = 0,464$ $p=0,644$		

* Bağımsız grup t testi uygulanmıştır. $p<0.05$ anlamlıdır. . Ort: ortalama, ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median, IQR: Interquartile Range.

Olgunun yaşı ile bakım verme yükü puanı arasında anlamlı ilişki yoktur ($r = -0,153$, $p = 0,244$).

Aile yapısı, ortalama aylık gelir ve ikamet yerine göre bakım verme puanları değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir. ($p>0,05$) (Tablo 37)

Tablo 37: Aile Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü

Bakım Verme Yükü Ölçeği Puanları	Aile Yapısı*		
	Çekirdek aile (n=47)	Geniş aile (n=8)	Parçalanmış aile (n=5)
Ort+ss (min-max) Med (IQR)	25,0 ± 14,6 (0-66) 24 (20)	24,1 ± 19,3 (5-65) 21,5 (24)	30,4 ± 19,1 (13-58) 28 (36)
	p=0,726		
	Ailenin Ortalama Aylık Geliri*		
	2825 TL ve altı (n=13)	2825-5650 TL (n=23)	>5650 TL (n=24)
Ort+ss (min-max) Med (IQR)	25,4 ± 11,1 (8-41) 27 (22)	21,0 ± 12,5 (4-44) 21 (23)	29,5 ± 18,9 (0-66) 23 (26)
	p = 0,363		
	Ailenin İkamet Yeri**		
	Köy/İlçe (n=16)	Şehir Merkezi (n=44)	
Ort+ss (min-max) Med (IQR)	22,1 ± 14,6 (5-65) 19,5 (14,7)	26,5 ± 15,6 (0-66) 26,5 (22)	
	z = -1,246 p = 0,213		

* Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. **Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0.05$ anlamlıdır. . Ort: ortalama, ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median, IQR: Interquartile Range.

Bakım veren annenin yaşı ile bakım verme yükü puanı arasında anlamlı ilişki yoktur ($r = -0,199$, $p = 0,127$).

Bakım veren annenin eğitim düzeyi ve çalışma durumuna göre bakım verme puanları değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 38).

Tablo 38: Annenin Eğitim Düzeyi ve Çalışma Durumuna Göre Bakım Verme Yükü

Bakım Verme Yükü Ölçeği Puanları*	Annenin Eğitim Düzeyi	
	İlköğretim Mezunu (n=26)	Lise ve Yükseköğretim Mezunu (n=34)
Ort+ss (min-max) Med (IQR)	21,2 ± 11,9 (0-42) 21,5 (18)	28,5 ± 17,1 (4-66) 26,5 (25,5)
z = -1,425 p = 0,154		
Annenin Çalışma Durumu		
	Çalışan (n=20)	Çalışmayan (n=40)
Ort+ss (min-max) Med (IQR)	23,6 ± 16,0 (4-59) 20,5 (20,7)	26,2 ± 15,2 (n=0-66) 26,5 (11,50)
z = -0,941 p = 0,347		

* Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0.05 anlamlıdır. . Ort: ortalama, ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median, IQR: Interquartile Range.

Evde yaşayan kişi sayısı ile bakım verme yükü puanı arasında anlamlı ilişki yoktur (r = - 0,57 p = 0,665).

Bakım veren anneler şu an veya geçmişte ruhsal bozukluk öyküsü ve kronik tıbbi hastalık varlığı açısından değerlendirildiğinde bakım verme yükü açısından gruplar arasında farklılık saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 39)

Tablo 39: Bakım Veren Annede Hastalık Durumuna Göre Bakım Verme Yükü

Bakım Verme Yükü Ölçeği Puanları*	Bakım veren annede şu an/geçmişte ruhsal bozukluk	
	Var (n=25)	Yok (n=35)
Ort+ss (min-max) Med (IQR)	27,4 ± 15,5 (4-59) 26 (23)	23,8 ± 15,4 (0-66) 22 (20)
z = -,923 p = 0,356		
Bakım veren annede kronik tıbbi hastalık		
	Var (n=11)	Yok (n=49)
Ort+ss (min-max) Med (IQR)	27,0 ± 18,5 (0-66) 27 (26)	25 ± 14,8 (4-65) (21)
z = -0,363 p = 0,717		

* Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0.05 anlamlıdır. . Ort: ortalama, ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median, IQR: Interquartile Range.

Ailede ruhsal veya kronik tıbbi hastalığı olan başka bir bireyin varlığı ve DEHB tanısı olan başka bir çocuğun varlığına göre annelerin bakım verme yükü farklılık göstermemiştir ($p>0,05$) (Tablo 40).

Tablo 40: Diğer Aile Üyelerinde Hastalık Durumlarına Göre Bakım Verme Yükü

Bakım Verme Yükü Ölçeği Puanları*	Diğer Aile Üyelerinde Ruhsal Bozukluk	
	Var (n=8)	Yok (n=52)
Ort+ss (min-max)	25,3 ± 13,4 (7-41)	25,3 ± 15,8 (0-66)
Med (IQR)	28 (26,7)	23 (20,7)
$z = -0,283 \quad p = 0,777$		
Bakım Verme Yükü Ölçeği Puanları*	Diğer Aile Üyelerinde Kronik Tıbbi Hastalık	
	Var (n=9)	Yok (n=51)
Ort+ss (min-max)	25,2 ± 11,5 (6-40)	25,4 ± 16,1 (0-66)
Med (IQR)	26 (19,5)	23 (21)
$z = -0,342 \quad p = 0,733$		
Bakım Verme Yükü Ölçeği Puanları*	DEHB Tanısı Almış Başka Çocuğun Varlığı	
	Var (n=5)	Yok (n=55)
Ort+ss (min-max)	24,4 ± 13,8 (7-41)	25,4 ± 15,6 (0-66)
Med (IQR)	27 (26,5)	(21)
$z = -0,080 \quad p = 0,936$		

* Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. . Ort: ortalama, ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median, IQR: Interquartile Range.

4.5.1.2. DEHB'ye İlişkin Veriler İle Bakım Verme Yükü İlişkisinin Değerlendirilmesi

Çocuğun DEHB tanısını aldığı yaş ile annenin bakım verme puanı arasında ters yönlü zayıf ilişki saptanmıştır ($r = -0,301 \quad p = 0,019$). DEHB görünümüne göre ise annelerin bakım verme yükü puanları farklılık göstermemiştir. ($p>0,05$) (Tablo 41)

Tablo 41: DEHB Görünümlerine Göre Bakım Verme Yükü

Bakım Verme Yükü Ölçeği Puanları*	DEHB Görünümü	
	Bileşik Görünüm (n=41)	Diğer Görünümler (n=19)
Ort+ss (min-max)	27,0 ± 17 (0-66)	21,8 ± 10,8 (4-40)
Med (IQR)	23 (25,5)	24 (19)
$z = -0,851 \quad p = 0,395$		

* Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. . Ort: ortalama, ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median, IQR: Interquartile Range.

Çocukta komorbid tanı olup olmaması ve saptanan eş tanıya göre bakım verme puanı farklılık göstermezken ($p>0,005$) (Tablo 42), komorbid tanı sayısı ile bakım verme puanı arasında aynı yönde zayıf ilişki vardır ($r = 0,267$ $p = 0,039$).

Tablo 42: Komorbid Tanı Varlığına ve Tanı Türüne Göre Bakım Verme Yükü

Bakım Verme Yükü Ölçeği Puanları*	Komorbid Tanı	
	Var (n=41)	Yok (n=19)
Ort+ss (min-max) Med (IQR)	27,7 ± 14,6 (5-66) 26 (15)	20,3 ± 16,1 (0-53) 13 (27)
$z = -1,796$ $p = 0,072$		
Bakım Verme Yükü Ölçeği Puanları*	Komorbid Anksiyete Bozukluğu	
	Var (n=26)	Yok (n=34)
Ort+ss (min-max) Med (IQR)	27,2 ± 12,5 (12-65) 24,5 (13,2)	23,9 ± 17,3 (0-66) 23 (27,7)
$z = -0,992$ $p = 0,321$		
Bakım Verme Yükü Ölçeği Puanları*	Komorbid KOKGB/DB Tanısı**	
	Var (n=20)	Yok (n=40)
Ort+ss (min-max) Med (IQR)	31,3 ± 18,1 (6-66) 25 (19,7)	22,4 ± 13,1 (0-53) 21,5 (21,2)
$z = -1,639$ $p = 0,101$		
Bakım Verme Yükü Ölçeği Puanları*	Komorbid ÖÖB Tanısı	
	Var (n=13)	Yok (n=47)
Ort+ss (min-max) Med (IQR)	24,5 ± 16,0 (5-65) 19 (28,5)	25,6 ± 15,4 (0-66) 24 (22)
$z = -0,422$ $p = 0,673$		

* Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. . Ort: ortalama, ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median, IQR: Interquartile Range.
**KOKGB:karşı olma karşı gelme bozukluğu DB: davranım bozukluğu

Tedavi alan grupta ek ilaç kullanımı olup olmamasına göre annelerin bakım verme yükü puanları anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$) (Tablo 43)

Tablo 43: Ek İlaç Kullanımına Göre Bakım Verme Yükü

Bakım Verme Yükü Ölçeği Puanları*	Ek İlaç Kullanımı	
	Var (n=5)	Yok (n=25)
Ort+ss (min-max) Med (IQR)	19,4 ± 12,7 (0-33) 20 (22,5)	26,2 ± 14,3 (5-66) 26 (17,5)
$z = -0,919$ $p = 0,358$		

* Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. . Ort: ortalama, ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median, IQR: Interquartile Range.

4.5.1.3. Bakıma İlişkin Veriler İle Bakım Verme Yükü İlişkisinin Değerlendirilmesi

Çocuğun bakımında anneye yardımcı olan birinin olup olmamasına göre bakım verme yükü puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$) (Tablo 44)

Tablo 44: Bakım Veren Anneye Yardımcı Varlığına Göre Bakım Verme Yükü

Bakım Verme Yükü Ölçeği Puanları*	Bakım Veren Anneye Yardımcı Varlığı	
	Var (n=15)	Yok (n=45)
Ort+ss (min-max)	28,6 ± 21,9 (0-65)	24,3 ± 12,6 (4-66)
Med (IQR)	26 (37)	22 (19,5)
	z = -0,401 p = 0,688	

* Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0.05$ anlamlıdır. . Ort: ortalama, ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median, IQR: Interquartile Range.

Çocukla birlikte geçirilen günlük süre ve çocuğun bakımı için annenin çocukla birebir birlikte geçirdiği süre ile bakım verme yükü puanları arasında anlamlı ilişki yoktur (sırasıyla $r = 0,062$ $0,637$; $r = -0,120$ $0,361$).

DEHB nedeniyle ek harcama yapan anneler ile yapmayan annelerin bakım verme yükü puanları arasında anlamlı farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 45). Yapılan ek harcama miktarıyla bakım verme yükü puanları arasında da anlamlı ilişki yoktur ($r = 0,111$ $p = 0,400$).

Tablo 45: Ek Harcama Varlığına Göre Bakım Verme Yükü

Bakım Verme Yükü Ölçeği Puanları*	DEHB Nedeniyle Ek Harcama	
	Var (n=34)	Yok (n=26)
Ort+ss (min-max)	27,2 ± 16,2 (0-66)	22,9 ± 14,1 (4-65)
Med (IQR)	25 (21,2)	21,5 (17,7)
	z = -,992 p = 0,321	

* Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0.05$ anlamlıdır. . Ort: ortalama, ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median, IQR: Interquartile Range.

Çocuklarının ödevlerini kontrol sıklığı açısından bakım verme yükü puanları karşılaştırıldığında, her zaman ödev kontrolü yapan anneler ile daha az sıklıkta kontrol eden anneler arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. ($p>0,05$) Çocuğun özel eğitim veya özel ders desteği alıp almamasına göre de bakım verme yükü puanları farklılık göstermemiştir ($p>0,05$) (Tablo 46).

Tablo 46: Ödev Kontrol Sıklığı Ve Eğitsel Destek Varlığına Göre Bakım Verme Yükü

Bakım Verme Yükü Ölçeği Puanları*	Ödev Kontrolü	
	Her zaman (n=35)	Daha az (n=25)
Ort+ss (min-max)	24,9 ± 17,1 (0-66)	25,9 ± 13,0 (4-58)
Med (IQR)	21 (23)	26 (18)
	$z = -0,668$ $p = 0,504$	
	Özel Eğitim	
	Var (n=6)	Yok (n=54)
Ort+ss (min-max)	22,5 ± 7,4 (13-33)	25,7 ± 16,0 (0-66)
Med (IQR)	22,5 (14)	23,5 (22,2)
	$z = -0,222$ $p = 0,838$	
	Özel Ders	
	Var (n=6)	Yok (n=54)
Ort+ss (min-max)	30,1 ± 17,3 (9-53)	24,8 ± 15,2 (0-66)
Med (IQR)	31 (31,2)	23,5 (20,2)
	$z = -0,801$ $p = 0,433$	

* Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0.05$ anlamlıdır. . Ort: ortalama, ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median, IQR: Interquartile Range.

4.5.1.4. Diğer Ölçekler İle Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Korelasyonlarının Değerlendirilmesi

4.5.1.4.1 Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği-Ebeveyn Formu ile Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Korelasyonlarının Değerlendirilmesi

“Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği-Ebeveyn Formu” ile “Bakım Verme Yükü Ölçeği” puanları birlikte değerlendirildiğinde, tüm alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Weiss “Okul/Öğrenme”, “Okul/Davranış”, “Yaşam Becerileri” ve “Sosyal Etkinlikler” alt boyutu puanları ile bakım verme yükü

ölçeği puanı arasında aynı yönde zayıf ilişki vardır. “Aile”, “Benlik Algısı” ve “Riskli Eylemler” alt boyut puanları ve “Toplam Weiss puanı” ile bakım verme yükü ölçeği puanı arasında ise aynı yönde orta derecede ilişki saptanmıştır. (Tablo 47).

Tablo 47: Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği-Ebeveyn Formu ile Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Korelasyonu

Korelasyonlar*		Bakım Verme Yükü Puanı
Toplam Weiss Puanı	r	0,643
	p	< 0,001
Aile Alt Boyutu	r	0,609
	p	< 0,001
Okul/Öğrenme Alt Boyutu	r	0,474
	p	< 0,001
Okul/Davranış Alt Boyutu	r	0,327
	p	0,011
Yaşam Becerileri Alt Boyutu	r	0,413
	p	0,001
Benlik Algısı Alt Boyutu	r	0,527
	p	< 0,001
Sosyal Etkinlikler Alt Boyutu	r	0,490
	p	< 0,001
Riskli Eylemler Alt Boyutu	r	0,530
	p	< 0,001

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p < 0.05$ anlamlıdır.

4.5.1.4.2 Connors Anne-Baba Derecelendirme Ölçeği- Yenilenmiş Uzun Formu (CADÖ-Y/U) ile Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Korelasyonlarının Değerlendirilmesi

“Connors Anne-Baba Derecelendirme Ölçeği- Yenilenmiş Uzun (CADÖ-Y/U) Formu” ile “Bakım Verme Yükü Ölçeği” puanları birlikte değerlendirildiğinde, tüm alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. CADÖ “Karşı Gelme”, “Hiperaktivite”, “Mükemmeliyetçilik” “Sosyal Problemler” ve “Psikosomatik” alt ölçeği puanları ile bakım verme yükü ölçeği puanı arasında aynı yönde zayıf ilişki vardır. “Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik” ve “Kaygı -Utangaçlık” alt ölçeği puanları ile bakım verme yükü ölçeği puanı arasında ise aynı yönde orta derecede ilişki saptanmıştır (Tablo 48).

Tablo 48: Conners Anne-Baba Derecelendirme Ölçeği- Yenilenmiş Uzun Formu (CADÖ-Y/U) İle Bakım Verme Yüğü Ölçeğinin Korelasyonu

Korelasyonlar*		Bakım Verme Yüğü Puanı
Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik Alt Ölçeği	r	0,510
	p	<0,001
Karşı Gelme Alt Ölçeği	r	0,425
	p	0,001
Hiperaktivite Alt Ölçeği	r	0,388
	p	0,002
Kaygı -Utangaçlık Alt Ölçeği	r	0,530
	p	<0,001
Mükemmeliyetçilik Alt Ölçeği	r	0,311
	p	0,015
Sosyal Problemler Alt Ölçeği	r	0,442
	p	<0,001
Psikosomatik Alt Ölçeği	r	0,402
	p	0,001

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p < 0.05$ anlamlıdır.

5. TARTIŞMA

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), kişinin gelişim düzeyine uygun olmayan dikkat dağınıklığı, dikkat süresi kısalığı, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtileri ile karakterize edilir. Toplum, okul veya iş ile ilgili alanlarda belirgin bozulmalara neden olan bu nörogelişimsel bozukluğun çocuk ve ergenlerde en sık görülen psikiyatrik bozukluk olduğu gösterilmiştir (3, 4). Ülkemizden güncel ve kapsamlı bir çalışma, işlevsellikte bozulmaların eşlik ettiği DEHB'nin prevalansının kızlarda %8,6, erkeklerde ise %15,9 olduğunu ortaya koymuştur (24).

DEHB'li olgular gelişim süreci boyunca değerlendirildiğinde yaşadıkları sorunlar yaş dönemlerine göre değişkenlik göstermektedir. Okul öncesi yaş döneminde gözlenen davranış bozukluklarına okul yaş döneminde; akademik başarısızlıklar, sosyal ilişkilerde güçlükler ve akran sorunları eklenmektedir. Ergenlik döneminde ise düşük benlik saygısı, antisosyal davranışlar ve sigara/alkol/madde kullanımları görülebilmektedir (73). DEHB'nin çocuklar ve aileleri üzerindeki olumsuz etkileri de okul öncesi yıllardan ilkokul ve ergenliğe kadar değişmekte ve bozukluğun farklı yönleri farklı aşamalarda daha belirgin hale gelmektedir. Başka bir deyişle, dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu, bir çocuğun yaşamının tüm yönlerini etkileyebilmekte; hatta sadece çocuğu değil, aynı zamanda ebeveynleri ve kardeşleri de etkileyerek aile ve evlilik işleyişinde bozulmalara neden olabilmektedir (69).

DEHB'li olguların ailelerinde; ebeveyn-çocuk ilişkisinde çatışmaların ve zıtlıkların daha belirgin olduğu, aileler tarafından daha çok ebeveynlik stresinin ve yetersizlik hissini yaşadığı, daha sık kişisel sıkıntılar ve depresyon belirtileri ile baş edildiği, ekonomik açıdan çeşitli zorluklar yaşandığı ve boşanmaların daha yaygın gözlendiği bilinmektedir (132, 145, 136)

DEHB tanı ve tedavisinde ilerlemeler kaydedildikçe DEHB'li çocukların davranışlarının kontrol edilebileceği beklentisi yerleşmiş ve ailelerin rolünün önemi artmıştır. Ailelerden yalnızca ortaya çıkan sıkıntılı durumlarla baş etmeleri değil, bozukluğa yönelik tedaviyi takip etmeleri ve davranışsal müdahaleleri yapması beklenmiştir (146).

Bakım görevi nedeniyle bakım verende oluşan emosyonel, sosyal, ekonomik, fiziksel ve ruhsal işlev sorunlarının bakım veren tarafından algılanma düzeyi “bakım verme yükü” olarak tanımlanmaktadır. Tıbbi hastalıklara sahip olan bireylere oranla psikiyatrik bozukluklara sahip bireylerin bakım verenleri daha yüksek bakım verme yükü bildirmektedir (1, 2).

Alanyazın DEHB’li çocukların ebeveynlerinde bakım verme yükü açısından tarandığında son 10 yılda bu konu ile ilgili çalışmaların arttığı görülmektedir. Nijerya'dan bir çalışma ile DEHB'li çocuk ve ergenlerin bakım verenleri Zarit Bakım Verme Yükü ölçeği ile değerlendirilmiş ve bakım verenlerin %25’inde ağır düzeyde bakım yükü bildirilmiştir (147). Umman'dan bir çalışma ise ebeveynlerin cinsiyeti, aile geliri, kardeş sayısı ve DEHB şiddeti/alt tiplerinin yük düzeyleri ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu vurgulamıştır (148). Son olarak, on Avrupa ülkesinde DEHB tanısı almış çocuk ve ergenlerin bakım verenleri arasında yürütülen geniş çaplı bir araştırma kaçırılan/değiştirilen iş koşulları, sosyal aktivitelerden geri kalma, artmış ebeveyn endişesi/stresi ve aile hayatında zorluklar ile bakım verme yükünü ilişkili bulmuştur (5).

Alanyazında dünyanın farklı yerlerinden DEHB’li çocukların ebeveynlerinde bakım verme yüküne ilişkin kısmi veriler mevcut olmakla birlikte, ülkemizde bu konuya yönelik yürütülmüş çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızın amaçları;

- 1.DEHB tanılı çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinde bakım yükünü değerlendirmek
- 2.DEHB tanılı çocuk ve ergenlerin tedavisinin ebeveynlerinin bakım yüküne etkisini incelemek
3. Tedavi dışında diğer faktörlerin bakım yüküne etkisini ortaya koymaktır.

5.1.KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

DEHB gibi nörogelişimsel bozuklukların erkeklerde daha sık görüldüğü bilinmektedir (149). Bizim araştırmamıza katılan DEHB’li çocuklar, çalışma öncesinde belirlendiği gibi iki gruba yaş ve cinsiyet açısından eşlenerek dahil edilmiştir. Grupların %23,3’ünü (n=7) kız çocuk ve ergenler, %76,7’sini (n=23)

erkek çocuk ve ergenler oluşturmaktadır ve erkek/kız oranı yaklaşık 3,2/1'dir. Polanczyk ve arkadaşlarının yaptığı meta-analiz çalışması ile DEHB'de erkek/kız oranının 2,4/1 olduğu bildirilmiş, ülkemizde yapılan iki basamaklı yarı yapılandırılmış tanı görüşmesi ve farklı kaynaklardan alınan bilgileri göz önüne alan çalışmayla ise erkek/kız oranı 3,23/1 olarak bulunmuştur (21,25). Çalışmamızda erkek/kız oranının daha önceden yapılan çalışmalarda belirtilen oranlarla uyumlu olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan tüm DEHB'li çocuk ve ergenler 6-13 yaş aralığında olup tedavi alan grubun yaş ortalaması $9,40 \pm 1,77$ iken tedavi almayan grubun yaş ortalaması $9,00 \pm 2,03$ 'tür. Çalışmamızda kullanılan ölçeklerden "Conners Anne-Baba Derecelendirme Ölçeği- Yenilenmiş Uzun Formu (CADÖ-Y/U)" formunun 3-17 yaş aralığında, "Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği-Ebeveyn Formu" nun ise ilköğretim yaş grubunda geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarının olması nedeniyle çalışmaya dahil edilen olgular iköğretim yaş grubu olan 6-14 yaş aralığından seçilmiştir. Çalışmaya dahil edilen olguların 1. sınıftan 8. sınıfa değişen dağılım gösterdiği saptanmış olup iki gruba olguların eşlenerek dahil edilmesi nedeniyle aralarında anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Genel olarak çalışmamıza katılan çocuk veya ergenlerin %56,7'sinin ilk çocuk, %33,3'ünün son çocuk olduğu görülmektedir. Tedavi alan ve almayan gruplar arasında bu açıdan istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. 16,000 katılımcının dahil edildiği 2013 yılında yapılan bir çalışmada doğum sırasının DEHB tanısı üzerine etkili olduğu ve ortanca çocuk olmanın DEHB gelişimine koruyucu faktör olduğu bildirilmiştir (150). Ülkemizden bir çalışma ise, DEHB tanılı çocukların kardeşleri arasında ilk veya önce doğmuş çocuk olma oranının yüksek olduğunu ortaya koymuştur (151). Bu açıdan çalışmamıza dahil olan katılımcıların doğum sırasının yapılan çalışmalar ile uyumlu olduğu düşünülmüştür. Ayrıca, olguların doğum sıralaması açısından fark göstermemesi, normal büyüme süreçlerine göre yardım ihtiyacı olan diğer kardeşlerin bakımının ve annenin olgu öncesi edindiği ebeveynlik tecrübelerinin bakım yüküne etkisini sınırlama anlamında araştırmamıza faydalı olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda katılımcı bakım verenlerin tümünü anneler oluşturmaktadır.

Alanyazına bakıldığında informal bakım verenlerin çoğunu kadınların oluşturduğu, dahası bakım veren yükü çalışmalarının kadınlara yönelik olduğu görülmektedir (152). Primer bakım verenleri ile DEHB'li çocukları ele alan çalışmalarda %90-100 arasında değişen oranlarla anneler, primer bakım veren olarak bildirilmiştir (153, 154). Ayrıca; alanyazında kadınların erkeklerden daha çok bakım yükü bildirdiğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır, bu açıdan iki grup arasında bakım veren cinsiyet dağılımında fark olmaması yapılan karşılaştırmaların bu durumdan etkilenmesini önlemiştir (99).

Çalışmamızda, tedavi almayan grupta çalışan annelerin oranı, tedavi alan gruba göre daha fazladır. Bu durum, çalışmayan ve çocuğuyla daha uzun süre birlikte vakit geçiren annelerin DEHB belirtilerini daha erken fark edip yardım arayışına girmeleriyle ilişkili olabileceği gibi, çalışmayan annelerin sağlık sistemine ulaşmalarının daha kolay olmasıyla da açıklanabilir. Tedavi alıp almamasına göre iki gruba ayrılan katılımcılar arasında vücut ağırlığı, aile yapısı, annenin ve babanın yaşı, öğrenim durumları, babanın çalışma durumu, ailenin toplam çocuk sayısı, evde yaşayan kişi sayısı, ailenin ekonomik durumu ve yaşam yeri, bakım verende ve aile üyelerinde var olan fiziki ve ruhsal bozukluklar açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Alanyazında bakım verenin aile yapısının; bakım verenin yaşının, eğitiminin ve ruhsal tanısının; ailenin ekonomik durumunun ve kardeş sayısının bakım verme yüküne etki ettiğini gösteren çalışmalar mevcuttur. (98, 148,155, 156) Bu nedenle bakım yüküne etki edebileceği düşünülen bu değişkenler açısından gruplar arasında anlamlı farklılık olmaması, çalışmamızda bu değişkenlerin karıştırıcı etkisinin olmadığını göstermektedir.

Tüm bakım verenlerin yaklaşık %8'inin DEHB tanısı alan diğer bir çocuğu olduğu, iki grup arasında DEHB tanısı alan başka kardeş varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür. DEHB'li olguların kardeşlerinde riskin 9 kat artmış olduğunu gösteren çalışmalar olduğu bilinmektedir (31). Evde bakım gerektiren DEHB tanılı başka bir kardeş olma durumunda annenin bakım yükünün etkileneceği düşünülmüştür. Gruplar arasında anlamlı farklılığa rastlanmamış olması iki grubun bakım verme yükünü karşılaştırmayı olanaklı kılmıştır.

5.2. DEHB İLE İLGİLİ VERİLER

Tedavi alan gruptaki çocukların ortalama $6,7 \pm 1,6$ yaşlarında, tedavi almayan çocukların ise $7,7 \pm 1,7$ yaşlarında DEHB tanısı aldığı bulgulanmıştır. Tedavi alan grup ile tedavi almayan grup arasında DEHB tanısı alma yaşı arasında anlamlı fark olduğu ve tedavi alan grupta yer alan çocukların tedavi almayan grupta yer alan çocuklara göre daha küçük yaşta tanı aldığı belirlenmiştir. Araştırmamızda gruplar oluşturulurken yaş bakımından birebir eşleştirme yapılmıştır. Tedavi almakta olan grubun tedavi öncesi değerlendirme süreci ve en az 6 aydır düzenli izleminin sürüyor olması göz önüne alındığında tanı yaşının bu grupta daha erken olması beklenen bir bulgudur.

Araştırmaya katılan tüm çocuk ve ergenler ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T ile tanılanarak DEHB alt görünümlerine göre ayrılmışlardır, böylece tüm katılımcıların %68,3'ünün (n=41) bileşik görünümde, %30'unun (n=18) dikkatsizliğin baskın olduğu görünümde, %1,7'sinin (n=1) ise aşırı hareketliliğin baskın olduğu görünümde olduğu saptanmıştır. Tedavi alan grup ile tedavi almayan grup arasında DEHB alt görünümleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür. DEHB alt görünümlerinin ayrı semptomları olması nedeniyle ebeveynlerin zorlandıkları alanların farklı olabileceği bu nedenle bakım verme yükünün DEHB alt görünümlerden etkilenebileceği düşünülmüştür. Nitekim alanyazında da kombine görünümün diğer görünümlere kıyasla daha fazla ebeveynlik stresine neden olduğu gösterilmiş, geniş çaplı başka bir araştırma ile ise kombine görünümün bakım yükü açısından daha riskli olduğu belirtilmiştir (5, 158). Çalışmamızda bu açıdan bir dağılım farklılığı olmamasından dolayı tedavi alan ve almayan grup arasında karşılaştırma bu değişkenden etkilenmeden yapılmıştır.

Tüm DEHB tanılı katılımcıların %68,3'üne komorbid tanıların eşlik ettiği, %43,3'ünün anksiyete bozukluğu, %33,3'ünün KOKGB/DB, %13,3'ünün ÖÖB komorbid tanısı aldığı, ancak tedavi alan ve almayan grup arasında bu tanıların eşlik etme sıklığı açısından anlamlı fark olmadığı gözlenmiştir. DEHB'ye komorbid tanıların sıklıkla eşlik ettiği bilinmektedir. Komorbid tanıların olgunun klinik görünümüne etki etmesi nedeniyle bakım veren ebeveynler, baş etmeleri gereken farklı alanlarda ve boyutlarda sorunlarla karşı karşıya gelebilirler ve bu durum bakım

vermeyi zorlaştırabilir. Bu yönüyle ele alındığında komorbid tanıların varlığı ve niteliğinin bakım yüküne etki edebileceği düşünülebilir. Bu görüş ile paralel olarak, alanyazında komorbid sorunlarının ebeveynlik stresini arttırdığına dair kanıtlar mevcuttur, yapılan bir başka araştırma ile de KOKGB/DB komorbiditesinin bakım yükü riskini arttırdığı ortaya konulmuştur (5,134,159). Araştırmamıza katılan tedavi alan ve almayan çocuklar arasında komorbid tanı varlığı ya da ayrı ayrı anksiyete bozukluğu, KOGB/DB ya da ÖÖB tanılarının varlığı açısından anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Öncelikli olarak tedavinin bakım yüküne etkisini inceleyen araştırmamızda bakım yükünün belirtilen komorbid tanı durumunun etkisi altında olmaması istenilen durumdur.

DEHB tedavisi alan grupta yer alan çocukların tedaviye başlama yaşının ortalama $7,03 \pm 1,40$ olduğu, %90'ının metilfenidat tedavisi kullandığı ve kilogram başına düşen doz miktarların ise ortalama $0,82 \pm 0,20$ (0,42- 1,29) mg/kg olduğu görülmüştür. Tedavi alan grubun tanı alma yaşının ortalama $6,70 \pm 1,66$ olduğu göz önüne alındığında tedavi alan grupta yer alan çocukların erken yaşta tanı alıp tedaviye başladıkları sonucuna varılmıştır. European Clinical Guideline'da ilk basamak tedavi olarak metilfenidat gösterilmiş, dozun titrasyon ile olguda yeterli yanıt ya da yan etki görülene kadar ya da 0,7 mg/kg'a ulaşana kadar artırılabilirliği belirtilmiştir (159). Genel olarak ilacı etkin dozlarda kullandıkları gözlenmiş, bu durumun tedavi alan ve almayan grupları karşılaştırmaya olanak sağladığı düşünülmüştür.

5.3. ÇOCUĞA VERİLEN BAKIM İLE İLGİLİ VERİLER

Bakım verenlerin %15'inin bakım konusunda yardım aldığı görülmüş, tedavi alan grup ile tedavi almayan grup arasında bu açıdan istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Bakım konusunda yardım almanın bakım verme yükü açısından koruyucu faktör olabileceği düşünülmüştür. Alanyazında genelde, bakımda görev alan kişi sayısını bakım yükünü azaltan faktörler arasında gösteren çalışmalar olduğu gibi, sekonder bakım verenlerin primer bakım veren tarafından destek olarak görülmekten ziyade stres olarak algılanabildiklerini ortaya koyan çalışmalar da mevcuttur (161,162). Ayrıca bakım veren olmanın seçime dayalı olmamasının da bakım verme yükünü arttırdığına dair kanıtlar vardır (162). Bizim çalışmamızda

dağılımda bu açıdan anlamlı bir farklılık olması bakım veren yükünü tedavi açısından daha doğru bir şekilde değerlendirmemizi sağlamıştır.

Ebeveynin çocuk veya ergenle geçirdiği günlük süre bakımından tedavi alan grup ile tedavi almayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve tedavi alan grupta bakım verenlerin çocuklarıyla daha uzun süre zaman geçirdiği ortaya konulmuştur. Çocukları ile daha uzun zaman geçiren ebeveynler, olguların semptomlarını daha kolay gözlemleyebilir ya da sorunlar ile daha sık karşı karşıya gelebilir, bu nedenle tedavi arayışı ya da tedavi takibi bu grup için daha öncelikli olmuş olabilir. Tedavi alan gruptaki annelerde çalışma oranının düşük olması da çocuklarıyla daha uzun süre birlikte olmalarını açıklayabilir. Literatürde uzun bakım verme süresi ile bakım yükünü ilişkilendiren çalışmalar mevcuttur (98,164). Şizofreni olgularının bakım yükünü etkileyen faktörleri derleyen çalışma bakım yükünün günlük bakım verme süresi ile ilişkili olduğunu bildirmiştir (164).

Tedavi alan grup ile tedavi almayan grup arasında ödevleri kontrol etme sıklığı açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Çalışmanın pandemi döneminde yapılmış olması, pandemi döneminde birçok öğrencinin okuldan ve derslerden uzaklaşması ve okulların eğitimi internet tabanlı olarak sürdürmesi, ailelerin bu dönemde akademik beklentilerinin düşmesi, ebeveynlerin ödev kontrol etme sıklığı arasında fark saptanmamasına neden olmuş olabilir.

Hastalıklar doğrudan ve dolaylı harcamalara neden olmaktadır, muayene ve tedavinin finansal olarak karşılanması doğrudan harcamalar arasında yer alırken, bakım verme nedeniyle kaybedilen üretkenlik, işlevsellikte azalma ve bakım verme ile geçen süreler dolaylı harcamaların arasında gösterilmektedir (165). Akademik başarıya ulaşmak için sağlanan eğitim programları, özel dersler ve ek yardımcı kitaplara yönelik giderler ya da yaşanan kazalar, artan sigorta ödemeleri ya da cezalar nedeniyle yapılan harcamalar DEHB'li olgularda görülen ek harcamalar arasında sayılmaktadır (166). Çalışmamızda bakım verenlerin ebeveynlerin %56,7'si DEHB nedeniyle ek harcama yaptıklarını belirtmiş ancak tedavi alan grup ile tedavi almayan grup arasında ek harcama durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Dolaylı harcamalar arasında da iş kaybı ya da iş değişikliği nedeniyle gelir kaybı, kaçırılan iş fırsatları bulunmaktadır (166). Çalışmamıza dahil

edilen bakım verenlerin çalışma düzeninde son bir ayda sorun yaşadığı gün sayısı ve iş saatlerinde değişiklik yaptığı gün sayısı açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Ayrıca; bakım verenlerin hiçbirinin çocuk ve ergenin sahip olduğu DEHB tanısı nedeniyle iş değişikliği yapmadığı görülmüştür. DEHB’li çocukların ailelerinde bakım yükünü araştıran Avrupa’nın çeşitli ülkelerinden alınan veriler ile oluşturulan bir çalışmada iş alanında bakım yükü iş değişikliği ve kaçırılan çalışma saati üzerinden değerlendirilmiştir, düzenli tedavi alan grupta iş alanında bakım yükü oranının daha az olduğu bildirilmiştir (5). Çalışmamız bu sonuçlarla çelişiyor olarak görünmektedir, bu durumun; bahsedilen araştırmada çalışan ebeveyn oranının yaklaşık %73 olmasına karşın bizim çalışmamızda bu oranın %31 olmasından ya da örneklemimizin daha küçük olmasından dolayı DEHB’nin iş alanında yarattığı etkilerin gösterilmesinde yetersiz kalmasından da kaynaklandığı düşünülebilir.

Tüm olguların %10’nun özel eğitim aldığı, %10’nun özel ders aldığı, %11,7’sinin ek vitamin desteği aldığı görülmüştür. Diğer ilaç dışı müdahalelerden farklı olarak özel eğitim alma açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, tüm özel eğitim alanların tedavi alan grupta olduğu saptanmıştır. DEHB nedeniyle başvuran olgularda akademik alanlarda sorunlarla sıklıkla karşılaşmaktadır. Bunun yanında DEHB’li çocuklar arasında ÖÖB sıklığı normal popülasyona göre 7 kat artmıştır (167). Bu nedenle DEHB’li çocuklar ÖÖB açısından da değerlendirilmelidir. Akademik alanda yaşanan güçlüklerin DEHB’ye ikincil performans sorunlarından ya da beceriye dayalı eksikliklerden kaynaklandığı tespit edilmelidir. Böyle durumlarda davranışsal ve psikotrop tedaviler ile performansa bağlı sorunlar hafifletilerek akademik yönde gelişim elde edilebilmektedir (168). DEHB’ye eşlik eden ÖÖB’nin tanınması ve raporlama süreci zaman gerektirmektedir. Özel eğitim desteği alan tüm olguların tedavi alan grupta olması, bu çocukların en az 6 aydır izlemde olmalarından ve bu sürede belirtilen işlemlerin tamamlanabilmiş olmasından kaynaklanmış olabilir.

5.4. ÖLÇEKLERDEN ELDE EDİLEN VERİLER

5.2.1. Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği-Ebeveyn Formu

Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği-Ebeveyn Formu genellikle DEHB ile etkilenen, klinik görünümle ilgili olan 6 farklı alanda işlevsellikte bozulmayı

değerlendiren bir ölçektir. İşlevsellikte bozulmanın DEHB’de temel sorun olması nedeniyle, bu ölçeğin DEHB açısından önemli olduğu vurgulanmıştır (169). Ölçek; aile, okul (öğrenme ve davranış), yaşam becerileri, çocuğun benlik algısı, sosyal etkinlikler, riskli eylemler olmak üzere 6 alanı değerlendirmektedir (143). DEHB’ye yönelik ilaç tedavilerini kıyaslayan bir araştırmada kullanılan Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği’nde toplam puan, okul, aile, sosyal etkinlikler ve riskli eylemler boyutlarında tedavi öncesi ve sonrası arasında anlamlı fark bulunduğu belirtilmiştir (170). Bizim çalışmamızda ise tedavi alan ve almayan grupta yer alan katılımcılar arasında toplam puan ve diğer tüm alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Bu duruma çalışmanın pandemi döneminde yürütülmüş olması nedeniyle, tedaviden yarar gören olguların mümkün olduğunca az hastaneye gelmeyi tercih etmesi, pandemi koşulları sayesinde var olan raporları ile ilaçlarını temin edebilmeleri, dolayısı ile de tedavi ile işlevsellikte bozulmaları azalmış ve belirgin sorun yaşamayan tedavi alan olgu kesimin poliklinik başvurularının azalması neden olmuş olabilir.

5.2.2. Connors Anne-Baba Derecelendirme Ölçeği- Yenilenmiş Uzun Formu (CADÖ-Y/U)

Connors Anne-Baba Derecelendirme Ölçeği- Yenilenmiş Uzun Formu (CADÖ-Y/U), özellikle DEHB ve DEHB ile ilişkili davranışları ele almaktadır. Benzeri olan ebeveyn değerlendirme ölçeklerine kıyasla hem dikkat eksikliği hem hiperaktivite alanlarını içermesi nedeniyle daha kapsamlı değerlendirme yapmaktadır (140). DEHB’ye yönelik uzun etkili ilaç tedavilerini kıyaslayan bir araştırmada Connors Anne-Baba Derecelendirme Ölçeği- Yenilenmiş Uzun Formu (CADÖ-Y/U)’nun Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik Alt Ölçeği, Karşı Gelme Alt Ölçeği, Hiperaktivite Alt Ölçeği ve DEHB indeks alt ölçeği kullanılmıştır. Bu çalışmada hem lisdeksamfetamin hem de metilfenidat grubu için tedavinin hemen öncesinde ve düzenli tedavi ile takip edilen 1800 saatin sonunda yapılan değerlendirmeler ile tüm alt ölçek puanlarında anlamlı azalma olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda ise tedavi alan ve almayan grupta yer alan katılımcılar arasında herhangi bir alt ölçek için istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır (171). Çalışmaya dahil edilen tedavi alan grupta yer alan olguların 6 aydır düzenli ilaç kullanımları olduğu ve ortalama olarak etkin olarak kabul edilecek düzeyde ilaç kullanımları olduğu

bilinmektedir. Bu duruma rağmen tedavi alan ve almayan grup arasında Conners Anne-Baba Derecelendirme Ölçeği- Yenilenmiş Uzun Formu (CADÖ-Y/U) alt ölçekleri arasında anlamlı fark bulunamamış olmasının çalışmanın pandemi döneminde yürütülmesinden kaynaklandığı düşünülmüştür. Bu dönemde tedavi ile semptomları hafifleyen, belirgin sorun yaşamayan çocuk ve ergenler, pandemi koşulları dahilinde ilaç tedavilerini hastane başvurusu olmadan temin edebilmeleri sonucunda hastaneye gelmeye ihtiyaç duymamış olabilir. Buna karşın, henüz çözüme ulaşmamış sorunları olan, hala belirgin semptomları nedeniyle sıkıntı yaşayan ya da tedaviden yeterince faydalanımı olamayan çocuklar kontrollere düzenli devam ediyor olabilir. Bu nedenle etkili dozlarda verilen tedaviye rağmen Conners Anne-Baba Derecelendirme Ölçeği- Yenilenmiş Uzun Formu (CADÖ-Y/U)'nda tedavi alan grupta alt ölçek puanlamalarında farklılık gözlenememiş olabilir.

5.2.3.Bakım Verme Yükü Ölçeği

Araştırmamıza katılan bakım verenlerin bakım verme yükü ölçeği puan ortalaması $25,38 \pm 15,43$ olarak bulunmuştur. Bu ortalama tedavi almayan grupta yer alan bakım verenlerde $25,63 \pm 16,86$, tedavi alan grupta yer alan bakım verenlerde ise $25,13 \pm 14,14$ 'tür. Tedavi alan ve almayan grupta yer alan katılımcı bakım verenler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. DEHB'li olgularda bakım yükünü çalışmamızda kullandığımız Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği ile değerlendiren başka çalışmalar da mevcuttur. İran'da Mostafavi ve arkadaşları, 246 katılımcı ile yürütülen bir çalışma ile bakım verme yükü ortalama puanı 40.43 ± 1.38 olarak bildirmiştir (172). Nijerya'da Adeosun ve arkadaşları tarafından yürütülen başka bir çalışmada da bakım yükü puanlarının çalışmamızda bulunan değerden daha yüksek olduğu görülmüştür (147). Çalışmamızda bakım yükü puanlarının, bahsedilen çalışmalardan düşük olmasının nedeni farklı ülkelerde sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin farklı olması ya da annelerin çocuklarının bakımını yük olarak değerlendirmekten kaçınmasına yol açan kültürel farklılıklar olabilir. Mostafavi ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da ilaç tedavisi alıp almaması açısından bakım verme yükü değerlendirildiğinde anlamlı farklılık bulunmamıştır ancak bu çalışmada ilaç kullanan grubun seçilimine değinen bir bilgi olmadığı gözlenmiştir. (172) Fridman ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise tedavi uyumu açısından değerlendirme yapılmış, tedavi uyumu belirlenen kriterleri kapsayan

katılımcıların değerlendirme alanlarında yük bildirimlerinin azaldığı gösterilmiştir (5). Çalışmamızda “düzenli tedavi ile bakım verme yükü azalır” hipotezi değerlendirilmiş, elde edilen sonuç ile hipotez desteklenememiştir. Bulgumuz yorumlanırken iki grupta yer alan çocukların CADÖ-Y/U ve Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği puanlarının benzer oluşu dikkate alınmalıdır. Uygun tedaviye rağmen semptom şiddeti ve işlevsellikte bozulması hala belirgin olarak süren çocukların ebeveynlerinde bakım verme yükü ile tedavi almayan çocukların ebeveynlerinin bakım verme yükünün benzer olması şaşırtıcı değildir.

Bakım verme yükü derecelendirmesi (173) göz önüne alınarak yapılan sınıflandırma sonucunda katılımcıların %41,7’sinin bakım yükü tanımlamadığı, %13,3’ünün hafif derecede, %11,7’sinin orta derecede, %3,3’ünün ise ağır derecede bakım yükü bildirdiği gösterilmiştir. Tedavi alan ve almayan grupta yer alan katılımcı bakım verenler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Tedavi almayan grubun %57,6’sının 21 puan ve üstü aldığı, bir başka deyişle bakım yükü tariflediği gözlenmiştir. Umman’da bir çalışmaya sadece tedavi almamış olan DEHB tanılı çocuklar dahil edilmiş ve bakım verenlerin %34’ü bakım yükü bildirmiştir (148). Bizim çalışmamızda olguların komorbiditeleri de bulunması nedeniyle daha sık bakım yükü bildirilmesi beklenen bir durumdur.

5.2.4. Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Sosyodemografik Veriler, DEHB Özellikleri Ve Diğer Ölçeklerle İlişkisi

5.2.4.1. Sosyodemografik Veriler İle Bakım Verme Yükü İlişkisi

Olgunun cinsiyetine, aile yapısına, annenin öğrenim ve çalışma durumuna, evde yaşayan kişi sayısına, ailenin aylık gelirin, ailenin ikamet yerine, bakım verende ve evde yaşayan diğer aile üyelerinde ruhsal veya tıbbi hastalık durumuna göre bakım verme yükü puanları değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı gözlenmiştir.

Olgunun cinsiyeti, bakım verenin öğrenimi ve çalışma durumu, ailenin ikamet yeri yapılan diğer bir çalışmada da bakım verme yüküyle ilişkilendirilememiş, ancak düşük gelir düzeyine sahip bakım verenlerin anlamlı bir şekilde daha sık bakım yükü tariflediği aktarılmıştır (148). Bu çalışmanın yapıldığı ülkenin genel refah düzeyi,

çalışma için kabul edilen gelir düzeyini düşük veya yüksek olarak belirleyen kesim noktası, olguların gelir düzeylerinin dağılım genişliği ve örneklemin büyüklüğü çalışmamızın sonuçları ile farklılık göstermesine sebep olmuş olabilir. Buna karşın; Suudi Arabistan'dan bildirilen bir çalışmada da bizim çalışmamıza benzer şekilde gelir düzeyi ile bakım verme yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki kurulamamıştır (174). Bu durumun farklı ülkelerde sosyal hizmetlere ve sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik düzeylerinin aynı olmamasından, toplumda bakım verene yönelik aile ve sosyal desteğin etkin olup olmamasından ve genel gelir dağılımındaki farklılıkların bakım verme sürecinde tedavi olanakları, eğitim ve yaşam koşulları gibi alanlarda belirgin ayırım yaratıp yaratmamasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda bakım veren ruhsal bozukluk açısından değerlendirilmiş ve bakım verende geçmiş ruhsal bozukluk tanısı ya da halen devam eden ruhsal bozukluk tanısı olmasının bakım verme yüküne etkisinin olmadığı gösterilmiştir. Literatürde, bakım verme yükü risk faktörleri arasında depresyonun belirtildiği çalışmaların olduğu bilinmekle beraber bakım verme eylemi sonucunda da bakım verenlerde mental ve fiziksel problemlerin görüldüğü bildirilmiştir (100, 175, 176). Çalışmamızın sonuçlarının bu bilgilerle uyumlu olmadığı gözlenmektedir. Bu durumun; söz konusu diğer çalışmaların farklı tanıları olan erişkin olguların bakım verenlerinde uygulanmış olması ve her hastalığın doğasının, bakım sürecinin ve bakım verene etkilerinin farklı olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, araştırmamızda bakım verendeki ruhsal bozukluklar konusunda bakım verenin beyanının dikkate alındığı, bakım verene herhangi bir ruhsal değerlendirme veya ölçek uygulanmadığı da göz önünde bulundurulmalıdır.

Çalışmamızda diğer aile üyelerinde ruhsal bozukluk varlığı ya da diğer kardeşte DEHB tanısı varlığı ile ebeveynin bakım yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki kurulamamıştır. Evde sürekli bakım gerektirecek ruhsal bozukluk ya da fiziki hastalık tanısı olan bireylerin bulunması dışlama kriteri olarak kabul edilmişse de DEHB tanısı olan diğer bir kardeş varlığının ya da evde ruhsal ya da fiziksel hastalığı olan başka bir bireyin bulunmasının bakım yükünü artıracığı düşünülmüştür. Nitekim Avrupa'dan geniş çaplı bir araştırma ile bakım verme yükü değerlendirmesi

yapılırken ailede DEHB tanı başka bireyin olması göz önüne alınarak inceleme yapılmıştır (5). Anlamli farklılık bulunamamış olması örneklemin küçüklüğüyle ilişkili olabilir.

Olgunun yaşı, annenin yaşı ve evde yaşayan kişi sayısı ile bakım yükü puanları arasındaki korelasyon değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Alanyazında benzer şekilde başka araştırmalarda da anne yaş grubu, çocuk yaş grubu ve toplam çocuk sayısı ile bakım yükü arasında ilişki bulunamamıştır (148, 174). Seçilen yaş grubunun ilköğretim yaş grubu içerisinde olması ve iki gruba olguların yaş açısından eşlenerek dahil edilmesi nedeniyle daha homojen özellik göstermesi beklenen bir durumdur. Literatürde psikiyatrik bozukluklarda bakım veren yaşı ile bakım yükünü ilişkilendirmiş bir çalışmada bakım yükü ile bakım veren yaşı arasında pozitif yönlü ilişki olduğu gösterilmişken, başka bir çalışma bakım verenlerin genç yaşta olmasını depresyon belirtileri ile ilişkilendirmiştir (1, 177). Ancak bu çalışmaların olgularının çocuk yaş grubunda olmaması, dolayısıyla bakım verenlerin yaş dağılımlarının daha geniş bir dağılım gösterdiği, seçilen psikiyatrik bozuklukların şizofreni, duygudurum bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları olduğu göz önüne alınmalıdır. Bizim çalışmamızda olguların seçildiği dar yaş aralığı ve bakım verenlerin sadece annelerden oluşması nedeniyle bakımı zorlaştıracak yaş farkının oluşmamış olabileceği düşünülebilir.

5.2.4.2. DEHB'ye İlişkin Veriler İle Bakım Verme Yükü İlişkisinin Değerlendirilmesi

Çocuğun DEHB tanısını aldığı yaş ile annenin bakım verme puanı arasında ters yönlü zayıf ilişki saptanmıştır ($r = -0,301$ $p = 0,019$). Bu veriden hareketle, tanı alma yaşı küçüldükçe bakım verme yükünün arttığı anlaşılmıştır. Alanyazında doğrudan DEHB tanı yaşı ile bakım yükünü değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak hastalık süresi ile bakım verme yükünü değerlendiren araştırmalar mevcuttur ve bu çalışmalar ile belirtilen değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki kurulamamıştır (174, 177). Bizim çalışmamızda DEHB tanı yaşı ile bakım verme yükü arasında ilişki saptanmasının nedeni, ebeveynlerin erken çocukluk yıllarından itibaren DEHB semptomlarıyla baş etmek durumunda kalmış olmaları olabilir.

Çalışmamızda bakım verme yükü DEHB görünümüne göre farklılık göstermemiştir. Farklı DEHB görünümünün klinik özellikleri arasındaki belirgin farklılıkları nedeniyle bakım yükü puanları arasında fark görülebileceği düşünülmüştür. Alanyazında da kombine tip DEHB'nin diğerlerine göre aileleri daha çok zorladığı ve daha ağır bakım verme yüküne neden olduğu gösterilmiştir (5,158). Ancak çalışmamızda bu ilişki gösterilememiştir. Çalışmamızın örnekleminin belirtilen çalışmalardan küçük olması ya da diğer çalışmalarda olguların ölçek üzerinden alt görünümlere ayrılmış olması bu farkı yaratmış olabilir.

DEHB'ye komorbid tanı olup olmamasına göre bakım verme puanı farklılık göstermezken, DEHB'ye komorbid tanı sayısı ve bakım verme yükü puanları arasında aynı yönde zayıf ilişki olduğu görülmüştür ($r = 0,267$ $p = 0,039$). Bu sonuçla, komorbid tanı sayısı arttıkça bakım verme yükünün arttığı anlaşılmaktadır. Alanyazında benzer şekilde artan komorbid tanı sayıları bakım yükü ile ilişkilendirilmiştir (5). Klinik görünüme eklenen her yeni tanı ile baş edilmesi gereken sorunların, çocuğun ilgi ihtiyacının ve sorun yaşanan alanların artmasının bakım yükünde artışa neden olması beklenen durumdur.

Komorbid tanının anksiyete bozukluğu, KOKGB/DB ya da ÖÖB olması durumları ayrı ayrı değerlendirilmiş ancak bakım verme yükü açısından bu bozuklukların eşlik edip etmemesi anlamlı bir farka yol açmamıştır. Ayrıca ek ilaç kullanımı olup olmamasına göre bakım verme yükünün farklılık göstermediği gösterilmiştir. Alanyazında KOKGB ve ÖÖB'nin bakım verme yükü ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar olduğu gibi, ÖÖB ile bakım yükünün ilişkili olmadığını bildiren çalışmalar da vardır (147, 179). Bunlar arasında Nijerya'dan bildirilen çalışmada ÖÖB ve KOKGB tanılarının bakım yükü ile ilişkili belirtildiği ancak bu eşhastalanımların ebeveynlere verilen ölçek ile değerlendirildiği görülmüştür (147). Bizim çalışmamızda yarı yapılandırılmış görüşme tekniği ile tanılama yapılması, ÖÖB'nin ise DSM-5 kriterlerine uygun olarak araştırmacı tarafından klinik olarak değerlendirilmesi, çalışmalar arasındaki farklılığa neden olmuş olabilir. Rockhill ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada tanılama yapılandırılmış görüşme ile yapılmıştır. Ebeveynlik stresini ele alan bu çalışmada ayrı ayrı eş tanılarının ebeveynlik stresine etkisine yer verilmemiş olup, bizim çalışmamızla

uyumlu olduğu düşünülecek şekilde artan eşhastalanım sayısı ile ebeveynlik stresi ilişkilendirilmiştir (179).

5.2.4.3. Bakıma İlişkin Veriler İle Bakım Verme Yükü İlişkisinin Değerlendirilmesi

Bakım veren anneye yardımcı birinin olup olmasına göre bakım verme yükü puanları olarak anlamlı farklılık göstermemiştir. Genel kanı itibariyle yardımcı varlığında bakım verme yükünün azalması beklenmektedir. Ancak Kore'den bir çalışma ile sekonder bakım verenlerin primer bakım veren için daha fazla stres yaratabildiği aktarılmıştır (161). Bununla birlikte, bu çalışma bizimkinden farklı olarak yaşlı demans hastalarının bakım verenlerinde yürütülen bir çalışmadır. Bizim çalışmamızda annelerin çok büyük oranda tek başına DEHB'li çocuğun bakımını üstlenmiş olması, babaların bu konuda yeterince rol almadığına da işaret etmektedir. DEHB tanılı çocukların bakımı konusunda babaların bu kadar geride kalıyor olması ayrıca araştırılması gereken bir konu olarak göze çarpmaktadır.

DEHB nedeniyle ek harcama yapan aileler ile yapmayan ailelerde annelerin bakım verme yükü puanları arasında anlamlı farklılık belirlenmemiştir. Yapılan ek harcama miktarıyla bakım verme yükü puanları arasında da anlamlı ilişki yoktur. DEHB'nin ek harcamaya sebep olabileceği ve bu durumun bakım verende ekonomik yük oluşturarak bakım verme yükünü artırabileceği düşünülebilir. Alanyazında doğrudan ek harcama miktarı ile bakım yükünün ilişkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bunun yanında ABD'de yapılan bir çalışma ile DEHB'li çocuk yetiştirmenin aileye ekonomik açıdan yükü detaylı bir şekilde incelenmiş, akademik başarı, kaybedilen kişisel eşyalar, hukuksal süreçler, kazalar, zarar verilen eşyalar nedeniyle yapılan doğrudan harcamalar açısından değerlendirildiğinde DEHB grubu ve kontrol grubu arasında anlamlı fark görülmemiştir. Bu çalışmada fark oluşturan kısmın DEHB'nin ebeveynlerin çalışma düzeni üzerine olan etkisinden kaynaklandığı görülmüştür (166). Bu bilginin, bizim çalışmamız sonucunda vardığımız ek harcamaların bakım yüküne etki etmemesi durumunu desteklediği düşünülebilir.

Bakım veren annenin ödev kontrol etme sıklığına, özel eğitim alınması durumuna, özel ders alınması durumuna göre bakım verme yükü puanları

değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı gözlenmiştir. Özel eğitim ve özel ders alınması aileleri hem ekonomik olarak hem de zaman yönetimi konusunda zorlayabilse de, çocuğun akademik açıdan gelişmesine olanak sağlayarak veya çocuğun sorun yaşadığı alanlarda ona yardım sunarak güçlük yaşayan çocuk ve bakım veren annelerin sorunlarını hafifletiyor olabilir.

Araştırmamızda çocukla birlikte geçirilen günlük süre ve çocuğun bakımı için annenin çocukla birebir birlikte geçirdiği süre ile bakım verme yükü puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bakım verenler ortalama $8,11 \pm 4,30$ saatlerini çocukla geçirdiklerini bildirmişlerdir. Günün büyük bir çoğunluğunu çocukla geçirdiğini bildiren bakım verenlerin bu bakım nedeniyle kendilerine, aile hayatına, sosyal hayatlarına, diğer işlerine zaman ayıramadıkları düşünülmeye rağmen artmış bakım yükü tarifledikleri görülmüştür. Toplumumuzda kültürel özelliklerin, çocuğuyla vakit geçirmeyi ve çocuğun ihtiyaçlarını karşılamayı yük olarak görmeye engel olabileceği düşünülmektedir.

5.2.4.4. Diğer Ölçekler İle Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Korelasyonlarının Değerlendirilmesi

“Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği-Ebeveyn Formu” ile “Bakım Verme Yükü Ölçeği” puanları birlikte değerlendirildiğinde, tüm alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Weiss işlevsellikte bozulma ölçeği ile değerlendirilen aile, okul (öğrenme ve davranış), yaşam becerileri, çocuğun benlik algısı, sosyal etkinlikler, riskli eylemler alt boyutlarının her birinde bozulmayı gösteren puanlar arttıkça bakım yükünün de arttığı gösterilmiştir. Alanyazında DEHB’li olgularda işlevselliğin bozulması derecesi ile bakım verme yükünü birlikte ele alan başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak ebeveynlik stresini ele alan bir çalışmada, hastanın bakım verenle, ailesiyle, yaşlıları ve öğretmenleri ile ilişkilerinin yanında okul alanında işlevselliğin bozulması değerlendirilmiş ve işlevsellikte bozulmanın ebeveynlerin bildirdiği stresin önemli bir kısmına neden olduğu çıkarımı yapılmıştır. Bu çalışmada dahil edilen olguların DEHB tanısı açısından öncelikle ölçek ile değerlendirildiği, tanı için eşik değeri karşılayan olguların tam yapılandırılmış görüşme tekniği ile tanılarının doğrulanıp eşhastalanımlarının ve işlevsellikte bozulmalarının değerlendirildiği belirtilmiştir. Bu çalışmanın bizim

çalışmamız ile yöntem olarak yakın olduğunu düşünölmekle beraber bildirilen raporda ayrı ayrı işlevsellik alanları ile ebeveynlik stresi üzerine değeriendirmeye yer verilmemiştir (179). Çalışmamız ile genel olarak işlevsellikte bozulma ile bakım yükü arasındaki ilişki gösterilirken, ayrı ayrı her bir alt boyutun da bakım yüküyle istatikselsel olarak anlamlı düzeyde ilişkili olduğu ortaya konulmuştur. Ayrı ayrı alt boyutlar ele alınırssa; aile alt boyutunda nörolojik hastalıklara sahip bireylerin aile işlevselliği ile bakım verme yükü arasında ters yönlü bir ilişki bulunmuş, aile işlevselliğinin bakım yükünü tamponlayıcı etkisinden söz edilmiştir (180). Aile alt boyutunda işlevselliğin bozulmasının bakım yükünü artırabileceği bu açıdan öngörülebilir bir sonuç olarak değeriendirilebilir. Diğer alanlarda görölen işlevsellik bozulmaları düşünöldüğünde, okul alanında bozulmalar bakım verene daha çok ilgilenmeyi, öğretmenlerle iletişim içinde olmayı, ek çalışma planı oluşturmayı, eksik kalınan noktaları değeriendirmeyi, okul düzenine alıştırabilmeyi yükleyebilirken, yaşam becerilerinde görölen bozulmalar bakım verenin günlük hayatta karşılaşılan bir çok durumda daha dikkatli olmasını, sorunları öngörerek tedbir almasını ve sorunlarla başedilmesini gerektirmektedir. Bu nedenlerle her alt boyutta görölen bozulmanın bakım verene yeni ek görevler getirdiği, dolayısı ile bakım yükünü artırdığı düşünölmektedir. Diğer ruhsal bozukluklar için de işlevsellikte bozulmanın bakım veren yükünü arttırdığını bildiren çalışmalar mevcuttur. Şizofreni tanılı olgularda yapılan 600'den fazla bakım vereni değeriendiren çalışmada çoklu regresyon analizi ile işlevsellikte bozulma ile bakım veren yükü arasında anlamlı ilişki olduğu ortaya konulmuştur (181). OKB tanılı 7-17 yaş arası çocuk ve ergenler ile yapılan çalışmada ise işlevsellikte bozulmanın hem bakım verme yükü hem bakım verenin yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu aktarılmıştır (127). Nijerya'da çocuk ve ergenlere yönelik bir klinikte yürütölen çeşitli tanılara sahip 159 olguyu dahil eden çalışmada da bakım verme yükünün olgunun bakım vereni tarafından bildirilen işlevsellikte bozulma düzeyi ile öngörölebileceği belirtilmiştir (178).

“Connors Anne-Baba Derecelendirme Ölçeği- Yenilenmiş Uzun Formu (CADÖ-Y/U)” ile “Bakım Verme Yükü Ölçeği” puanları birlikte değeriendirildiğinde, tüm alt ölçekler ile (Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik Alt Ölçeği, Karşı Gelme Alt Ölçeği, Hiperaktivite Alt Ölçeği, Kaygı -Utangaçlık Alt Ölçeği, Mükemmeliyetçilik Alt Ölçeği, Sosyal Problemler Alt Ölçeği ve

Psikosomatik Alt Ölçeği) aynı yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Alanyazında DEHB şiddetini ve bakım yükünü aynı metotla ile değerlendiren başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak, çalışmamızda gösterilen dikkatsizlik, hiperaktivite, karşı gelme ve kaygı utangaçlık alt ölçeklerinin bakım yükü ile gösterilen ilişkisi, DEHB'li çocukların ailelerinde ebeveynlik stresini birçok açıdan ele alan derlemede de çalışmamıza paralel olacak şekilde bulgulanmıştır (135). Başka bir çalışmada da DEHB şiddeti güçler ve güçlükler anketi ile değerlendirilmiş, DEHB semptomlarının daha ağır olması daha yüksek bakım yükü ve daha düşük aile işlevselliği ile ilişkilendirilmiştir (182). Fridman ve arkadaşları tarafından yürütülen çalışma ile DEHB şiddeti DEHB derecelendirme ölçeği ile değerlendirilmiş ve ele alınan 4 alanda puanların bakım verme yükü ile ilişkili olduğu ortaya konulmuştur (5). Daha şiddetli semptomları olan çocuklarda çeşitli alanlarda daha çok miktarda ve boyutta sorunlarla karşılaşılabilceği, bundan dolayı bakım veren yükünün artmış olabileceği düşünülmüştür. Diğer ruhsal bozukluklarda da hastalığın şiddeti ve bakım yükü arasında ilişki bildiren çalışmalar mevcuttur. Şizofreni tanılı olgular ile yürütülen ülkemizden bir çalışmada bakım verme yükünün pozitif ve negatif sendrom ölçeği toplam puanı ve alt ölçeklerinin puanları ile korele olduğu bildirilmiştir (176). Awad ve arkadaşları tarafından bildirilen derlemede şizofreni için hangi belirti kümesinin bakım verme yükü üzerine etkili olduğu konusunda uzlaşma olmadığı, ancak bozukluğun şiddetinin bakım verme yükünü arttırdığı hususunda görüş birliği olduğu belirtilmiştir (115). Ülkemizde OKB tanılı olgular ile yapılan bir çalışmada olguların Yale Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği'nden aldıkları puanların Zarit Bakım Verme Yükü ölçeği ile korele olduğu gösterilmiştir. (126) OKB tanılı çocuk ve ergenler ile yapılan çalışmada hastalığın şiddetinin bakım verme yükü ile ilişkili olduğu aktarılmıştır (127). Psikiyatrik bozuklukların belirti şiddeti arttıkça hastalığın yol açtığı sorunların artması, eşhastalanımların ortaya çıkması ve tedavi sürecinin zorlaşması gibi durumların bakım verme yükünü arttırdığı düşünülebilir.

6. ARAŞTIRMAMIZIN GÜÇLÜ YANLARI VE SINIRLILIKLARI

Bilindiği kadarıyla araştırmamız, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanımlı çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinde bakım verme yükünü ülkemizde ele alan ilk çalışmadır. Alanyazında sosyodemografik veriler ve komorbidite varlığı ile bakım veren yükünü değerlendiren çalışmalar bulunmasına rağmen DEHB’li çocukların işlevsellikleri ile bakım verme yükünü birlikte inceleyen başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ayrıca, birçok çalışmadan farklı olarak olgular yapılandırılmış tanısal değerlendirme ile çalışmaya dahil edilmiştir, bu sayede tanılarının güvenilirliği artmıştır.

Bulgularımız araştırmamızın sınırlılıkları dahilinde ele alınmalıdır. Çalışmamızın en önemli kısıtlılığı pandemi döneminde yapılmasından kaynaklanmaktadır. Pandemi öncesinde poliklinik muayenelerine devam eden birçok olgunun, pandemi ile birlikte bulaş riski nedeniyle hastaneye gelmeyi tercih etmediği, pandemi koşullarında yapılan düzenlemeler sonrası ilaçlarını muayeneye gelmeden elde edebildiği, böylece belirgin bir sorun olmadıkça doktor kontrolünü ertelediği görülmektedir. Ayrıca, pandemi döneminde uzaktan eğitime geçilmesi, öğretmenlerin öğrencilerini gözlemleyerek polikliniklere yönlendirme olanağını kısıtlamıştır. Bu nedenlerle, polikliniğe başvuran olgulardan oluşturulan örneklemimizin pandemiden etkilendiği ve toplum örneklemini tam olarak yansıtmayabileceği düşünülmüştür.

Kesitsel tasarımda olması nedeniyle tedavinin bakım yüküne etkisi değerlendirilirken tedavi almakta olan bakım verenlerin tedavi öncesi bakım verme yüklerine dair veriler elde edilememiş, çalışma anında tedavi almakta olan ve tedavi almayan gruplardan elde edilen veriler karşılaştırılmıştır. Aynı olguların tedavi öncesi ve sonrası verilerinin karşılaştırılacağı araştırmalara gereksinim vardır.

Araştırmamızda bakım verenlerin ruhsal durumlarını değerlendirmeye yönelik çalışma yapılmamıştır. Bakım verenlerin almış oldukları ruhsal tanılar kendi bildirimleri baz alınarak değerlendirilmiştir. Aynı zamanda kalıtsal bir yönü olduğu bilinen DEHB’nin bakım verende de değerlendirilmesi gelecek çalışmalar

açısından önemli olabilir. Bakım verende dikkat eksikliği, dürtüsellik ve yürütücü işlevlerde zorluk gibi semptomların bakım vermeyi zorlaştırabileceği düşünülebilir.

Araştırmamızda DEHB'nin bakım verenin iş hayatına etkileri değerlendirilirken çalışan bakım veren anneler ele alınmıştır, ancak DEHB'li çocuklarının bakımı nedeniyle çalışmayı bırakan ya da çalışma isteğine rağmen çocuğun bakımı nedeniyle çalışmayan anneler ayırt edilememiştir. Gelecek araştırmalarda bakım verenlerin bu durum gözetilerek değerlendirilmesinin faydalı olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızın sadece bakım veren annelerde yürütülmüş olması da bir diğer kısıtlılıktır. Her ne kadar annelerin büyük çoğunluğu tarafından babanın bakım etkinliklerine katılmadığı bildirilmiş olsa da, annelerle eş zamanlı olarak babanın bakım verme yükünü araştıran çalışmalar daha objektif veriler sağlayabilir.

7. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Bu çalışmada ülkemizde DEHB tanılı çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinde bakım yükünü değerlendirerek tedavi ve diğer faktörlerin ebeveynlerin bakım yüküne etkisini incelemek amaçlanmıştır. Bu doğrultuda, polikliniğe başvuran ve dahil edilme kriterlerini sağlayan olgular ve primer bakım verenleri çalışmaya davet edilmiştir. Çalışmaya katılmayı yazılı onam ile kabul eden olgu ve primer bakım vereni ile ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T değerlendirmesi yapılmıştır. DEHB tanısı alan olguların bakım verenleri tarafından sosyodemografik bilgilerinin yanında DEHB tanısına ve bakımına yönelik soruları içeren bilgi formu, bakım yükünü değerlendiren Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği, DEHB'li olguların işlevselliklerini değerlendiren Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği-Ebeveyn Formu ve DEHB'ye yönelik olan Conners Anne-Baba Derecelendirme Ölçeği- Yenilenmiş Uzun Formu (CADÖ-Y/U) doldurulmuştur. Böylelikle, çalışmamıza daha önce belirlendiği gibi son altı aydır düzenli tedavi alan DEHB tanılı otuz olguya karşılık son altı aydır hiç tedavi almamış ya da yeni tanı DEHB'li otuz olgu dahil edilmiştir. Sosyodemografik faktörlerin yanında DEHB ve bakımla ilgili değişkenlerin bakım verme yükü ile ilişkisi incelenip olguların semptom alanları ve işlevsellikleri ile bakım verme yükü arasında bağ kurulmaya çalışılmış elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılmıştır.

Tedavi almayan grupta yer alan ebeveynlerin düzenli tedavi alan grupta yer alan ebeveynlere göre daha sık aktif çalışma düzenine sahip oldukları saptanmıştır.

Tedavi alan grupta yer alan olguların tedavi almayan grupta yer alan olgulara göre daha erken yaşta tanı aldıkları bulgulanmıştır.

Tedavi alan grupta yer alan ebeveynlerin diğer gruba kıyasla DEHB tanılı çocukları ile gün içinde daha uzun süre birlikte vakit geçirdikleri saptanmış olup birebir geçirilen süre için iki grup arasında farklılık gözlenmemiştir.

Özel eğitim alan tüm olguların tedavi alan grupta bulunduğu görülmüştür.

DEHB'nin tanı yaşı ile bakım verme yükü arasında ters yönlü bir ilişki saptanmış ve erken yaşta tanı almanın daha ağır bakım yükü ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur.

DEHB'ye ek tanı varlığı ya da ek tanının niteliği bakım verme yükü ile ilişkilendirilememişken ek tanı sayısı ile bakım verme yükü arasında aynı yönde ilişki belirlenmiş ve çok sayıda ek tanı varlığının daha ağır bakım yükü ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.

DEHB semptomlarının şiddetini derecelendiren Conners Anne-Baba Derecelendirme Ölçeği- Yenilenmiş Uzun Formu (CADÖ-Y/U)'nun Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik Alt Ölçeği, Karşı Gelme Alt Ölçeği, Hiperaktivite Alt Ölçeği, Kaygı -Utangaçlık Alt Ölçeği, Mükemmeliyetçilik Alt Ölçeği, Sosyal Problemler Alt Ölçeği ve Psikosomatik Alt Ölçeği puanları ile bakım verme yükü puanları arasında aynı yönde ilişki saptanmıştır. Her bir alt ölçekte bildirilen puanlar arttıkça bakım yükünün de arttığı gösterilmiştir.

DEHB'li çocukların çeşitli alanlarda işlevselliklerini değerlendiren Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği-Ebeveyn Formu'nun aile, okul (öğrenme ve davranış), yaşam becerileri, çocuğun benlik algısı, sosyal etkinlikler, riskli eylemler alt boyutları ile bakım verme yükü puanları arasında aynı yönde ilişki saptanmıştır. Her bir alt boyutta bozulmayı gösteren puanların artması ile bakım yükünde artışın korele olduğu ortaya konulmuştur.

DEHB'li çocukların ebeveynlerini bakım sürecinde olumlu veya olumsuz açıdan etkileyen olguya, hastalığa ve bakım verene özgü değişkenlerin ele alındığı daha fazla sayıda çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Olguya yönelik değişkenler açısından bireysel beceriler, öz yeterlilik ve sorumluluk; hastalığa bağlı değişkenler açısından tanı anında hastalığın şiddeti, tedaviye yanıt, tedavi altında devam eden belirtiler; bakım verene bağlı değişkenler açısından ise bakım verenin olgudan ve kendi hayatından beklentileri, sorunlarla baş etme becerileri, ebeveynlik tutumu, DEHB ile ilgili bilgi düzeyi ve sosyal destek algısı gibi ölçütlerinin yer aldığı çok sayıda araştırma çocukların ana bakım vereni olan ebeveynlerine yönelik bakım verme yükü ile ilişkili risk faktörleri ve koruyucu faktörleri belirlemek açısından daha net sonuçlar sağlayabilir. Ayrıca tedavi etkisini daha iyi inceleyebilmek için boylamsal tasarımda çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Sonuç olarak, çalışmamız ülkemizde DEHB'li çocukların ebeveynlerinde bakım yükünün değerlendirilmesi ve ön planda tedavi olmak üzere diğer değişkenler ile bakım yükünü ilişkilendirilmesi açısından önemlidir. Ülkemizde sık bir şekilde görülen ve kronik seyirli olan Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu bakım verende önemli ölçüde bakım yükü oluşturmaktadır. Bakım veren ve olgunun sağlığı açısından, olgunun DEHB tanısı aldığı andan itibaren bakım verenin de ihtiyaçlarının gözetilmesi, bakım verme yükü risk faktörleri açısından değerlendirilerek mümkün olan koruyucu önlemlerin alınması ve gerekli durumlarda ruhsal açıdan etkin şekilde desteklenmesi yararlı olabilir.

KAYNAKLAR

1. Ampalam P, Gunturu S, Padma V. A comparative study of caregiver burden in psychiatric illness and chronic medical illness. *Indian J Psychiatry*. 2012;54(3):239–43.
2. Zarit SH, Todd PA, Zarit JM. Subjective burden of husbands and wives as caregivers. *Gerontologist*. 1986;26:260–6.
3. Polanczyk G V., Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*. 2015;56(3):345–65.
4. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). 2013.
5. Fridman M, Banaschewski T, Sikirica V, Quintero J, Erder MH, Chen KS. Factors associated with caregiver burden among pharmacotherapy-treated children/adolescents with ADHD in the Caregiver Perspective on Pediatric ADHD survey in Europe. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2017;13:373–86.
6. Gokcen C, Coskun S, Kutuk MO. Comparison of Depression and Burnout Levels of Mothers of Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder before and after Treatment. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2018;28(5):350–3.
7. Mousavi S, Pahlavanzadeh S MT. The Effect of Barkley ’ s Family - Oriented Program on the Burden of Care on Families of Children with Attention Deficit - Hyperactive Disorder. 2017;123–7.
8. Lange KW, Reichl S, Lange KM, Tucha L, Tucha O. The history of attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Atten Deficit Hyperact Disord*. 2010;2(4):241–55.
9. Barkley RA, Peters H. The Earliest Reference to ADHD in the Medical Literature? Melchior Adam Weikard’s Description in 1775 of “Attention

- Deficit” (Mangel der Aufmerksamkeit, *Attentio Volubilis*). *J Atten Disord*. 2012;16(8):623–30.
10. Palmer ED, Finger S. An early description of ADHD (Inattentive subtype): Dr Alexander Crichton and “mental restlessness” (1798). *Child Psychol Psychiatry Rev*. 2001;6(2):66–73.
 11. Taylor E. Antecedents of ADHD: A historical account of diagnostic concepts. *ADHD Atten Deficit Hyperact Disord*. 2011;3(2):69–75.
 12. Still GF. Some Abnormal Psychological Conditions in Children: Excerpts From Three Lectures. *J Atten Disord*. 2006;10(2):126–36.
 13. Sandberg S. Hyperactivity and attention disorders of childhood. 2002. 2 p.
 14. Neumärker KJ. The Kramer-Pollnow syndrome: A contribution on the life and work of Franz Kramer and Hans Pollnow. *Hist Psychiatry*. 2005;16(4):435–51.
 15. Bradley C. the Behavior of Children Receiving Benzedrine. *Am J Psychiatry*. 1937;94(3):577–85.
 16. Gross MD. Origin of Stimulant Use For Treatment of Attention Deficit Disorder. 1995;(February):298–9.
 17. Keith Connors C. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Historical Development and Overview. *J Atten Disord*. 2000;3(4).
 18. Volkmar FR. Changing perspectives on ADHD. *Am J Psychiatry*. 2003;160(6):1025–7.
 19. Assosication AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revised (DSM-III-R). 1987.
 20. Assosication AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). 1994 p.
 21. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The

- Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2007 Jun;164(6):942–8. Available from: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.2007.164.6.942>
22. Willcutt EG. The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Neurotherapeutics*. 2012;9(3):490–9.
 23. Polanczyk G V., Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA. ADHD prevalence estimates across three decades: An updated systematic review and meta-regression analysis. *Int J Epidemiol*. 2014;43(2):434–42.
 24. Ercan ES, Polanczyk G, Akyol Ardic U, Yuce D, Karacetin G, Tufan AE, et al. The prevalence of childhood psychopathology in Turkey: a cross-sectional multicenter nationwide study (EPICPAT-T). *Nord J Psychiatry*. 2019;73(2):132–40.
 25. Ercan ES, Kandulu R, Uslu E, Ardic UA, Yazici KU, Basay BK, et al. Prevalence and diagnostic stability of ADHD and ODD in Turkish children: A 4-year longitudinal study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2013;7(1):1–10.
 26. Skounti M, Philalithis A, Galanakis E. Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *Eur J Pediatr*. 2007;166(2):117–23.
 27. Sibley MH, Mitchell JT, Becker SP. Method of adult diagnosis influences estimated persistence of childhood ADHD: a systematic review of longitudinal studies. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2016;3(12):1157–65. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30190-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30190-0)
 28. Faraone S V., Larsson H. Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Mol Psychiatry*. 2019;24(4):562–75.
 29. Faraone S V., Asherson P, Banaschewski T, Biederman J, Buitelaar JK, Ramos-Quiroga JA, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nat Rev Dis Prim*. 2015;1.
 30. Sherman DK, McGue MK, Iacono WG. Twin concordance for attention

- deficit hyperactivity disorder: A comparison of teachers' and mothers' reports. *Am J Psychiatry*. 1997;154(4):532–5.
31. Chen W, Zhou K, Sham P, Franke B, Kuntsi J, Campbell D, et al. DSM-IV combined type ADHD shows familial association with sibling trait scores: A sampling strategy for QTL linkage. *Am J Med Genet Part B Neuropsychiatr Genet*. 2008;147(8):1450–60.
 32. Arcos-Burgos M, Xavier Castellanos F, Pineda D, Lopera F, David Palacio J, Guillermo Palacio L, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder in a population isolate: Linkage to loci at 4q13.2, 5q33.3, 11q22, and 17p11. *Am J Hum Genet*. 2004;75(6):998–1014.
 33. Gizer IR, Ficks C, Waldman ID. Candidate gene studies of ADHD: A meta-analytic review. *Hum Genet*. 2009;126(1):51–90.
 34. Demontis D, Walters RK, Martin J, Mattheisen M, Als TD, Agerbo E, et al. Discovery of the first genome-wide significant risk loci for attention deficit/hyperactivity disorder. *Nat Genet*. 2019;51(1):63–75.
 35. Faraone S V., Banaschewski T, Coghill D, Zheng Y, Biederman J, Bellgrove MA, et al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based Conclusions about the Disorder. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021;7634(21).
 36. Wang Y, Huang L, Zhang L, Qu Y, Mu D. Iron status in attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017;12(1):1–14.
 37. Hawkey E, Nigg JT. Omega-3 fatty acid and ADHD: Blood level analysis and meta-analytic extension of supplementation trials. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2014;34(6):496–505. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2014.05.005>
 38. Sucksdorff M, Brown AS, Chudal R, Surcel HM, Hinkka-Yli-Salomäki S, Cheslack-Postava K, et al. Maternal Vitamin D Levels and the Risk of

- Offspring Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2021;60(1):142-151.e2.
39. Bolat U, Silveira RC. Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder and Very Preterm / Very Low Birth Weight : A Meta-analysis. 141(1).
 40. Momany AM, Kamradt JM, Nikolas MA. A Meta-Analysis of the Association Between Birth Weight and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *J Abnorm Child Psychol*. 2018;46(7):1409–26.
 41. Maher GM, O’Keeffe GW, Kearney PM, Kenny LC, Dinan TG, Mattsson M, et al. Association of hypertensive disorders of pregnancy with risk of neurodevelopmental disorders in offspring a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2018;75(8):809–19.
 42. Maher GM, Dalman C, O’Keeffe GW, Kearney PM, McCarthy FP, Kenny LC, et al. Association between preeclampsia and attention-deficit hyperactivity disorder: a population-based and sibling-matched cohort study. *Acta Psychiatr Scand*. 2020;142(4):275–83.
 43. Modesto T, Tiemeier H, Peeters RP, Jaddoe V V., Hofman A, Verhulst FC, et al. Maternal mild thyroid hormone insufficiency in early pregnancy and attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in children. *JAMA Pediatr*. 2015;169(9):838–45.
 44. Wang H, Li F, Miao M, Yu Y, Ji H, Liu H, et al. Maternal spontaneous abortion and the risk of attention-deficit/ hyperactivity disorder in offspring: A population-based cohort study. *Hum Reprod*. 2020;35(5):1211–21.
 45. Barkley RA. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychol Bull*. 1997;121(1):65–94.
 46. Willcutt EG, Doyle AE, Nigg JT, Faraone S V., Pennington BF. Validity of the executive function theory of attention-deficit/ hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Biol Psychiatry*. 2005;57(11):1336–46.

47. Sonuga-Barke EJS, Fairchild G. Neuroeconomics of attention-deficit/hyperactivity disorder: Differential influences of medial, dorsal, and ventral prefrontal brain networks on suboptimal decision making? *Biol Psychiatry* [Internet]. 2012;72(2):126–33. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.04.004>
48. Sonuga-Barke EJS, Taylor E, Sembi S, Smith J. Hyperactivity and Delay Aversion—I. The Effect of Delay on Choice. *J Child Psychol Psychiatry*. 1992;33(2):387–98.
49. Coghill DR, Seth S, Matthews K. A comprehensive assessment of memory, delay aversion, timing, inhibition, decision making and variability in attention deficit hyperactivity disorder: Advancing beyond the three-pathway models. *Psychol Med*. 2014;44(9):1989–2001.
50. Hoogman M, Bralten J, Hibar DP, Mennes M, Zwiers MP, Schweren LSJ, et al. Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2017;4(4):310–9.
51. Hoogman M, Muetzel R, Guimaraes JP, Shumskaya E, Mennes M, Zwiers MP, et al. Brain imaging of the cortex in ADHD: A coordinated analysis of large-scale clinical and population-based samples. *Am J Psychiatry*. 2019;176(7):531–42.
52. Hart H, Radua J, Nakao T, Mataix-Cols D, Rubia K. Meta-analysis of functional magnetic resonance imaging studies of inhibition and attention in attention-deficit/hyperactivity disorder: Exploring task-specific, stimulant medication, and age effects. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(2):185–98.
53. Hart H, Radua J, Mataix-Cols D, Rubia K. Meta-analysis of fMRI studies of timing in attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Neurosci Biobehav Rev* [Internet]. 2012;36(10):2248–56. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2012.08.003>
54. Cortese S. The neurobiology and genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity

- Disorder (ADHD): What every clinician should know. *Eur J Paediatr Neurol* [Internet]. 2012;16(5):422–33. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejpn.2012.01.009>
55. K roğlu E. DSM-5 Tanı  l utleri Başvuru El Kitabı. 2018.
 56. Sousa ADF De, Coimbra IM, Castanho JM, Polanczyk G V, Coimbra IM, Rohde LA. Attention deficit hyperactivity disorder. In: JM Rey’s IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2020; 2020. p. 1–28.
 57. Connor DF. Preschool attention deficit hyperactivity disorder: A review of prevalence, diagnosis, neurobiology, and stimulant treatment. *J Dev Behav Pediatr*. 2002;23(1 SUPPL.):1–9.
 58. Danielson ML, Bitsko RH, Ghandour RM, Holbrook JR, Kogan MD, Blumberg SJ. Prevalence of Parent-Reported ADHD Diagnosis and Associated Treatment Among U.S. Children and Adolescents, 2016. *J Clin Child Adolesc Psychol* [Internet]. 2018;47(2):199–212. Available from: <https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1417860>
 59. Danielson ML, Visser SN, Gleason MM, Peacock G, Claussen AH, Blumberg SJ. A National Profile of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Diagnosis and Treatment among US Children Aged 2 to 5 Years. *J Dev Behav Pediatr*. 2017;38(7):455–64.
 60. De Wolfe NA, Byrne JM, Bawden HN. ADHD in preschool children: Parent-rated psychosocial correlates. *Dev Med Child Neurol*. 2000;42(12):825–30.
 61. Lahey BB, Pelham WE, Loney J, Lee SS, Willcutt E. Instability of the DSM-IV Subtypes of ADHD From Preschool Through Elementary School. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2005 Aug 1;62(8):896. Available from: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpsyc.62.8.896>
 62. Budagova G. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. In:  ocuk ve

Ergen Psikiyatrisi, Güncel Yaklaşımlar ve Temel Kavramlar. 2020. p. 284.

63. Riddle MA, Yershova K, Lazzaretto D, Paykina N, Yenokyan G, Greenhill L, et al. The preschool attention-deficit/hyperactivity disorder treatment study (PATS) 6-year follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52(3).
64. O'Neill S, Rajendran K, Mahbubani SM, Halperin JM. Preschool Predictors of ADHD Symptoms and Impairment During Childhood and Adolescence. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19(12).
65. Sonuga-Barke EJS, Taylor E. ADHD and hyperkinetic disorder. In: Thapar A, Pine DS, Leckman JF, Scott S, Snowling MJ, Taylor EA, editors. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, Sixth Edition*. 2015. p. 758–76.
66. Sonuga-Barke EJS, Auerbach J, Campbell SB, Daley D, Thompson M. Varieties of preschool hyperactivity: Multiple pathways from risk to disorder. *Dev Sci*. 2005;8(2):141–50.
67. Tiago C, Kravitz C. EVALUATION AND TREATMENT OF Pediatric ADHD. *Nurse Pract*. 2005;30(8).
68. Spencer TJ, Biederman J, Mick E. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Diagnosis, Lifespan, Comorbidities, and Neurobiology. *Ambul Pediatr*. 2007;7(1 SUPPL.):73–81.
69. Harpin VA. The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Arch Dis Child*. 2005;90(SUPPL. 1):2–7.
70. Thompson AL, Molina BSG, Pelham W, Gnagy EM. Risky driving in adolescents and young adults with childhood ADHD. *J Pediatr Psychol*. 2007;32(7):745–59.
71. Lee SS, Humphreys KL, Flory K, Liu R, Glass K. Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev [Internet]*. 2011;31(3):328–41. Available from:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2011.01.006>

72. Barkley RA, Anastopoulos AD, Guevremont DC, Fletcher KE. Adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: Mother-adolescent interactions, family beliefs and conflicts, and maternal psychopathology. *J Abnorm Child Psychol.* 1992;20(3):263–88.
73. Asherson P. ADHD across the lifespan. *Med (United Kingdom)* [Internet]. 2012;40(11):623–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mpmed.2012.08.007>
74. Spetie L, Arnold EL. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. In: Martin A, Volkmar FR, Bloch M, editors. *Lewis's Child And Adolescent Psychiatry.* 2018. p. 1008–65.
75. Wolraich ML, Chan E, Froehlich T, Lynch RL, Bax A, Redwine ST, et al. ADHD diagnosis and treatment guidelines: A historical perspective. *Pediatrics.* 2019;144(4).
76. Ercan ES, Amado S, Somer O, Çıkıoğlu S. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Ve Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin Bir Test Bataryası Geliştirme Çalışması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derg.* 2001;8(3):132–44.
77. LA R, JK JKB, M G, Faraone S V. *The World Federation of ADHD Guide.* ARTMED EDITORA LTDA; 2019.
78. Ercan ES, Motavallı N, Yazgan Y, Pekcanlar Akay A, Gündoğdu ÖY, editors. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. In: *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları.* 2016. p. 33–55.
79. National Collaborating Centre for Mental Health. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. Nice Guideline n° 87. *Natl Inst Heal Clin Excell* [Internet]. 2018;(September 2019):62. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29634174/>
80. Reale L, Bartoli B, Cartabia M, Zanetti M, Costantino MA, Canevini MP, et al. Comorbidity prevalence and treatment outcome in children and adolescents

with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2017;26(12):1443–57.

81. Elia J, Ambrosini P, Berrettini W. Child and Adolescent Psychiatry and ADHD characteristics: I . Concurrent co-morbidity patterns in children & adolescents. *Eat Disord*. 2008;9:1–9.
82. Sexton CC, Gelhorn HL, Bell JA, Classi PM. The Co-occurrence of Reading Disorder and ADHD: Epidemiology, Treatment, Psychosocial Impact, and Economic Burden. *J Learn Disabil*. 2012;45(6):538–64.
83. Lange SM. ADHD and Comorbid Developmental Coordination Disorder: Implications and Recommendations for School Psychologists. *Contemp Sch Psychol*. 2018;22(1):30–9.
84. Chen Q, Hartman CA, Haavik J, Harro J, Klungsøyr K, Hegvik TA, et al. Common psychiatric and metabolic comorbidity of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: A population-based cross-sectional study. *PLoS One*. 2018;13(9):1–12.
85. Bernardi S, Faraone S V., Cortese S, Kerridge BT, Pallanti S, Wang S, et al. The lifetime impact of attention deficit hyperactivity disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Psychol Med*. 2012;42(4):875–87.
86. Nazar BP, Bernardes C, Peachey G, Sergeant J, Mattos P, Treasure J. The risk of eating disorders comorbid with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord*. 2016;49(12):1045–57.
87. Bai GN, Wang YF, Yang L, Niu WY. Effectiveness of a focused, brief psychoeducation program for parents of ADHD children: Improvement of medication adherence and symptoms. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2015;11:2721–35.
88. Seixas M, Weiss M, Müller U. Systematic review of national and international guidelines on attention-deficit hyperactivity disorder. *J Psychopharmacol*. 2012;26(6):753–65.

89. Leucht S, Hierl S, Kissling W, Dold M, Davis JM. Putting the efficacy of psychiatric and general medicine medication into perspective: Review of meta-analyses. *Br J Psychiatry*. 2012;200(2):97–106.
90. Banaschewski T, Coghill D, Santosh P, Zuddas A, Asherson P, Buitelaar J, et al. Long-acting medications for the hyperkinetic disorders: A systematic review and European treatment guideline. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2006;15(8):476–95.
91. Garnock-Jones KP, Keating GM. Atomoxetine: A review of its use in attention-deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatr Drugs*. 2009;11(3):203–26.
92. Cortese S, Adamo N, Del Giovane C, Mohr-Jensen C, Hayes AJ, Carucci S, et al. Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2018;5(9):727–38. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30269-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30269-4)
93. Türk Dil Kurumu Sözlükleri [Internet]. Available from: <https://sozluk.gov.tr/>
94. Triantafyllou J, Naiditch M, Repkova K, Carretero S, Emilsson T, Bednarik R, et al. Informal care in the long-term care system. 2011;
95. Montgomery ARJ V, Gonyea JG, Hooyman NR. Caregiving and the Experience of Subjective and Objective Burden Published by: National Council on Family Relations Stable URL : <http://www.jstor.org/stable/583753> Linked references are available on JSTOR for this article : Caregiving and the Experience. 1985;34(1):19–26.
96. Sales E. Family burden and quality of life. *Qual Life Res*. 2003;12(SUPPL. 1):33–41.
97. Schene AH, Tessler RC, Gamache GM. Instruments measuring family or caregiver burden in severe mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1994;29(5):228–40.

98. Gitterman A. Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Populations. Columbia University Press; 2001. 548–582 p.
99. Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS. Caregiver burden: A clinical review. *JAMA - J Am Med Assoc.* 2014;311(10):1052–9.
100. Atagun M, Balaban O, Atagun Z, Elagoz M, Ozpolat A. Caregiver Burden in Chronic Diseases. *Psikiyatr Guncel Yaklasimler - Curr Approaches Psychiatry.* 2011;3(3):513.
101. Dunkin JJ, Anderson-hanley C. guidelines for assessment and intervention Dementia caregiver burden. *Neurology.* 1998;51(1):S53–60.
102. Schulz R, Newsom J, Mittelmark M, Burton L, Hirsch C, Jackson S. Health effects of caregiving: The caregiver health effects study: An ancillary study of the cardiovascular health study. *Ann Behav Med.* 1997;19(2):110–6.
103. Kiecolt-Glaser JK, Glaser R, Gravenstein S, Malarkey WB, Sheridan J. Chronic stress alters the immune response to influenza virus vaccine in older adults. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 1996;93(7):3043–7.
104. Kiecolt-Glaser JK, Marucha PT, Mercado AM, Malarkey WB, Glaser R. Slowing of wound healing by psychological stress. *Lancet.* 1995;346(8984):1194–6.
105. Happe S, Berger K. The association between caregiver burden and sleep disturbances in partners of patients with Parkinson’s disease. *Age Ageing.* 2002;31(5):349–54.
106. Ho SC, Chan A, Woo J, Chong P, Sham A. Impact of caregiving on health and quality of life: A comparative population-based study of caregivers for elderly persons and noncaregivers. *Journals Gerontol - Ser A Biol Sci Med Sci.* 2009;64(8):873–9.
107. Lee S, Colditz GA, Berkman LF, Kawachi I. Caregiving and risk of coronary heart disease in U.S. women: A prospective study. *Am J Prev Med.* 2003;24(2):113–9.

108. Son J., Erno A., Shea D. G., Femia E. E., Zarit S. H. SMAP. The Caregiver Stress Process and Health Outcomes. *J Aging Health*. 2007;19(6):871–87.
109. Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality: The caregiver health effects study. *J Am Med Assoc*. 1999;282(23):2215–9.
110. Özdemir Ç, Yüku İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri B, Nur ÇEVİK ÖZDEMİR H, Gör A, Şenol S, Sağlık Bilimleri Üniversitesi A, et al. Bakım Yüku Değerlendirme Ölçeklerine Sistemik Bir Bakış A Systematic Overview of Care Burden Assessment Scales. *Fakültesi Derg*. 2019;4(2):61–8.
111. Higginson IJ, Gao W, Jackson D, Murray J, Harding R. Short-form Zarit Caregiver Burden Interviews were valid in advanced conditions. *J Clin Epidemiol*. 2010;63(5):535–42.
112. İnci FH. Bakım Verme Yüku Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik Ve Güvenilirliği. 2006.
113. Özlü A, Yıldız M, Aker T. Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinin Şizofreni Hasta Yakınlarında Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2009;46:38–42.
114. Schene AH, Tessler RC, Gamache GM. Caregiving in severe mental illness: conceptualisation and measurement. In: Knudsen HC, Thornicroft G, editors. *Mental Health Service Evaluation*. Cambridge Press; 1996.
115. Awad AG, Voruganti LNP. The Burden of Schizophrenia A Review. *Pharmacoeconomics*. 2008;26(2):149–62.
116. Arslantaş H, Adana F. Şizofreninin Bakım Verenlere Yüku. *Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar* [Internet]. 2011;3(2):251–77. Available from: <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/pskguncel/article/view/5000076368>
117. Knapp M, Mangalore R, Simon J. The global costs of Schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2004;30(2):279–93.
118. Inogbo CF, Olotu SO, James BO, Nna EO. Burden of care amongst caregivers

- who are first degree relatives of patients with schizophrenia. *Pan Afr Med J*. 2017;28:1–10.
119. Yu Y, Tang B wei, Liu Z wei, Chen Y mei, Zhang X yu, Xiao S. Who cares for the schizophrenia individuals in rural China — A profile of primary family caregivers. *Compr Psychiatry*. 2018;84:47–53.
 120. Magliano L, Marasco C, Fiorillo A, Malangone C, Guarneri M, Maj M. The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;106(4):291–8.
 121. Wolthaus JED, Dingemans PMAJ, Schene AH, Linszen DH, Wiersma D, Van Den Bosch RJ, et al. Caregiver burden in recent-onset schizophrenia and spectrum disorders: The influence of symptoms and personality traits. *J Nerv Ment Dis*. 2002;190(4):241–7.
 122. Dyck DG, Short R, Vitaliano PP. Predictors of burden and infectious illness in schizophrenia caregivers. *Psychosom Med*. 1999;61(4):411–9.
 123. Perlick DA, Rosenheck RR, Clarkin JF, Raue P, Sirey J. Impact of Family Burden and Patient Symptom Status on Clinical Outcome in Bipolar Affective Disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2001;189(1):31–7.
 124. Zergaw A, Hailemariam D, Alem A, Kebede D. A longitudinal comparative analysis of economic and family caregiver burden due to bipolar disorder. *Afr J Psychiatry*. 2008;11(Agust):191–8.
 125. Öztürk MO, Uluşahin NA. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 2015.
 126. Cicek E, Cicek IE, Kayhan F, Uguz F, Kaya N. Quality of life, family burden and associated factors in relatives with obsessive-compulsive disorder. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 2013;35(3):253–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2013.01.004>
 127. Wu MS, Hamblin R, Nadeau J, Simmons J, Smith A, Wilson M, et al. Quality of life and burden in caregivers of youth with obsessive-compulsive disorder presenting for intensive treatment. *Compr Psychiatry* [Internet]. 2018;80:46–

56. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.08.005>

128. Yıldırım Sarı H. Zihinsel engelli çocuğu olan ailelerde aile yüklenmesi [Family burden on families of children with intellectual disability caring]. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Derg* [Internet]. 2007;11(2):1–7. Available from: <http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/1612.pdf>
129. Shanthi C, Sireesha S, Kuna SR. A Cross Sectional Study of Caregiver Burden and Psychiatric Morbidity in Primary Caregivers of Mentally Retarded Subjects. *Sch J Appl Med Sci*. 2015;3(3C):1199–205.
130. Schieve LA, Blumberg SJ, Rice C, Visser SN, Boyle C. The relationship between autism and parenting stress. *Pediatrics*. 2007;119(SUPPL. 1).
131. Pandey S, Sharma C. Perceived Burden in Caregivers of Children with Autism Spectrum Disorder in Kathmandu Valley. *J Nepal Health Res Council*. 2018;16(2):184–9.
132. Cussen A, Sciberras E, Ukoumunne OC, Efron D. Relationship between symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and family functioning: A community-based study. *Eur J Pediatr*. 2012;171(2):271–80.
133. Kvist AP, Nielsen HS, Simonsen M. The importance of children’s ADHD for parents’ relationship stability and labor supply. *Soc Sci Med* [Internet]. 2013;88:30–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.04.001>
134. Sikirica V, Flood E, Dietrich CN, Quintero J, Harpin V, Hodgkins P, et al. Unmet Needs Associated with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Eight European Countries as Reported by Caregivers and Adolescents: Results from Qualitative Research. *Patient* [Internet]. 2015;8(3):269–81. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s40271-014-0083-y>
135. Theule J, Wiener J, Tannock R, Jenkins JM. Parenting Stress in Families of Children With ADHD: A Meta-Analysis. *J Emot Behav Disord*. 2013;21(1):3–17.

136. Peasgood T, Bhardwaj A, Brazier JE, Biggs K, Coghill D, Daley D, et al. What Is the Health and Well-Being Burden for Parents Living With a Child With ADHD in the United Kingdom? *J Atten Disord*. 2020;
137. Wymbs BT, Pelham WE, Jr, Molina BS, Gnagy EM, Wilson TK, Greenhouse JB. Rate and predictors of divorce among parents of youths with ADHD. *J Consult Clin Psychol*. 2008;76(5):735–744.
138. Steven H Zarit JMZ. The memory and behavior problems checklist and the burden interview. 1983.
139. İnci FH, Müyesser E. Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenilirliği. *J Anatolia Nurs Heal Sci*. 2008;11(4):85–95.
140. Keith Conners C, Sitarenios G, Parker JDA, Epstein JN. The revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R): Factor structure, reliability, and criterion validity. *J Abnorm Child Psychol*. 1998;26(4):257–68.
141. Kaner S, Büyüköztürk Ş, İşeri E, Özaydin L. Conners Anababa Dereceleme Ölçeği Yenilenmiş Uzun Formu: Faktör Yapısı, Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derg*. 2006;18(1):45–58.
142. CADDRA. Canadian ADHD Practice Guidelines (CAP-Guidelines), Third edition [Internet]. Canadian ADHD Resource Alliance. 2011. Available from www.caddra.ca. Available from: <http://www.caddra.ca/pdfs/caddraGuidelines2011.pdf>
143. Tarakçıoğlu MC, Çakın Memik N, Olgun NN, Aydemir Ö, Weiss MD. Turkish validity and reliability study of the Weiss Functional Impairment Rating Scale-Parent Report. *ADHD Atten Deficit Hyperact Disord*. 2015;7(2):129–39.
144. Ünal F, Öktem F, Çuhadaroğlu FÇ, Kültür SEÇ, Akdemir D, Özdemir DF, et al. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli – DSM – 5 Kasım 2016 – Türkçe Uyarlamasının (ÇDŞG – ŞY – DSM – 5 – T) Geçerlik ve Güvenirliği.

2019;30(1):42–50.

145. Anastopoulos AD, Sommer JL, Schatz NK. ADHD and family functioning. *Curr Atten Disord Reports*. 2009;1(4):167–70.
146. Riley AW, Lyman LM, Spiel G, Döpfner M, Lorenzo MJ, Ralston SJ, et al. The Family Strain Index (FSI). Reliability, validity, and factor structure of a brief questionnaire for families of children with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2006;15(SUPPL. 1):72–8.
147. Adeosun I, Ogun O, Adegbohun A, Ijarogbe G, Fatiregun O. The Burden on Caregivers of Children with Attention-deficit Hyperactivity Disorder in Lagos Nigeria: Prevalence and Correlates. *J Educ Soc Behav Sci*. 2017;22(1):1–7.
148. Al Balushi N, Al Shukaili M, AL Adawi S. Burden for Caregivers of Children with Attention-deficit/Hyperactivity Disorder in Oman. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2017;41(S1):S120–1. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.1914>
149. May T, Adesina I, McGillivray J, Rinehart NJ. Sex differences in neurodevelopmental disorders. 2019;32(4):622–6.
150. Carballo JJ, García-Nieto R, Álvarez-García R, Caro-Cañizares I, López-Castromán J, Muñoz-Lorenzo L, et al. Sibship size, birth order, family structure and childhood mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013;48(8):1327–33.
151. Evrense A, Alparslan S, Yorbik Ö. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanılı çocuklarda doğum sırası. *Anadolu Psikiyat Derg*. 2015;16(1):69–73.
152. Navaie-Waliser M, Spriggs A, Feldman PH. Informal caregiving: differential experiences by gender. *Med Care*. 2002;40(12):1249–59.
153. Sciberras E, Fulton M, Efron D, Oberklaid F, Hiscock H. Managing sleep problems in school aged children with ADHD: A pilot randomised controlled trial. *Sleep Med*. 2011;12(9):932–5.

154. Lycett K, Mensah FK, Hiscock H, Sciberras E. A prospective study of sleep problems in children with ADHD. *Sleep Med.* 2014;15(11):1354–61.
155. Sulkers E, Tissing WJE, Brinksma A, Roodbol PF, Kamps WA, Stewart RE, et al. Providing care to a child with cancer: A longitudinal study on the course, predictors, and impact of caregiving stress during the first year after diagnosis. *Psychooncology.* 2015;24(3):318–24.
156. Tramonti F, Bongioanni P, Leotta R, Puppi I. Age , gender , kinship and caregiver burden in amyotrophic lateral sclerosis. *Psychol Health Med* [Internet]. 2015;20(1):39–44. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/13548506.2014.892627>
157. Tzang R, Chang Y, Liu S. The association between children ’ s ADHD subtype and parenting stress and parental symptoms. 2009;1501.
158. Miranda A, Marco R, Grau D. Parenting Stress in Families of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: The Impact of ADHD Subtype and Oppositional Defiant Disorder Comorbidity. *Adv Learn Behav Disabil.* 2007;20(07):139–62.
159. Sonuga-barke E, Taylor E. European clinical guidelines for hyperkinetic disorder – first upgrade. 2004;30.
160. Lai ST, Tan WY, Wo MCM, Lim KS, Ahmad SB, Tan CT. Burden in caregivers of adults with epilepsy in Asian families. *Seizure* [Internet]. 2019;71(April):132–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2019.07.008>
161. Woo K-H, Rhee K-O, Choi S-J. Korean primary caregivers’ perceptions about secondary caregivers of demented elderly: Are secondary caregivers source of support or stress? *Geriatr Gerontol Int.* 2004;4(s1):S101–3.
162. Schulz R, Beach SR, Cook TB, Martire LM, Tomlinson JM, Monin JK. Predictors and consequences of perceived lack of choice in becoming an informal caregiver. *Aging Ment Heal.* 2012;16(6):712–21.

163. Saunders MM. Factors associated with caregiver burden in heart failure family caregivers. *West J Nurs Res.* 2008;30(8):943–59.
164. Rafiyah I, Kp S, Prof A, Sutharangsee W. Review: Burden on Family Caregivers Caring for Patients with Schizophrenia and Its Related Factors. *Nurse Media J Nurs.* 2011;1(1):29–41.
165. Jo C. Cost-of-illness studies: concepts, scopes, and methods. *Clin Mol Hepatol.* 2014;20(4):327–37.
166. Zhao X, Page TF, Altszuler AR, Pelham WE, Kipp H, Gnagy EM, et al. Family Burden of Raising a Child with ADHD. *J Abnorm Child Psychol.* 2019;47(8):1327–38.
167. Guilherme Polanczyk MD, Maurício Silva de Lima MD, Ph.D., Bernardo Lessa Horta MD, Ph.D., Joseph Biederman MD, et al. The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. *Am J Psychiatry.* 2007;164(6):942–948.
168. Dupaul GJ, Gormley MJ, Laracy SD. Comorbidity of LD and ADHD : Implications of DSM-5 for Assessment and Treatment. 2013;
169. Thompson T, Lloyd A, Joseph A, Weiss M, Lloyd A. The Weiss Functional Impairment Rating Scale-Parent Form for assessing ADHD : evaluating diagnostic accuracy and determining optimal thresholds using ROC analysis. *Qual Life Res.* 2017;26(7):1879–85.
170. Lecendreux M, Johnson M, Coghill D. Health-Related Quality of Life and Functional Outcomes from a Randomized , Controlled Study of Lisdexamfetamine Dimesylate in Children and Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. 2013;829–40.
171. Coghill DR, Banaschewski T, Lecendreux M, Zuddas A, Dittmann RW, Otero IH, et al. Efficacy of lisdexamfetamine dimesylate throughout the day in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: Results from a randomized, controlled trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry.*

2014;23(2):61–8.

172. Mostafavi M, Areshtanab H, Ebrahimi H, Vahidi M, Amiri S, Norouzi S. Caregiver burden and related factors in Iranian mothers of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Nurs Midwifery Stud.* 2020;9(3):149–56.
173. Stagg B, Larner AJ. Zarit Burden Interview: Pragmatic study in a dedicated cognitive function clinic. *Prog Neurol Psychiatry.* 2015;19(4):23–7.
174. Alnakhli ZJ. Assessment of Burden on Caregivers of Children with Attention DeficitHyperactivity Disorder in Al-Madinah Saudi Arabia Assessment of Burden on Caregivers of Children with Attention Deficit- Hyperactivity Disorder in Al-Madinah , Saudi Arabia. 2020;(November).
175. Yıldırım S. Caregiver burden in chronic mental illness: a systematic review. *J Psychiatr Nurs.* 2017;165–71.
176. Gülseren L, Cam B, Karakoç B, Yiğit T, Danaci AE, Cubukçuoğlu Z, et al. [The perceived burden of care and its correlates in schizophrenia]. *Turk Psikiyatri Derg.* 2010;21(3):203–12.
177. Magaña SM, Ramírez García JI, Hernández MG, Cortez R. Psychological Distress Among Latino Family Caregivers of Adults With Schizophrenia: The Roles of Burden and Stigma. *Psychiatr Serv [Internet].* 2007 Mar;58(3):378–84. Available from: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ps.2007.58.3.378>
178. Dada MU, Okewole NO, Ogun OC, Bello-Mojeed MA. Factors associated with caregiver burden in a child and adolescent psychiatric facility in Lagos, Nigeria: A descriptive cross sectional study. *BMC Pediatr.* 2011;11.
179. Rockhill C, Violette H, Stoep A Vander, Grover S, Myers K. Caregivers' distress: Youth with attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid disorders assessed via telemental health. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2013;23(6):379–85.

180. Tramonti F, Bonfiglio L, Di Bernardo C, Ulivi C, Virgillito A, Rossi B, et al. Family functioning in severe brain injuries: Correlations with caregivers burden, perceived social support and quality of life. *Psychol Heal Med*. 2015;20(8):933–9.
181. Perlick DA, Rosenheck RA, Kaczynski R, Swartz MS, Cañive JM, Lieberman JA. Components and correlates of family burden in schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2006;57(8):1117–25.
182. Peñuelas-Calvo, I., Palomar-Ciria N, Porras-Segovia A, Miguélez-Fernández C, Baltasar-Tello I, Perez- Colmenero S, et al. Impact of ADHD symptoms on family functioning , family burden and parents ' quality of life in a hospital area in Spain. *Eur J Psychiatry*. 2021;35(3):166–72.

EKLER

BİLGİ FORMU

1. Çocuğun adı soyadı:
2. Çocuğun cinsiyeti:
3. Çocuğun doğum tarihi:
4. Çocuğun sınıfı:
5. Çocuğun vücut ağırlığı:
6. Araştırmaya katılan bakımveren:
 - a. Annesi
 - b. Babası
 - c. Koruyucu ebeveyn:.....
7. Aile yapısı:
 - a. çekirdek aile (sadece anne-baba-çocuklar)
 - b. geniş aile (anne, baba çocuk dışında anneanne, babaanne veya dede vb)
 - c. eşler boşanmış/ayrı yaşıyor
 - d. anne babadan birisi ya da ikisi ölmüş
8. Toplam çocuk sayısı
 - a. 1
 - b. 2
 - c. 3
 - d. >3
9. Katılımcı çocuk ailenin kaçınıcı çocuğu :
 - a. İlk çocuk
 - b. Son çocuk
 - c. Ortanca çocuk
10. Çocuğun annesinin yaşı:
11. Çocuğun annesinin öğrenim durumu:
 - a. İlköğretim
 - b. Lise
 - c. Üniversite veya üzeri
12. Annesinin çalışma durumu:
 - a. Tam zamanlı, düzenli çalışma
 - b. Yarı zamanlı/düzensiz veya evden çalışma
 - c. Emekli/İşsiz/Çalışmıyor
13. Çocuğun babasının yaşı:
14. Çocuğun babasının öğrenim durumu:
 - a. İlköğretim
 - b. Lise
 - c. Üniversite veya üzeri
15. Babasının çalışma durumu:
 - a. Tam zamanlı, düzenli çalışma
 - b. Yarı zamanlı/düzensiz veya evden çalışma
 - c. Emekli/İşsiz/Çalışmıyor
16. Ailenin ortalama aylık geliri
 - a. 2825 TL veya altı
 - b. 2825 -5650 TL
 - c. 5650 TL ve üzeri
17. Evde yaşayan kişi sayısı:

18. Yaşam yeri
a. Köy/belde
b. İlçe
c. Şehir merkezi
19. Bakımveren ebeveynde tanı konmuş ruhsal bozukluk
a. Yok
b. Geçmişte var.
c. Halen var.
20. Evde yaşayan diğer aile üyelerinde tanı konmuş ruhsal bozukluk
a. Var
b. Yok
21. Bakımveren ebeveynde düzenli kontrol ve tedavi gerektiren kronik tıbbi hastalık
a. Var
b. Yok
22. Evde yaşayan diğer aile üyelerinde düzenli kontrol ve tedavi gerektiren kronik tıbbi hastalık
a. Var
b. Yok
23. DEHB tanısı almış başka çocuğun varlığı
a. Var
b. Yok
24. Çocuğun DEHB tanısı aldığı yaş:
25. Çocuğun DEHB tedavisine başlandığı yaş:
26. Bakım verme konusunda yardım eden yakınların (eş/ akraba) varlığı
a. Var
b. Yok
27. Evde ücret karşılığı çalışan yardımcının varlığı
a. Var
b. Yok
28. Günde ortalama çocukla birlikte geçirilen saat:
29. Ödev yaptırmak, oyun oynamak, sorunlarını çözmek gibi nedenlerle birebir çocukla ilgilenmek gereken günlük ortalama saat:
30. Son bir ay içinde çocuğun Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğundan kaynaklanan nedenler veya tedavisi için işe gidilemeyen/erken çıkılan/geç gidilen gün sayısı?
.....(Çalışmayan ebeveynler için doldurulmayacaktır)
31. Çocuğun Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğundan kaynaklanan nedenler veya tedavisi için iş değişikliği yapma
a. Var
b. Yok
32. Çocuğun Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğundan kaynaklanan nedenler veya tedavisi için çalışma saatlerinde değişiklik yapma
a. Var
b. Yok

33. Çocuk özel eğitim veya destek eğitimi alıyor mu?

- a. Evet
- b. Hayır

34. Çocuk özel ders/ kurs alıyor mu?

- a. Evet
- b. Hayır

35. Çocuk için standard tedavi dışında bir psikolog, psikolojik danışman, eğitim koçu vb. başka bir profesyonelden yardım alınıyor mu?

- a. Evet
- b. Hayır

36. Çocuk için alternatif tedavi yöntemleri uygulanıyor mu?

- a. Evet
- b. Hayır

37. Çocuk için özel diyet/ diyet kısıtlaması uygulanıyor mu?

- a. Evet
- b. Hayır

38. Çocuk için vitamin veya takviye edici gıdalar kullanılıyor mu?

- a. Evet
- b. Hayır

39. Çocuğun Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğundan kaynaklanan nedenler veya tedavisi için ek harcama gereği:

- a. Evet, ayda ortalamaTL
- b. Hayır, gerekmiyor

40. Çocuğun kullandığı ilaçlar:

41. Çocuğun adet/ölçek olarak günde kullandığı ilaç sayısı:

42. Çocuğun günde kaç kez ilaç aldığı:

43. Son bir aylık dönemde doktor önerisi dışında çocuğa ilaç verilmeyen/verilmesinin unutulduğu gün sayısı:

44. Çocuğun ilaçlarının ebeveyn tarafından verilme/ kontrol edilme sıklığı:

- a. Asla
- b. Bazen
- c. Sıklıkla
- d. Her zaman

45. Çocuğun ev ödevlerinin ebeveynle birlikte yapılma/ kontrol edilme sıklığı:

- a. Asla
- b. Bazen
- c. Sıklıkla
- d. Her zaman

YENİLENMİŞ CONNERS EBEVEYN DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (3-17 YAŞ)

Çocuğun adı -----			Cinsiyeti: K E (daire içine alınız)	
Doğum tarihi -----		Yaşı:	Sınıfı:	
Ay	Gün	Yıl		
Anne ya da Babanın Adı:-----			Bugünün Tarihi : -----	
			Ay	Gün Yıl

Yönerge: Aşağıda çocukların yaşadıkları yaygın pek çok sorun vardır. Lütfen her bir maddeyi, çocuğunuzun son bir ay içerisindeki davranışlarına göre derecelendiriniz .Her bir madde için kendinize 'Son bir ay içinde bu sorunun ne kadar görüldüğü' sorusunu sorunuz ve her madde için en uygun yanıtı yuvarlak içine alınız. Eğer o davranış hiçbir zaman görülüyorsa ya da çok seyrek, nadiren görülüyorsa 0'ı işaretleyiniz. Eğer çok sık görülüyorsa 3 ü işaretleyiniz. Bu ikisi arasında kalan derecelendirmeler için 1'i ya da 2'yi işaretleyiniz. Lütfen bütün maddeleri yanıtlayınız.

		HİÇ DOĞRU DEĞİL (Hiçbir zaman, nadiren)	BİRAZ DOĞRU (Bazen)	OLDUKÇA DOĞRU (Çoğu kez, Sık sık)	ÇOK DOĞRU (Pek çok kez, Çok sık sık)
1	Öfkeli ve alıngandır.	0	1	2	3
2	Ev ödevlerini yapmada ya da tamamlamada güçlük çeker	0	1	2	3
3	Sürekli hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi hareket eder.	0	1	2	3
4	Ürkektir, kolayca korkar	0	1	2	3
5	Her şey yerli yerinde olmalıdır	0	1	2	3
6	Hiç arkadaşı yoktur .	0	1	2	3
7	Karnı ağırır.	0	1	2	3
8	Kavgı eder.	0	1	2	3
9	Uzun süreli zihinsel çaba göstermeyi gerektiren görevlerden (okul çalışmaları ya da ev ödevleri gibi) kaçınır, isteksizlik gösterir ya da yapmakta zorlanır.	0	1	2	3
10	Görevlerde ya da oyun etkinliklerinde dikkatini sürdürmede güçlük çeker.	0	1	2	3
11	Yetişkinlerle tartışır.	0	1	2	3
12	Ödevlerini tamamlamayı başaramaz	0	1	2	3
13	Çarşıda ya da marketlerde alışveriş sırasında kontrolü zordur	0	1	2	3
14	İnsanlardan korkar	0	1	2	3
15	Bir şeyleri tekrar tekrar kontrol eder.	0	1	2	3
16	Çabuk arkadaş kaybeder	0	1	2	3
17	Ağrıları ve sızıları olur .	0	1	2	3
18	Huzursuzdur ya da aşırı hareketlidir.	0	1	2	3
19	Sınıfta dikkatini toplamada sorunu vardır.	0	1	2	3
20	Kendisine söyleneni dinlemiyor görünür.	0	1	2	3
21	Hiddetlenir.	0	1	2	3
22	Ödevlerini yaparken yakından denetlenmesi gerekir	0	1	2	3
23	Uygun olmayan ortamlarda aşırı bir şekilde koşuşturur ya da tırmanır.	0	1	2	3
24	Yeni durumlardan korkar.	0	1	2	3
25	Temizlik konusunda titizdir.	0	1	2	3
26	Nasıl arkadaş edineceğini bilemez .	0	1	2	3
27	Okula gitmeden önce ağrıları, sızıları ya da karnı ağrıları olur.	0	1	2	3
28	Kolay heyecanlanır, düşünmeden hareket eder.	0	1	2	3
29	Yönergeleri izlemez ve okul çalışmalarını, günlük ev işlerini ya da iş yerindeki görevlerini bitiremez (karşı gelme davranışından ya da yönergeleri anlamadığından değil)	0	1	2	3

- Bu proje, M.E.B. Eğitim Araştırma ve Geliştirme Dairesi tarafından desteklenmektedir.
- Copyright 1997, 2000 by Psychological Assessment Resource, Inc.
- Türkçe çeviri ve uyarlama çalışması (*) Prof. Dr. Sema Kaner, Doç. Dr. Elvan Karacan, Yrd. Doç. Dr. Şener Büyüköztürk, Aylin Ak ve Latife Özyaydan tarafından Psychological Assessment Resource, Inc. izni ile yapılmaktadır.
- *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Bölümü Öğretim Üyesi

30	Görevleri ve etkinlikleri düzenlemede güçlük çeker.	0	1	2	3
31	Sinirlidir.	0	1	2	3
32	Kıpır kıpırdır, huzursuzdur .	0	1	2	3
33	Yalnız kalmaktan korkar.	0	1	2	3
34	Her şey, her zaman aynı şekilde yapılmalıdır.	0	1	2	3
35	Arkadaşlarının evlerine çok sık davet edilmez.	0	1	2	3
36	Başı ağrır.	0	1	2	3
37	Başladığı işi bitiremez.	0	1	2	3
38	Dikkatsizdir, dikkati kolayca dağılır.	0	1	2	3
39	Çok konuşur.	0	1	2	3
40	Yetişkinlerin isteklerine açıkça karşı gelir ya da uymayı reddeder .	0	1	2	3
41	Ayrıntılara dikkatini veremez ya da okul çalışmalarında iş ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.	0	1	2	3
42	Sırada beklemekte ya da oyunlarda ve grup etkinliklerinde sıranın kendisine gelmesini beklemekte güçlüğü vardır.	0	1	2	3
43	Pek çok korkuları vardır.	0	1	2	3
44	Mutlaka gerçekleştirdiği kalıpsal davranış biçimleri vardır	0	1	2	3
45	Dikkatinin dağınıklığı ya da dikkatinin süresi sorun yaratır.	0	1	2	3
46	Hiç bir şeyi yokken hastalıktan yakınır.	0	1	2	3
47	Öfke patlamaları vardır.	0	1	2	3
48	Bir şey yapması için yönergeler verildiğinde dikkati dağılır	0	1	2	3
49	Başkalarını böler ya da zorla araya girer (örneğin başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar).	0	1	2	3
50	Günlük etkinliklerde unutkanlır.	0	1	2	3
51	Matematiği kavrayamaz	0	1	2	3
52	Yemekte lokmalar arasında koşturur durur.	0	1	2	3
53	Karanlıktan, hayvanlardan ya da böceklerden korkar.	0	1	2	3
54	Kendisi için çok yüksek hedefler koyar.	0	1	2	3
55	Elleri ayakları hiç durmaz ya da oturduğu yerde kıpır kıpırdır.	0	1	2	3
56	Dikkat süresi kısadır.	0	1	2	3
57	Alıngandır ya da başkaları tarafından kolayca kızdırılır.	0	1	2	3
58	Özensiz bir el yazısı vardır.	0	1	2	3
59	Sakin bir biçimde oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker.	0	1	2	3
60	Utangaçtır, çekiniktir.	0	1	2	3
61	Kendi hataları ya da yanlış davranışları nedeniyle başkalarını suçlar	0	1	2	3
62	Yerinde duramaz.	0	1	2	3
63	Evde ya da okulda dağınık ya da düzensizdir	0	1	2	3
64	Bir başkası ona ait şeyleri yeniden düzenlerse bundan rahatsız olur.	0	1	2	3
65	Anne babasına ya da diğer yetişkinlere yapışır	0	1	2	3
66	Diğer çocukları rahatsız eder.	0	1	2	3
67	Başkalarını kızdıran şeyleri kasıtlı olarak yapar.	0	1	2	3
68	İstekleri hemen karşılanmalıdır-kolayca sinirlenir.	0	1	2	3
69	Yalnızca gerçekten ilgi duyduğu şeylere dikkatini verir	0	1	2	3
70	Kinlidir ya da öç almak ister.	0	1	2	3
71	Görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örneğin okul ödevleri, kalemler, kitaplar, araç gereçler ya da oyuncaklar)	0	1	2	3
72	Başkalarıyla kıyaslandığında kendini küçük görür.	0	1	2	3
73	Çoğu zaman yorgun ya da bitkin görünür	0	1	2	3
74	İmlası zayıftır.	0	1	2	3
75	Sık sık ve kolayca ağlar.	0	1	2	3
76	Sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda yerinden kalkar.	0	1	2	3
77	Ruh hali ani ve çarpıcı bir şekilde değişir	0	1	2	3
78	Çabalamaktan çabuk vazgeçer	0	1	2	3
79	Dışsal uyaranlarla dikkati kolayca dağılır.	0	1	2	3
80	Sorunun tamamlanmasını beklemeden cevabı yapıştırır	0	1	2	3

WEISS İŞLEVSELLİKTE BOZULMA ÖLÇEĞİ EBEVEYN FORMU (WİBÖ-E)

Çocuğun adı:

Tarih:

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık	Çok sık	Uygun değil
A	AİLE					
1	Kardeşleri ile sorunlar yaşaması					
2	Anne baba arasında sorunlara neden olması					
3	Çocuğun açtığı sorunlarla uğraşmaktan aile üyelerinin yapacağı iş ya da etkinliklere yeterince zaman ayıramaması					
4	Ailede kavga ya da tartışma çıkmasına neden olması					
5	Aileyi dostlarından ve sosyal etkinliklerden uzaklaştırması					
6	Ailenin eğlenceli vakit geçirmesini zorlaştırması					
7	Anne babalık yapmanızı (ebeveynlik görevlerinizi yerine getirmeyi) zorlaştırması					
8	Aile üyelerinin her birine eşit zaman, ilgi dikkat vermenizi zorlaştırması					
9	Başkalarını kendisine vurması ya da bağırması için kışkırtması					
10	Çocuğunuzun yaşadığı sorunlar nedeniyle daha fazla para harcamak zorunda kalmanız					
B	OKUL					
	Öğrenme					
1	Okulda derslere yetişmekte zorluk çekmesi					
2	Okulda derslerle ilgili fazladan yardıma ihtiyaç duyması					
3	Özel derse ihtiyaç duyması					
4	Beceri düzeyinin altında notlar alması					
	Davranış					
1	Sınıfta öğretilene sorun çıkarması					
2	Sınıfta ceza alması ya da sınıftan çıkarılması					
3	Okul bahçesinde (arkadaş, öğretmen, görevli gibi kişilerle) sorun yaşaması					
4	Tenefüse çıkmama ya da eve geç gitme cezası alması					
5	Okuldan uzaklaştırılması ya da atılması					
6	Derse girmemesi ya da okula geç kalması					
C	YAŞAM BECERİLERİ					
1	Televizyon, bilgisayar ya da video oyunlarını aşırı kullanması					
2	Temizlik, diş fırçalama, saç tarama, yıkanma gibi işlerde sorun yaşaması					
3	Okula hazırlanmakla ilgili sorunlarının olması					

4	Yatmaya hazırlanmakla ilgili sorunlarının olması					
		Hiçbir zaman	Bazen	Sık	Çok sık	Uygun değil
5	Yemek yemeyle ilgili sorunlarının olması					
6	Uykuyla ilgili sorunlarının olması					
7	Yaralanır ya da bir yerini incitir					
8	Egzersizden (spor etkinliklerinden) kaçınır					
9	Doktora (tıbbi yardıma) ihtiyacının olması					
10	İlaç içmek, iğne olmak ya da doktora/diş hekimine gitmekle ilgili sıkıntı yaşamaması					
D	ÇOCUĞUN BENLİK ALGISİ					
1	Çocuğum kendisi hakkında olumsuz duygulara sahip					
2	Çocuğum yeteri kadar eğlenemiyor					
3	Çocuğum hayatından memnun değil					
E	SOSYAL ETKİNLİKLER					
1	Diğer çocukların çocuğuna sataşması ya da kabadayılık taslaması					
2	Çocuğun diğer çocuklara sataşması ya da onlara kabadayılık taslaması					
3	Diğer çocuklarla geçinememesi					
4	Okul sonrası etkinliklerine (spor, müzik, kulüpler gibi) katılmakla ilgili sorunlar					
5	Arkadaş edinmekle ilgili sorunlar					
6	Arkadaşlıklarını sürdürmekle ilgili sorunlar					
7	Arkadaş toplantıları ile ilgili sorunlar (davet edilmeme, davetlere gitmeme, davetlerde uygunsuz davranma)					
F	RİSKLİ EYLEMLER					
1	Kolayca diğer çocuklara uyması ya da diğer çocuklardan baskı görmesi					
2	Eşyaları kırması ya da zarar vermesi					
3	Kanun dışı şeyler yapması					
4	Polis ile başının derde girmesi					
5	Sigara içmesi					
6	Yasadışı madde kullanması					
7	Tehlikeli şeyler yapması					
8	Başkalarını yaralaması					
9	Acımasız ya da uygunsuz şeyler söylemesi					
10	Cinsel olarak uygun olmayan davranışlarda bulunması					

BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE ÇEVİRİSİ

Açıklama: Aşağıda insanların bir başkasına bakım verirken hissettiklerini yansıtan ifadeler bulunmaktadır. Her bir sorudan sonra sizin bu duyguları hiçbir zaman, nadiren, bazen, oldukça sık ve hemen her zaman olmak üzere hangi sıklıkla yaşadığınızı gösteren ifadeler yer almaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
2. Yakınınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
3. Yakınınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
7. Geleceğin yakınınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
10. Yakınınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
11. Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

12. Yakınınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
16. Yakınınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
20. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
22. Yakınınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?
0 Hiç 1 Biraz 2 Orta 3 Oldukça 4 Aşırı