

Klinik Bir Çocuk-Ergen Örnekleminde Dehb İlişkili Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Evaluation of ADHD Related Quality of Life in a Clinical Sample of Children and Adolescents

Fahri ÇELEBİ¹, Dilek ÜNAL²

1. Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çoc. Hastalıkları Eğt. ve Arş. Hast., Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı, İstanbul, Türkiye, (Uzm. Dr.)
2. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Ankara, Türkiye, (Dr. Öğr. Üyesi)

ÖZET

Amaç: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu(DEHB), çocuk ve ergenlerde işlevselliği bozan ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilen bir bozukluktur. Çalışmamızda, DEHB'nin yaşam kalitesi üzerine etkisini ve DEHB'li çocuk ve ergenlerde yaşam kalitesini etkileyen değişkenleri araştırmak amaçlanmıştır.

Gereçler ve Yöntem: Çalışmamıza DEHB tanısı konulan 8-18 yaş aralığında 49 olgu dahil edilmiştir. DEHB tanısı klinik görüşme ile DSM-5 tanı ölçütlerine göre konulmuş ve DEHB tanısı alan olgulara Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) uygulanarak DEHB alt tipleri ve diğer eş tanılar belirlenmiştir. Çocuk ve ergenlerde yaşam kalitesini değerlendirmek için DEHB yaşam kalitesi ölçeği(DEHB YKÖ) uygulanmış ve DEHB belirtileri Conners' Anne Baba Derecelendirme Ölçeği(CADÖ) ile değerlendirilmiştir. Sosyoekonomik düzey (SED) ilk klinik görüşmede klinisyen tarafından Hollingshead-Redlich Ölçeği kullanılarak belirlenmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan 49 hastanın (12 kız/37 erkek), ortalama yaşı 11.15 (Min:8, Max:14.5, SD:1.53) olarak saptanmıştır. CADÖ toplam puanı ortalaması 44.59 (SD:18.8), DEHB YKÖ Ev toplam puanı ortalaması 57.51 (SD:15.49) ve DEHB YKÖ Okul toplam puanı ortalaması 57.97 (SD:14.51) olarak bulunmuştur. Cinsiyet, yaş, SED, DEHB alt tipi, DEHB belirti şiddeti ve psikiyatrik eş tanı ile DEHB yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Sonuç: DEHB kronik gidişli, çocuğun günlük yaşamını olumsuz yönde etkileyen bir bozukluktur. Klinisyenlerin DEHB'li çocuk ve ergenleri değerlendirirken sadece belirti şiddeti ve klinik özellikleri değil, aynı zamanda DEHB'nin kendisinin çocuğun hayat konforu üzerine etkilerini de dikkate almaları önemlidir.

Anahtar Kelimeler: yaşam kalitesi, DEHB, çocuklar, ergenler

ABSTRACT

Objective: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a psychiatric disorder that interrupts functionality and impairs life quality. Our aim in this study is to determine the effect of ADHD related quality of life and the factors which may be related with the quality of life in children and adolescents who have ADHD.

İletişim

Sorumlu Yazar: Fahri ÇELEBİ

Adres: Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Hast. Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Kliniği, Üsküdar, İstanbul
Tel: +90 (505) 391 19 85

E-Posta: fahricelebi@yahoo.com

Makale Geliş: 11.12.2018

Makale Kabul: 14.04.2019

DOI: http://dx.doi.org/10.16948/zktipb.495103

Material and Methods: 49 children and adolescents with a diagnosis of ADHD were included in this study. ADHD diagnosis was made in the first clinical interview according to DSM-V and Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children--Present and Lifetime Version(K-SADS-PL) was administered to assess the ADHD subtypes and comorbid psychiatric diagnoses. Socioeconomic status was determined by using the Hollingshead-Redlich scale. To assess the quality of life, ADHD quality of life scale (ADHD QoL) was used. Conners' parent rating scale (CPRS) was filled by the parents of the children to investigate the severity of ADHD symptoms.

Results: The mean age of the patient group (12 girls/37 boys) was 11.15 (SD:1.53). Mean total score of the CPRS was 44.59 (SD:18.8). According to the ADHD QoL scale, total home subscale mean score was 57.51(SD:15.49) and total school subscale mean score was 57.97 (SD:14.51). No significant relationship was found between the quality of life and age, sex, symptom severity and psychiatric comorbidities.

Conclusion: ADHD is a chronic disorder which has negative impact on daily life. It is important for clinicians not only to consider the clinical conditions and symptom severity, but also the impact of ADHD on life comfort while evaluating children and adolescents with ADHD.

Keywords: quality of life, ADHD, childrens, adolescents

GİRİŞ

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) çocuk ve ergenlerin %3-12'sini etkileyen, dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtileri ile seyreden bir nörogelişimsel bozukluktur⁽¹⁻⁴⁾. Ülkemizde yapılan çalışmalarda Türk çocuklarında DEHB sıklığının diğer ülkelerle benzer olduğu gösterilmiştir⁽⁵⁾. DEHB'ye çeşitli psikiyatrik bozukluklar eşlik edebilir. DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerde psikiyatrik eş tanı sıklığının %70'in üzerinde olduğu ileri sürülmüştür⁽⁶⁻⁹⁾. DEHB'li çocuk ve ergenler sıklıkla okul başarısı, akran ilişkileri, aile içi ilişkiler ve sosyal ortamlarda çeşitli zorluklar yaşamaktadır^(10,11). Tüm bu sosyal, akademik ve duygusal aksaklıklar DEHB'li çocukların yaşamında belirgin işlev kaybına neden olmakta ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir^(1,4).

Yaşam kalitesi kişinin yaşamdaki konumunu fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevsellik açısından algılayışını ifade eder⁽¹²⁾. Psikiyatrik ve fiziksel hastalıklarda yaşam kalitesi son dönemlerde artan bir şekilde araştırmalara konu olmaktadır. Buna paralel olarak, son yıllarda DEHB'li çocuklar ve ergenlerde yaşam kalitesini ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri araştıran çalışmaların sayısı artmaktadır. DEHB'li çocuklarda DEHB olmayan

çocuklara göre yaşam kalitesinin psikososyal alan başta olmak üzere daha düşük olduğu bildirilmiş ve yaşam kalitesine etki edebileceği düşünülen çeşitli faktörler incelenmiştir (10,13-16). Yıldız ve ark. (2010) da DEHB'li çocuk ve ergenlerde DEHB'li olmayanlara göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu bildirmişler ve psikiyatrik eş tanılarının yaşam kalitesini etkileyebileceğini ileri sürmüşlerdir (1). Çocuk ve ergenlerde DEHB tedavisi ile yaşam kalitesi artışı görülmüş (4,17-20), ayrıca psikososyal işlevselliği artıracak yaklaşımların da medikal tedavi ile birlikte DEHB'li çocuklarda yaşam kalitesine olumlu etki edebileceği öngörülmüştür (10).

DEHB çocuk ve ergenlerde işlevselliği bozan ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir bozukluktur. DEHB'nin tıbbi tedavisinin yanında yaşam kalitesini etkileyen etmenlerin de değerlendirilmesinin hem çocukların hem de ailelerin işlevselliğine olumlu katkı sunabileceği düşünülmüştür. Çalışmamızda DEHB'nin yaşam kalitesi üzerine etkisini ve DEHB'li çocuk ve ergenlerde yaşam kalitesini etkileyen değişkenleri araştırmak amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmamıza Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi polikliniğine 01.10.2018 ve 31.11.2018 tarihleri arasında başvuran ve DEHB tanısı konulan 8-18 yaş aralığında 49 olgu dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen hastalar henüz DEHB tedavisi başlanmamış, kronik bir fiziksel hastalığı olmayan ve mental retardasyon, otizm spektrum bozukluğu veya psikotik bozukluk tanısı almayan hastalardan oluşmaktadır.

Çalışmaya katılmayı kabul eden çocuklar ve aileleri ile klinik görüşme yapılmış ve ölçekler uygulanmıştır. DEHB tanısı klinik görüşme ile DSM-5 tanı ölçütlerine göre konulmuş ve DEHB tanısı alan olgulara Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi şimdi ve Yaşam Boyu şekli-Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) uygulanarak DEHB alt tipleri ve diğer eş tanıları belirlenmiştir. Çocuk ve ergenlerde yaşam kalitesini değerlendirmek için DEHB yaşam kalitesi ölçeği uygulanmış ve DEHB belirtileri Conners' Anne Baba Derecelendirme Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Sosyoekonomik düzey (SED) ilk klinik görüşmede klinisyen tarafından Hollingshead-Redlich Ölçeği (21) kullanılarak belirlenmiştir (Araştırmada ,1-2 yüksek SED, 3 orta SED, 4-5 düşük SED olarak tanımlanmıştır).

Hollingshead Redlich Ölçeği: Anne ve babadan en yüksek düzeyde olanın meslek ve eğitim durumlarını esas alarak, belirli bir süre için ulaşılmış en üst düzeyi yansıtan genel bir ölçüm yapmaktadır. Ölçekte beş ayrı sosyoekonomik-sosyokültürel düzey tanımlanmıştır. En yüksek sosyoekonomik düzey 1, en düşük olan ise 5 olarak belirtilmiştir.Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T): Çocuklarda ve ergenlerde DSM-4TR kriterlerine göre psikiyatrik tanılarının değerlendirildiği

yarı yapılandırılmış bir görüşme aracıdır. Orjinal versiyonu Kauffmann ve arkadaşları (1977) (22) tarafından yapılmış olup Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Gökler ve ark. (2004) tarafından yapılmıştır (23).

DEHB Yaşam Kalitesi Ölçeği (DEHB-Y-KÖ): DEHB olan çocukların yaşam kalitesinin değerlendirilmesini amaçlar. 5'li likert tipi bir ölçektir. Bilişsel, sosyal ve psikolojik alt boyutları vardır. Bunlar ev ve okul için ayrı hesaplanır. Ölçek puanlarının toplanması ile elde edilen ham puanlar özel bir formül ile 0-100 arasında olan tam puana çevrilir. Tam puan 100'e ne kadar yakınsa yaşam kalitesinin o kadar iyi olduğunu, 100'den ne kadar uzaksa yaşam kalitesinin o kadar kötü olduğunu ifade eder. Ölçek Dolgun ve ark. (2005) tarafından geliştirilmiştir (24).

Conners Anne Baba Derecelendirme Ölçeği (CADÖ): Conners tarafından geliştirilen (25), 48 maddeden ve altı alt ölçekten (Davranım Sorunları, Ataklık/Hiperaktivite, Karşı Gelme, Öğrenme Sorunları, Kaygı ve Psikosomatik Belirtiler) oluşmaktadır. Ölçekteki ifadeler dörtlü likert tipi bir ölçek üzerinden yanıt verilmektedir. Yüksek puan, belirtilerin yoğun olduğunu ifade etmektedir. CADÖ-48'in dilimize uyarlama çalışmaları Dereboy ve arkadaşları (2007) tarafından yapılmıştır (26).

İstatistiksel analizler SPSS 22.00 de yürütülmüştür. Sosyodemografik verilerin dağılımı sayı, yüzde, ortalama olarak belirtilmiş, değişkenler normal dağılım göstermediği için Spearman korelasyon analizi yapılmıştır. p<0.05 düzeyi anlamlı olarak kabul edilmiştir..

BULGULAR

Çalışmamıza katılan 49 hastanın 12'si (%24.5) kız, 37'si (%73.9) erkek, hastaların yaş ortalaması 11.15 (Min:8, Max:14.5, SD:1.53) olarak saptanmıştır. Hollingshead Redlich Ölçeği'ne göre grubun %40.8'i 4.sosyoekonomik düzey (SED), %38.8'i 3. SED, %16.3'ü 2. SED ve %4.1'i 5.SED içerisinde yer almaktadır.

DEHB alt tipleri açısından bakıldığında, 36 hastada (%73.5) bileşik tip DEHB ve 13 hastada (%26.5) dikkat eksikliği baskın tip DEHB bulunmuştur. 24 hastada (%49) herhangi bir eş tanı bulunmazken, 25 hastada (%51) DEHB'ye ek en az bir eş tanı ve 11 (%22) hastada DEHB'ye ek olarak birden fazla ek tanı bulunduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1: DEHB alt tipi, psikiyatrik/fiziksel hastalık eştanısı, ailede tanı konmuş psikiyatrik hastalık dağılımı, n(%).

Sayı (Yüzde)	n (%)
DEHB bileşik alt tip	36 (%73.5)
DEHB dikkat eksikliği baskın alt tip	13 (%26.5)
Psikiyatrik eştanı var	25 (%51)
Psikiyatrik eştanı yok	24 (%49)
Fiziksel hastalık eştanısı yok	46 (%94)
Fiziksel hastalık eştanısı var	3 (%6)
Ailede tanı konmuş psikiyatrik hastalık var	10 (%20.4)
Ailede tanı konmuş psikiyatrik hastalık yok	39 (%79.6)

3 (%6) çocukta DEHB'ye ek fiziksel bir hastalık görülmüştür. DEHB'ye eşlik eden psikiyatrik bozukluklar sırasıyla anksiyete bozuklukları (%46.9), karşı olma karşı gelme bozukluğu (%8.1), tik bozukluğu (%4.05) ve enkopresis-enuresis (%1) olarak tespit edilmiştir.

CADÖ toplam puanı ortalaması 44.59 (SD:18.8), DEHB YKÖ Ev toplam puanı ortalaması 57.51 (SD:15.49) ve DEHB YKÖ Okul toplam puanı ortalaması 57.97 (SD:14.51) olarak bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 2: CADÖ ve DEHB YKÖ Alt Ölçekleri ve Toplam Puanlarının Ortalaması.

	Ortalama	+SD
CAB 1-DS	11.88	8.090
CAB 1-AH	7.20	3.227
CAB 1-OS	7.94	3.556
CAB1-KG	3.86	3.00
CAB 1-K	10.37	4.48
CAB 1-PS	3.35	2.496
CAB total	44.5918	18.88884
DEHB YKÖ ev_bilişsel	50.6122	17.30946
DEHB YKÖ ev_sosyal	58.5714	19.60548
DEHB YKÖ ev_psikolojik	63.3673	19.58256
DEHB YKÖ okul_bilişsel	49.2857	17.43291
DEHB YKÖ okul_sosyal	60.1531	19.61483
DEHB YKÖ okul_psikolojik	64.4898	17.29779
DEHB YKÖ ev_total	57.5170	15.49855
DEHB YKÖ okul_total	57.9762	14.51572

CAB: Conners Anne Baba Derecelendirme Ölçeği, **DS:** Davranım Sorunu, **AH:** Ataklık/Hiperaktivite, **OS:** Öğrenme Sorunu, **KG:** Karşı Gelme, **K:** Kaygı, **PS:** Psikosomatik Belirtiler, alt ölçek ve CAB total puan ortalamaları tabloda belirtilmiştir. **SD:** Standart deviasyon.

DEHB YKÖ ev: Ev için hesaplanan yaşam kalitesi, **DEHB YKÖ okul:** Okul için hesaplanan yaşam kalitesi, bilişsel sosyal psikolojik alt boyut ve total puan ortalamaları tabloda belirtilmiştir.

DEHB'de yaşam kalitesi ile ilişkili olabilecek etkenleri değerlendirmek amacıyla yapılan korelasyon analizinde CADÖ alt ölçek ve toplam puanları ile DEHB yaşam kalitesi alt boyutları ve ev-okul toplam puanları arasında bir ilişki bulunmamıştır. Ayrıca cinsiyet, yaş, SED, DEHB alt tipi, psikiyatrik eş tanı ve ailede psikiyatrik bozukluk varlığı ile DEHB yaşam kalitesi arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır.

TARTIŞMA

Çalışmamızda DEHB'li çocuklarda yaşam kalitesi değerlendirilmiş ve yaşam kalitesine etki edebilecek faktörler araştırılmıştır. Çalışma grubunda erkek/kız oranının 3/1 olduğu görülmektedir. DEHB alt tipleri açısından incelendiğinde de de kombine tipin ağırlıkta olduğu ve bunu de alt tipinin izlediği görülmektedir. Bu bulgular yazındaki diğer çalışmalarla uyumludur^(9,10). Grubun YKÖ ortalama puanları göz önüne alındığında yaşam kalitesinin hem alt ölçek hem de genel puanlarının düşük olduğu görülmüştür. Ancak yaş, cinsiyet, ek tanı ve DEHB şiddetinin düşük yaşam kalitesi ile ilişkili

olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. DEHB'nin varlığı diğer değişkenlerden bağımsız olarak başlı başına çocuğun günlük hayatını olumsuz etkileyebilmektedir. Çalışmamızda bulduğumuza benzer şekilde, DEHB'li çocuk ve ergenlerde yaşam kalitesi üzerine yapılmış önceki çalışmalarda da DEHB'li çocuklarda yaşam kalitesi algısının düşük olduğu bildirilmektedir^(11-16,27). DEHB'de yaşam kalitesine etki edebilecek değişkenler açısından bakıldığında, DEHB alt tipleri arasında yaşam kalitesi açısından fark olmadığını bildiren çalışmalarla^(4,28) bizim bulgularımız örtüşmektedir. DEHB'de eş tanılarının yaşam kalitesine etkileri incelendiğinde yazında farklı sonuçlar olduğu görülmektedir. Kimi çalışmalar^(13,18) DEHB'de eş tanılarının yaşam kalitesine olumsuz etki ettiğini ileri sürerken kimi çalışmalarda da⁽⁴⁾ DEHB'li çocuk ve ergenlerde eş tanılarının yaşam kalitesine etki etmediği sonucuna ulaşılmıştır. Bizim çalışmamızdaki bulgular DEHB'de eş tanılarının yaşam kalitesi ile ilişkili olmadığını yönündedir. Bu DEHB'nin başlı başına yaşam kalitesini bozması, örneklemimizin küçüklüğü veya eş tanı dağılımımızla ilgili olabilir.

Çalışmamıza dahil edilen olguların sayısı, örneklem polikliniğe başvuran olgulardan seçilmesi ve çalışmaya bir kontrol grubunun dahil edilmemesi sonucu sonuçların genellenmesini zorlaştırmaktadır. Ayrıca çalışmamızda yaşam kalitesi sadece çocuk ve ergenlerin gözünden değerlendirilmiştir. Dolayısıyla, yaşam kalitesi için ebeveyn değerlendirmesi alınmaması bir kısıtlılık olarak düşünülebilir. Farklı sonuçlar, bu çalışmalarda farklı ölçüm araçları kullanılmasıyla da ilişkili olabilir.

Sonuç olarak, DEHB kronik gidişli, çocuğun günlük yaşamını etkileyen bir bozukluktur. Çalışmamızda DEHB belirtilerinin şiddetli veya hafif olmasına veya DEHB'ye eşlik eden psikiyatrik bozukluk varlığına bakılmaksızın, DEHB'nin tek başına çocuklarda yaşam kalitesini olumsuz etkileyebileceği sonucuna ulaşılmıştır. Klinisyenlerin DEHB'li çocuk ve ergenleri değerlendirirken sadece belirtti şiddeti ve klinik özellikleri değil, aynı zamanda DEHB'nin kendisinin çocuğun hayat konforunu ne kadar etkileyebileceğini de dikkate almaları önemlidir. Bu doğrultuda sadece medikal tedavi ile DEHB belirtilerinin giderilmesinin yaşam kalitesi üzerine kısıtlı bir etki yapacağı, medikal tedaviye ek olarak uygulanacak psikoeğitim programları ve aile-okul çalışmaları ile çocukların günlük hayatta yaşadığı zorlukların ele alınmasının da bu çocukların yaşam kalitelerinin artırılmasına yardımcı olabileceği düşünülmektedir. Bu konuda daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Yıldız Ö, Çakın Memik N, Ağaoğlu B. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Çocuklarda Yaşam Kalitesi: Kesitsel Bir Çalışma. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2010; 47:314-8
2. Floet AM, Scheiner C, Grossman L. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatr Rev* 2010; 31:56-69.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2013.

4. Kuygun Karci C, Toros F, Yolga Thiroğlu A, Metin Ö. Ergenlerde Metilfenidat Tedavisinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*.2018;31:11-20
5. Altın M, Alev L, Öztürk M, Abalı O, Akay A, Zoroğlu S et al. Türkiye 'de Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Tedavi Uygulamaları ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi: 12 Aylık Prospektif Gözlemsel Bir Çalışma. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*.2012;19 (1).
6. Souza I, Pinheiro MA, Denardin D, Mattos P, Rohde LA. Attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbidity in Brazil: comparisons between two referred samples. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2004 Aug;13 (4):243-8.
7. Byun H, Yang J, Lee M, Jang W, Yang JW, Kim JH, Hong SD, Joung YS. Psychiatric comorbidity in Korean children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder: psychopathology according to subtype. *Yonsei Med J*. 2006 Feb 28;47 (1):113-21.
8. Ghanizadeh A. Psychiatric comorbidity differences in clinic-referred children and adolescents with ADHD according to the subtypes and gender. *J Child Neurol*. 2009 Jun;24 (6):679-84. doi: 10.1177/0883073808331086.
9. Hergüner S, Hergüner A. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan Çocuk ve Ergenlerde Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2012;49:114-18.
10. Göker Z, Aktepe E, Kandil S. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Çocuk ve Ergenlerin Benlik Saygıları ve Yaşam Kaliteleri. *Yeni Sempozyum Dergisi*.2011; 49 (4):209-16.
11. Kandemir H, Kılıç BG, Ekinci S, Yüce M. An evaluation of the quality of life of children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and their families. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2014;15 (3):265-71.
12. Danckaerts M, Sonuga-Barke EJ, Banaschewski T, Buitelaar J, Döpfner M, Hollis C et al. The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*.2010;19 (2):83-105.
13. Klassen AF, Miller A, Fine S. Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2004;114 (5):541-7
14. Topolski TD, Edwards TC, Patrick DL, Varley P, Way ME, Buesching DP. Quality of life of adolescent males with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Atten Disord*. 2004;7 (3):163-73.
15. Escobar R, Soutullo CA, Hervas A, Gastaminza X, Polavieja P, Gilaberte I. Worse quality of life for children with newly diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children. *Pediatrics*. 2005;116 (3):364-9.
16. Yürümez E, Kılıç BG. Relationship Between Sleep Problems and Quality of Life in Children With ADHD. *J Atten Disord*. 2016 Jan;20 (1):34-40.
17. Matza LS, Rentz AM, Secnik K, Swensen AR, Revicki DA, Michelson D et al. The link between health-related quality of life and clinical symptoms among children with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Dev Behav Pediatr* 2004; 25:166-74.
18. Newcorn JH, Spencer TJ, Biederman J, Milton DR, Michelson D. Atomoxetine treatment in children and adolescents with attentiondeficit/ hyperactivity disorder and comorbid oppositional defiant disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44:240-8.
19. Prasad S, Harpin V, Poole L, Zeitlin H, Jamdar S, Puvaendran K; SUNBEAM Study Group. A multi-centre, randomised, openlabel study of atomoxetine compared with standard current therapy in UK children and adolescents with attention-deficit/ hyperactivity disorder (ADHD). *Curr Med Res Opin* 2007;23:379-94.
20. Flapper BC, Schoemaker MM. Effects of methylphenidate on quality of life in children with both developmental coordination disorder and ADHD. *Dev Med Child Neurol* 2008;50:294-299.
21. Hollingshead AB, Redlich F C. Social class and mental illness: A community study. New York: Wiley; 1958.
22. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36:980–988.
23. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B, et al. Reliability and validity of schedule for affective disorders and schizophrenia for school age children – present and lifetime version-turkish version (K-SADS-PL-T). *Turk J Child Adolesc Ment Health*. 2004;11:109–116.
24. Dolgun G, Savaşer S, Yazgan Y. Dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğuolan 8-12 yaş grubu çocuklarda yaşam kalitesi ölçeğinin (DE/HB-YKÖ) geliştirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2005;1-2.
25. Conners CK, Barkley RA. Rating scales and checklists for child psychopharmacology. *Psychopharmacol Bull*. 1985;21:809–843.
26. Dereboy Ç, Şenol S, Şener Ş, Dereboy İF. Conners kısa form öğretmen ve ana baba derecelendirme ölçeklerinin geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007;18 (1):48–58.
27. Sawyer MG, Whaites L, Rey JM, Hazell PL, Graetz BW, Baghurst P. Health-related quality of life of children and adolescents with mental disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41 (5):530-7.
28. Dallos G, Miklósi M, Keresztény Á, Velő S, Szentiványi D, Gáboros J. Self- and Parent-Rated Quality of Life of a Treatment Naïve Sample of Children With ADHD: The Impact of Age, Gender, Type of ADHD, and Comorbid Psychiatric Conditions According to Both a Categorical and a Dimensional Approach. *J Atten Disord*. 2017 Jul;21 (9):721-730