

# DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN 8-12 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARDA YAŞAM KALİTESİ DEĞERLENDİRMESİ

Özden Şükran ÜNERİ\*, Sevil TURGUT\*\*, Pınar ÖNER\*,  
Şahin BODUR\*, Bengü REZAKİ\*

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmada ilk kez Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı konan, tedavisi başlanmamış, 8-12 yaş grubu çocuklarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve sağlıklı çocuklarla karşılaştırılması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Çalışma örneklemi 44'ü DEHB tanılı, 40'ı sağlıklı 84 olgudan oluşmaktadır. Çalışmamızda yaşam kalitesi (YK) değerlendirmesinde Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış, Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) kullanılmıştır. Sağlıklı kontrol grubu başka bir çalışma için okullardan rastgele örneklem yöntemi kullanılarak belirlenen olgulardan oluşmaktadır.

**Sonuçlar:** Yapılan analizlerde DEHB tanısının ebeveyn ÇİYKÖ puanlarının tümünü istatistiksel olarak anlamlı oranda etkilediği görülmüş, ölçek puanlarının tümünün kontrol grubuna göre düşük olduğu saptanmıştır. Çocuk formunda ise tanı ve kontrol gruplarının Okul İşlevselliği Puanı (OİP), Psikososyal Sağlık Toplam Puanı (PSTP) ve Ölçek Toplam Puan (ÖTP)'lerinde istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmiştir. DEHB grubunda çocuk ve ebeveyn ÇİYKÖ puanları arasındaki korelasyon değerlendirildiğinde Fiziksel Sağlık Toplam Puanı (FSTP), PSTP ve ÖTP için istatistiksel olarak anlamlı korelasyon olduğu bulunmuştur. **Tartışma:** Çalışma sonuçları DEHB'nin çocukların yaşamının hemen her alanını olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir. Bu veriler DEHB olan çocuklara yönelik iyileştirme çabalarının yalnızca okulu değil tüm yaşam alanlarını kapsaması gerektiği görüşünü desteklemektedir.

**Anahtar sözcükler:** Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, yaşam kalitesi, çocuk

## SUMMARY: QUALITY OF LIFE IN 8 - 12 YEARS OLD CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

**Objective:** The objective of the study was to compare the quality of life measures obtained from newly diagnosed subjects with ADHD and healthy controls. **Methods:** The sample consisted of 44 subjects with ADHD and 40 healthy controls. We used Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL), which was reported to be valid and reliable in Turkish. Healthy control subjects were selected from the sample of another study which was randomly selected from schools. **Results:** Results showed that in the parent indicated lower PedsQL scores in their ADHD children than controls suggesting that ADHD significantly affected all scale scores. In the child form, ADHD group had significantly lower School Functioning Score (SchFS), Psychosocial Health Summary Score (PsychoSS), and Total Scale Score (TSS). Physical Health Summary Score (PSS), PsychoSS and TTS were significantly correlated in child and parent forms.

**Discussion:** Results showed that ADHD had a negative effect on almost all areas of functioning, implicating that rehabilitation efforts must target not only school but also other areas of functioning.

**Key words:** Attention deficit hyperactivity disorder, quality of life, children

## GİRİŞ

20. yüzyıl ortalarında bireylerin yaşamlarıyla ilgili farklı memnuniyet ve iyilik algısı olabileceğinin gözlenmesi, sağlıkla ilgili verilerin değerlendirilmesinde bireysel bakış açısını öne çıkartmıştır (Eiser ve Morse 2001a). Bu bağlamda sağlıkla ilgili yaşam kalitesi (SİYK) bir hastalığın ve tedavisinin hastada yarattığı etkilerin hasta tarafından algılanışı olarak tanımlanmıştır (Fidaner 2004). Günümüzde SİYK ölçekleri hastalıkların birey üzerindeki etkilerini anlamada sıklıkla kullanılmaktadır (Fidaner ve ark.1999, Varni ve ark. 2005). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozuk-

luğu (DEHB) yaş düzeyinde beklenenden fazla hareketlilik, dikkat dağınıklığı ve dürtü kontrol zorluğu ile karakterize, nörogelişimsel bir bozukluktur (Cormier 2008). Yaygınlığı okul çağındaki çocuklarda %3-7 olarak belirtilmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994). DEHB çocuğun okulda ve evde işlevselliğini önemli oranda bozan, ergen ve erişkinlik yaşında da devam edebilen bir sağlık sorunu olarak bilinmektedir (Biederman ve ark. 1998). Buna rağmen DEHB olan çocuklarda yaşam kalitesi (YK) ile ilgili yapılan bir çalışmada 2004 yılına kadar bu alanda yapılmış yalnızca 5 çalışma olduğu ve bu çalışmaların DEHB'nin YK üzerindeki etkilerini anlamada yetersiz kaldığı belirtilmektedir (Klassen ve ark. 2004). Klassen ve arkadaşları 2004 yılında Çocuk Sağlığı Anketi (Child Health

\*Uzm.Dr., Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Birimi, Ankara

\*\*Uzm. Psik., Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nörolojisi Birimi, Ankara

Questionnaire) kullanılarak yaptıkları çalışmalarında DEHB'nin YK'ni olumsuz etkilediğini geniş bir örneklem grubunda göstermiştir. Bu çalışma yalnızca ebeveyn formu kullanılarak yapılmıştır. Escobar ve arkadaşları (2005) Çocuk Sağlığı Anketi kullanarak yaptıkları çalışmalarında yeni tanı, DEHB'li 6-12 yaş grubu çocukların YK'lerinin astımlı ve sağlıklı çocuklardan düşük olduğunu saptamışlardır. Varni ve Burwinkle (2006) YK ölçümlerinde öz bildirim ölçeklerinin önemine dikkat çekerek, ÇİYKÖ çocuk ve ebeveyn formlarının DEHB olan çocuklarda geçerlik ve güvenilirliğinin yüksek olduğunu göstermişlerdir. Son yıllarda DEHB ile ilgili yapılan YK çalışmalarında artış bulunmaktadır (Wehmeier ve ark. 2008). Ancak ülkemizde DEHB ve YK ile ilgili yazında az sayıda çalışma olduğu görülmektedir (Dolgun ve Savaşer 2004). Bu çalışmada 8-12 yaş grubu yeni tanı alan DEHB'li çocuklarda yaşam kalitesinin ölçülmesi ve sağlıklı çocuklarla karşılaştırılması amaçlanmıştır.

## YÖNTEM VE GEREÇLER

### Örneklem

Çalışmamız Eylül- Aralık 2007 tarihleri arasında Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları biriminde gerçekleştirilmiştir. Çalışma örneklemini 8-12 yaşları arasındaki 44 DEHB olgusu ve 40 sağlıklı kontrolden oluşmaktadır. DEHB grubu birinci yazar tarafından DSM-IV tanı ölçütlerine göre ilk kez DEHB tanısı konulan, tedavisi başlanmamış, WISC-R zeka testi ile belirlenen zeka bölüm puanları 80'nin üzerinde olan ve eş hastalık tanısının bulunmadığı olgulardan oluşmaktadır. Eş tanı klinik değerlendirme ile konulmuştur. Tanıların desteklenmesi amaçlı olarak çocukların annelerinden Connors ebeveyn derecelendirme ölçeğini, öğretmenlerinden ise Connors öğretmen değerlendirme ölçeğini doldurmaları istenmiştir. Sağlıklı kontrol grubu başka bir çalışma için okullardan, basit rastgele örneklem yöntemi kullanılarak belirlenen 101 kişilik veri tabanından, yine basit rastgele örneklem yolu DEHB olan grup ile yaş ve sosyoekonomik düzey olarak eşleştirilmiş 40 olgudan oluşmaktadır. Kontrol grubunun sağlıklı olduğuna ebeveynleri tarafından doldurulan formdaki son bir aydır hastalık geçirmediği, kronik hastalığı olmadığı ve sağlıklı olduğu beyanına göre karar verilmiştir. Sınıf

öğretmenlerince okul başarı sorunu yaşamadığı belirtilen çocuklar normal zeka düzeyinde kabul edilerek çalışmaya dahil edilmişlerdir. Bu olgularla klinik değerlendirme görüşmesi yapılmamıştır. Olguların tümüne ÇİYKÖ 8-12 yaş grubu formu verilmiş, ayrıca çalışmaya katılan çocukların annelerinden de ölçek ebeveyn formunu, çocukları ile eş zamanlı olarak doldurmaları istenmiştir. Çalışmaya kabul ölçütleri; formu dolduran ebeveynin en az ilkokul mezunu olması, olguların son 1 aydır geçirdiği herhangi bir hastalığının ve kronik hastalığının olmaması, DEHB tanısı konulan olgulara daha önce herhangi bir tedavi başlanmamış olması, WISC-R zeka testi ile belirlenen zeka bölümlerinin 80'nin üzerinde olması ve DEHB ile eş hastalığın bulunmaması olarak belirlenmiştir. Çalışma için hastane etik kurul onayı alınmış ve tüm olgular bilgilendirilmiş onam formunu okuyup onaylayarak çalışmaya gönüllü olarak katılmışlardır.

### Veri Toplama Araçları

#### Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ):

2-18 yaş grubu çocuk ve ergenlerde kullanılan genel bir yaşam kalitesi ölçeğidir (Varni ve ark.1999). Ölçeğin 2-4, 5-7, 8-12 ve 13-18 yaş grupları için yaş grubu özelliklerine göre anlatımı düzenlenmiş dört farklı formu bulunmaktadır. İki-4 yaş grubu dışındaki tüm yaş gruplarında çocuk ve ebeveyn için hazırlanmış iki ayrı ölçek bulunmakta, 2-4 yaş grubunda ise yalnızca ebeveyn ölçeği bulunmaktadır. Çocuk ve ebeveyn ölçekleri, eş zamanlı olarak çocuk ve ebeveynin kendisi tarafından, birbirlerinden bağımsız olarak doldurulmaktadır. ÇİYKÖ fiziksel, duygusal, sosyal ve okul ile ilgili işlevselliğin sorgulandığı dört alt bölümden oluşmaktadır. Ölçek değerlendirmesinde duygusal işlevsellik puanı (DİP), sosyal işlevsellik puanı (SİP), okul işlevselliği puanı (OİP), fiziksel sağlık toplam puanı (FSTP), psikososyal sağlık toplam puanı (PSTP), ölçek toplam puanı (ÖTP) kullanılabilir. Ölçekte beş seçeneqli, likert tipi yanıt skalası kullanılmıştır (0=hiçbir zaman, 1=nadiren, 2=bazen, 3=sıklıkla, 4=her zaman). Maddelerden alınan puanlar doğrusal olarak 0-100 puan arasında bir değere çevrilir (0=100, 1=75, 2=50, 3=25, 4=0). 0-100 arasında değişebilen puanlar artıkça yaşam kalitesi de artmaktadır (Varni ve ark.2001).

ÇİYKÖ 8-12 ve 13-18 yaş grubu formlarının Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Çakin

Memik (2005) tarafından yapılmış, bu çalışmada ölçeğin her iki yaş grubunda da geçerlik ve güvenilirliği yüksek olarak değerlendirilmiştir.

### İstatistiksel değerlendirme

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken Windows için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 11.5 programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (ortalama, standart sapma) kullanılmış, niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılıma uygunluk değerlendirmesi yapılmıştır. DEHB ve Kontrol gruplarının ÇİYKÖ puanları üzerindeki etkileri tek yönlü varyans analizi (MANOVA: One-way Multivariate Analysis of Variance) ile incelenmiştir. Çocuk ve ebeveyn ölçek puanları arasındaki korelasyon Pearson korelasyon katsayısı kullanılarak hesaplanmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık ise  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirilmiştir.

### SONUÇLAR

Çalışmamızda yer alan çocukların yaş ortalaması  $9.48 \pm 1.38$  olarak saptanmıştır. Örneklem %37.7'si ( $n=30$ ) kız, %64.3'ü ( $n=54$ ) erkektir. Sağlıklı grupta K/E oranı 1 iken, DEHB olan çocuklarda bu oran 1/3.4 olarak bulunmuştur. Ölçek toplam puan ortalaması DEHB grubu çocuklarda  $71.12 \pm 12.77$ , kontrol grubu çocuklarda  $78.47 \pm 12.46$  olarak saptanırken, DEHB'li çocukların ebeveyn formlarında  $63.14 \pm 16.42$ , kontrol grubu çocukların ebeveyn formlarında  $82.60 \pm 12.62$  olarak elde edilmiştir. Tüm ölçek puan ve alt puanları Tablo 1'de yer almaktadır.

**Tablo 1 :** DEHB ve Kontrol Gruplarında ÇİYKÖ Puan Ortalamaları

ÇİYKÖ PUANLARI	ÇOCUK		EBEVEYN	
	DEHB	KONTROL	DEHB	KONTROL
FSTP	73.32±13.52	78.98±16.34	66.13±21.29	81.82±16.95
DİP	67.39±18.22	74.63±16.35	59.09±20.58	78.33±14.25
SİP	78.64±20.61	83.68±16.82	70.28±21.45	89.10±12.66
OİP	64.66±20.04	76.25±13.96	53.16±23.20	87.39±13.37
PSTP	70.10±14.62	78.21±12.39	62.40±16.34	82.99±12.66
ÖTP	71.12±12.77	78.47±12.46	63.14±16.42	82.60±12.62

ÇİYKÖ: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği  
DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu  
FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı  
DİP: Duygusal İşlevsellik Puanı  
OİP: Okul İşlevsellik Puanı  
PSTP: Psikososyal Sağlık Toplam Puanı  
ÖTP: Ölçek Toplam Puanı

DEHB tanısının ÇİYKÖ puanları üzerindeki etkisi çocuk ve ebeveyn ölçek puanları için MANOVA ile incelenmiştir. Tablo 2'de görüldüğü gibi DEHB tanısı ebeveyn ölçek puanlarının tümünü istatistiksel olarak anlamlı olarak etkilemiş, ÇİYKÖ puanlarının tümünün kontrol grubuna göre düşük olduğu saptanmıştır. Çocuk formunda ise Okul İşlevsellik Puanı (OİP), Psikososyal Sağlık Toplam Puanı (PSTP) ve Ölçek Toplam Puanı (ÖTP) açısından istatistiksel olarak anlamlı etkilenme olduğu belirlenmiş, bu puanlar DEHB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olarak bulunmuştur.

**Tablo 2 :** DEHB ve Kontrol Gruplarında ÇİYKÖ Puanlarının Karşılaştırılması

ÇİYKÖ PUANLARI	KARELER TOPLAMI	s.d.	ORTALAMA KARE	F	p	SONUÇLAR	
ÇOCUK	FSTP	671.397	1	671.397	3.013	.086	AD
	DİP	1097.860	1	1097.860	3.646	.060	AD
	SİP	531.936	1	531.936	1.489	.226	AD
	OİP	2814.935	1	2814.935	9.280	.003	
	PSTP	1379.745	1	1379.745	7.453	.008	
	ÖTP	1130.935	1	1130.935	7.097	.009	DEHB<KONTROL
EBEVEYN	FSTP	5091.875	1	5091.875	13.555	.000	
	DİP	7655.239	1	7655.239	23.913	.000	
	SİP	7321.633	1	7321.633	22.923	.000	
	OİP	24224.692	1	24224.692	65.556	.000	
	PSTP	8769.526	1	8769.526	40.427	.000	
	ÖTP	7831.862	1	7831.862	35.959	.000	DEHB<KONTROL

ÇİYKÖ: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği  
DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu  
FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı  
DİP: Duygusal İşlevsellik Puanı  
OİP: Okul İşlevsellik Puanı  
PSTP: Psikososyal Sağlık Toplam Puanı  
ÖTP: Ölçek Toplam Puanı  
AD: İlişki İstatistiksel Olarak Anlamlı Değil

DEHB grubunda çocuk ve ebeveyn ÇİYKÖ puanları arasındaki korelasyon değerlendirildiğinde FSTP, PSTP ve ÖTP için istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar elde edilirken, DİP, SİP ve OİP için istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmamıştır (Tablo 3).

**Tablo 3 :** DEHB Grubu Çocuk ve Ebeveyn ÇİYKÖ Puanları Arasındaki Korelasyon

ÇOCUK ÇİYKÖ PUANLARI	EBEVEYN ÇİYKÖ PUANLARI					
	FSTP	DİP	SİP	OİP	PSTP	ÖTP
FSTP	.571**					
DİP		.180				
SİP			.208			
OİP				.215		
PSTP					.329*	
ÖTP						.418**

\*\* $p < 0.01$ , \* $p < 0.05$

ÇİYKÖ: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği  
FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı  
DİP: Duygusal İşlevsellik Puanı  
OİP: Okul İşlevsellik Puanı  
PSTP: Psikososyal Sağlık Toplam Puanı  
ÖTP: Ölçek Toplam Puanı

## TARTIŞMA

DEHB'li çocuklarda kız/erkek oranı örneklemin klinik ya da toplumdan seçilmesine göre 1/4 ile 1/9 arasında değişmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994). Çalışmamızda DEHB grubunda yer alan çocukların sağlıklı çocuklardan daha yüksek oranda erkek cinsiyetinde olmasına DEHB klinik örnekleminde erkek cinsiyet sıklığının yol açtığı düşünülmüştür. Çalışmamızda kullanılan ÇİYKÖ orijinal formu ile DEHB tanılı 5-16 yaş grubu çocuklarla yapılan bir YK çalışmasında çocuk ölçeklerinde Ölçek Toplam Puanı (ÖTP) ortalaması 70.17±18.28, ebeveyn ölçeklerinde ise 69.50±16,17 olarak bulunmuştur (Varni ve Burwinkle 2006). Bu bulgu çalışmamız sonuçları ile benzerdir. DEHB olan çocuklarla yapılan bazı çalışmalarda bu çocukların YK'lerinin tüm alanlarda bozulduğu belirtilirken bazı çalışmalarda psikososyal sağlık alanının fiziksel sağlık alanına göre daha çok etkilendiği saptanmıştır (Escobar ve ark. 2008, Klassen ve ark. 2006). Çalışmamızda ebeveyn formlarında DEHB tanısının tüm YK ölçek puanlarını olumsuz yönde etkilediği, çocuk formlarında ise fiziksel sağlık toplam puanı (FSTP) ve sosyal işlevsellik puanı (SİP) açısından sağlıklı çocuklardan düşük ama istatistiksel olarak anlamlı olmayan fark olduğu bulunmuştur. Bu durum örneklemin küçüklüğünden kaynaklanıyor olabileceği gibi, DEHB tanısının yeni tanılı, klinik değerlendirme ile eş hastalığı olmayan çocuklarda fiziksel ve sosyal alanlarda işlevselliği bireysel algıda bozmayabileceği şeklinde de yorumlanabilir.

YK değerlendirmelerinde çocuk ve ebeveyn formları karşılaştırıldığında ölçek ve alt ölçek puanlarının birebir örtüşmesi beklenmemektedir (Eiser ve Morse 2001b). ÇİYKÖ ve başka YK ölçekleriyle yapılan çalışmaların çoğunda ebeveyn ve çocuk formları arasındaki uyumun en çok fiziksel sağlık alanında, en az ise okul işlevselliği ve sosyal işlevsellik alanlarında olduğu belirtilmiştir (Escobar ve ark. 2008, Varni ve ark. 2003). Çalışmamızda da benzer şekilde duygusal işlevsellik, sosyal işlevsellik, okul işlevselliği alanlarında çocuk ve ebeveyn ölçek puanları arasında anlamlı korelasyon olmadığı bulunmuştur. Bu duruma fiziksel becerilerin diğer alanlara göre daha kolay gözlenip yorumlanabilir özellikler olması yol açmış olabilir. Ebeveynin çocukla birlikte okulda olamamasının ve arkadaş ilişkilerinin tümünü gözlemleyememesinin

okul işlevselliği ve sosyal işlevsellik alanlarıyla ilgili değerlendirmelerde farklılığa yol açmış olabileceği de düşünülmüştür. Ayrıca yazında ebeveyn formlarının ebeveynin sağlık durumu, geçmiş yaşam deneyimi, çocuğun hastalığıyla ilgili değer yargısı, ebeveynlik yetisiyle ilgili algısı ve ailenin yapısı gibi çocuğun sağlığı dışındaki pek çok durumdan etkilendiği de belirtilmekte ve çocuklarda YK değerlendirme-lerinde hem çocuk öz bildirim hem de ebeveyn formlarının bir arada kullanılması önerilmektedir (Eiser ve Morse 2001a).

Çalışmamızın kısıtlılıkları arasında örneklemin küçüklüğü, sağlıklı çocuk grubu ile klinik değerlendirme görüşmesi yapılmamış olması, DEHB alt gruplarının ve DEHB şiddetinin değerlendirilmede dikkate alınmaması, her iki grupta da cinsiyetin YK üzerine etkisinin incelenmemiş olması ve yarı yapılandırılmış tanı ölçeklerinin klinik görüşmeye ek olarak kullanılmaması sayılabilir. Çalışma sonuçlarımız genel olarak değerlendirildiğinde DEHB'nin çocukların yaşam kalitesini hemen her alanda azaltan önemli bir sağlık sorunu olduğu, DEHB ile ilgili yapılacak planlama ve tedavi çalışmalarında bu durumun dikkate alınmasının yararlı olacağı düşünülmüştür. Daha geniş örneklem grubuyla, çalışma kısıtlılıklarını taşımayan yeni çalışmalar DEHB olan olguları daha iyi anlama ve tedavilerini yönlendirmede yararlı olacaktır.

## KAYNAKLAR

- Amerikan Psikiyatri Birliği (1994), *Mental Bozuklukların Tamsal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV)* (Çev. Ed.: Ertuğrul Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara,1995.
- Biederman J, Faraone SV, Taylor A ve ark. (1998) *Diagnostic continuity between child and adolescent ADHD: Findings from a longitudinal clinical sample. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 37: 305-13.*
- Cormier E (2008) *Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A Review And Update. J Pediatr Nurs 23:345-57.*
- Çakın Memik N (2005) *Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. Basılmamış Uzmanlık Tezi. KOÜTE, Kocaeli.*
- Dolgun G, Savaşer S (2004) *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan 8-12 yaş grubu çocuklarda yaşam kalitesi ölçeği geliştirilmesi (Poster Bildiri) 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi sempozyumu Program ve Özet Kitabı. Emek matbaacılık, İzmir, s. 84.*

- Eiser C, Morse R (2001a) *Quality of life measures in chronic disease of childhood. Health Technol Asses* 5 (4).
- Eiser C, Morse R (2001b) *Can parents rate their child's health-related quality of life? Results of a systematic review. Qual Life Res* 10: 347-57.
- Escobar R, Soutullo CA, Hervas A ve ark. (2005) *Worse quality of life for children with newly diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder, compared with astmatic and healthy children. Pediatrics* 116: e364-9.
- Escobar R, Hervas A, Soutullo C ve ark. (2008) *Attention-deficit/hyperactivity disorder: Burden of the disease according to subtypes in recently diagnosed children. Actas Esp Psiquiatr* 36:285-94.
- Fidaner C (2004) *Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kavramı. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Program ve Özet Kitabı. Emek Matbaacılık, İzmir, s.1-3.*
- Fidaner H, Elbi H, Fidaner C ve ark. (1999) *Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 VE WHOQOL-BREF. 3P Dergisi, 7(Ek.2) 5-13.*
- Klassen AF, Miller A, Fine S (2004) *Health-Related Quality of Life in Children And Adolescents Who Have a Diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Pediatrics* 114:e541-e7.
- Klassen AF, Miller A, Fine S (2006) *Agreement between parent and child report of quality of life in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Child Care Health Dev* 32:397-406.
- Wehmeier PM, Schacht A, Dittmann RW ve ark. (2008) *Global impression of perceived difficulties in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: Reliability and validity of a new instrument assessing perceived difficulties from a patient, parent and physician perspective over the day. Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2(1):10.
- Varni JW, Seid M, Rode AC (1999) *The PedsQLTM : The measurement model for the Pediatric Quality of Life Inventory. Med Care* 37: 126-39.
- Varni JW, Seid M, Kurtin PS (2001) *PedsQLTM 4.0: Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations. Med Care* 39: 800-12.
- Varni JW, Burwinkle TM, Jacops JR ve ark. (2003) *The PedsQLTM in Type 1 and Type 2 Diabetes. Diabetes Care* 26: 631-7.
- Varni JW, Burwinkle TM, Lane MM (2005) *Health-related quality of life measurement in pediatric clinical practice: an appraisal and precept for future research and application. Health Qual Life Outcomes* 3:34.
- Varni JW, Burwinkle TM (2006) *The PedsQLTM as a patient-reported outcome in children and adolescent with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder:a population-based study. Health Qual Life Outcomes* 4:26.