

DİKKAT EKSİKLİĞİ/HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN 8-12 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARDA YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİNİN (DE/HB-YKÖ) GELİŞTİRİLMESİ*

Dr. Gülümser DOLGUN**
Prof. Dr. Sevim SAVAŞER***
Prof. Dr Yankı YAZGAN****

ÖZET

Amaç: Bu çalışma; Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu (DE/HB) olan 8-12 yaş grubu çocukların evde ve okuldaki yaşam kalitesini değerlendiren bir ölçek (YKÖ) geliştirmek amacıyla gerçekleştirildi. **Gereç-Yöntem:** Veriler, DE/HB tanısıyla en az 6 ay süre ayaktan izlenen, ek psikiyatrik tanı almamış, organik hastalığı bulunmayan, çalışmaya katılmaya istekli, 79 çocuktan elde edildi. Çocukların %83'ü erkek, %74,7'si ilaç kullanmakta idi. Son şekli 30 maddeden oluşan ölçek çocuklarla yüz yüze görüşülerek dolduruldu. Veriler; t testi, Pearson momentler çarpımı korelasyonu, faktör analizi, Cronbach alfa, tek yönlü varyans analizi ile değerlendirildi. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği okulda $r=.98$ evde $r=.90$, Cronbach alfa okulda, 80 evde, 76, madde toplam puan güvenilirliği okulda $r=.27 - .81$, evde $r=.35 - .64$ arasında bulundu. Faktör analizinde; bilişsel, sosyal, psikolojik olarak 10'ar maddelik 3 alt boyut elde edildi. **Sonuç:** Ölçeğin okul ve ev formunun geçerlik ve güvenilirlik düzeyi yüksek bulundu. Okulda yaşam kalitesinin eve göre daha fazla olumsuz etkilendiği belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, DE/HB, Yaşam Kalitesi, Ölçek geliştirme.

DEVELOPMENT OF THE QUALITY OF LIFE SCALE IN CHILDREN OF THE AGE GROUP OF 8-12 ATTENTION DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER (AD/HD-QOLS)

ABSTRACT

Purpose: The aim of this study was to develop a scale which evaluates the Quality of Life of children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (AD/HD) at home and at school. **Material-Method:** The data were obtained from 79 children aged 8-12, who were monitored for at least 6 months upon the diagnosis of AD/HD. Out of this sample %83 was male and %74,7 was on medication. Scala consisting of 30 items was developed via face to face discussions with children and families. The test re-test reliability of the scale was $r=.98$ for school and $r=.90$ for home, Cronbach alfa score was .80 at school and .76 was at home. The item total score reliability ranged between $r=.27-.81$ for school and $r=.35-.64$ for home. Factor analysis displayed, 3 sub-dimensions with 10 items in each dimension being cognitive, social and psychological. **Results:** The level of validity and reliability of AD/HD-QOLS was found to be high across school and home.

Key words: Attention deficit/hyperactivity disorder, AD/HD, Scale development, Quality of life.

GİRİŞ VE PROBLEMİN TANIMI

Bebeklik, çocukluk ve ergenlik dönemleri bir çok ruhsal bozukluğunun ortaya çıktığı dönemlerdir. Bozukluklar erken dönemde tanı konulup tedavi edilmediklerinde çoğu zaman çocuğun okul yaşamını, aile yaşamını ve ileriki

yaşlarda da sosyal ilişkilerini ve iş yaşamını olumsuz yönde etkilemektedir (Buldukoğlu, 1996; Yörükoğlu, 1999).

Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu (DE/HB) gelişim yaşına uymayan davranışsal bir bozukluktur. Bu çocuklarda akranlarına

* Bu çalışma 47. Milli Pediatri Kongresi, 3. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi 21-23 Ekim 2003, İstanbul'da poster olarak sunulmuştur

** İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu

*** İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

**** Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Vakfı Gelişim ve Nöropsikiyatri Birimi

göre dikkatini sürdürmede, hareketlerini kontrol etmede ve yaşına uygun davranışlar göstermede yetersizlik görülür. Çoğu zaman DE/HB'li okul yaş grubu çocuklar yetersizlikleri farkedilmeyip "yaramaz, tembel, söz dinlemez..." gibi yakıştırmalarla toplumdan dışlanmaktadır. Bu durumun hem yetersizliği olan çocuk hem de sağlıklı çocuklar için büyük bir risk oluşturacağı açıktır (Barkley, Anastopoulos, Guevremont, 1991; Ercan, Aydın, 1998; Öktem ve Sonuvar 1993; Şenol, 1998; Yazgan, 1998).

DE/HB'nin sıklığı tam olarak bilinmemektedir. Tüm dünyada yaygın olarak kabul gören Amerikan Psikiyatri Birliği (APB) yayınlarında; okul yaş grubu çocuklar arasında %3-6 olduğu, erkeklerde kızlardan 4-6 kat fazla görüldüğü, risk altındaki grubun en fazla 6-9 yaş arasındaki çocuklar olduğu bildirilmiştir. Türkiye'de Şenol [1998] yaptığı bir çalışmada DE/HB sıklığını %8.6 olarak saptamıştır. Belirtilerin 7 yaş öncesi başladığı ancak tanının genellikle düzenli öğrenim için gerekli dikkat süresi ve yoğunlaşmanın arttığı ilkökul yıllarında konulduğu bildirilmektedir (American Academy of Pediatrics, 1994; Amerikan Psikiyatri Birliği, 1995; Gülgeç, Köroğlu (1998); World Health Organization, 1995).

DE/HB'nin doğru ve erken tanı konduğunda tedaviye %90 cevap verdiği bildirilmiştir. Tedavi; ilaç tedavisi, anne-baba eğitimi, bireysel görüşme, aile ve grup tedavisi sık kullanılan yöntemlerdir (Barkley, Anastopoulos, Guevremont, Fletcher; 1991; Connors, Epstein, March, Angold, et al 2000; Reiff, 2001).

Çocukluk hastalıklarının çoğunda iyileşme bulguları spirometre, kan, idrar örneklerinin incelemesi gibi objektif ölçüm araçları ile değerlendirilir. Tedavi ve bakım bu sonuçlara göre düzenlenir. Oysa okul yaş grubu çocuklarda en yaygın görülen davranış bozukluğu DE/HB'nin tedavi ve bakım sonuçlarını yansıtan herhangi bir objektif ölçüm aracı bulunmamaktadır (Bulinger, 1995; Kendall, 1997; Landgraf, 2002).

DE/HB'de çocuğun yaşamının hemen her alanında görülen yetersizlikler sonucu çocukta özgüven azalması, mutsuzluk, başarısızlık ve dolayısıyla yaşam kalitesinde düşme; kişiler arası ilişkilerde, aile içi ilişkilerde bozulma ve ruhsal iyilik halinin olumsuz yönde etkilenmesi söz konusudur. Bu nedenle, hastalığın çok boyutlu izlenmesinde klinik parametrelerin yanı sıra "psikososyal boyut"un giderek önem kazandığı, bu boyuttaki yeterlilik ve yetersizliklerin en iyi "yaşam kalitesi" kavramı ile açıklanabileceği bildirilmektedir (Bulinger, 1995; Bussing, 2000; Gülgeç, Köroğlu (1998); Kendall, 1997; Landgraf, 2002).

Bireyi, aileyi ve toplumu esenlik-sağlık dizgesinin herhangi bir aşamasında ele alarak hümanist/bütüncü bir yaklaşımla bakım veren hemşireler; sağlığın korunması, geliştirilmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesinden sorumludurlar. Hemşireler yaşam kalitesi ölçeklerini kullanarak hasta /sağlam bireylerden alacakları bildirimlerle sorunlarının erken belirlenmesini ve girişimlerin etkinliğini değerlendirebilirler (DePalma, 2001; Hanestad, 1992; Kendall, 1997).

Yetişkinler için çok sayıda genel ve hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçeği bulunmaktadır (Akdeniz & Aydemir 19991; Apajasalo, Rautonen, Holmberg, Sinkkonen J, et al 1996; Eiser & Morse 2001; Eiser, 1997). Çocuklar büyüklerin küçük bir örneği olmadığından sorunlara yaklaşımı erişkinden farklıdır ve hastalığın nedeni, etkileri ve tedavisi hakkında erişkinler gibi düşünmezler. Cinsel yaşam, ekonomik bağımsızlık gibi durumlar özellikle okul yaş grubu çocuklar için geçerli olmayan kavramlardır (Apajasalo, Rautonen, Holmberg, Sinkkonen J, et al 1996; Bulinger, 1995; Eiser, 1997; Fekkes, Theunissen, Brugman, Veen, et al. 2000; Juniper, Guyatt, Feeny, Ferrie, Griffith, Townsend 1993; Landgraf, Rich, Rappaport 2002). Bu nedenlerle yetişkinler için hazırlanan ölçekler çocuklar için kullanılamamaktadır. Çocukların gelişimsel düzeylerine bağlı olarak

verecekleri yanıtların farklı olacağı, farklı yaş grupları için farklı yaşam kalitesi ölçeği geliştirilmesinin gerekli olduğu üzerinde durulmaktadır (Austin, Smith, Risinger, McNelis 1994; Bulinger, 1995; Eiser, 1997; Fekkes, Theunissen, Brugman, Veen, et al. 2000; Juniper, Guyatt, Feeny, Ferrie, Griffith, Townsend, 1993; Sieberer-Ravens&Bulinger, 1998).

Çocuklardaki hastalığa özel yaşam kalitesi ölçeklerinin astım, diyabet, epilepsi gibi kronik çocuk hastalıklarına yönelik olduğu belirlenmiştir (Austin, Smith, Risinger, McNelis, 1994; Juniper, Guyatt, Feeny, Ferrie, Griffith, Townsend, 1993). Çalışmanın çatısının oluşturulduğu 2001 yılında konuya ilişkin yapılan literatür incelenmesinde Türkiye’de ve MEDLINE taramasında DE/HB’li çocuklar için geliştirilmiş yaşam kalitesini belirlemeye yönelik bir ölçeğe rastlanmamıştır. Ancak 2002’de Landraf tarafından DE/HB’li çocukların yaşam kalitesini ölçen anne baba formu oluşturulduğu tespit edilmiştir. Çocukları değerlendirmek için hiç şüphe yok ki anne-babaların, sağlık profesyonellerinin çocuk hakkındaki görüşleri önemlidir ve değerlidir. Ancak anne-babaların çocuklarının olumlu yönlerine olan yatkınlıkları; sağlık profesyonellerinin hastalığa ilişkin eski deneyimleri ve hastalık hakkındaki görüşlerinin etkisi ile çocukları değerlendirmede çoğu zaman objektif olamadıkları bildirilmektedir. (Coq, Boeke, Bezemer, Colland, Van Eirek, 2000; Eiser&Morse 2001; Eiser, 1997; Raat, Essink, Landgraf, Gemke, (2002); Sabaz, Cairns, Lawson, Nheu, (2000)Angel, 1993). Bu nedenle çocuğun kendi sağlığını değerlendirmesi gözardı edilmemelidir ve çocuk yaşam kalitesi ölçeklerinin geliştirilmesi gerekmektedir.

DE/HB’nin okul çağı çocuklarda en sık rastlanan davranış bozuklukları arasında olması, çocukların ve ailelerinin yaşamını olumsuz etkilemesi bizi bu çocuklar için ne yapabiliriz düşünmeye yöneltmiştir. Bunun için öncelikle çocukların yaşamının büyük bir bölümünün

geçtiği evde ve okulda yaşadıkları sorunları ve bu soruların yaşamına etkilerinin belirlenmesi gerektiği bunun da en doğru olarak hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçeği ile belirlenebileceği kanısına varılmıştır. Psikolog, öğretmen, hemşire, hekim, sosyal hizmet uzmanı, pedagoğ gibi sağlık çalışanlarının ve eğitimcilerin rahatlıkla uygulayıp değerlendirebilecekleri şekilde basit, hastalığın etkilediği yaşam alanlarının büyük bir bölümünü (okul, ev) içine alacak şekilde kapsamlı olarak geliştirilen ölçeğin bu alandaki boşluğu doldurma yolunda bir adım oluşturacağı düşünülmektedir.

AMAÇ

Çalışma, Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu (DE/HB) olan çocukların evde ve okuldaki yaşam kalitesini değerlendiren bir ölçek geliştirmek amacıyla gerçekleştirildi.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmanın Evreni ve Örneklem

Metadolojik araştırma türünde gerçekleştirilen çalışmanın evrenini Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Vakfı Gelişim ve Nöropsikiyatri Birimi tarafından DSM-IV kriterlerine göre DE/HB tanısı ile izlenen çocuklar oluşturmaktadır. Örneklem gurubunu kriterlere uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden çocuklar oluşturdu. Kurumdan ve çocukların velilerinden çalışmaya katılmayı kabul ettikleri doğrultusunda yazılı izin alındı. Veriler 2002 şubat ve haziran ayları arasında çocuklarla yapılan yüz yüze görüşmelerle elde edildi.

Örneklem Seçim Kriterleri

Çocukların 8-12 yaş arası olması ve eğitime devam etmesi, DE/HB tanısı ile en az 6 ay süre ile ayaktan izlenmesi, DE/HB tanısına ilave başka ek psikiyatrik (depresyon, psikoz, bipolar bozukluk, yaygın gelişimsel bozukluk gibi) tanı almamış olması, öykü, fizik muayene, nörolojik muayene ve laboratuvar incelemelerinde başka bir

organik hastalığı bulunmaması, çalışmaya katılmaya istekli olması şartları arandı.

Birimde izlenen çocuklar arasından örneklem seçim kriterlerine uyan çocukların belirlenmesi için arşiv taraması yapıldı. Kriterlere uygun 105 çocuğun telefon numaraları belirlendi. Adres ya da telefon değişikliği nedeni ile 26 kişi ile iletişim kurulamadı. Çalışma iletişim kurulan 89 kişiden çalışmaya katılmayı kabul eden ve örneklem seçim kriterlerine uygun 79 çocuk ile gerçekleştirildi.

DE/HB - YKÖ'nün Geliştirme Aşamaları

Öncelikle “hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçeği neleri kapsamalıydı, ölçek 8-12 yaş grubu DE/HB’li çocuklar için anlaşılır şekilde nasıl düzenlenmeliydi ve ölçeğin uygulama ve değerlendirme aşamalarında yapılması gerekenler nelerdir?” sorularına cevap verecek şekilde kapsamlı bilgi edinildi. Konu ile ilgili kaynaklar tarandı ve incelendi.

Aynı zaman sürecinde DE/HB’li çocukların anne-babaları, rehber öğretmenler ve sınıf öğretmenlerinin üyesi olduğu Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Derneği (DEHA-DER) üyelerinden oluşan 34 kişilik bir grup ile DE/HB’li çocukları, evde ve okulda en çok rahatsız eden durumların neler olduğunu belirlemek üzere bir odak grup toplantısı düzenlendi. Ayrıca konu ile ilgili Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’de Yaşam Kalitesi Ölçeği geliştirme programlarında çalışmış bir öğretim üyesi (Prof.Dr. Hüray Fidaner 2001) ile görüşülerek içerik hakkında bir alt yapı oluşturuldu.

DE/HB’li çocuğun evde ve okulda yaşamını etkilediği düşünülen 90 sorudan oluşan bir madde havuzu oluşturuldu. İncelemeler sonucunda madde sayısı 60’a indirildi. Maddelerden DE/HB’de semptomların şiddeti “hayır-hiç”den “evet aşırı derecede”ye, sıklığı “hiç bir zaman”-dan “her zaman”a, psiko-sosyal etkisi “hiç doğru değil”den “tamamen doğru”ya kadar giden 5’li likert tipi ölçek şeklinde düzenlendi.

Kapsam Geçerliliği

Hazırlanan taslak ölçek kapsam geçerliliği için ön bir açıklama ile çocuk/erişkin psikiyatristi, eğitim bilimci, psikolog, pedagoğ, istatistik uzmanı, çocuk ve psikiyatri hemşireliği öğretim üyeleri ve ana-babalardan oluşan 24 kişilik bir gruba gönderildi. Uzman gruptan, maddelerin; amaca ve 8-12 yaş grubu DE/HB’li çocuğun anlama ve yorumlama düzeyine uygun olup olmadığını, gereksiz ya da eksik madde olup olmadığını yazılı olarak bildirmeleri istendi. Her bir madde için 24 kişilik uzman grubundan en az 13’ünün olumsuz görüş bildirdiği maddeler taslak ölçekten çıkarıldı, öneriler doğrultusunda düzenlemeler yapıldı. Ölçek maddesinin 30’a indirilmesine karar verildi.

Uzman görüşleri doğrultusunda yeniden düzenlenen taslak ölçek maddelerinin anlaşılabilirliğini saptamak amacı ile, çalışma kriterlerine uyan, çalışma grubu içinde yer almayan 12 çocuk ile ön uygulama gerçekleştirildi. Uzman görüşleri, danışmanların önerileri ve ön uygulama sonuçları doğrultusunda yapılan değişiklikler sonucunda ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması için örneklem grubuna uygulanmasına karar verildi.

Psikometrik sonuçlar

Taslak ölçek 8-12 yaş grubundaki çocukların anlama ve yorumlama düzeyine uygun olup olmadığını değerlendirilmesi için 12 çocuğa uygulandı. Ön çalışma sonucunda ölçeğin 10-15 dakikada uygulanabildiği, 10-12 yaş grubu çocukların ölçekteki soruları tek başlarına rahatlıkla anlayıp cevaplayabildikleri, 8-9 yaş çocukların araştırmacıdan yardım istedikleri belirlendi. Ancak çalışmada tüm çocukların maddeleri daha güvenli cevaplama için ölçeğin çocuklar ile tek tek görüşülerek araştırmacı tarafından doldurulmasına karar verildi.

Veri toplama işlemi Şubat 2002-Haziran 2002 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

Verilerin değerlendirilmesi

Ölçek Maddelerinin Puanlanması: 5’li likert tipi hazırlanan ölçeğin madde puanları 0 (“Hiç katılmıyorum”) ve 4 (“Tamamen katılıyorum”) arasında değişmekte idi. Bir sorudan alınan en düşük ham puan 0, en yüksek ham puan ise 4 idi. Ölçek toplam puanı hesaplanırken iki madde hariç diğer maddelere verilen yanıtların puanı tersine çevrilmekteydi. 30 maddeden alınan puanın toplanması ile elde edilen toplam ham puan 0-120 arasında idi. Ölçeğin alt gruplarının belirlenmesi için faktör analizi yapıldı. Maddelerin okul ve evde en uygun olarak 3 faktör/boyut altında toplandığı görüldü. Ortaya çıkan faktörler / boyutlar bilişsel (10 madde), sosyal (10 madde), duygusal (10 madde) olarak adlandırıldı. 10’ar sorudan oluşan her bir ölçek alt boyutunun toplam ham puanı 0-40 arasında değişmekte idi.

Ham Puanı 0 -100 Arası Puana Dönüştürme İşlemi:

$$\text{Ölçekten/Alt Boyuttan Alınan Toplam Ham Puan} \\ \text{Ölçek / Alt Boyut Puanı} = \frac{\text{Ölçekten/Alt Boyuttan Alınan Toplam Ham Puan}}{\text{Ölçeğin/Alt Boyutun En Yüksek Ham Puanı}} \times 100$$

Puan Yorumlaması: Ölçekten ve alt boyutlarından alınan toplam puan, 100’e ne kadar yakın ise çocuğun yaşam kalitesinin o kadar iyi olduğunu, 100’den uzaklaşması ise yaşam

kalitesinin kötü olduğunu, diğer bir deyişle DE/HB’nin çocuğun yaşamını olumsuz yönde etkilediğini ifade eder.

Çalışmada elde edilen veriler Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 11-0 for windows programı ile (Özdamar, 2002) değerlendirildi. Çocuklara ilişkin bazı özellikler; sayı ve yüzde, ölçek ve alt boyutlarının test-tekrar test analizi; bağımlı ve bağımsız gruplarda t testi, test-tekrar test puan ortalamaları arasındaki uyumluluğu ve madde analizi; pearson momentler çarpımı korelasyonu, yapı geçerliği; faktör analizi, iç tutarlılığı; cronbach alfa katsayısı hesaplamaları ile belirlendi

BULGULAR

Sosyo-demografik Özellikler

DE/HB’li 79 okul yaş grubunun sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; çocukların çoğunluğu 8-9 yaş grubunda (%59,5), erkek (%83,5) ve hastalığı ile ilgili ilaç kullanmakta (%74,7) idi (Tablo 1).

Test Tekrar Test Analizi

Tablo 2’de görüldüğü gibi ev ve okul için 36 çocuk ile iki hafta ara ile uygulanan taslak ölçeğin iki ölçüm sonuçları arasında istatistiksel olarak fark olmadığı (okul t=,203 p=,840; ev

Tablo 1. Sosyo-demografik Özellikler

S=79

DE/HB’li çocuklar	n	
Cinsiyet		
Kız	13	%16.6
Erkek	66	%83.5
Yaş (Yıl)		
Ortalama (±SD)		9.4 (±1.3)
8 - 9	47	%59.5
10 - 12	32	%40.5

$t=,479$ $p= ,635$) ve ölçüm sonuçları arasındaki ilişkinin (okul $r=,80$ $p=,000$; ev $r=,87$ $p= ,000$) anlamlı olduğu belirlendi.

Madde Analizi

Ölçeğin madde-toplam korelasyon katsayılarının okulda ,27 - ,82 (madde 20 - madde 5); evde ,27 - ,79 (madde 28 - madde 18) arasında ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptandı. (Tablo 3). Madde analizi sonucunda iki sorunun korelasyon katsayısı düşük bulunmuş (20. madde okulda ve 28. madde evde cevapları), fakat ölçek çalışmalarının devam eden bir süreç olduğu düşüncesi ile bu çalışmada bu maddelerin ölçekten çıkartılmamasına karar verilmiştir.

Ayrıca, her maddenin ilk ve ikinci uygulama puanları arasında korelasyona bakıldı ve maddelerin test-tekrar test güvenilirlik katsayıları okulda $r= ,34$ ile ,67; evde $r= ,34$ ile ,72 arasında bulundu.

Yapı Geçerliliği:Faktör Analizi

Ölçeğin yapı geçerliliği açıklayıcı faktör analizi ile yapıldı. Faktör yapısının incelenmesinde Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) ve varimax rotasyon yöntemi kullanıldı. Kaiser-Meyer Olkin (KMO) katsayısı okulda ,77; evde ,74 bulundu. Barlett testi sonucu; okulda ve evde ileri düzeyde (okulda: $\chi^2=1144,55$ $p= ,000$; evde $\chi^2=1092,96$ $p= ,000$) anlamlı idi.

Faktör analizinde maddelerin okul ve evdeki cevaplarının en uygun olarak 3 faktör/boyut altında toplandığı görüldü. Her faktörün öz değeri 1'in üzerinde idi. Her bir faktör tarafından açıklanan toplam varyans okulda 14,3 ile 15,5 arasında olup, toplam varyansın %44,3'ünü, evde ise her bir faktör tarafından açıklanan varyans 11,4 ile 14,5 arasında olup, toplam varyansın %40'ını açıklamakta idi. Ortaya çıkan faktörler / boyutlar bilişsel (10 madde), sosyal (10 madde), psikolojik (10 madde) olarak adlandırıldı (Tablo 4).

Ölçeğin Alt Boyut-Toplam Puan Analizi

Her bir alt boyutun ölçekle uyumuna bakmak için, alt boyut toplam puanı ile taslak ölçeğin toplam puan korelasyonları incelendi. Korelasyon katsayılarının okulda ,79 ile ,88; evde ,78 ile ,86 arasında ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde oldukları saptandı.

Ölçek ve Alt Boyutlarının İç Tutarlılık Analizi

Ölçeğin iç tutarlılığını saptamak için Cronbach alfa güvenilirlik katsayısına bakıldı. Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı okulda ,91; evde ,89 idi. Alt boyutların Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı bilişsel boyut: okulda ,83; evde 82, sosyal boyut: okulda ,82; evde ,81, psikolojik boyut: okulda ,82; evde ,76 olarak bulundu (Tablo 5).

Tablo 2. Çalışmaya Katılan Grupta Test-Tekrar Test Puan Ortalamaları ve Analiz Sonuçları

S=36

UYGULAMALAR	Ort. ±SS	Sd*	t / p	r / p	
OKUL	İlk Uygulama	63,8 ± 15,6	35	,203 / ,840	,80 / ,000
	İkinci Uygulama	63,5 ± 13,6			
EV	İlk Uygulama	66,2± 15,1	35	,479 / ,635	,87 / ,000
	İkinci Uygulama	65,6 ± 13,8			

*serbestlik derecesi

Tablo 3. Ölçeğin Madde-Toplam Puan Korelasyonları

S=79

Maddeler	Alan	r	p
1. Kıpır kıpır olman yerinde duramaman, <u>seni ne kadar rahatsız ediyor?</u>	Okulda	,48	,000
	Evde	,54	,000
2. İstmeden büyüklerinin sözünü kesmen, sürekli bir şeyler anlatmak istemen, <u>seni ne kadar rahatsız ediyor?</u>	Okulda	,56	,000
	Evde	,42	,000
3. Dikkatini derslerine, ödevlerine uzun süre verememen, <u>seni ne kadar rahatsız ediyor?</u>	Okulda	,41	,000
	Evde	,51	,000
4. Toplu oynanan oyunlarda (futbol, basketbol, saklambaç gibi) kurallara uymakta zorlanman, <u>seni ne kadar rahatsız ediyor?</u>	Okulda	,47	,000
	Evde	,50	,000
5. İstemedikleri halde sürekli arkadaşlarına, kardeşlerine sataşman, <u>seni ne kadar rahatsız ediyor?</u>	Okulda	,82	,000
	Evde	,61	,000
6. Doğru bildiğin halde dikkatsizce yaptığın hatalar yüzünden, sınavlarından, ödevlerinden eksik not alman, <u>seni ne kadar rahatsız ediyor?</u>	Okulda	,54	,000
	Evde	,61	,000
7. Kalemelerini, defterlerini, eşyalarını, spor malzemelerini vb. bir yerlerde unutman, <u>seni ne kadar rahatsız ediyor?</u>	Okulda	,42	,000
	Evde	,46	,000
8. Anlatılanları, okuduklarını anlamada, problem çözmede zorlanman, <u>seni ne kadar rahatsız ediyor?</u>	Okulda	,43	,000
	Evde	,54	,000
9. Sıranın sana gelmesini bekleyememek, hep en önde olmak isteği, <u>seni ne kadar rahatsız ediyor?</u>	Okulda	,48	,000
	Evde	,57	,000
10. Aklına geleni yapmadan duramaman, bir işi bitirmeden diğerine geçmen, <u>seni ne kadar rahatsız ediyor?</u>	Okulda	,49	,000
	Evde	,52	,000
11. Sürekli saçın, parmakların, kalemlemlerinle oynaman, <u>ne sıklıkla oluyor?</u>	Okulda	,56	,000
	Evde	,54	,000
12. İstmeden büyüklerinin sözünü kesmen, hep seni dinlemelerini istemen, <u>ne sıklıkla oluyor?</u>	Okulda	,52	,000
	Evde	,54	,000
13. Dikkatinin dağılması, başka şeyler düşünmen, hayal kurman <u>ne sıklıkla oluyor?</u>	Okulda	,66	,000
	Evde	,68	,000
14. Yatma-kalkma, derslere zamanında girme-çıkma gibi kurallara uymakta zorlanman, <u>ne sıklıkla oluyor?</u>	Okulda	,57	,000
	Evde	,39	,000
15. Sürekli birilerine, bir şeylere çarparak kaza yapman, sakarlığın <u>ne sıklıkla oluyor?</u>	Okulda	,52	,000
	Evde	,52	,000
16. Doğru bildiğin halde, sınavlarında, ödevlerinde dikkatsizce hatalar yapman, <u>ne sıklıkla oluyor?</u>	Okulda	,57	,000
	Evde	,55	,000
17. Eşyalarını toplamayı veya nereye koyduğunu unutman <u>ne sıklıkla oluyor?</u>	Okulda	,72	,000
	Evde	,37	,001
18. Arkadaşlarıyla tartışmaların, kavgaların <u>ne sıklıkla oluyor?</u>	Okulda	,64	,000
	Evde	,79	,000
19. Sıranın sana gelmesini bekleyememen, hep ön sırada olma isteğinin, <u>ne sıklıkla oluyor?</u>	Okulda	,65	,000
	Evde	,55	,000
20. Arkadaşlarının oynamak veya ders çalışmak için size gelmesi, <u>ne sıklıkla oluyor?</u>	Okulda	,27	,018
	Evde	,41	,000
21. Şaka ile yaptığım tehlikeli hareketlerle arkadaşlarıma, kardeşlerime zarar verdiğim için çok üzülürüm.	Okulda	,43	,000
	Evde	,59	,000
22. Sürekli konuştuğum için, büyüklerim beni sık sık uyarılar ve ceza verirler.	Okulda	,75	,000
	Evde	,49	,000
23. Arkadaşlarım beni oyunlarına, arkadaş toplantılarına genelde çağırılmazlar.	Okulda	,46	,000
	Evde	,29	,010
24. Büyüklerim ve arkadaşlarım ilginç düşünce ve davranışlarımdan dolayı bana sık sık aferin, bravo gibi sözler söylerler.	Okulda	,45	,000
	Evde	,55	,000
25. Bilgisayar oynamayı, TV seyretmeyi, yalnız kalmayı, arkadaşlarımla oynamaya tercih ederim.	Okulda	,40	,000
	Evde	,37	,001
26. Sık sık öfkelenip evden, okuldan kaçıp gitmeyi düşünürüm.	Okulda	,55	,000
	Evde	,36	,001
27. Kendime güvenim yoktur, ürkek ve çekingenimdir.	Okulda	,35	,002
	Evde	,44	,000
28. Sık sık ağlarım ve kendimi mutsuz hissederim.	Okulda	,36	,001
	Evde	,27	,018
29. Hiç kimseyle uzun süre arkadaşlık yapamam, yalnızlık çekerim.	Okulda	,50	,000
	Evde	,48	,000
30. Bir anım bir anıma uymaz, çok keyifli iken birden öfkelenir, sinirlenirim.	Okulda	,61	,000
	Evde	,54	,000

Çalışma Grubunun Ölçekten Aldıkları Puan Ortalamaları Karşılaştırılması

Tabloda görüldüğü gibi çocukların ev ve okul puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak

anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($t= 3.742$; $p=.000$). Ayrıca ölçeğin ev ve okul sonuçları arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($r=.91$; $p=.000$) (Tablo 6).

Tablo 4. Ölçeğin Faktör Analizi Sonuçları

S=79

UYGULAMA	FAKTÖRLER/ ALT BOYUTLAR	Özdeğer	Varyans	Toplam varyans	Katılan maddeler
OKULDA	<i>Bilişsel</i>	4,3	14,5	14,5	1,3,6,7,8,10,11,13,16,17
	<i>Sosyal</i>	4,3	14,3	28,8	2,4,5,9,12,14,15,18,19,20
	<i>Psikolojik</i>	4,7	15,5	44,3	21,22,23,24,25,26,27,28,29,30
EVDE	<i>Bilişsel</i>	4,2	14,1	14,1	1,3,6,7,8,10,11,13,16,17
	<i>Sosyal</i>	4,4	14,5	28,6	2,4,5,9,12,14,15,18,19,20
	<i>Psikolojik</i>	3,4	11,4	40,0	21,22,23,24,25,26,27,28,29,30

Tablo 5. Ölçek ve Alt Boyutların Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları

S=79

Taslak Ölçek ve Alt Boyutları	İç Tutarlılık (Cronbach Alpha)		
OKULDA	DE/HB-YKÖ	,91	
	Alt Boyutlar	Bilişsel	,83
		Sosyal	,82
		Psikolojik	,82
EVDE	DE/HB-YKÖ	,89	
	Alt Boyutlar	Bilişsel	,82
		Sosyal	,81
		Psikolojik	,76

Tablo 6. Çocukların Ölçekten Aldıkları Puanların Ortalamaları ve Analiz Sonuçları

S=79

UYGULAMA	Ölçeğin En Düşük-En Yüksek Puanı	Ort.±SS	t / p	r / p	
DE/HB-YKÖ	Okulda	30,0 - 96,7	64,1±15,1	3,742 / 000	,91 / ,000
	Evde	40,0 - 97,5	66,8±13,6		

TARTIŞMA

Çocukların yaşa göre gelişimleri farklıdır. Gelişimlerinin hızlı olması nedeniyle yaşa göre hastalığın tanı ve tedavisi değişebilir. Ayrıca çalışma grubunun içinde yer aldığı okul yaş grubu için sosyal ve akademik bir anlam ifade eden okulda, arkadaş ilişkileri yaşa göre değişiklik gösterir. Bu nedenlerle yaşam kalitesini ölçen ölçüm araçlarının içeriği de yaşa göre değişiklik göstermesi doğaldır. Yetişkinler için hazırlanan ölçekler çocuklar için kullanılmamalıdır (Colier, MacKinlay, Phillips, 2000; Coq, Boeke, Bezeemer, Colland, Van Eirek, 2000; Eiser 1997; Fekkes, Theunissen, Brugman, Veen, et al.2000; Raat, Essink, Landgraf, Gemke, (2002); Sabaz, Cairns, Lawson, Nheu, (2000) Angel, 1993).

Ayrıca genel ölçekler hastalık için çok hassas değildirler. Bu nedenle hastalıkların çocuğa etkileri hakkında daha fazla bilgi almak için hastalığa özel yaşam kalitesi ölçekleri geliştirilmiştir (Austin, Smith, Risinger, McNelis, 1994, Eiser & Morse, 2001; Fidaner, Elbi ve Ark 1999; Juniper, Guyatt, Feeny, Ferrie, Griffith, Townsend, 1993).

Fitzpatrick ve arkadaşları (1982) yaşam kalitesi ölçeklerinde olması gereken temel nitelikleri şöyle sıralamışlardır. İyi bir yaşam kalitesi ölçeği “amaca uygun-kapsamlı-çok boyutlu”, “geçerli”, “güvenilir”, “duyarlı” ve “uygulanabilir” olmalıdır. Ölçek geliştirilirken bu nitelikler göz önünde bulundurulmuştur.

Çalışmaya katılan DE/HB’li çocukların yaş ortalaması $9,4 \pm 1,3$ yıl olup ve %59,5’i 8-9 yaş grubunda yer almakta, %83’i erkektir (Tablo 1). Literatürde DE/HB’nin erkeklerde kızlardan 4-6 kat fazla görüldüğü bildirilmektedir (American Academy of Pediatrics 1994; Şenol, 1997). Çalışma grubunda bu oran yaklaşık 5/1 olup literatür ile uyumlu olduğu görülmüştür.

Bir ölçme aracı geliştirilirken ölçülecek konu ile ilgili ayrıntılı literatür taraması, uzmana danışma, konu ile ilgili oluşturulan

heterojen bir örneklemden bilgi toplanması, hedef kitledeki kişilerle görüşme, fikir alma ve başlangıçta olanak varsa ölçekte kullanılması tasarlanan madde sayısının 3 katı veya daha fazlası kadar soru hazırlanması önerilmektedir (Öner, 1997; Psikometrik Araştırma Enstitüsü 2002; Tezbaşaran, 1997). Bu çalışmada DE/HB-YKÖ geliştirmek amacı ile MEDLINE taraması yapılmış ve ilgili kaynaklar (Barkley, Anastopoulos, Guevremon, Fletcher, 1991; Eiser & Morse 2001; Eiser, 1997; Ercan & Aydın 1998; Fidaner, Elbi ve Ark. 1999; Hanestad, 1992; Öktem & Sonuvar 1993; Psikometrik Araştırma Enstitüsü, 2002; Raat, Essink, Landgraf, Gemke, (2002); Sabaz, Cairns, Lawson, Nheu, (2000) Angel, 1993; Sieberer-Ravens, Bullinger, 1998; Yazgan, 1998) gözden geçirilmiştir. Ölçme aracında bulunan maddelerin ölçmek istenilen özellik alanını yeterli düzeyde temsil edip etmediğini gösteren içerik geçerliğinin saptanmasında çeşitli yöntemler kullanılır (Öner, 1997; Psikometrik Araştırma Enstitüsü 2002; Raat, Essink, Landgraf, Gemke, (2002); Sabaz, Cairns, Lawson, Nheu, (2000) Angel, 1993; Sieberer-Ravens, Bullinger, 1998; Yazgan, 1998). Çalışmada kapsam geçerliği; yüzeysel geçerlik (uzman görüşü alma) ile belirlenmiştir. Bunun için başlangıçta 90 maddeden oluşan soru havuzu araştırmacıların incelemeleri sonucunda 60’a indirilmiş ve alanında uzman 24 kişiye gönderilmiştir.

Uzman görüşü yolu ile değerlendirmede kararların kanaate göre kabulü söz konusu olduğundan, içerik geçerliği için uzmanların çoğunun aynı fikirde olması bir gösterge olarak kabul edilmektedir (Akdeniz & Aydemir, 19991; Büyüköztürk 2002, Öner, 1997, Psikometrik Araştırma Enstitüsü, Tezbaşaran, 1997). Çalışmada her bir madde için 24 kişilik uzman grubundan en az 13’ünün olumsuz görüş bildirdiği maddeler taslak ölçekten çıkarılmıştır.

Hazırlanan ölçeğin çalışma grubuna benzer özellik taşıyan ancak çalışma grubunda yer almayan 10-20 kişilik bir grupta denenmesi,

belirlenen eksik ve yanlışlar giderilerek ölçme aracına son şekli verilmesi gerekir (Karasar, 1995; Psikometrik Araştırma Enstitüsü, Tezbaşaran, 1997). Bu nedenle oluşturulan ölçek çalışma grubuna benzer 12 çocuğa uygulanmış ve küçük değişiklikler yapılarak geçerlik ve güvenilirlik çalışması için örneklem grubuna uygulanmasına karar verilmiştir.

Ölçeğin güvenilirlik analizi için en sık kullanılan yöntem test-tekrar test analizidir. Test-tekrar test ile ölçeğin değişmezlik özelliği değerlendirilir (Akdeniz, 1999; Karasar, 1995; Psikometrik Araştırma Enstitüsü, Tezbaşaran, 1997). Bu amaçla taslak ölçek 2 hafta ara ile uygulandığında okul ve ev için iki uygulamanın puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan fark bulunamaması (Tablo 2; okul $t = ,203$ $p = ,840$; evde $t = ,479$ $p = ,635$) ölçme aracının zamana göre değişmediğini; bireyde kalıcı (devamlı) özellikleri ölçtüğünü göstermektedir (Akdeniz, 1999; Karasar, 1995; Öner, 1997).

Ölçeklerin iki uygulama arasındaki uyumunu belirlemede değişik yöntemler kullanılır. Çalışmada taslak ölçeğin değişmezlik katsayısının (test-tekrar test güvenilirlik katsayısı) belirlenmesinde Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu kullanılmıştır. İki ölçüm arasındaki korelasyon katsayısı + 1'e yaklaştıkça güvenilirliğin yüksek olduğu kabul edilir (Psikometrik Araştırma Enstitüsü, Tezbaşaran, 1997). Yeni geliştirilen ölçüm araçlarında test-tekrar test puanları arasındaki korelasyon katsayısının en az ,70 olması istenir (Büyüköztürk; Özdamar 2002; Psikometrik Araştırma Enstitüsü, 2002). Çalışmada test tekrar test güvenilirlik katsayısı okul $r = ,80$ $p = ,000$; ev $r = ,87$ $p = ,000$ bulunmuştur (Tablo 2).

Ölçme aracını oluşturan maddelerin ölçme aracının toplam puanına ne kadar katkıda bulduklarını (ölçme aracının bütünü ile ne derecede ilişkili oldukları) belirleyen ve madde seçiminde sık kullanılan madde analizi için ölçeğin madde-toplam puan korelasyonlarına bakıldı (Özdamar,

2002; Psikometrik Araştırma Enstitüsü, 2002). Korelasyon katsayılarının okulda $r = ,27 - ,82$; evde $r = ,27 - ,79$ arasında ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptandı (Tablo 3). Kesin olmamakla birlikte madde seçiminde kabul edilebilir katsayının ,25 değerinden büyük olması (Özdamar, 2002), düşük korelasyona sahip maddelerin ölçme aracından çıkarılması önerilir (Özdamar, 2002; Psikometrik Araştırma Enstitüsü, 2002; Tezbaşaran, 1997). Bu bilgiler ışığında, ölçekte bulunan maddelerin puanının toplam puanla korelasyon gösterdiği ve istatistiksel olarak da anlamlı olduğu belirlendi.

Yapı geçerliği için yapılan Faktör analizinde Kaiser-Meyer Olkin (KMO) katsayısının okulda ,77; evde ,74 olarak bulunması örneklem sayısının faktör analizine uygun olduğunu gösterir. Değişkenler arası korelasyon katsayılarının anlamsızlığını belirleyen Barlett testi sonucu, okulda ve evde ileri düzeyde anlamlı idi. Çalışmada KMO ve Barlett testinin anlamlı olması ölçekte bulunan maddelerin korelasyon matrisinin faktör analizi yapmaya uygun olduğunu göstermektedir.

Her bir faktör tarafından açıklanan varyansın hesaplanmasında ve önemli faktör sayısına karar vermede özdeğer katsayısı kullanılır (Büyüköztürk 2002; Özdamar, 2002). Ölçek maddelerinin okul ve evde en uygun olarak 3 faktör/boyut altında toplandığı görüldü ve her faktörün öz değeri 1'in üzerinde idi. Her bir faktör tarafından açıklanan varyans okulda toplam varyansın %44,3'ünü, evde ise toplam varyansın %40'ını açıklamakta idi (Tablo 4). Genel olarak ,30-,59 arasındaki değerler orta ,60 ve üstündeki değerler ise yüksek olarak kabul edilir (Büyüköztürk, 2002).

Maddelerin faktörlerle/alt boyutlarla olan ilişkisi faktör yük değeri/faktör katsayısı ile açıklanmaktadır (Büyüköztürk, 2002). Geliştirilen ölçekte faktör yükleri okulda; 18 maddenin orta yük değerine, 12 maddenin yüksek yük

değerine, evde; 16 maddenin orta yük değerine, 14 maddenin yüksek yük değerine sahip olduğu görüldü.

Ortaya çıkan faktörlerin/boyutların adlandırılmasının kuramsal beklentilere ve yorumlamalara bağlı olduğu konu ile ilgili uzmanların görüşlerinden yararlanılması gerektiği bildirilir (Büyüköztürk 2002). Bu doğrultuda taslak ölçekte ortaya çıkan faktörler/boyutlar uzman görüşleri doğrultusunda evde/okulda bilişsel (10 madde), sosyal (10 madde) ve psikolojik (10 madde) olarak adlandırıldı (Tablo 4).

Faktör analizi sonuçları, DE/HB-YKÖ'nün yapı geçerliliğinin uygun olduğunu ortaya koymuş ve çalışma sorusuna olumlu yanıt vermiştir. Alt ölçekleri bulunan bir ölçüm aracı, geçerlik ve güvenilirlik analizlerinin her bir alt faktör/boyut ölçeği için ayrı ayrı yapılması önerilir (Büyüköztürk, 2002; Erfe, 2002; Tezbaşaran, 1997). Hazırlanan ölçeğin her bir alt boyutun ölçekle uyumuna bakmak için, alt boyut toplam puanı ile ölçeğin toplam puan korelasyonları incelendiğinde; korelasyon katsayıları istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulundu. Anlamlı bulunması her bir alt boyutun ölçeğin bütünü ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Tablo 5).

Likert tipi ölçeklerin güvenilirliğinin sınanmasında en sık kullanılan Cronbach alfa katsayısı, ölçme aracı içinde bulunan maddelerin iç tutarlığının (homojenliğinin) bir ölçüsüdür (Ergin, 1995; Psikometrik Araştırma Enstitüsü). Yeni geliştirilen ölçme araçlarında Cronbach alfa katsayısının ,70 üzerinde olması gerektiği kabul edilir (Ergin, 1995; Psikometrik Araştırma Enstitüsü; Tezbaşaran, 1997). Cronbach alfa güvenilirlik katsayısının ev ve okul için tüm ölçek ve alt boyutlarda ,76-,91 arasında olması (Tablo5) ölçme aracının güvenilirlik düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bu sonuç; ölçeğin maddelerinin birbiri ile yüksek bir iç tutarlılığa sahip olduğunu ve güvenilir bir şekilde kullanılabileceğini ortaya koymuştur.

8-12 yaş grubu DE/HB'li çocuklarda yaşam kalitesini belirlemeye yönelik geliştirilen ölçeğin puan ortalaması okulda $64,1 \pm 15,1$ evde $66,8 \pm 13,6$ idi ve en düşük puanın (30 puan) okulda alındığı saptandı (Tablo 6). Okul ve eve ilişkin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($t= 3,742$; $p=,000$) ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki ($r= ,91$; $p=,000$) olduğu belirlendi. Ölçekten okul için alınan puan ortalamasının ev için alınan puan ortalamasından anlamlı derecede düşük olması DE/HB'nin çocukların yaşamını özellikle okulda daha fazla olumsuz yönde etkilediğini gösteren literatür bilgisi ile de örtüşmektedir. Çünkü literatürde DE/HB'de belirtilerin okula başlama ile belirgin hale geldiği buna neden okuma, imla ve temel matematik işlemlerini başaramama, yönerge alamama, öğrendiklerini çabuk unutma gibi bilişsel yeti ve dikkat gerektiren durumların artması gösterilmektedir. Ayrıca arkadaşları ile iletişim sorunu yaşama, oyunlara alınmama gibi sosyal sorunlar yaşamaları nedeni ile çocukların sık olarak okul ve öğretmen değiştirmek zorunda kaldıkları bildirilmektedir. (Barkley, Anastopoulos, Guevremont, Fletcher, 1991; Byrne, Bawden, Beattie, DeWolfe, 2000; Kendall, 1997; Öktem, Sonuvar, 1993; Tezbaşaran, 1997).

Ölçek özel bir hastalığa ait yaşam kalitesini ölçmek için tasarlandığından ve veriler tek bir birimden toplandığından hasta sayısı sınırlı kalmıştır. Yaş, cinsiyet, ekonomik durum, ilaç kullanma durumuna göre gruplara düşen sayılar sınırlı olduğundan karşılaştırmalar yapılamamıştır.

DE/HB-YKÖ yeni geliştirildiğinden içerik ve puanlama bakımından eşdeğer bir ölçekle yapılan çalışma sonuçları olmadığından, sonuçlar puan olarak başka çalışma sonuçları ile tartışılmamıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

- Yeni geliştirilen ve 79 DE/HB'si olan çocuktan alınan sonuçlara göre yaptığımız

istatistiksel analizlerde DE/ HB-YKÖ'nün okul ve ev için geçerlik ve güvenilirlik düzeyi yüksek bulunmuştur.

- Ölçek 10-15 dakika gibi kısa bir sürede çocukla yüz yüze görüşülerek doldurulabilmektedir. Çocuklar tarafından anlaşılması ve uygulayıcının sonuçları değerlendirmesi kolay bir ölçektir.

- Okul ve ev yaşam kaliteleri arasında anlamlı fark olduğu, okulda yaşam kalitesinin DE/ HB nedeni ile daha fazla olumsuz etkilendiği belirlenmiştir.

Sonuçlar doğrultusunda öneriler;

- Ölçek üzerindeki çalışmalara farklı yaş grupları, daha fazla örneklem grupları ile devam edilmesi,

- Ölçek tanı aşamasında DE/ HB'nun çocuğun yaşam kalitesine etkisini belirlemekte ve çocuğun ev-okul, psikolojik, sosyolojik gibi hangi alanda daha çok yardıma gereksinimi olduğunun belirlenmesinde kullanılması,

- DE/ HB-YKÖ'ni 8-12 yaş grubu DE/ HB'li çocukların yaşam kalitesinin belirlenmesinde hemşireler, psikologlar, rehber öğretmenler ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından kullanımının yaygınlaştırılması önerilmektedir.

- Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları tamamlanan ölçek üzerinde çalışmaların devam etmesi, özellikle geliştirilen bu ölçek ile tanı sonrası, tedavi öncesi, tedavi araları ve sonrasında, farklı tedavi grupları ve farklı ekonomik düzeylerde yapılacak çalışmalarla karşılaştırmalar yapılmasının uygun olacağı düşünülmektedir.

NOT: Bu çalışmaya olan katkılarından dolayı Prof. Dr. Gülay Görak (İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu) ve Doç. Dr. Suzan Yıldız'a (İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu) teşekkür ederim.

KAYNAKLAR

Akdeniz C, Aydemir Ö. (1999) Sağlık Düzeyi Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması ve Güvenirliği. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 9(2); 104-108.

American Academy of Pediatrics. (1994) Integrated School Health Services. Pediatric, 94 (3); 400-402.

Amerikan Psikiyatri Birliği.(1995) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. 4.Baskı (DSM-IV). Amerikan Psikiyatri Birliği. Washington DC. 1994'ten Çeviren: Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği. Ankara.

Angel M. (1993) The transliteral equalance, reliability and validity studies of the Parental Acceptance Rejection Questionnaire (PARQ), mother from; a tool for assesing child abuse. Boğaziçi Üniversitesi Eğitim Bilimler Bölümü Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Apajasalo M, Rautonen J, Holmberg C, Sinkkonen J, et al.(1996) Quality of life in pre-adolescence: A 17-dimensional health-related measure (17D). Qual of Life Res, 5; 532-538.

Austin J K, Smith M S, Risinger M W, McNelis A M. (1994) Childhood epilepsy and asthma: comparison of quality of life. Epilepsia, 35 (3); 608-615.

Barkley R, Anastopoulos A, Guevremont D, Fletcher K. (1991) Adolescents and ADHD: Patterns of behavioral adjustment, academic functioning and treatment utilization. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30; 752-761.

Buldukoğlu K. (1996) Çocuklukta ve ergenlikte görülen duygusal ve davranışsal bozukluklar. N. Kum (Ed.). Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı. Birlik Ofset. İstanbul.

Bulinger M. (1995) Current approaches to measure the health-related quality of life children. European Review of Applied psychology, 245-254.

- Bussing R, Zima T B, Mark A P. (2000) Self-esteem in special education children with adhd: relationship to disorder characteristics and medication use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (10); 1260-1271.
- Büyüköztürk Ş. (2002) Faktör analizi: temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. *Eğitim Yöntemi Dergisi*. <http://www.mimas.politics.ankaraedu.tr/buyukoz/fa.htm>
- Byrne J, Bawden H, Beattie T, DeWolfe N. (2000) Preschoolers classified as having attention-deficit hyperactivity disorder (ADHA): DSM-IV symptom endorsement pattern. *Journal of Child Neurology*. Hamilton, 15 (8); 533-541.
- Colier J, MacKinlay D, Phillips D. (2000) Norm values for the Generic Children's Quality of Life Measure (GCQ) from a large school-base sample. *Quality of Life Research*, 9; 617-623.
- Conners C K, Epstein J, March J, Angold A, et al. (2001) Multimodal treatment of ADHD in the MTA: an alternative outcome analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr*, 40; 159-167.
- Coşkun E M, Boeke A J P, Bezemer P D, Colland V T, Van Eirek J Th M.(2000) Which source should we use to measure quality of life in children with asthma: The children themselves or their parents. *Quality of Life Research*, 9; 625-636.
- DePalma A. J. (2001) Measuring quality of life of patients of traumatic brain injury. *Critical Care Nursing Quarterly*, 23 (4); 42-51.
- Eiser C, Morse R. (2001) A review of measure of quality of life children with chronic illness. *Archives of Disease in Childhood*, 84; 205-213.
- Eiser C. (1997) Children's quality of life measures. *Arch Dis Child*, 77; 350-354.
- Ergin D.Y (1995). Ölçeklerde Geçerlik Ve Güvenirlik. *M.Ü.Atatürk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 7; 125-148.
- Ercan E S, Aydın C.(1998) DEHB doğal gidişi. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınlar*. İzmir, 3 (3); 453-458.
- Erefe İ.(2002) Veri toplama araçlarının niteliği. içinde: Erefe İ (Ed). *Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri*. Odak Ofset. İstanbul, 169-188.
- Fekkes M, Theunissen N, Brugman E, Veen S, et al. (200) Development and psychometric evaluation of the TAPQOL: A health-related quality of life instrument for 1-5 year-old children. *Quality of Life Research*, 9; 961-972.
- Fidaner H, Elbi ve Ark. (1999) Yaşam kalitesinin ölçülmesi. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 9(2); 64-78
- Fitzpatrick R. et al. (1982) Quality of life : Current state of the art. *Arch Phys Med Rehabil*, 63; 56-59.
- Güleç C, Köroğlu E. (1998) *Psikiyatri Temel Kitabı*. in: Şenol Ü, Şener Ş (eds). *Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu*. Ankara, Cilt 2, 1119-1129.
- Hanestad B R.(1992) Quality of Life as an outcome wonable in Nursing Research and Practice, 6th Biennial Conference Workshop of European Nurse Researches, Abstracts no: 45.
- Juniper E F, Guyatt G H, Feeny D H, Ferrie P J, Griffith L E.(1993) Townsend M. Measuring quality of life in children with asthma. *Quality of Life Research*, 5; 35-46.
- Karasar N. (1998) *Bilimsel Araştırma Yöntemi-Kavramlar, İlkeler, Teknikler*. 7.Basım. Ankara: 3a Araştırma Eğitim Danışmanlık Ltd. Şti.
- Kendall j.(1997) The use of qualitative methods in the study of wellness in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 10 (4): 27-35
- Landgraf J M. (2002) Rich M, Rappaport L. Measuring quality of life in children with attention-deficit/hyperactivity disorder and

- their families development and evaluation of a new tool. Archives of Pediatrics and Adolescent, 156 (4); 384-391.
- Öktem F, Sonuvar B.(1993) Dikkat eksikliği tanısı alan çocukların özellikleri. Türk Psikiyatri Dergisi, 4; 267-272.
- Öncü B, Şenol S. (2002) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Etiyolojisi: Bütüncül Yaklaşım. Klinik Psikiyatri Dergisi, 5(2); 111-119.
- Öner N. (1997) Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler. 3.Baskı, Boğaziçi Üniversitesi, İstanbul.
- Özdamar K. (2002) Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi. 4.Baskı. Kaan Kitabevi. Eskişehir, 661-673.
- Psikometrik Araştırma Enstitüsü. (2002) Ölçme Değerlendirme Geliştirme Stratejileri, <http://www.psikometri.com.Aa.htm>
- Raat H, Bonsel G, J, Essink Bot ML, Landgraf J M, Gemke R J. (2002) Reliability and validity of comprehensive health status measures in children: The Child Health Questionnaire in relation to the Health Utilities Index. Journal of Clinical Epidemiology, 55; 67-76.
- Reiff M I. (2001) Self esteem in special education children with ADHD: Relationship to disorder characteristics and medication use.(attention-deficit hyperactivity disorder). Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 22 (1): 79- 86
- Sabaz M, Cairns D, Lawson J, Nheu N, et al.(2000) Validation of a new quality of life measure for children with epilepsy. Epilepsia, 41; 765-774.
- Sieberer-Ravens U, Bullinger M. (1998) Assessing health-related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content analytical results. Qual of Life Reas, 7; 399-407.
- Şenol S.(1998) DEHB Tedavisi. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları. İzmir, 3(3); 509-532.
- Şenol S. (1997) Dikkat Eksikliği Yıkıcı Davranış Bozukluklarının Klinik Özellikleri, Aynı Grup ve Diğer DSM-IV Tanılarıyla Birlikte Riskleri ve Tedavi Eğiliminin Belirlenmesi. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Ankara.
- Tezbaşaran A A. (1997) Likert Tipi Ölçek Geliştirme Kılavuzu.2.Baskı. Türk Psikologlar Derneği Yayınları. Ankara.
- World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü). (1998) ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozuklukların Sınıflandırılması (Klinik Tanımlamalar ve Tanı Kılavuzları). Çev:Çuhadaroğlu F.
- Yazgan Y. Hiperaktivitenin klinik özellikleri. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınlar. İzmir, 3;3; 417-425.
- Yörükoğlu A. (1999) Çocuk ruh sağlığı ve gelişimi. Ben hasta değilim. İçinden: Ekşi A. (Ed). Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul, 45-50.