



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**



“SINIRDA ZİHİNSEL İŞLEVSELLİK” İLE İZLENEN ÇOCUK VE ERGENLERİN KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Göksarp ŞENGÜN

**ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Esra YÜRÜMEZ**

**ANKARA
2023**

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

“SINIRDA ZİHİNSEL İŞLEVSELLİK” İLE İZLENEN ÇOCUK
VE ERGENLERİN KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Göksarp ŞENGÜN

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Esra YÜRÜMEZ

ANKARA

2023

ETİK BEYAN

Ankara Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanlığı'na,

Tıpta Uzmanlık Tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Sınırdaki Zihinsel İşlevsellik ile İzlenen Çocuk ve Ergenlerin Klinik Özellikleri” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Bu tez çalışmasıyla ilgili tüm süreçler Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından, 10.03.2022 tarihinde, İ03-119-22 numaralı kararla onaylanmıştır.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Göksarp ŞENGÜN

Tarih: 12.04.2023

İmza:

ÖZGÜNLÜK RAPORU

Gönderim Tarihi: 14-Nis-2023 11:47AM (UTC+0300)

Gönderim Numarası: 2064270506

Dosya adı: UZMANLIK_TEZ.docx (264.78K)

Kelime sayısı: 21635

Karakter sayısı: 150753

"Sınırdaki Zihinsel İşlevsellik" ile İzlenen Çocuk ve Ergenlerin Klinik Özellikleri

ORJİNALLİK RAPORU

% **10**

BENZERLİK ENDEKSİ

% **9**

İNTERNET KAYNAKLARI

% **5**

YAYINLAR

% **4**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

KABUL ONAY SAYFASI

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN	
Adı, Soyadı : Göksarp ŞENGÜN	Sınav tarihi: 26 / 04 / 2023
Anabilim Dalı : Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
Tez Danışmanı : Doç.Dr.Esra YÜRÜMEZ	

II. TEZ İLE İLGİLİ BİLGİLER	
Tezin Başlığı: “ Sınırdaki Zihinsel İşlevsellik ile İzlenen Çocuk ve Ergenlerin Klinik Özellikleri”	
Tezin Niteliği:	☒ Ana Dal Uzmanlık Tezi ☐ Yan Dal Uzmanlık Tezi
Kaçıncı tez sınavı olduğu:	☒ 1 ☐ 2 ☐ 3

III. KARAR	
Yapılan tez sınavı sonucunda yukarıda belirtilen tezin “Tıpta Uzmanlık Tezi” olarak	
☒ Kabulüne	
☐ Reddine	
☐ Düzeltmeler yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesine	
☒ Oy birliği ☐ Oy çokluğu ile karar verilmiştir.	

IV. AÇIKLAMALAR	
Lütfen, tezin reddi veya düzeltme istenmesi durumunda gerekçeli açıklamalarınızı buraya yazınız	

Jüri Başkanı
Doç.Dr.Esra YÜRÜMEZ
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Doç.Dr.Merve ÇIKILI UYTUN
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Doç.Dr.Sadettin Burak AÇIKEL
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

ÖNSÖZ

Uzmanlık tezimin oluşma ve yürütülme süresince desteğini esirgemeyen, bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, değerli danışman hocam Doç. Dr. Esra YÜRÜMEZ'e,

Eğitimim boyunca mesleki gelişimimde büyük payları olan, anlayış ve desteklerini gördüğüm değerli hocalarımız ve öğretim görevlilerimiz, Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Didem Behice ÖZTOP, Doç.Dr. Merve ÇIKILI UYTUN, Doç. Dr. Sadettin Burak AÇIKEL, Öğr. Gör. Dr. Rahime Duygu TEMELTÜRK ve Öğr. Gör. Dr. Sabide Duygu UYGUN'a,

2019-2022 yılları arasında kliniğimizde görev almış, tezimin oluşma sürecinde katkısı bulunan ve klinik yaklaşım konusunda çok faydalandığım Doç. Dr. Özhan YALÇIN'a,

Uzun süre Anabilim Dalı Başkanlığı görevini yürütmüş ve 2023 yılında kliniğimizdeki öğretim üyeliği görevinden emekli olan, bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen Prof. Dr. Birim Günay KILIÇ'a,

Aynı klinikte çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum, tezimin çeşitli aşamalarında destek ve yardımlarını gördüğüm çok değerli asistan arkadaşlarıma,

Tezimin önemli bir parçası olan zeka testinin uygulanmasında emeği geçen psikologlarımız İrem ÖKER AYCA, Eda MUTLU, Öznur ÖZYÜREK, Elçin ÇAĞLAR ve Seda NİGAR'a,

Kliniğimizde severek birlikte görev aldığım hemşirelerimiz, sosyal hizmet uzmanımız ve personelimize,

Psikiyatri ve Çocuk Nörolojisi rotasyonlarımda birlikte çalıştığımız hocalarım, çalışma arkadaşlarım ve hemşirelere,

Varlığını ve sevgisini hep yanımda hissettiğim canım annem, babam ve kardeşime;

En derin sevgi, saygı ve teşekkürlerimle...

Göksarp ŞENGÜN

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Özgünlük Raporu	iii
Kabul Onay Sayfası	iv
Önsöz	v
İçindekiler	vi
Simgeler ve Kısaltmalar	viii
Tablolar Dizini	x
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	3
3. GİRİŞ VE AMAÇ	5
4. GENEL BİLGİLER	8
4.1. Tanım	8
4.2 Tarihçe	8
4.3. Tanısal Durum	9
4.4. Epidemiyoloji	9
4.5. Etiyoloji	10
4.6. Klinik Özellikler	11
4.6.1 Yürütücü İşlevler	11
4.6.2. Akademik Beceriler	12
4.6.3. SZİ ve Ebeveynleri	13
4.6.4. Sosyal Davranış ve Beceriler	13
4.6.5. Suç	14
4.6.6. Alkol, Sigara ve Madde Kullanımı	14
4.7. Ayırıcı Tanı	15
4.8. Klinik Seyir	16
4.9. Ruh Sağlığı Sorunları	17
5. GEREÇ VE YÖNTEM	20
5.1. Örneklem Seçimi	20
5.2. Dahil Olma ve Dışlama Ölçütleri	20
5.3. İşlem	21
5.4. Veri Toplama Araçları	22
5.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	22
5.4.2. Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği-Yeniden Gözden Geçirilmiş Formu (WISC-R / WÇZÖ-R)	23

5.4.3. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-DSM-5-Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T / K-SADS-PL-DSM-5-T):	23
5.4.4. Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Yenilenmiş- Çocuk ve Ebeveyn Formları (ÇADÖ-Y-Ç / ÇADÖ-Y-E)	23
5.4.5. Conners Anababa Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa Form (CADÖ-YK)	24
5.4.6. İletişim Becerileri Kontrol Listesi 2 (İBK-2)	24
5.5. İstatistiksel Analiz	25
6. BULGULAR	26
7. TARTIŞMA	52
7.1. Sosyodemografik Bulguların Tartışılması	52
7.2. Ruh Sağlığı Sorunlarının Tartışılması	55
7.2.1. Bozuklukların Yaygınlık Oranları	55
7.2.1.1. SZİ Olgularda Bozuklukların Yaygınlık Oranlarının Kontrol Grubuyla Karşılaştırılması	56
7.2.2. Komorbidite ve Tanı Sayılarının Tartışılması	61
7.2.3. Alt Ölçeklerin ve Belirtilerin Tartışılması	62
7.3. İletişim Becerilerinin Tartışılması	63
7.4. Diğer Bulguların Tartışılması	65
7.4.1. IQ Alt Grupları	65
7.4.2. Akran Zorbalığı	65
7.4.3. Ölçek Puanları ve Alınan Tanı Sayıları	67
7.4.4. Ölçek Puanları – Aile Yapısı ve Ebeveynlere Ait Özellikler	67
7.5. Çalışmanın Kısıtlılıkları	68
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	70
9. KAYNAKLAR	72
10. EKLER	83
EK 1. Gönüllü Olur ve Onam Formları	83
EK 2. Sosyodemografik Bilgi Formu	95
EK 3. Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş Çocuk Formu	103
EK 4. Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş Ebeveyn Formu	105
EK 5. Conners Anababa Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa Form	107
EK 6. Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği-Yeniden Gözden Geçirilmiş Formu (WISC-R / WÇZÖ-R)	108
EK 7. Ölçek Kullanım İzni	109

SİMGELER VE KISALTMALAR

SZİ	: Sınırdaki Zihinsel İşlevsellik
ZY	: Zihinsel Yetersizlik
IQ	: Zeka Katsayısı
HZY	: Hafif Düzeyde Zihinsel Yetersizlik
ÖÖB	: Özgöl Öğrenme Bozukluğu
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
DSM-I	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 1. Baskı
DSM-II	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 2. Baskı
DSM-III	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 3. Baskı
DSM-IV	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 4. Baskı
DSM-IV-TR	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 4. Baskı Metin Revizyonu
DSM-V	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 5. Baskı
ICD-10	: Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması, 10. Baskı
ICD-10-CM	: Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması, 10. Baskı, Klinik Modifikasyon
ICD-11	: Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması, 11. Baskı
WISC-R	: Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği-Yeniden Gözden Geçirilmiş Formu
ÇDŞG-ŞY	: Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli
ÇADÖ-Y-Ç	: Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Yenilenmiş – Çocuk Formu
ÇADÖ-Y-E	: Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Yenilenmiş – Ebeveyn Formu
İBK-2	: İletişim Becerileri Kontrol Listesi-2
AAB	: Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu
SAB	: Sosyal Anksiyete Bozukluğu
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
PB	: Panik Bozukluk
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu
MDB	: Majör Depresif Bozukluk
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
KOKGB	: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
DB	: Davranım Bozukluğu
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
BKB	: Borderline Kişilik Bozukluğu

OSB	: Otizm Spektrum Bozukluğu
SPİB	: Sosyal Pragmatik İletişim Bozukluğu
ÖDB	: Özgöl Dil Bozukluğu
SESP	: Sosyal Etkileşim Sapma Puanı
GİP	: Genel İletişim Puanı
OÖE	: Okul Öncesi Eğitim
SS	: Standart Sapma
BİF	: Borderline Intellectual Functioning (SZİ)
K-SADS-PL	: The Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime Version (ÇDŞG–ŞY)
CCC-2	: The Children's Communication Checklist-2 (İBK-2)
RCADS-CV	: The Revised Child Anxiety and Depression Scale Child Version (ÇADÖ-Y-Ç)
RCADS-PV	: The Revised Child Anxiety and Depression Scale Parent Version (ÇADÖ-Y-E)
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences for Windows

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1.	Çocuğa İlişkin Sosyodemografik Özelliklerin SZİ Grubu ve Kontrol Grubuna Göre Karşılaştırılması (Sürekli Değişkenler).....	26
Tablo 2.	Çocuğa İlişkin Sosyodemografik Özelliklerin SZİ Grubu ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı.....	26
Tablo 3.	Aileye İlişkin Sosyodemografik Özelliklerin SZİ Grubu ve Kontrol Grubuna Göre Karşılaştırılması (Sürekli Değişkenler).....	27
Tablo 4.	Aileye İlişkin Sosyodemografik Özelliklerin SZİ Grubu ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı.....	28
Tablo 5.	ÇADÖ-Y Çocuk ve ÇADÖ-Y Ebeveyn Ölçeklerine Ait Puanların SZİ Grubu ve Kontrol Grubuna Göre Karşılaştırılması.....	30
Tablo 6.	İletişim Becerileri Kontrol Listesi-2'ye Ait Puanların SZİ Grubu ve Kontrol Grubuna Göre Karşılaştırılması.....	30
Tablo 7.	Conners Anababa Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa Formuna Ait Puanların SZİ Grubu ve Kontrol Grubuna Göre Karşılaştırılması.....	31
Tablo 8.	Tanı Sayılarının ve Psikiyatrik Bozuklukların Dağılımlarının SZİ Grubu ve Kontrol Grubu ile İlişkisi	32
Tablo 9.	Temel Başvuru Şikayetleri ile İlgili Tanımlayıcı Veriler.....	33
	Tablo 9.1. SZİ Grubundaki Olguların Kliniğe Temel Başvuru Şikayetlerinin Dağılımı	33
	Tablo 9.2. SZİ grubundaki Olgular İçerisinde Temel Başvuru Şikayeti Dikkat Sorunu Olanlar ile DEHB Tanısı Alanların Dağılımları	33
Tablo 10.	SZİ Grubundaki Olgulara Ait Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımının IQ Alt Grupları İle İlişkisi.....	34
Tablo 11.	SZİ Grubuna Ait Sosyodemografik Özelliklerin IQ Alt Gruplarına Göre Karşılaştırılması (Sürekli Değişkenler).....	34
Tablo 12.	SZİ Olguların Ailelerine İlişkin Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımının IQ Alt Grupları İle İlişkisi	35
Tablo 13.	Ölçeklere Ait Puanların SZİ Grubundaki Olgular İçin IQ Alt Gruplarına Göre Karşılaştırılması	36
Tablo 14.	SZİ Grubunda, Tanı Sayılarının ve Psikiyatrik Bozuklukların Dağılımlarının IQ Alt Grupları ile İlişkisi	37
Tablo 15.	SZİ grubundaki Olguların Aldıkları Tanı Sayıları ile ÇADÖ-Y Çocuk ve ÇADÖ-Y Ebeveyn Puanlarının Karşılaştırılması	38
Tablo 16.	SZİ Grubundaki Olguların Aldıkları Tanı Sayıları ile İletişim Becerileri Kontrol Listesi-2 Ölçeğine Ait Puanların Karşılaştırılması	41
Tablo 17.	SZİ Grubundaki Olguların Aldıkları Tanı Sayıları ile Conners Anababa Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa Formuna Ait Puanların Karşılaştırılması	41

Tablo 18.	Kontrol Grubundaki Olguların Aldıkları Tanı Sayıları ile ÇADÖ-Y Çocuk ve ÇADÖ-Y Ebeveyn Puanlarının Karşılaştırılması.....	43
Tablo 19.	Kontrol Grubundaki Olguların Aldıkları Tanı Sayıları ile İletişim Becerileri Kontrol Listesi-2 Ölçeğine Ait Puanların Karşılaştırılması	44
Tablo 20.	Kontrol Grubundaki Olguların Aldıkları Tanı Sayıları ile Conners Anababa Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa Formuna Ait Puanların Karşılaştırılması	45
Tablo 21.	Toplam Ölçek Puanlarının SZİ Grubu ve Kontrol Grubunda Zorbalığa Uğrama ve Zorbalık Uygulama Yönünden Karşılaştırılması.....	46
Tablo 22.	Aile Yapısı ve Ebeveynlere Ait Özelliklerin SZİ Grubu ve Kontrol Grubu için Toplam Ölçek Puanlarıyla Karşılaştırılması	48
Tablo 23.	Zorbalığa Uğrama ile Zorbalık Uygulama Arasındaki İlişki (SZİ grubu)	51
Tablo 24.	Zorbalığa Uğrama ile Zorbalık Uygulama Arasındaki İlişki (Kontrol Grubu)	51

1. ÖZET

Amaç: Çalışmamızın temel amacı Sınırdaki Zihinsel İşlevsellik (SZİ) gösteren çocuk ve ergenlerdeki psikiyatrik bozuklukları, bu bozukluklara ait belirtileri ve sosyal iletişim becerilerini normal zekaya sahip çocuk ve ergenler ile karşılaştırmaktır. Ek olarak belirtilen bu özelliklerin çalışmamızdaki SZİ çocuk ve ergenlerden oluşan, zeka puanlarına göre ayrılmış iki alt grup arasında da karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran 8-16 yaş aralığında, uygulanan zeka testi (WISC-R) sonrası Sınırdaki Zihinsel İşlevsellik gösterdiği belirlenen 62 olgu SZİ grubuna ve klinik olarak normal zeka düzeyine sahip, benzer yaş aralığındaki 62 olgu kontrol grubuna dahil edilmiştir. Her iki gruptaki çocuklar ve aileleriyle başvuru anındaki psikiyatrik bozuklukları belirlemek amacıyla Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) yarı yapılandırılmış psikiyatrik tanı görüşmesi yapılmıştır. Çocuk ve ergenlere Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Yenilenmiş Çocuk Formu verilmiştir. Ebeveynlerine ise Sosyodemografik Bilgi Formu, Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Yenilenmiş Ebeveyn Formu, Conners Anababa Dereceleme Ölçeği Yenilenmiş Kısa Formu, İletişim Becerileri Kontrol Listesi 2 verilmiştir.

Bulgular: SZİ grubu ve kontrol grubu arasında cinsiyet açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır. İki grup arasında yaş, aylık hane halkı geliri, anne ve babanın yaşı, çocuğun okul öncesi eğitim alıp almaması, okul öncesi eğitim süresi, doğum haftası, ebeveynlerin eğitim düzeyleri ve meslek grupları açısından dağılımı, annelerin çalışma oranı, kardeşlerde tıbbi hastalık varlığı açısından anlamlı farklılıklar bulunmuştur. SZİ grubunda DEHB ve özgül fobi yaygınlığı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Komorbidite oranları da kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Kontrol grubunun ÇADÖ-Y Çocuk YAB puanları, SZİ grubundan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. İBK-2'ye ait genel iletişim puanı, pragmatik dil puanı ve bağlamanın kullanımı puanı SZİ grubunda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Conners toplam puanı ve bilişsel problemler/dikkatsizlik, hiperaktivite, DEHB indeksi alt ölçek puanları SZİ grubunda kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Karşı gelme alt ölçeği açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Zorbalık uygulama, SZİ grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yaygın bulunmuştur. Zorbalığa uğrama SZİ grubu için Conners toplam puanı ile ilişkili bulunmuştur. Zorbalık uygulama ve bu davranışın sıklığı yine SZİ grubu için İBK toplam puanı ile ilişkili bulunmuştur. Her iki grup için de zorbalığa uğrama ÇADÖ-Y toplam puanları,

zorbalık uygulama ise Conners toplam puanlarıyla ilişkili bulunmuştur. Yine her iki grup için zorbalık uygulama, zorbalığa uğrama ile ilişkili bulunmuştur.

Sonuç: SZİ çocuklar, sosyoekonomik dezavantaj ve ruhsal problemlerdeki artmış risk gibi çok sayıda zorlukla karşı karşıya kalan incinebilir bir grubu temsil etmektedir. Çocukluk dönemindeki erken müdahaleler riskleri azaltma açısından önemlidir. SZİ çocuk ve ergenlerdeki ruh sağlığı sorunları, sosyal iletişim becerileri ve diğer klinik özellikler açısından daha fazla araştırma ve bilgiye ihtiyaç duyulmaktadır. Karşılaştırmalı çalışmalar, SZİ'ye özgü özellikleri ve bu olgulara yaklaşımdaki standartları belirlemede yararlı olabilir. SZİ'ye ait bilgilerimizin artması ve önleyici-destekleyici müdahalelerin geliştirilmesi, bu çocuklara özgü ihtiyaçların daha iyi karşılanmasına ve tam potansiyellerine ulaşmalarına yardımcı olacaktır. Sonuç olarak bu olguların yaşam kaliteleri daha iyi hale gelebilecektir.

Anahtar Sözcükler: Sınırdaki Zihinsel İşlevsellik, Çocuk ve Ergenler, Klinik Özellikler, Ruh Sağlığı, İletişim Becerileri

2. ABSTRACT

Aim: This study aims to compare psychiatric disorders, symptoms, and communication skills of children and adolescents with Borderline Intellectual Functioning (BIF) to those with normal intelligence. Additionally, we aimed to compare these features between subgroups based on intelligence quotients of our study group.

Materials and methods: 62 participants, aged 8-16 years, diagnosed with BIF after the WISC-R intelligence test at Ankara University Faculty of Medicine, Department of Child and Adolescent Psychiatry, were included in the study group. 62 cases with clinically normal intelligence and in the same age range were also included in the control group. Both groups underwent a semi-structured psychiatric diagnosis interview using the K-SADS-PL-DSM-5-T. The Revised Child Anxiety and Depression Scale-Child Version was given to children and adolescents, while their parents completed the Sociodemographic Information Form, the Revised Child Anxiety and Depression Scale-Parent Version, Conners Parent Rating Scale-Revised Short Form and the Children's Communication Checklist-2.

Results: No significant gender difference was found between the study and control groups. However, significant differences were observed in age, monthly household income, parents' age, preschool education, duration of preschool education, week of birth, parents' education levels and occupational groups, mothers' working rate, and presence of medical disease in siblings. ADHD and specific phobia prevalence was significantly higher in the study group, as were comorbidity rates. The control group had significantly higher RCADS-Child GA scores. The study group showed significantly higher general communication composite, general pragmatic index, and use of context scores on CCC-2. Cognitive problems/inattention, hyperactivity, ADHD index scale scores, and total Conners score were significantly higher in the study group. No significant difference was found in the oppositional scale between groups. There was a significant difference between the study group and the control group in terms of bullying behavior. Exposure to bullying was associated with total Conners scores for the study group. Bullying behavior and frequency were related to total CCC-2 scores for the study group. For both groups, being bullied was associated with RCADS total internalizing scale scores, and bullying was associated with total Conners scores. Bullying behavior was found to be associated with being bullied for both groups.

Conclusions: Children with BIF represent a vulnerable group who face multiple challenges such as socioeconomic disadvantage and increased risk for mental health problems. Early interventions in childhood are important to reduce risks. More research and information

is needed in terms of mental health problems, communication skills and other clinical features in BIF children and adolescents. Comparative studies may be useful in determining the characteristics of BIF, and in determining the standards of approach to these cases. Increasing our knowledge of BIF and developing preventive-supportive interventions will help these children to better meet their unique needs and reach their full potential. As a result, the quality of life of these cases may improve.

Key Words: Borderline Intellectual Functioning, Children and Adolescents, Clinical Features, Mental Health, Communication Skills



3. GİRİŞ VE AMAÇ

Sınırdaki Zihinsel İşlevsellik (SZİ), ortalamanın altında bilişsel düzeye sahip olup Zihinsel Yetersizlik (ZY) tanısını alamayan bir grubu ifade etmek için kullanılan terimdir. 70-85 arası zekâ katsayısına (IQ) sahip bireyleri ifade eder. Normal zeka dağılımı dikkate alındığında, nüfusun %13,6'sı bu kategoriye girmektedir. Bu bireyler ihmal edilmiş bir çoğunluğu oluşturmaktadır (1).

Nörobilişsel ve sosyal sorunlar dahil olmak üzere yaşamda çeşitli zorluklarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Nüfusun önemli bir kısmını etkileyen bu klinik durum, akademik güçlüklerle yol açmakta, müdahale edilmediği takdirde başka psikopatolojilerin gelişime zemin hazırlamaktadır. Bu grupta suç oranları da artış göstermektedir (2).

SZİ okulu bırakma, zayıf sosyal beceriler, ergenlik veya yetişkinlik döneminde ortaya çıkan intihar düşüncesi, kendine zarar verme, depresyon, anksiyete bozuklukları ve sosyoekonomik dezavantaj ile yakından ilişkilidir (3). Çocukluk çağı travması yaşamaları, psikososyal sorunları olması daha olasıdır ve yeterli destek sistemlerine sahip olma olasılıkları daha düşüktür. Erişkin yaşta kişilik bozukluğu gelişimi için artmış risk taşımakta olup ağır ruhsal problemler geliştirme açısından incinebilirliğe sahiplerdir (1, 4, 5).

SZİ çocuklar bilişsel gelişimde bir yıldan daha az gecikme yaşarken, akademik gelişimdeki gecikmeleri ortalama iki yıldır. Bu nedenle, okulda yaşlarına uygun aritmetik ve okuma becerileri kazandırılmaya çalışırken, kalıcı bilişsel zayıflıklarının tam olarak dikkate alınmaması olasıdır (6). Sınırdaki bir zihinsel işlevsellik gösteren birçok birey için, sosyal yargılama çok bozulmuştur ve bu durum iş ve bağımsız yaşamı sürdürmedeki büyük zorluklara katkıda bulunmaktadır (7).

Biz araştırmamızda, 8-16 yaş arası Sınırdaki Zihinsel İşlevsellik gösteren çocuk ve ergenleri eşlik eden psikiyatrik bozukluklar, bu bozukluklara ait belirtiler ve sosyal iletişim becerileri bağlamında değerlendirmeyi ve normal zekaya sahip akranlarıyla karşılaştırmayı amaçlıyoruz. Güncel tıp literatürüne bakıldığında SZİ bazı çalışmalarda 70-80, başka çalışmalarda ise 70-85 IQ puan aralığında çalışılmıştır (2). Amaçlarımızdan biri de IQ'su 70-79 aralığında olan olgular ve 80-85 aralığında olan olgular arasında yukarıda belirtilen özellikler yönünden farklılık bulunup bulunmadığını araştırmaktır.

Aynı zamanda sosyal beceri ve davranışlar açısından birçok yönden problem yaşayan bu grubun sosyal iletişim becerilerinin de normal gelişim gösteren çocuk ve ergenlerden daha zayıf olduğunu varsayıyoruz.

Bu doğrultudaki hipotezlerimiz şunlardır:

1. SZİ grubu; kontrol grubuna göre anksiyete, depresyon, obsesif-kompulsif belirtiler, dikkat eksikliği, hiperaktivite/impulsivite, karşıt olma/karşı gelme belirtilerini sergileme açısından artmış risk altındadır.

2. Sınırdaki Zihinsel İşlevsellik gösteren olgular kontrol grubuna göre daha zayıf sosyal iletişim becerilerine sahiptir.

3. IQ'su 70-79 aralığında olan çocuk ve ergenler ile 80-85 aralığında olan çocuk ve ergenlerde klinik özellikler, eşlik eden komorbid durumlar ve sosyal iletişim becerileri farklılık gösterecektir.

Halen bu fenomenin fikir birliğine varılmış bir ismi ve SZİ bireylerin nasıl tedavi edileceğine rehberlik edecek normlar yoktur. Literatürde yalnızca SZİ ile ilgili yapılan çalışma sayısı kısıtlıdır ve bu çalışmalar daha çok katılımcıların nörobilişsel özelliklerini ve akademik becerilerini incelemektedir. Hafif Düzeyde Zihinsel Yetersizlik (HZY) kadar görünür olmadığı ve Özgül Öğrenme Bozukluğu (ÖÖB) kadar spesifik olmadığı için SZİ ile ilgili sorunlar gözden kaçabilir ve sonuç olarak bu çocuklara destek sunulamayabilir. Araştırmaların odak noktası ise genellikle HZY veya ÖÖB olan olgulardır. SZİ olgular bazı çalışmalarda bu gruplara dahil edilmekte bazılarında ise kontrol grubu içerisinde ele alınmaktadır (2).

SZİ bireyler günlük yaşamda karşılaştıkları birçok soruna rağmen, araştırma sahasında neredeyse görünmez durumdadır (2). SZİ'nin bir risk faktörü olarak mı, boyutsal bir sağlık durumu olarak mı yoksa gelişimsel bozukluklar içinde bir kategori olarak mı değerlendirilmesi gerektiği açık değildir (8). Uyum becerileri ile ilgili sorunları ne kadar ciddi olursa olsun, bu bireyler ZY tanısı almaya uygun değildir. Zeka puanları görece "yüksek" olduğu için ZY ile ilgili destek ve hizmetlere erişemeyebilirler (9). Bu bireylerin sıklıkla uyum sorunları olduğundan SZİ kategorisinin yeniden bir psikiyatrik bozukluk statüsüne yükseltilmesi dâhi önerilmiştir (7).

Günümüze değin, çoğu Amerika Birleşik Devletleri ve Hollanda olmak üzere birçok farklı ülkede SZİ ile ilgili çalışmalar yapılmıştır (2). Son yıllarda bu konudaki araştırmalar artmaktadır. Ülkemizde bu alanda yapılan çalışma sayısı oldukça azdır.

Çalışmamızda, nüfusun önemli bir kesimini temsil eden bu grubun, normal zekaya sahip çocuk ve ergenlerden klinik farklarını ortaya koymak, önceki çalışmalardan farklı olarak iletişim becerilerini değerlendirmek ve koruyucu-destekleyici önlemlerin alınması ve geliştirilmesine katkı sağlamak amaçlanmıştır.



4. GENEL BİLGİLER

4.1. Tanım

Amerikan Psikiyatri Birliğine (APA) göre, Sınırdaki Zihinsel İşlevsellik (SZİ) -2 ile -1 standart sapmalar arasında bir IQ puanına sahip olmak olarak tanımlanmıştır (10). Bu zihinsel kapasite aralığı günümüzde "normal" varyasyonun bir parçası olarak kabul edilmektedir. Ancak günümüzün karmaşık koşullarında bu çocuklar hem okulda hem de erişkinlikteki çalışma hayatında ortaya çıkan zorluklar açısından risk altındadır (11). SZİ, bir ZY alt tipi olarak başlayan, ancak ZY için IQ üst sınırı eksi bir standart sapma yerine eksi iki standart sapma olarak değiştirildiğinde güncel durumuna evrilmiş tanımlayıcı bir klinik tablodur SZİ fenomeni için kullanılan ortak bir terim yoktur ve geçmişte farklı isimlerle adlandırılmıştır. Literatürde kullanılmış diğer bazı isimlere örnek olarak sınırdaki zeka geriliği, yavaş öğrenen, hafif bilişsel bozukluk, genel öğrenme güçlüğü verilebilir (2).

4.2 Tarihçe

"Normalin altında", "sınırdaki" ve "zayıf-fikirli (feeble-minded)" gibi terimler 20. yüzyılın başlarında ZY bireylerle ilgili literatürde yaygın olarak kullanılmıştır. Bu konudaki en eski ve etkili kaynaklardan biri, Henry H. Goddard'ın 1912'de yayınlanan "The Kallikak Family: A Study in the Heredity of Feeble-Mindedness" adlı kitabıdır. Bu kitapta Goddard normal zeka düzeyi ile zihinsel yetersizlik düzeyindeki bilişsel yetilere sahip bireyleri tanımlamak için "sınır olgular" terimini kullanmıştır (12).

Zamanla "sınır olgular" terimi yerini sırasıyla "sınırdaki zekâ geriliği", "sınır zeka" ve "sınırdaki zihinsel işlevsellik" gibi diğer terimlere bırakmıştır. Yoksul ve azınlık bireylerin ortalama IQ puanları genel nüfusa göre yaklaşık bir standart sapma daha düşük olduğu için, bu kişilerin yanlış bir şekilde ZY olarak etiketlenmesi daha olasıydı. Dolayısıyla etiketleyici bir ifade olan Sınırdaki Zeka Geriliği terimi yerini 'Sınırdaki Zihinsel İşlevsellik' terimine bırakmıştır (7).

Günümüzde SZİ olarak bilinen bireyler DSM-I'de (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 1.Baskı) Zihinsel Yetersizliklere ait başlık altında, Hafif Zihinsel Yetersizlik olarak adlandırılmıştır. Belirlenen IQ aralığını karşılamakla birlikte işlevsellikte bozulmanın da eşlik etmesi gerekli görülmüştür. Kültürel, fiziksel ve duygusal belirleyicilerin yanı sıra

okuldaki, mesleki yaşamdaki ve sosyal yaşamdaki işlevselliğin de dikkate alınması gerektiği vurgulanmıştır (13).

DSM-II'de ise 68-83 IQ puan aralığı Sınırdaki Zekâ Geriliği olarak adlandırılmıştır. Zihinsel Yetersizlikler başlığı altında yer verilmiştir (14). DSM-III ile birlikte Zihinsel Yetersizlikler bölümünden çıkarılmıştır. 71-84 IQ puanına sahip bireyleri temsil eden bir V kodu halini almıştır. İşlevsellikte bozulmaya yer verilmemiştir (15). DSM-IV ve DSM-IV-TR'de de önceki baskıda olduğu gibi bir V kodu olarak varlığını sürdürmüştür (16, 17). SZİ, ICD'de DSM ile benzer bir geçmişe sahiptir ve Zihinsel Yetersizlikler bölümünden hemen hemen aynı zamanda çıkarılmıştır (18, 19). ICD-10'da (Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması, 10. Baskı) "Bilişsel işlevleri ve farkındalığı içeren tanımlanmamış diğer belirti ve bulgulara" atıfta bulunan özgül olmayan bir kod olan R41.8 koduna dahil edilmiştir (20).

4.3. Tanısal Durum

DSM-V'te SZİ için IQ puanı veya işlevsellikte bozulma anlamında bir açıklama bulunmamaktadır. ZY'nin klinik şiddetini belirlemede dâhi IQ puan aralıklarına yer verilmemiştir (21). SZİ için de IQ puanları veya işlevsellikte bozulma anlamında bir kriter belirtilmediğinden dolayı bu "klinik durum"un tanısal anlamdaki belirsizliği artmıştır. Bireyin zihinsel işlevselliğinin, klinik ilginin odağı olması durumunda veya tedavi/prognoz üzerinde etkisi bulunduğu özgül olmayan bir V kodu olarak belirtilebileceği ifade edilmiştir (9).

SZİ, DSM-V'e bir nörogelişimsel bozukluk tanısı olarak dahil edilmemiş olup hem DSM-5'te hem de ICD-10-CM'de klinik ilgi gerektiren durumlar arasında listelenmiştir (8). ICD'nin son baskısı olan ICD-11 tanı kılavuzunda, zihinsel ve uyumsal becerileri değerlendiren testlerde ortalamanın altındaki -1 ile -2 standart sapma aralığına düşen bireyler için tanımlanan, tanısal bir bozukluktan ziyade erken müdahale gerektiren bir durum olarak bahsedilmektedir (22).

4.4. Epidemiyoloji

Tanı kriterleri konusunda uluslararası bir fikir birliği olmaması, mevcut SZİ yaygınlığını belirlemeyi zorlaştırmaktadır. Süreç içerisinde, DSM ve ICD gibi sınıflandırma ve tanı kılavuzlarındaki güncellemelerde tanısal anlamda değişikliklerin olması bu belirsizliği artırmıştır. Yapılan araştırmalar okul çağındaki popülasyonda %7 civarında, genel nüfusta ise %2 ila %18 arasında değişen bir yaygınlık bildirmiştir (3, 7). 6 yaşındaki düşük doğum ağırlığına sahip çocukların %13'ünün (standart sapmalar dikkate alındığında genel nüfusta

beklenen yaygınlık) SZİ'ye sahip olduğu bildirilmiştir. Aynı çocuklar 12 yaşına kadar takip edilmiş ve SZİ yaygınlığının %24'e çıktığı saptanmıştır (23, 24).

SZİ'nin yaygınlığı çalışılan popülasyona bağlı olarak değişebilir ancak genel olarak bir cinsiyette diğerine göre daha yaygın olduğunu gösteren net bir kanıt yoktur. Bazı araştırmalar erkekler arasında kız çocuklara kıyasla biraz daha yüksek bir yaygınlık bulmuşken, diğer çalışmalar cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulamamıştır. Çocuklarla yapılan çalışmaların hemen tümünde erkek olgular ağırlıkta olup toplam örnekleme oranı %40-80 arasında değişmektedir (2). Yetişkinler ile yapılan bir çalışmada SZİ'nin erkekler arasında biraz daha yaygın olduğu saptanmıştır (%14,3'e karşılık %12,9). Ancak iki grup arasındaki fark açısından istatistiksel bir anlamlılık düzeyi belirtilmemiştir (8).

4.5. Etiyoloji

Genetik yatkınlık, perinatal zorluklar gibi biyolojik nedenler, sosyoekonomik durum ve maternal stres gibi epigenetik faktörler SZİ'ye katkıda bulunmaktadır (25). Bildirilen risk faktörleri ve koruyucu faktörler SZİ'ye özgü değildir. Olumsuz aile ortamı, düşük doğum ağırlığı, annenin eğitim düzeyinin düşük olması ve toksik metaller bildirilen risk faktörleri arasında sayılabilir (2). Nörogelişimsel sendromları olan bireylerin önemli bir yüzdesi sınırda bir zihinsel işlevsellik göstermektedir (7). SZİ ile ilişkilendirilmiş genetik sendromlara DiGeorge sendromu, Fragile X Premutasyon Sendromu, Nörofibromatozis tip 1 örnek verilebilir. Prenatal edinsel durumlardan Fetal Alkol Spektrum Bozukluğu ve perinatal edinsel durumlardan ileri derecede prematüre doğum (≤ 32 hafta) SZİ ile ilişkilidir (10). SZİ çocuklar kontrollerle karşılaştırıldığında, bilateral sensorimotor ve sağ posterior temporal kortekste artmış bölgesel gri madde hacmine ve sağ parahipokampal girusta azalmış gri madde hacmine sahip oldukları gözlenmiştir (25). Annenin okuma yazma bilmemesinin, ailesel ZY öyküsünün ve annenin hamilelik sırasında madde kullanımının SZİ çocuklarda ortalama zekaya sahip çocuklara göre daha yaygın olduğu bildirilmiştir (26). 4 yaşındaki SZİ çocukların %80'inde yoksulluk, azınlık olma veya tek ebeveynle yaşama gibi olumsuz koşullar saptanmıştır (27). Toksik metallerle maruz kalma, rastgele seçilen SZİ okul çocuklarında potansiyel bir risk faktörü olarak tespit edilmiştir. Kontrol grubuna göre yüksek düzeyde kurşun ve kadmiyum seviyeleri saptanmıştır (28).

Koruyucu faktörler arasında sosyal ilişkiler, eğitim ve bazı kişisel nitelikler yer almaktadır. Çalışmalarda sosyal ilişkilerin koruyucu rolü; destekleyici ebeveynler, başarı için rol modellerin bulunması ve sıcak ilişkiler bağlamında ortaya konulmuştur (2). Koruyucu faktörler arasında bulunan kişisel nitelikler; çevresel etkenlere karşı değişme esnekliği ve çocukluk çağı yeterliliği (ego gücü, kararlılık ve ilişki becerileri gibi) açısından ele alınmıştır (29, 30).

4.6. Klinik Özellikler

Kliniğe ilk başvuru genellikle dil gelişiminde ve kaba motor becerilerin gelişimindeki gecikmeler sebebiyle olmaktadır. Okul öncesi çocuklarda günlük yaşam aktivitelerini öğrenmede gecikme ve okul çağı çocuklarında okuma, aritmetik beceriler ve soyut düşünmede güçlükler en sık başvuru sebepleridir. Birinci basamak sağlık hizmetleri ve ikinci basamak nörogelişimsel kliniklere başvuru arasında ortalama iki yıllık bir süre saptanmıştır (31). SZİ çocukların yaklaşık olarak; dörtte birinin gecikmiş yürüme öyküsü, üçte birinin perinatal öyküsü, üçte birinin gecikmiş konuşma öyküsü, üçte birinin mikrosefalisi ve yarısından fazlasının silik nörolojik belirtileri olduğu saptanmıştır (32). Ayaktan ruh sağlığı bakımı alan diğer hastalar ile karşılaştırıldıklarında yaş ortalamaları daha düşüktür. Bu durum daha genç yaşta psikiyatrik belirtiler geliştirdikleri anlamına geliyor olabilir (33).

SZİ ile ilişkili temel klinik özellikler arasında düşük akademik beceriler, somut düşünme, düşük özgüven, öğrenme güçlükleri, uzamış yanıt süresi, irritabilite, disfori, zayıf organizasyon becerileri, düşük engellenme eşiği, sosyal becerilerde ve yürütücü işlevlerde yetersizlik ve dikkat sorunları sayılabilir (34). Bu bireyler günlük işlevsellikte genellikle bir takım sorunlar yaşamaktadır ancak bu sorunları sıklıkla iş yaşamı veya bağımsız yaşam gibi yaşa özgü sosyal rolleri sergilemekten alıkoyacak kadar şiddetli değildir (7). 16 yaş ve üzeri SZİ ergenlerin %12'sinin düzenli olarak sigara içtiği, %4,4'ünün alkol sorunu yaşadığı, %3,4'ünün psikotik belirtileri olduğu, %3'ünün madde kullandığı, %2,4'ünün intihar girişimi olduğu ve %1,5'unun suç davranışı sergilediği saptanmıştır (31). SZİ bireylerde depresyon ve anksiyete gibi psikopatolojiler, baş etme becerileri ve sosyal becerilerdeki eksiklikler nedeniyle genellikle davranış bozuklukları tarafından maskelenmektedir (35).

4.6.1 Yürütücü İşlevler

Tipik olarak SZİ çocuklar yürütücü işlevlerdeki zorluklar açısından çalışma belleği, problem çözme ve dikkat gibi çeşitli alanlarda heterojen bir nöropsikolojik profil

göstermektedir (36). Çalışmalarda bu olguların “benzer zihinsel yaştaki” olgular ile karşılaştırılması yalnızca bellek işlevleri alanında yapılmıştır. Sonuç, bellek işlevlerinin genel bilişsel becerileri düzeyinde olduğu yönündedir (2). SZİ çocukların fonolojik depolarında anormallikler, görsel-uzamsal ve merkezi yürütücü sistemlerde gelişimsel gecikmeler gösterdikleri bildirilmiştir (37). Özellikle, görsel-uzamsal çalışma belleği ve sıralama görevi, SZİ öğrencileri güvenilir bir şekilde ayıran en iyi tekli belirleyiciler olarak bulunmuştur. Normal IQ puanına sahip bireylerle dikkat kaydırma, problem çözme, planlama ve tepki ketleme açısından karşılaştırıldığında tüm bu görevlerde daha kötü sonuçlar saptanmıştır (38). Başka bir çalışma tanıdık durumlar ve yeni durumlarda işleme hızını incelemiştir. Bu çalışmada tüm tepki sürelerinin ortalama zekaya sahip çocuklara göre daha yavaş olduğu bildirilmiştir (39). İşleme hızını inceleyen bir diğer çalışmada kontrol grubundaki çocuklara göre hem hız hem de doğruluk açısından daha düşük performans göstermişlerdir (40). Soyut varsayımların geliştirilmesini inceleyen bir araştırma SZİ öğrencilerin, ortalama zekaya sahip akranlarından daha immatür varsayımlar geliştirdiğini bildirmiştir (41). SZİ ergenlerde basit bilişsel performansta herhangi bir yetersizlik saptanmamış, bunun yerine üst düzey bilişsel alanlardan ödün verilmiştir (42).

4.6.2. Akademik Beceriler

SZİ çocukların bilişsel sorunları okullarda yeterince dikkate alınmamaktadır ve okuldaki teorik bilgi gereksinimlerini karşılayamadıkları sıklıkla görülmektedir (10). Bu çocukların yaklaşık %90'ının anaokulu veya ilkokulda ek bir eğitim desteğine ihtiyacı bulunmaktadır (31). SZİ çocuk ve ergenler için, okuldaki yaşam karmaşık uyarıların hızlı işlenmesini gerektirdiğinden, normal okullar bu çocuklara ağır gelebilmektedir (43). Bir izlem çalışmasında, 4. sınıfta değerlendirilen SZİ öğrencilerin, zorunlu eğitimi bitirirken ortalama zekaya sahip akranlarına göre anlamlı olarak daha düşük notlar aldıklarını bildirmiştir (11).

SZİ okul çağı çocukları üzerinde yapılan araştırmalar, bu öğrencilerin büyük bir kısmının yazma ve matematikle ilgili problemleri olduğunu ve tüm okul derslerinde genel olarak kötü performans sergilediğini göstermiştir. Sınıf tekrarı da yaygındır (32). Bu çocukların aritmetik becerilerinin, ortalama zekaya sahip kontrol grubundaki çocuklara göre daha zayıf olduğu sıkça gözlenmiştir. Okuma, yazma ve ilişkili diğer beceriler için sonuçlar o kadar net değildir (2). Sınırdaki zihinsel işlevsellik gösteren ve okuma bozukluğu olmayan olguların okuma ve yazma becerileri, kontrol grubu düzeyinde bulunmuştur. SZİ olguların %47'sinde okuma bozukluğu saptanmıştır (44, 45). Başka çalışmalarda ortalama zekaya sahip kontrol grubunda okuma

becerilerinin SZİ grubundan daha iyi olduğu bulunmuştur (40, 46). Okuma ve yazma ile ilişkili diğer beceriler incelendiğinde fonolojik işleme, sözdizimsel beceriler ve okuduğunu anlama görevlerindeki performans SZİ grubunda düşük bulunmuştur. Sınırdaki Zihinsel İşlevsellik gösteren ve okuma bozukluğu olmayan katılımcılar için hızlı isimlendirme performansı normal zekaya sahip akranları düzeyinde; SZİ ve okuma bozukluğu olanlar için görev sonuçları daha kötü bulunmuştur (44, 47). SZİ çocukların, diğer çocuklara göre daha basit öğrenme stratejileri kullandıkları bulunmuştur. Verilen görevin genel kapsamından ziyade tek bir unsuru üzerinde odaklanmışlardır (48).

4.6.3. SZİ ve Ebeveynleri

SZİ çocukların ebeveynleri sorunlu etkileşim kalıpları sergilemekte ve düşük ebeveynlik becerileri göstermektedir (49). Bir çalışmada bu çocukların annelerinin, ortalama zekaya sahip olan veya ZY çocukların annelerine göre, daha az olumlu ve daha az duyarlı ebeveynlik sergiledikleri bulunmuştur. SZİ çocuklar gözlem koşullarında, ortalama zekaya sahip çocuklardan daha sorunlu davranışlar da anneleri daha fazla dışsallaştırma belirtileri olduğunu bildirmiştir. Bulgular, ebeveynlerin SZİ çocuklarının sorunlarını kavramada yetersiz olduğunu göstermektedir. Hatta sorunları kavrama açısından, ZY çocukların ebeveynlerine kıyasla daha fazla zorlanmaktadır (50).

4.6.4. Sosyal Davranış ve Beceriler

SZİ bireyler, sosyal davranış ve becerileri açısından da genel nüfustan farklılık göstermektedir. Farklılıklar oyun davranışı, sosyal bilgi işleme, duyguların tanınması, sosyal katılım ve antisosyal davranış gibi alanlarda görülmektedir (2). Akran etkileşimi ile ilgili araştırmalar, bu çocuklar arasında kontrol grubundaki çocuklara göre daha fazla yalnız oyun, daha az akran/grup oyunu davranışı saptamıştır. SZİ çocuklar aynı yaştaki ortalama zekaya sahip çocuklar ile eşleştirilip SZİ iki çocuktan oluşan çiftler ile karşılaştırıldığında (SZİ-Kontrol / SZİ-SZİ/) ilk grupta iki kat daha fazla pozitif etkileşim gözlenmiştir (51, 52). SZİ çocuklar, kontrol grubuna kıyasla incelenen tüm zihin kuramı gelişim düzeylerinde anlamlı olarak daha düşük performans göstermişlerdir (3). SZİ öğrencilerin kontrol gruplarındaki öğrencilere göre ima veya ipuçlarından daha az yararlandığı bulunmuştur (48). Başka bir çalışma SZİ grubunu, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, SZİ olgularda anlamlı olarak daha yüksek düzeyde aleksitimi saptamıştır (42).

SZİ çocukların tüm yüz ifadelerini ZY akranlarından daha sık tanıdıkları, ortalama zekaya sahip akranlarından daha az sıklıkla tanıdıkları bulunmuştur (53). Yüz ifadelerinin tanınmasını inceleyen başka bir çalışmada gruplar arasında üzgün, mutlu ve kızgın ifadeleri tanımada bir fark bulunmamıştır. Ancak korku, SZİ çocuklar tarafından akranlarına göre daha az fark edilmiştir (54). Ortalama zekaya sahip olanlarla karşılaştırıldığında SZİ genç erkeklerde sosyal işlevsellikte daha fazla bozulma saptanmıştır (55). Kontrol grubundaki çocuklara kıyasla SZİ çocuklar için çeşitli sosyal durumlarda daha fazla olumsuz tepki (pasif veya agresif) bildirilmiştir (54, 56).

4.6.5. Suç

Zayıf öğrenme becerileri ve okuldaki düşük performans, SZİ çocuk ve ergenleri izolasyon veya antisosyal davranış açısından akranlarına göre daha incinebilir hale getirmektedir. Yapılan çalışmalarda SZİ bireylerin suçlu örnekleminde aşırı temsil edildiği bulunmuştur (2). Farklı suç topluluklarında SZİ prevalansı incelendiğinde tutuklu yargılanan yetişkinlerin ve genç suçluların yaklaşık üçte biri, hapse atılmış gençlerin neredeyse yarısının sınırda zihinsel işlevsellik gösterdiği bulunmuştur (57, 58, 59). Fiziksel saldırganlık, hırsızlık/kasıtlı yangın çıkarma ve mala zarar verme gibi suç davranışları SZİ grubunda topluma göre daha sık görülmüştür. Yalnızca SZİ olan erkekler antisosyal davranışlar sergilemişlerdir (60). Başka bir çalışma 18-25 yaş arası erkek suçluların beşte birinden fazlasının Sınırdaki Zihinsel İşlevsellik sahibi olduğunu ortaya koymuştur (61). Adli ortamlarda, zihinsel yetersizliğin aksine sınırda bir zihinsel işlevsellik saptanması sanığı çoğu kez ceza için uygun hale getirmektedir (7).

4.6.6. Alkol, Sigara ve Madde Kullanımı

SZİ bireyler normal zekaya sahip bireylerle karşılaştırıldığında günlük tüketilen alkol ve sigara miktarının daha fazla olduğu, alkolle ilişkili problemler geliştirme açısından 1,5 kat daha fazla risk altında oldukları bulunmuştur (62).

SZİ bireylerin, ortalama IQ'ya sahip olanlara göre madde kullanma olasılığı 1,2 kat daha yüksek bulunmuştur (55). Sonraki yıllarda yapılan başka bir çalışma çoklu madde kullanım bozukluğu olan hastalarda SZİ yaygınlığını toplumda beklenenden daha yüksek bulmuştur. Ek olarak bu çalışmada çoklu madde kullanımı açısından tedavi gören hastalarda SZİ'nin artmış psikolojik sıkıntı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (63).

4.7. Ayırıcı Tanı

Ayırıcı tanılar olarak Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), Öğrenme Güçlükleri, Asperger Sendromu, Davranım Bozukluğu (DB), Antisosyal Kişilik Bozukluğu ve Zihinsel Yetersizlik sayılabilir (34).

SZİ alanında bilişsel kapasitenin değerlendirilmesi hassasiyet gerektirmektedir. Eşlik eden dikkat / yürütücü işlev sorunları ve dengesiz bilişsel profil gibi çeşitli faktörler genel değerlendirmeyi zorlaştırabilmektedir. Ayrıca, sosyodemografik faktörler ve çeşitli çevresel faktörler değerlendirme sürecini etkilemektedir (11). SZİ çocuklar HZY akranlarına göre daha hızlı öğrenmektedirler. Bazı araştırmacılara göre SZİ ve HZY arasındaki ayırıcı net olarak "öğretilbilirlik" ön plana çıkmaktadır (64) Zeka düzeyindeki farklılıkların kısa süreli bellek, uzun süreli bellek, öz farkındalık düzeyi ve yürütücü işlevler ile yakından ilişkili olduğu bilinmektedir (65, 66) SZİ ile HZY'yi ayırt ederken hastanın zekâ testine uyumunu etkileyebilecek eşlik eden psikiyatrik bozuklukların varlığının değerlendirilmesi önemlidir (örneğin, şizofreni varlığı veya şiddetli dürtüsellik ile giden DEHB gibi). Zekâ katsayısı (IQ) giderek daha az kullanılan bir kavramdır. DSM-5, yürütücü işlev ölçümlerinin ZY tanısallık göstergeleri olarak, IQ'dan genellikle daha anlamlı olduğunu belirtmektedir. DSM-5'teki SZİ tanımı artık bir puan aralığı bile belirtmemektedir (21). SZİ bireyin yürütücü işlevlerde de belirgin eksiklikleri varsa, o kişiyi ZY kategorisine taşımak mantıklı olurken, yürütücü işlevler normalse SZİ düşünmek daha uygun olabilir (7).

Bilişsel beceriler yönünden SZİ ve HZY veya SZİ ve ÖÖB'yi karşılaştıran çalışmaların sonuçları, SZİ'nin iki kategori arasında bir yere düştüğünü göstermektedir. SZİ bireyler bu yönden çoğunlukla HZY bireylerden daha iyi bir performans gösterirken, ÖÖB olanlardan daha düşük bir performans düzeyine sahiptir (2). HZY ve SZİ'yi karşılaştıran çalışmalarda özellikle bellek ve motor işlevsellik alanlarındaki fark belirgin bulunmuştur (2). Buna rağmen SZİ çocukların neredeyse yarısının motor becerilerde açık sorunlar gösterdiği ve pek çok motor beceride normal zihinsel gelişime sahip çocuklardan farklılaştığı bilinmektedir (67, 68). Fetal Alkol Spektrum Bozukluğu olup sınırda zihinsel işlevsellik gösteren bireyler, uyumsal becerilerde eksikliğe sahiptir. Bu bireyler IQ puanları sınırda bir zihinsel işlevsellik işaret etse de ZY olarak kabul edilmelidir (7).

SZİ çocukların yaklaşık üçte ikisine ÖÖB eşlik etmektedir (31). Bellek, yürütücü işlevler ve okuma alanı gibi becerileri kapsayan çalışmalarda SZİ ve ÖÖB çocuklar karşılaştırılmıştır.

ÖÖB grubu, ölçülen becerilerin çoğunda SZİ grubundan daha iyi performans göstermiştir. SZİ çocuklar yürütücü işlev ölçümlerinin tümünde daha düşük performans göstermiştir (2).

4.8. Klinik Seyir

Günümüzün karmaşık ve talepkâr toplumunda SZİ bireyler okulda, çalışma hayatında ve genel olarak toplumda başarısızlık riski taşımaktadır (11). Çok belirgin dikkat sorunları veya eşlik eden başka bozuklukları olmayan SZİ öğrencilere genellikle özel eğitim sunulmamaktadır (10) Risk altında olan 3 yaşındaki çocuklara uygulanan erken eğitimin incelendiği bir çalışmada erken eğitim almayan çocuklarda (%19) bu eğitimi alanlara göre (%5-8) SZİ yaygınlığı daha fazla bulunmuştur (69). Başka bir çalışmada SZİ çocukların nöropsikolojik testlerdeki alt ölçek puanlarında genellikle zaman içerisinde azalma eğilimi olduğu ve katılımcıların %23'üne daha sonra ZY tanısı konduğu saptanmıştır. SZİ öğrencilerden ilkokulu bitirenlerin büyük çoğunluğu eğitimlerine meslek okullarında devam etmişlerdir (31).

Çalışmalar SZİ bireylerin genel nüfusla karşılaştırıldığında daha düşük vasıflı işlerde çalıştıklarını, daha düşük maaş kazandıklarını ve aynı işte daha uzun süre çalıştıklarını bildirmiştir (2, 5). İncelenen yetişkinler çoğunlukla iş piyasasında kendilerine yer bulmuş olmalarına rağmen, ergenler iş bulmakta ve işi sürdürmekte zorlanmışlardır. Bu konudaki olası varsayım olarak eğitim gereksinimleri arttıkça ve daha düşük vasıflı işlerin sayısı azaldıkça, zihinsel işlevleri ve buna bağlı olarak eğitim düzeyi düşük olan genç yetişkinlerin iş bulmasının daha zor hale gelmesi belirtilmiştir (2).

SZİ bireylerin çocukluk çağında olumsuz yaşam olaylarına maruz kalma olasılıkları akranlarına göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda bu yaşam olaylarının erişkinlikteki psikiyatrik morbiditeye kısmen aracılık ettiği saptanmıştır (8). Ruhsal bir bozukluğu olan diğer yetişkinlerle karşılaştırıldığında, SZİ bireylerin eşlik eden ruh sağlığı sorunları açısından herhangi bir türden tedavi görme olasılığı daha düşük bulunmuştur. SZİ bireylerin gördükleri tedaviler incelendiğinde, ilaçla tedavi görme olasılıkları daha yüksek, psikoterapi ile tedavi görme olasılıkları daha düşük bulunmuştur (70). Genel popülasyonla karşılaştırıldığında SZİ bireylere 2,7 kat daha sık engelli aylığı verilmiş ve 3,4 kat daha sık yatarak psikiyatrik tedavi görmüşlerdir. Ortaya çıkan ciddi ruhsal sorunlar açısından genç yetişkinlikte yaklaşık 4,5 kata ulaşan bir risk artışı saptanmıştır (1). SZİ bireylerin acil servisler de dahil olmak üzere daha fazla servis başvurusunda bulundukları bildirilmiştir (70).

4.9. Ruh Sağlığı Sorunları

SZİ bireylerde ruh sağlığı sorunları yaygınlığının, genel nüfustan daha yüksek olduğu birçok çalışmada bildirilmiştir (2). Çeşitli araştırmalar SZİ bireylerde çocuklukta ve yetişkinlikte neredeyse tüm psikiyatrik bozuklukların gelişme riskinin arttığını göstermektedir (9). SZİ bireylerin, ortalama IQ'ya sahip olanlara göre psikiyatrik tanı alma olasılığı 2,4 kat daha yüksek bulunmuştur (55). SZİ çocuklarda komorbid psikiyatrik tanılar sıktır. Bu çocukların yaklaşık %40'ı psikiyatri merkezlerine sevk edilmiş ve bunların neredeyse yarısına ilaç tedavisi başlanmıştır (31).

Literatürdeki veriler anksiyete bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, kişilik bozuklukları ve psikotik bozuklukların SZİ bireylerde en sık görülen ruhsal bozukluklar olduğunu göstermektedir (33, 35). 16-17 yaş SZİ ergenlerde en sık görülen psikiyatrik bozukluklar antisosyal kişilik bozukluğu ve affektif olmayan psikoz olarak saptanmıştır (55). 6-18 yaş arası SZİ ve ZY çocuklar ile yapılan bir çalışmada anksiyete bozukluğu, duygudurum bozukluğu ve yıkıcı bozukluklar dahil olmak üzere DSM-IV tanıları incelenmiştir. Bu çalışmada SZİ bireyler arasında çoğu ruhsal bozukluğun genel nüfusta gözlenen yaygınlığı aştığı saptanmıştır (71). Yakın zamanda yapılmış olan geniş örneklemli bir gözden geçirme çalışmasında SZİ çocuklarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, anksiyete bozukluğu, davranım bozukluğu, otizm spektrum bozukluğu, sosyo-duygusal sorunlar, duygudurum belirtileri, Tourette/tik/obsesif-kompulsif düşünceler, selektif mutizm, anoreksiya gibi bozukluk ve belirtiler incelenmiştir. Olguların %28'inde iki veya daha fazla bozukluk saptanmıştır. SZİ'ye eşlik eden bozukluk ve belirtilerin yaygınlığının sık olduğu ve oranların diğer çalışmalarla uyumlu olduğu bulunmuştur (31). Başka bir çalışmada 4-5 yaşlarında ZY veya SZİ saptanan çocuklarda, normal zekaya sahip çocuklarla karşılaştırıldığında; 6-7 yaşta davranış sorunları ve duygusal sorunlar, hiperaktivite, akran sorunlarını içeren 2 ila 5,5 kat daha fazla ruh sağlığı sorunu saptanmıştır. Ayrıca SZİ ve ZY çocuklar arasında benzer davranışsal ve duygusal sorun yaygınlığı bildirilmiştir. ZY çocuklar, SZİ çocuklara göre daha fazla hiperaktivite ve akran ilişkilerinde sorun sergilemişlerdir. Ancak aynı zamanda daha fazla prososyal davranış göstermişlerdir (72). SZİ çocuklarda davranış sorunlarının genellikle zaman içinde sabit düzeyde seyrettiği bulunmuştur (31). Valle ve arkadaşları SZİ çocuklarda somatizasyon eğilimi, düşük özgüven ve yüksek ayrılık kaygısı ile karakterize bir profil betimlemiştir (73). Otizm ve SZİ de bir arada bulunabilir ve sınırda bir zihinsel işlevsellik gösteren, ancak ZY anlamında kriterleri karşılamayan birçok sözde “yüksek işlevli” otizm

vakası vardır (10). Normal zekaya sahip çocuklar daha kısa uyku süresi ve REM uykusuna sahipken SZİ çocuklarda gece uyanmalarının daha fazla olduğu saptanmıştır (75).

Normal zekaya sahip akranları ile karşılaştırdığında SZİ çocukların erişkinlikte daha fazla duygusal sorun yaşadığı bulunmuştur. Ayrıca SZİ bireylerin mevcut duygusal sorunlarının ZY bireylerle aynı düzeyde olduğunu bulunmuştur (62). Yetişkinler ile yapılan geniş örneklemli kesitsel bir çalışmada, normal zekaya sahip akranları ile kıyaslandığında SZİ bireylerde; depresif epizotlar, özgül fobi, madde kötüye kullanımı ve kişilik bozuklukları daha fazla görülmüştür (70). Yetişkinler ile yapılan başka bir kesitsel çalışmada, psikotik ve majör depresif bozukluklar, ayaktan ruh sağlığı tedavisi gören diğer olgulara göre SZİ grubunda daha az yaygın iken anksiyete bozuklukları, TSSB ve V kodu tanıları daha yaygın bulunmuştur. HZY grubuyla karşılaştırıldığında, psikotik bozukluklar SZİ olgularda anlamlı olarak daha az yaygın bulunmuştur (33).

DEHB ve SZİ: DEHB'li olgularda SZİ yaygın görülmektedir. Ancak bazen SZİ okul çocuklarında dikkat sorunları, akademik beklentilere uyum sağlayamamanın bir sonucu olarak ortaya çıkabilmektedir (10). SZİ veya HZY çocuklarla yapılan geniş örneklemli kesitsel bir çalışmada SZİ/HZY grubunun normal zekaya sahip akranlarına göre DEHB açısından 6 kat daha fazla risk altında olduğu saptanmıştır (76).

İntihar girişimi ve SZİ: Çalışmalarda SZİ bireylerin daha sık intihar girişiminde ve kendine zarar verme davranışında bulunduğu saptanmıştır (35). Başka bir çalışmada intihar girişimi öyküsü olan yetişkinlerin %16'sında SZİ saptanmıştır (77).

Psikoz ve SZİ: Psikotik hastalar ile yapılan bir çalışmada bu hastaların %18'inde premorbid SZİ saptamıştır. SZİ grubu normal premorbid zekaya sahip hastalardan daha fazla negatif belirti sergilemiştir (78). Başka bir çalışmada şizofreni tanısı konan hastaların %16'sının hastalık öncesinde sınırda bir zihinsel işlevsellik sergilediği saptanmıştır. SZİ grubunun, normal premorbid zekaya sahip gruptan daha şiddetli psikotik belirtiler, işlevsellikte daha büyük bir bozulma ve daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu bulunmuştur (79). SZİ ile genel nüfustaki psikotik belirti ve bozuklukların yaygınlığını karşılaştıran bir çalışmada, SZİ bireylerin psikotik bozukluk geliştirme ve halüsinasyonlar açısından genel nüfusa göre yaklaşık iki kat risk altında olduğu ancak perseküsyon sanrıları geliştirme açısından risk artışı bulunmadığı saptanmıştır (80).

Bipolar bozukluk ve SZİ: Literatürde SZİ ve bipolar bozukluğa ait çalışmalar çoğunlukla erişkinlerde yapılan ve HZY grubu ile SZİ'nin birlikte incelendiği çalışmalardır (35). Vanstraelen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada zihinsel yetersizliğin derecesi arttıkça hızlı döngülü bipolar bozukluk açısından kalıtlılabirliğin yükseldiği ve yıllık döngü sayısının arttığı saptanmıştır (81).

Kişilik bozuklukları ve SZİ: Yaklaşık 1000 SZİ olguda ruhsal bozuklukların yaygınlığını değerlendiren bir çalışmada olguların üçte birinden fazlasında kişilik bozukluğu saptanmıştır. En sık saptanan kişilik bozukluğu Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) olmuştur (70). Başka bir çalışmada SZİ olguların yarısından çoğunda Kişilik Bozukluğu saptanmıştır. SZİ olgularda Kişilik Bozukluğu oranı hem HZY hem de normal zekaya sahip bireylerden oldukça yüksek bulunmuştur. Başka türlü adlandırılmayan kişilik bozukluğu ve BKB, SZİ'de en sık teşhis edilen kişilik bozuklukları olarak saptanmıştır (4). Yapılan çalışmaların sonuçları her iki ila üç SZİ bireyin birinde kişilik bozukluğu gelişimine işaret etmektedir. Yaygınlıktaki bu yüksekliğin yıkıcı davranış bozukluklarının daha yüksek prevalansı ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür (4, 70).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Örneklem Seçimi

Çalışmaya, 01.04.2022- 01.03.2023 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine başvuran, uygulanan WISC-R (Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği-Yeniden Gözden Geçirilmiş Formu) zeka testi sonrası Sınırdaki Zihinsel İşlevsellik gösterdiği saptanan ve dahil olma kriterlerini karşılayan 8 - 16 yaşları arasındaki olgular gönüllülük esasına dayalı olarak alınmıştır. Ayrıca kontrol grubu oluşturmak amacıyla dahil olma kriterlerini karşılayan ve klinik olarak normal zekaya sahip olduğu düşünülen çocuk ve ergenler çalışmaya dahil edilmiştir. Kontrol grubu içerisinde ruhsal destek ve tedavi ihtiyacı bulunan çocuk ve ergenler Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine yönlendirilmiştir. Kontrol grubu büyük oranda üniversite personelinin çocuklarından oluşmaktadır. SZİ grubuna verilen ölçek ve değerlendirme araçları kontrol grubuna da verilmiş ve yarı yapılandırılmış tanısal görüşme (Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli) gerçekleştirilmiştir.

Çalışma için Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 10.03.2022 tarihinde İ03-119-22 karar numarası ile onay alınmıştır. Katılımcılara çalışma hakkında bilgi verilerek çalışmaya davet edilmiş ve kabul edenlerden yazılı onam formu alınmıştır.

5.2. Dahil Olma ve Dışlama Ölçütleri

SZİ grubuna dahil edilme kriterleri

- Uygulanan WISC-R zekâ testi sonucunda toplam zeka puanının 70-85 aralığında saptanması
- Katılımcının 8-16 yaş arasında olması
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olması

Kontrol grubu dahil edilme kriterleri

•Ön görüşmede alınan kısa öykü ve sonrasında çocukla yapılan görüşmede ZY düşünülmemesi ve SZİ şüphesi oluşmaması.

•Katılımcının 8-16 yaş arasında olması

•Çalışmaya katılmaya gönüllü olması

SZİ grubu ve kontrol grubu için dışlama kriterleri

•Çocuğun psikiyatrik takibinin bulunması veya psikiyatrik ilaç kullanıyor olması

•Anadilin Türkçe olmaması

•Kalıcı işitme kaybı olması

•Kronik hastalığının olması

•Nörolojik hastalığının olması

•Kurum bakımı altında olması

•Çocuğun okuma-yazma bilmiyor olması

•Ebeveynlerden ikisinin de okuma yazma bilmiyor olması

5.3. İşlem

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniğinde çocuklar ve aileleriyle görüşmeler ayrı ayrı gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerde başvuru anındaki psikiyatrik tanıları belirlemek amacıyla yarı yapılandırılmış psikiyatrik tanı görüşmesi olan Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi uygulanmıştır. Yapılan bu yarı yapılandırılmış görüşmenin sonrasında çocuk ve ebeveynlerine ölçekler verilmiştir.

Çalışmada aşağıda belirtilen ölçekler ve değerlendirme araçları kullanılmış olup örneklerine ekler kısmında yer verilmiştir.

Ebeveynin doldurması için:

- Aileye ait Sosyodemografik özellikleri değerlendirmek amacıyla, Sosyodemografik Bilgi Formu

- Çocuk ve ergenlerdeki depresif belirtiler, obsesif-kompulsif belirtiler ve anksiyete belirtilerini değerlendirmek amacıyla Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği - Yenilenmiş Ebeveyn Formu

- Dikkat eksikliği, hiperaktivite-impulsivite, karşıt olma/karşı gelme belirtilerini değerlendirmek amacıyla Conners Anababa Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa Formu

- İletişim becerilerini değerlendirmek amacıyla İletişim Becerileri Kontrol Listesi-2 verilmiştir.

Çocuk ve ergenlerin doldurması için:

- Çocuk ve ergenlerdeki depresif belirtiler, obsesif-kompulsif belirtiler ve anksiyete belirtilerinin değerlendirilmesi amacıyla Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş Çocuk Formu verilmiştir.

5.4. Veri Toplama Araçları

5.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından araştırmaya yönelik hazırlanmış bu formda çocuk ve anne-babalara ait sosyodemografik özellikler (anne ve babaların yaşları, eğitim düzeyleri, meslekleri, aylık hane halkı geliri, aile yapısı, kardeş sayısı gibi) sorgulanmaktadır. Ek olarak; varsa çocuğun, ebeveynlerin ve kardeşlerin tıbbi hastalıkları, alkol-sigara-madde kullanımı, suç öyküsü, ailede psikiyatrik hastalık ve çocuğun akran zorbalığına uğraması/zorbalıkta bulunması sorgulanmaktadır. Bu form ebeveynlerden biri veya her ikisi tarafından doldurulmuştur.

5.4.2. Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği-Yeniden Gözden Geçirilmiş Formu (WISC-R / WÇZÖ-R)

Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği (WISC) Wechsler tarafından 1949 yılında geliştirilmiş bir zekâ testidir (82). WISC-R ise yine Wechsler tarafından 6-16 yaş arası çocuklar için, 1974 yılında WISC'ten revize edilmiş olan zeka testidir (83). Türk çocukları için geçerliliği ve güvenilirlik çalışması Savaşır ve Şahin tarafından 1995 yılında yapılmıştır (84). Sözel zekâ bölümü katsayısı, performans zeka bölümü katsayısı, toplam zeka katsayıları hesaplanır. Düz ve ters sayı dizileri, genel bilgi, benzerlikler, aritmetik, yargılama, küplerle desen, resim tamamlama, resim düzenleme, parça birleştirme, şifre alt puanlarından oluşmaktadır. WISC-R uygulaması bu konuda deneyimi bulunan klinik psikologlar tarafından kliniğimizde gerçekleştirilmiştir.

5.4.3. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-DSM-5-Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T / K-SADS-PL-DSM-5-T):

Kaufman ve arkadaşlarının 1997 yılında DSM-III ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre düzenlediği “Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli” ilk olarak Endicott ve Spitzer tarafından 1978 yılında yetişkinler için geliştirilen ve sonrasında Chambers ve arkadaşlarının 1985 yılında çocuklar için uyarladığı Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesine (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-SADS) dayanmaktadır (85, 86, 87). Kaufman ve arkadaşları 2016 yılında çizelgeyi DSM-5 tanılarına uyumlu olacak şekilde yenilemiştir (88). Çizelgenin DSM-III ve DSM-IV ölçütlerini içeren versiyonu dilimize Gökler ve arkadaşları tarafından, DSM-5 ile uyumlu olan versiyonu ise dilimize Ünal ve arkadaşları tarafından çevrilmiş ve birçok tanı için geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir (89, 90). ÇDŞG-ŞY, çocuk ve ergenlerin geçmişteki ve mevcut ruhsal bozukluklarını saptamak için geliştirilen yarı yapılandırılmış bir görüşme aracıdır. Araştırmacı tarafından SZİ grubu ve kontrol grubundaki olgulara, başvuru anında var olan ruhsal bozuklukları değerlendirmek amacıyla uygulanmıştır.

5.4.4. Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Yenilenmiş- Çocuk ve Ebeveyn Formları (ÇADÖ-Y-Ç / ÇADÖ-Y-E)

Bu ölçek DSM-IV tanılarına dayalı kaygı bozuklukları ve depresyonu çocuk ve ergenlerde taramak için oluşturulmuştur (91). Ayrılık anksiyetesi bozukluğu (7 madde), sosyal

fobi (9 madde), yaygın anksiyete bozukluğu (6 madde), panik bozukluk (9 madde), obsesif kompulsif bozukluk (6 madde) ve majör depresif bozukluğu (10 madde) ölçen toplamda 47 madde içermektedir. Her maddesi 0 ila 3 arası puanlanmış olan dörtlü Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin çocuk ve ebeveyn tarafından doldurulan her iki versiyonu da yaklaşık 10-15 dakikada tamamlanabilmektedir. Türkçe uyarlaması, güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Görmez ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. ÇADÖ-Y Çocuk formunun Cronbach alfa değeri 0.95 ile yüksek derecede güvenilirliğe, alt ölçekler için 0.75 ile 0,86 arasında değişen iç tutarlılık katsayıları da iyi bir iç tutarlılığa işaret etmektedir (92). ÇADÖ-Y Ebeveyn formunun Cronbach alfa değeri 0.95 ile yüksek derecede güvenilirliğe, alt ölçekler için 0,76 ile 0,93 arasında değişen iç tutarlılık katsayıları da iyi bir iç tutarlılığa işaret etmektedir (155). Puanlar hesaplanırken RCADS-Child / RCADS-Parent: scoring program version 3.3 Excel programları kullanılmıştır.

5.4.5. Conners Anababa Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa Form (CADÖ-YK)

Ebeveynlerce uygulanan bu ölçek, çocukların davranışlarını değerlendirmek amacıyla Conners ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (93). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Kaner ve arkadaşları tarafından 2013 yılında yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,73-0,86 arasında değişmektedir. Alt ölçeklerin test-tekrar test güvenilirlik değerleri ise 0,56-0,72 arasında bulunmuştur. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik açısından oldukça yeterli olduğu gösterilmiştir (94). 27 madde içermektedir. Karşı gelme alt ölçeği, bilişsel problemler/dikkatsizlik alt ölçeği, hiperaktivite alt ölçeği ve DEHB indeksi alt ölçeği puanları hesaplanabilmektedir. Anne-babaların ortalama 5-10 dakikada tamamlayabileceği, dörtlü Likert tipi ölçüm sağlayan bu ölçeğin puan aralığı 0–81 arasında değişmektedir.

5.4.6. İletişim Becerileri Kontrol Listesi 2 (İBK-2)

4-16 yaş arası çocukların ebeveynlerince doldurulan bu ölçek, çocukların iletişim becerilerini değerlendirmek amacıyla Bishop (2003) tarafından geliştirilmiştir (95). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Şule Ünal tarafından 2014 yılında yapılmıştır. Tüm maddeler için bulunan Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.94 bulunmuştur. Ölçeğin iç tutarlılık katsayılarının alt ölçekler için 0,68 ile 0,94 arasında değiştiği bulunmuştur. Çalışma sonucunda testin Türk dili ve kültürüne uygun, yeterli düzeyde geçerliliğe, oldukça yüksek düzeyde güvenilirliğe sahip olduğu ve Türk çocuklarının iletişim becerilerini taramak için testin kullanılabilir olduğu belirlenmiştir (96, 97). Ölçeğin dilimize uyarlaması 68 madde içermektedir. Sentaks alt ölçeği (5 madde) hariç 7’şer maddelik 10 alt ölçekten oluşmaktadır. Sentaks alt ölçeğinde Türkçe dilbilgisi kurallarına uymayan 2 madde çıkarılmıştır. Dörtlü

Likert tipi ölçüm sağlayan ölçekte daha düşük ölçek skorları, ilgili alanda daha iyi beceriye işaret etmektedir. Anne-babalar ölçeği ortalama 5-15 dakikada tamamlayabilmektedir.

5.5. İstatistiksel Analiz

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilip istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows) 22,0 programı kullanılmıştır. Verilerin normallik dağılımını göstermek için Shapiro Wilk-W testi, Kolmogorov Smirnov testi, Skewness ve Kurtosis değerleri kullanılmıştır. Sürekli değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler ortalama ve standart sapma ile, kategorik verilere ait tanımlayıcı istatistikler ise sıklık ve yüzde olarak belirtilmiştir, Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım varsayımını karşılayanlarda Independent Samples-T Test ve Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way Anova) testi kullanılmıştır. Normal dağılım varsayımı karşılamayanlarda ise Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

6. BULGULAR

Tablo 1. Çocuğa İlişkin Sosyodemografik Özelliklerin SZİ Grubu ve Kontrol Grubuna Göre Karşılaştırılması (Sürekli Değişkenler)

	Grup		
	SZİ Grubu	Kontrol Grubu	p
	Ort.±S.S. (Ortanca)	Ort.±S.S. (Ortanca)	
Yaş	10,82±2,17 (10)	12,34±2,6 (13)	0,001*
Sınıf	5,47±2,25 (5)	6,82±2,56 (7)	0,002*
Doğum Haftası	37,81±2,33 (38)	38,35±1,4 (38)	0,115*
Okul Öncesi Eğitim Süresi	14,51±10,88 (12)	20,78±11,17 (19,5)	0,011*

*: Bağımsız Örneklem t-testi Ort.: Ortalama, S.S.: Standart Sapma, Anlamlılık: $p < 0,05$,

SZİ grubundaki olgular (10,82±2,17) ile kontrol grubundaki olguların (12,34±2,6) yaş ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p=0,001$).

SZİ grubundaki olgular (14,51±10,88) ile kontrol grubundaki olguların (20,78±11,17) OÖE (okul öncesi eğitim) süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,011$).

Tablo 2. Çocuğa İlişkin Sosyodemografik Özelliklerin SZİ Grubu ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı

		SZİ Grubu	Kontrol Grubu	p
		n (%)	n (%)	
Cinsiyet	Erkek	33 (%53,23)	31 (%50)	0,719*
	Kadın	29 (%46,77)	31 (%50)	
Prenatal Problem	Yok	43 (%69,35)	50 (%80,65)	0,147*
	Var	19 (%30,65)	12 (%19,35)	
Natal Problem	Yok	59 (%95,16)	57 (%91,94)	0,717**
	Var	3 (%4,84)	5 (%8,06)	
Doğum Şekli	Normal Doğum	29 (%46,77)	25 (%40,32)	0,587*
	Sezaryen	33 (%53,23)	37 (%59,68)	
Doğum Haftası	< 33 hafta	3 (%4,84)	0 (%0)	0,042
	33-36 hafta	10 (%16,13)	6 (%9,68)	
	≥ 37 hafta	49 (%79,03)	56 (%90,32)	
Okul Öncesi Eğitim Alma	Hayır	23 (%39,66)	12 (%19,35)	0,014*
	Evet	35 (%60,34)	50 (%80,65)	
Zorbalığa Uğrama	Hayır	44 (%70,97)	48 (%77,42)	0,412*
	Evet	18 (%29,03)	14 (%22,58)	

		SZİ Grubu	Kontrol Grubu	p
		n (%)	n (%)	
Zorbalığa Uğrama Süresi	Bir haftadan kısa	8 (%44,44)	1 (%7,14)	0,092**
	Bir ya da iki hafta	4 (%22,22)	5 (%35,71)	
	Yaklaşık bir ay	3 (%16,67)	1 (%7,14)	
	Yaklaşık altı ay	0 (%0)	2 (%14,29)	
	Yaklaşık bir yıl	1 (%5,56)	3 (%21,43)	
	Birkaç yıl boyunca	2 (%11,11)	2 (%14,29)	
Zorbalığa Uğrama Sıklığı	Ayda bir veya iki kez	13 (%72,22)	8 (%57,14)	0,857**
	Ayda iki veya üç kez	3 (%16,67)	2 (%14,29)	
	Ortalama haftada bir kez	0 (%0)	1 (%7,14)	
Zorbalık Uygulama	Hayır	47 (%75,81)	59 (%95,16)	0,002*
	Evet	15 (%24,19)	3 (%4,84)	

n: Olgu Sayısı, *: Ki-Kare testi, **: Fisher's Exact test, Anlamlılık: p<0,05

SZİ grubu ve kontrol grubu arasında doğum haftası açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,042). SZİ grubunun %20,97'sine (n:13) karşılık kontrol grubunun %9,68'i (n:6) 37 haftadan önce doğmuştur. Aynı zamanda SZİ grubunda 33 haftadan önce dünyaya gelen 3 olgu (%4,84) bulunmaktayken kontrol grubunda bu sürenin öncesinde doğan bir olgu bulunmamaktadır.

SZİ grubu ve kontrol grubu arasında okul öncesi eğitim alma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (p=0,04). SZİ grubunun %60,34'ü (n:35) okul öncesi eğitim almışken kontrol grubunun %80,65'i (n:50) okul öncesi eğitim almıştır.

SZİ grubu ve kontrol grubu arasında akranlarına zorbalık uygulama açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (p=0,002). SZİ grubunun %24,19'una karşılık (n:15) kontrol grubunun %4,84'ü (n:3) akranlarına zorbalık uygulamıştır.

Tablo 3. Aileye İlişkin Sosyodemografik Özelliklerin SZİ Grubu ve Kontrol Grubuna Göre Karşılaştırılması (Sürekli Değişkenler)

	SZİ Grubu	Kontrol Grubu	p
	Ort.±S.S. (Ortanca)	Ort.±S.S. (Ortanca)	
Aylık Gelir (:1000 TL)	10,92±4,31 (9)	20,52±13,81 (19)	<0,001*
Annenin Yaşı	36,92±6,33 (36)	40,69±5,31 (41)	<0,001*
Annenin Sigara Kullanma Sıklığı	0,68±0,39 (0,5)	0,91±0,4 (1)	0,117**
Babanın Yaşı	41,26±5,93 (41)	44,87±5,74 (44)	0,001*
Babanın Sigara Kullanma Sıklığı	1,08±0,62 (1)	1,12±0,39 (1)	0,357**
Kardeş Sayısı	1,39±0,8 (1)	1,15±0,76 (1)	0,087*

*: Bağımsız Örneklem t-testi, **: Mann Whitney U testi, Ort.: Ortalama, S.S.: Standart Sapma, Anlamlılık: p<0,05,

SZİ grubundaki olgular ($10,92 \pm 4,31$) ile kontrol grubundaki olguların ($20,52 \pm 13,81$) aylık hane gelirleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,001$).

SZİ grubundaki olgular ($36,92 \pm 6,33$) ile kontrol grubundaki olguların ($40,69 \pm 5,31$) anne yaşları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,001$).

SZİ grubundaki olgular ($41,26 \pm 5,93$) ile kontrol grubundaki olguların ($44,87 \pm 5,74$) baba yaşları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p = 0,001$).

Tablo 4. Aileye İlişkin Sosyodemografik Özelliklerin SZİ Grubu ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı

		SZİ Grubu	Kontrol Grubu	p
		Ort.±S.S. (Ortanca)	Ort.±S.S. (Ortanca)	
Aile Yapısı	Çekirdek Aile	48 (%77,42)	53 (%85,48)	0,372**
	Geniş Aile	7 (%11,29)	4 (%6,45)	
	Anneyle yaşıyor	5 (%8,06)	2 (%3,23)	
	Babayla yaşıyor	0 (%0)	2 (%3,23)	
	Diğer	2 (%3,23)	1 (%1,61)	
Anne Mesleği	Çalışmıyor	47 (%75,81)	27 (%43,55)	0,001**
	İşçi	8 (%12,90)	16 (%25,81)	
	Memur	4 (%6,45)	17 (%27,42)	
	Esnaf	1 (%1,61)	1 (%1,61)	
	Serbest Meslek	1 (%1,61)	(%0)	
	Emekli	1 (%1,61)	1 (%1,61)	
Anne Eğitim Düzeyi	Okuryazar Değil	2 (%3,23)	0 (%0)	<0,001**
	İlkokul	13 (%20,97)	7 (%11,29)	
	Ortaokul	21 (%33,87)	5 (%8,06)	
	Lise	18 (%29,03)	21 (%33,87)	
	Yüksekokul	2 (%3,23)	8 (%12,9)	
	Üniversite	6 (%9,68)	14 (%22,58)	
	Yüksek Lisans/Doktora	0 (%0)	7 (%11,29)	
Annenin Alkol Kullanımı	Yok	61 (%98,39)	58 (%93,55)	0,171**
	Var	1 (%1,61)	4 (%6,45)	
Annenin Sigara Kullanımı	Yok	44 (%70,97)	44 (%70,97)	1,000*
	Var	18 (%29,03)	18 (%29,03)	
Baba Mesleği	Çalışmıyor	3 (%4,84)	0 (%0)	0,001**
	İşçi	28 (%45,16)	27 (%45)	
	Memur	4 (%6,45)	16 (%26,67)	
	Esnaf	10 (%16,13)	5 (%8,33)	
	Serbest Meslek	17 (%27,42)	8 (%13,33)	
	Emekli	0 (%0)	4 (%6,67)	
Babanın Eğitim Düzeyi	Okuryazar Değil	1 (%1,61)	0 (%0)	<0,001**
	Okuryazar	16 (%25,81)	6 (%10)	
	İlkokul	16 (%25,81)	4 (%6,67)	
	Ortaokul	24 (%38,71)	20 (%33,33)	
	Lise	1 (%1,61)	9 (%15)	
	Yüksekokul	3 (%4,84)	15 (%25)	
	Üniversite	1 (%1,61)	6 (%10)	

		SZİ Grubu	Kontrol Grubu	p
		Ort.±S.S. (Ortanca)	Ort.±S.S. (Ortanca)	
Babanın Alkol Kullanımı	Yok	53 (%85,48)	49 (%81,67)	0,569*
	Var	9 (%14,52)	11 (%18,33)	
Babanın Alkol Kullanma Sıklığı	Haftada 1-2 gün	5 (%55,56)	9 (%81,82)	0,339*
	Haftada 3-4 gün	1 (%11,11)	0 (%0)	
	Haftada 5-7 gün	3 (%33,33)	2 (%18,18)	
Babanın Sigara Kullanımı	Yok	29 (%46,77)	31 (%51,67)	0,589*
	Var	33 (%53,23)	29 (%48,33)	
Kardeşte Tıbbi Hastalık	Yok	48 (%77,42)	60 (%96,77)	0,001*
	Var	14 (%22,58)	2 (%3,23)	
Kardeşte Psikiyatrik Bozukluk	Yok	52 (%83,87)	57 (%91,94)	0,169*
	Var	10 (%16,13)	5 (%8,06)	

n: Olgu Sayısı, *: Ki-Kare testi, **: Fisher's Exact test, Anlamlılık: $p<0,05$

SZİ grubu ve kontrol grubu arasında annelerin mesleği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,001$). SZİ grubunda en yüksek oranda %75,81 (n:47) ile çalışmayan anneler bulunurken kontrol grubunda bu oran %43,55 (n:27) olarak bulunmuştur.

SZİ grubu ve kontrol grubu arasında annelerin eğitim düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0,001$). SZİ grubunda en yüksek oranda %33,87 (n:21) ile ortaokul mezunu anneler bulunurken kontrol grubunda en yüksek oranda %33,87 (n:21) ile lise mezunu anneler bulunmaktadır. Oranlar kontrol grubunda SZİ grubuna göre daha yüksek eğitim düzeyine doğru artmaktadır.

SZİ grubu ve kontrol grubu arasında babaların mesleği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,001$). Her iki grupta da en yüksek orandaki meslek grubu benzer şekilde 'işçi' olarak bulunmuştur. İkinci en yüksek oranlar SZİ grubunda %27,42 (n:17) ile serbest meslek iken kontrol grubunda %26,67 (n:16) ile memur olarak dağılım göstermiştir.

SZİ grubu ve kontrol grubu arasında babaların eğitim düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0,001$). Her iki grupta da babaların eğitim düzeyi en yüksek oranda benzer şekilde ortaokuldur. İkinci en yüksek oranlar SZİ grubunda %25,81 (n:16) ile ilkokul ve okuryazar iken kontrol grubunda %25 (n:15) ile yüksekokul olarak dağılım göstermiştir.

SZİ grubu ve kontrol grubu arasında kardeşlerde tıbbi hastalık bulunma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,001$). SZİ grubunun %22,58'inin (n:14) kardeşlerinden en az birinde tıbbi hastalık varken bu oran kontrol grubu için %3,23 (n:2) olarak bulunmuştur.

Tablo 5. ÇADÖ-Y Çocuk ve ÇADÖ-Y Ebeveyn Ölçeklerine Ait Puanların SZİ Grubu ve Kontrol Grubuna Göre Karşılaştırılması

	SZİ Grubu	Kontrol Grubu	p
	Ort.±S.S. (Ortanca)	Ort.±S.S. (Ortanca)	
ÇADÖ-Y Çocuk AAB	4,4±3,35 (4)	4,69±3,82 (4)	0,653*
ÇADÖ-Y Çocuk SAB	8,03±6,08 (7,5)	9,73±5,94 (10)	0,119*
ÇADÖ-Y Çocuk OKB	4,81±4,02 (4)	5,27±3,26 (5)	0,478*
ÇADÖ-Y Çocuk PB	3,9±5,01 (2)	4,4±4,7 (3)	0,568*
ÇADÖ-Y Çocuk YAB	5,16±4,07 (4)	6,77±3,41 (6)	0,018*
ÇADÖ-Y Çocuk MDB	6,48±6,31 (5)	7,13±4,94 (6)	0,527*
ÇADÖ-Y Çocuk Top.Ank.	26.31±17.93 (24)	30.87±16.32 (28.5)	0,141*
ÇADÖ-Y Çocuk Top.Ank/Dep	32,79±22,67 (27,5)	38±20,13 (34)	0,178*
ÇADÖ-Y Ebeveyn AAB	4,26±3,89 (3)	4,18±3,49 (3)	0,903*
ÇADÖ-Y Ebeveyn SAB	7,94±5,64 (7)	7,95±4,8 (7,5)	0,986*
ÇADÖ-Y Ebeveyn OKB	2,73±2,71 (2)	3,1±2,51 (3)	0,431*
ÇADÖ-Y Ebeveyn PB	2,35±2,93 (2)	2,48±2,78 (1)	0,695**
ÇADÖ-Y Ebeveyn YAB	3,63±3,17 (3)	4,27±2,86 (4)	0,237*
ÇADÖ-Y Ebeveyn MDB	5,81±5,91 (4)	5,29±4,44 (4)	0,816**
ÇADÖ-Y Ebeveyn Top.Ank.	20.9±14.68 (17)	21.98±12.53 (18)	0,660*
ÇADÖ-Y Ebeveyn Top.Ank/Dep.	26,71±19,21 (22)	27,27±15,47 (23,5)	0,857*

*: Bağımsız Örneklem t-testi, **: Mann Whitney U testi, Ort.: Ortalama, S.S.: Standart Sapma, Anlamlılık: p<0,05, ÇADÖ-Y: Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Yenilenmiş Formu

SZİ grubundaki olgular (5,16±4,07) ile kontrol grubundaki olguların (6,77±3,41) ÇADÖ-Y Çocuk YAB puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,018).

Tablo 6. İletişim Becerileri Kontrol Listesi-2'ye Ait Puanların SZİ Grubu ve Kontrol Grubuna Göre Karşılaştırılması

	SZİ Grubu	Kontrol Grubu	p
	Ort.±S.S. (Ortanca)	Ort.±S.S. (Ortanca)	
İBK Konuşma	2,15±2,86 (1)	1,5±1,64 (1)	0,428**
İBK Sentaks	2,87±2,21 (3)	2,76±1,96 (3)	0,764*
İBK Semantik	4,39±2,74 (4)	3,56±2,37 (3)	0,077*
İBK Tutarlılık	3,77±3,23 (3)	3,02±2,42 (3)	0,281**
İBK Konuşmanın Uygunluğu	6,23±3,44 (6)	5,34±2,72 (5)	0,113*
İBK Stereotip Dil	4,15±2,82 (3,5)	3,79±2,07 (4)	0,426*
İBK Bağlamın Kullanımı	4,16±3,55 (3,5)	2,58±2,1 (2)	0,016**
İBK Sözel Olmayan İletişim	4,11±2,83 (3,5)	3,23±2,5 (3)	0,067*
İBK Sosyal İlişki	3,47±2,47 (3)	2,87±2,38 (3)	0,174*
İBK İlgiler	5,56±3,48 (5)	5,77±3,1 (5,5)	0,723*
İBK Yapısal Dil	13.18±8.43 (12)	10.84±7.06 (9)	0,097*
İBK Pragmatik Dil	18.65±10.51 (15.5)	14.94±7.27 (14.5)	0,024*
İBK SESP	6.19±7.48 (7)	6.37±7.4 (6)	0,895*
İBK GİP	31.82±17.37 (28)	25.77±13.02 (24)	0,030*
İBK Toplam	40,85±21,25 (35,5)	34,42±16,91 (32,5)	0,064*

*: Bağımsız Örneklem t-testi, **: Mann Whitney U testi, Ort.: Ortalama, S.S.: Standart Sapma, Anlamlılık: p<0,05, İBK: İletişim Becerileri Kontrol Listesi, SESP: Sosyal Etkileşim Sapma Puanı, GİP: Genel İletişim Puanı

SZİ grubundaki olgular ($4,16 \pm 3,55$) ile kontrol grubundaki olguların ($2,58 \pm 2,1$) İBK Bağlamın Kullanımı puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,016$).

SZİ grubundaki olgular (18.65 ± 10.51) ile kontrol grubundaki olguların (14.94 ± 7.27) İBK Pragmatik Dil puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,024$).

SZİ grubundaki olgular (31.82 ± 17.37) ile kontrol grubundaki olguların (25.77 ± 13.02) İBK Genel İletişim Puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,030$).

Tablo 7. Conners Anababa Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa Formuna Ait Puanların SZİ Grubu ve Kontrol Grubuna Göre Karşılaştırılması

	SZİ Grubu	Kontrol Grubu	p
	Ort.±S.S. (Ortanca)	Ort.±S.S. (Ortanca)	
Karşı Gelme	6,08±4,23 (5)	5,15±4,14 (5)	0,216*
Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik	8,58±5,39 (8)	4,05±4,17 (3)	<0,001*
Hiperaktivite	4,27±4,13 (3)	2,53±3,15 (2)	0,009*
DEHB İndeksi	16,47±8,89 (17)	9,63±6,96 (8)	<0,001*
Conners Toplam	31,35±17,3 (29,5)	19,4±14,38 (15,5)	<0,001*

*: Bağımsız Örneklem t-testi, Ortalama, S.S.: Standart Sapma, Anlamlılık: $p<0,05$,

SZİ grubundaki olgular ($8,58 \pm 5,39$) ile kontrol grubundaki olguların ($4,05 \pm 4,17$) Bilişsel problemler/dikkatsizlik puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$).

SZİ grubundaki olgular ($4,27 \pm 4,13$) ile kontrol grubundaki olguların ($2,53 \pm 3,15$) Hiperaktivite puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,009$).

SZİ grubundaki olgular ($16,47 \pm 8,89$) ile kontrol grubundaki olguların ($9,63 \pm 6,96$) DEHB İndeksi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$).

SZİ grubundaki olgular ($31,35 \pm 17,3$) ile kontrol grubundaki olguların ($19,4 \pm 14,38$) Conners toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 8. Tanı Sayılarının ve Psikiyatrik Bozuklukların Dağılımlarının SZİ Grubu ve Kontrol Grubu ile İlişkisi

		SZİ Grubu	Kontrol Grubu	p
		n (%)	n (%)	
Tanı Sayısı ^a	Tanısı olmayanlar	13 (%20.97)	30 (%48.39)	0.007*
	1 Tanı	10 (%16.13)	11 (%17.74)	
	2 Tanı	22 (%35.48)	11 (%17.74)	
	3 veya daha fazla tanı	17 (%27.42)	10 (%16.13)	
Majör Depresif Bozukluk	Yok	55 (%88.71)	56 (%90.32)	1.000*
	Var	7 (%11.29)	6 (%9.68)	
Özgül Fobi	Yok	45 (%72.58)	55 (%88.71)	0.023*
	Var	17 (%27.42)	7 (%11.29)	
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	Yok	26 (%41.94)	46 (%74.19)	<0.001*
	Var	36 (%58.06)	16 (%25.81)	
Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu/Davranım Bozukluğu	Yok	45 (%72.58)	51 (%82.26)	0.198*
	Var	17 (%27.42)	11 (%17.74)	
Tik Bozukluğu/Obsesif Kompulsif Bozukluk	Yok	53 (%85.48)	55 (%88.71)	0.592*
	Var	9 (%14.52)	7 (%11.29)	
Anksiyete Bozukluğu	Yok	42 (%67.74)	45 (%73.77)	0.463*
	Var	20 (%32.26)	16 (%26.23)	
Dışa Atım Bozukluğu	Yok	53 (%85.48)	56 (%91.8)	0.270*
	Var	9 (%14.52)	5 (%8.2)	

n: Olgu Sayısı, *: Ki-Kare testi, Anlamlılık: p<0,05

a: tanı sayısını belirlemek için değerlendirilen tanıları (AAB, özgül fobi, SAB, PB, YAB, dışa atım bozukluğu, MDB, tik bozukluğu/OKB, DEHB, KOKGB/DB-toplam 10 tanı)

SZİ grubu ve kontrol grubu arasında, olguların aldığı tanı sayıları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (p=0,007). SZİ grubunda aldıkları tanı sayısı açısından en yüksek oran %35,48 (n:22) ile 2 bozukluğu olanlar iken kontrol grubunda ise %48,38 (n:30) ile herhangi bir tanısı olmayanlardır.

SZİ grubu ve kontrol grubu özgül fobi tanısı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (p=0,023). SZİ grubundaki %27,42'lik (n:17) özgül fobi tanısına karşılık kontrol grubunun %11,29'unda (n:7) özgül fobi saptanmıştır.

SZİ grubu ve kontrol grubu DEHB tanısı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (p<0,001). SZİ grubundaki %58,06'lık (n:36) DEHB tanısına karşılık kontrol grubunun %25,81'inde (n:16) DEHB saptanmıştır.

Tablo 9. Temel Başvuru Şikayetleri ile İlgili Tanımlayıcı Veriler**Tablo 9.1.** SZİ Grubundaki Olguların Kliniğe Temel Başvuru Şikayetlerinin Dağılımı

Temel Başvuru Şikayeti	n (%)
Akademik zorluklar	31 (%29,80)
Dikkat sorunları	27 (%25,96)
İrritabilite-düşük engellenme eşiği	10 (%9,62)
Dışsallaştırma belirtileri, diğer	13 (%12,50)
İçselleştirme belirtileri	11 (%10,58)
İletişim sorunları	7 (%6,73)
Diğer	6 (%5,77)
Toplam	104 (%100)

n = Temel başvuru şikayeti sayısı

Tablo 9.2. SZİ grubundaki Olgular İçerisinde Temel Başvuru Şikayeti Dikkat Sorunu Olanlar ile DEHB Tanısı Alanların Dağılımları

	DEHB tanısı alanlar	DEHB tanısı almayanlar
	n (%)	n (%)
Dikkat sorunu ile başvuran (n:27)	22 (%81,48)	5 (%18,52)
Toplam SZİ olgu (n:62)	36 (%58,06)	26 (%41,94)
	Temel Başvuru Şikayeti Dikkat Sorunu Olan	Diğer Temel Başvuru Şikayeti
	n (%)	n (%)
DEHB tanısı alanlar (n:36)	22 (%61,11)	14 (%38,89)

n = Olgu Sayısı

SZİ grubunda kliniğe temel başvuru şikayeti en yüksek oranda ‘akademik zorluklar’ (%29,80) olarak, ikinci sırada ‘dikkat sorunları’ (%25,96) olarak saptanmıştır. Bunları sırasıyla ‘dışsallaştırma belirtileri, diğer’, ‘içselleştirme belirtileri’, ‘irritabilite-düşük engellenme eşiği’ ve ‘iletişim sorunları’ takip etmiştir.

SZİ grubunda dikkat sorunları temel başvuru şikayeti olan olguların %81’inde DEHB tanısı saptanmıştır. DEHB tanısı alan olguların %61’inin temel başvuru şikayetinin dikkat sorunları olduğu bulunmuştur.

Tablo 10. SZİ Grubundaki Olgulara Ait Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımının IQ Alt Grupları ile İlişkisi

		70-79	80-85	p
		n (%)	n (%)	
Cinsiyet	Erkek	15 (%48.39)	18 (%58.06)	0.445*
	Kadın	16 (%51.61)	13 (%41.94)	
Prenatal Problem	Yok	24 (%77.42)	19 (%61.29)	0.168*
	Var	7 (%22.58)	12 (%38.71)	
Natal Problem	Yok	30 (%96.77)	29 (%93.55)	1.000**
	Var	1 (%3.23)	2 (%6.45)	
Doğum Şekli	Normal Doğum	20 (%64.52)	9 (%29.03)	0.005*
	Sezaryen	11 (%35.48)	22 (%70.97)	
Doğum Haftası	< 33 hafta	1 (%3.23)	2 (%6.45)	0,375
	33-36 hafta	3 (%9.68)	7 (%22.58)	
	≥ 37 hafta	27 (%87.1)	22 (%70.97)	
Okul Öncesi Eğitim Alma	Hayır	13 (%43.33)	10 (%35.71)	0.553*
	Evet	17 (%56.67)	18 (%64.29)	
Zorbalığa Uğrama	Hayır	21 (%67.74)	23 (%74.19)	0.576*
	Evet	10 (%32.26)	8 (%25.81)	
Zorbalığa Uğrama Sıklığı	Ayda bir veya iki kez	7 (%70)	6 (%75)	1.000**
	Ayda iki ya da üç kez	2 (%20)	1 (%12.5)	
	Haftada birkaç kez	1 (%10)	1 (%12.5)	
Zorbalık Uygulama	Hayır	25 (%80.65)	22 (%70.97)	0.374*
	Evet	6 (%19.35)	9 (%29.03)	
Zorbalık Uygulama Sıklığı	Uygulamadı	26 (%83.87)	23 (%74.19)	0.529**
	Ayda bir veya iki kez	3 (%9.68)	6 (%19.35)	
	Ayda iki ya da üç kez	2 (%6.45)	1 (%3.23)	
	Ortalama haftada bir kez	0 (%0)	1 (%3.23)	
	Haftada birkaç kez	0 (%0)	0 (%0)	

n: Olgu Sayısı, *: Ki-Kare testi, **: Fisher's Exact test, Anlamlılık: p<0,05

Zeka puanı alt grupları arasında “doğum şekli” açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (p=0,005). Yetmiş-yetmiş dokuz IQ alt grubunda %35,48 oranında doğum şekli (n:11) sezaryen iken bu oran seksen-seksen beş IQ alt grubunda %70,97 (n:22) olarak saptanmıştır.

Tablo 11. SZİ Grubuna Ait Sosyodemografik Özelliklerin IQ Alt Gruplarına Göre Karşılaştırılması (Sürekli Değişkenler)

	IQ		p
	70-79	80-85	
	Ort.±S.S. (Ortanca)	Ort.±S.S. (Ortanca)	
Yaş	10,71±1,99 (11)	10,94±2,37 (10)	0,685*
Sınıf	5,42±2,08 (5)	5,52±2,45 (5)	0,867*
Doğum Haftası	38,13±1,91 (38)	37,48±2,68 (38)	0,280*
Okul Öncesi Eğitim Süresi	13,56±9 (12)	15,42±12,58 (12)	0,609*
Aylık Gelir (:1000 TL)	10,85±4,32 (9)	10,98±4,38 (9)	0,907*
Anne Yaşı	36,74±6,02 (36)	37,1±6,71 (36)	0,827*
Annenin Sigara Kullanma Sıklığı	0,65±0,53 (0,5)	0,7±0,29 (0,5)	0,596**
Baba Yaşı	40,81±5,69 (40)	41,71±6,21 (41)	0,553*
Babanın Sigara Kullanma Sıklığı	1,09±0,7 (1)	1,07±0,53 (1)	0,911**
Kardeş Sayısı	1,45±0,89 (1)	1,32±0,7 (1)	0,528*

*: Bağımsız Örneklem t-testi, **: Mann Whitney U testi, Ort.: Ortalama, S.S.: Standart Sapma, Anlamlılık: p<0,05

Tablo 12. SZİ Olguların Ailelerine İlişkin Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımının IQ Alt Grupları ile İlişkisi

		IQ		p
		70-79	80-85	
		Ort.±S.S. (Ortanca)	Ort.±S.S. (Ortanca)	
Aile Yapısı	Çekirdek Aile	25 (%80.65)	23 (%74.19)	0.656**
	Geniş Aile	4 (%12.9)	3 (%9.68)	
	Anneyle yaşıyor	1 (%3.23)	4 (%12.9)	
	Diğer	1 (%3.23)	1 (%3.23)	
Annenin Eğitim Düzeyi	Okuryazar Değil	0 (%)	2 (%6.45)	0.156**
	İlkokul	5 (%16.13)	8 (%25.81)	
	Ortaokul	15 (%48.39)	6 (%19.35)	
	Lise	8 (%25.81)	10 (%32.26)	
	Yüksekokul	1 (%3.23)	1 (%3.23)	
	Üniversite	2 (%6.45)	4 (%12.9)	
Annenin Sigara Kullanımı	Yok	24 (%77.42)	20 (%64.52)	0.263*
	Var	7 (%22.58)	11 (%35.48)	
Baba Mesleği	Çalışmıyor	1 (%3.23)	2 (%6.45)	0.467**
	İşçi	12 (%38.71)	16 (%51.61)	
	Memur	1 (%3.23)	3 (%9.68)	
	Esnaf	6 (%19.35)	4 (%12.9)	
	Serbest Meslek	11 (%35.48)	6 (%19.35)	
Babanın Eğitim Düzeyi	Okuryazar	0 (%)	1 (%3.23)	0.154**
	İlkokul	6 (%19.35)	10 (%32.26)	
	Ortaokul	10 (%32.26)	6 (%19.35)	
	Lise	14 (%45.16)	10 (%32.26)	
	Yüksekokul	0 (%)	1 (%3.23)	
	Üniversite	0 (%)	3 (%9.68)	
	Yüksek Lisans/Doktora	1 (%3.23)	0 (%)	
Babanın Alkol Kullanımı	Yok	25 (%80.65)	28 (%90.32)	0.473**
	Var	6 (%19.35)	3 (%9.68)	
Babanın Alkol Kullanma Sıklığı	Haftada 1-2 gün	4 (%66.67)	1 (%33.33)	0.643**
	Haftada 3-4 gün	1 (%16.67)	0 (%)	
	Haftada 5-7 gün	1 (%16.67)	2 (%66.67)	
Babanın Sigara Kullanımı	Yok	13 (%41.94)	16 (%51.61)	0.611*
	Var	18 (%58.06)	15 (%48.39)	

n: Olgu Sayısı, *: Ki-Kare testi, **: Fisher's Exact test, Anlamlılık: p<0,05

Zeka puanı alt grupları arasında “doğum şekli” dışında hiçbir sosyodemografik özellik açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 10,11,12).

Tablo 13. Ölçeklere Ait Puanların SZİ Grubundaki Olgular İçin IQ Alt Gruplarına Göre Karşılaştırılması

	IQ		p
	70-79	80-85	
	Ort.±S.S. (Ortanca)	Ort.±S.S. (Ortanca)	
ÇADÖ-Y Çocuk AAB	3,87±2,72 (3)	4,94±3,85 (5)	0,213*
ÇADÖ-Y Çocuk SAB	8,45±5,98 (8)	7,61±6,25 (7)	0,591*
ÇADÖ-Y Çocuk OKB	5,32±4,02 (6)	4,29±4,02 (3)	0,316*
ÇADÖ-Y Çocuk PB	3,74±4,31 (2)	4,06±5,7 (2)	0,526**
ÇADÖ-Y Çocuk YAB	5,65±4,04 (4)	4,68±4,11 (3)	0,353*
ÇADÖ-Y Çocuk MDB	6,42±5,26 (6)	6,55±7,3 (4)	0,581**
ÇADÖ-Y Çocuk Top.Ank.	27,03±16,81 (24)	25,58±19,23 (24)	0,753*
ÇADÖ-Y Çocuk Top.Ank./Dep.	33,45±20,69 (30)	32,13±24,81 (26)	0,820*
ÇADÖ-Y Ebeveyn AAB	3,68±3,1 (3)	4,84±4,52 (3)	0,243*
ÇADÖ-Y Ebeveyn SAB	7,61±5,55 (7)	8,26±5,81 (7)	0,656*
ÇADÖ-Y Ebeveyn OKB	2,71±1,95 (2)	2,74±3,34 (1)	0,304**
ÇADÖ-Y Ebeveyn PB	2,26±2,32 (2)	2,45±3,46 (1)	0,550**
ÇADÖ-Y Ebeveyn YAB	3,55±2,57 (3)	3,71±3,72 (4)	0,843*
ÇADÖ-Y Ebeveyn MDB	5,42±4,15 (4)	6,19±7,31 (3)	0,534**
ÇADÖ-Y Ebeveyn Top.Ank.	19,81±11,93 (19)	22±17,13 (15)	0,561*
ÇADÖ-Y Ebeveyn Top.Ank/Dep	25,23±15,12 (22)	28,19±22,75 (22)	0,548*
İBK Konuşma	2,32±3,44 (1)	1,97±2,18 (1)	0,879**
İBK Sentaks	3,16±2,21 (3)	2,58±2,22 (2)	0,306*
İBK Semantik	4,45±2,99 (4)	4,32±2,52 (4)	0,855*
İBK Tutarlılık	3,65±2,99 (3)	3,9±3,49 (3)	0,932**
İBK Konuşmanın Uygunluğu	6,19±3,75 (6)	6,26±3,16 (6)	0,942*
İBK Stereotip Dil	4,32±2,89 (4)	3,97±2,79 (3)	0,625*
İBK Bağlamın Kullanımı	4,48±3,9 (4)	3,84±3,19 (3)	0,479*
İBK Sözel Olmayan İletişim	4,26±2,97 (3)	3,97±2,73 (4)	0,690*
İBK Sosyal İlişki	3,77±2,77 (3)	3,16±2,15 (3)	0,344*
İBK İlgiler	5,65±3,33 (5)	5,48±3,67 (6)	0,857*
İBK Yapısal Dil	13,58±9,5 (12)	12,77±7,35 (12)	0,710*
İBK Pragmatik Dil	19,26±11,22 (17)	18,03±9,89 (15)	0,650*
İBK SESP	6,29±6,31 (6)	6,1±8,6 (8)	0,920*
İBK GİP	32,84±19,46 (27)	30,81±15,24 (29)	0,649*
İBK Toplam	42,26±23,96 (34)	39,45±18,43 (37)	0,607*
Conners Karşı Gelme	5,71±3,69 (5)	6,45±4,75 (6)	0,495*
Conners Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik	8,39±4,96 (7)	8,77±5,86 (8)	0,780*
Conners Hiperaktivite	3,81±3,6 (3)	4,74±4,61 (3)	0,377*
Conners DEHB İndeksi	16±8 (17)	16,94±9,81 (18)	0,682*
Conners Toplam	29,97±14,13 (29)	32,74±20,12 (30)	0,532*

*: Bağımsız Örneklem t-testi, **: Mann Whitney U testi, Ort.: Ortalama, S.S.: Standart Sapma, Anlamlılık: $p < 0,05$, ÇADÖ-Y: Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Yenilenmiş Formu, Top.Ank.: Toplam Anksiyete, Top.Ank/Dep.: Toplam Anksiyete/Depresyon, İBK: İletişim Becerileri Kontrol Listesi, GİP: Genel İletişim Puanı, SESP: Sosyal Etkileşim Sapma Puanı

Zeka puanı alt grupları arasında ölçeklere ait puanların hiçbirisi için anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Tablo 14. SZİ Grubunda, Tanı Sayılarının ve Psikiyatrik Bozuklukların Dağılımlarının IQ Alt Grupları ile İlişkisi

		IQ		p
		70-79	80-85	
		n (%)	n (%)	
Tanı Sayısı^a	Tanısı olmayanlar	6 (%19.35)	7 (%22.58)	0.756*
	1 Tanı	6 (%19.35)	4 (%12.9)	
	2 Tanı	12 (%38.71)	10 (%32.26)	
	3 veya daha fazla tanı	7 (%22.58)	10 (%32.26)	
Majör Depresif Bozukluk	Yok	27 (%87.1)	28 (%90.32)	1.000**
	Var	4 (%12.9)	3 (%9.68)	
Özgül Fobi	Yok	23 (%74.19)	22 (%70.97)	0.776*
	Var	8 (%25.81)	9 (%29.03)	
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	Yok	13 (%41.94)	13 (%41.94)	1.000*
	Var	18 (%58.06)	18 (%58.06)	
Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu/Davranım Bozukluğu	Yok	24 (%77.42)	21 (%67.74)	0.393
	Var	7 (%22.58)	10 (%32.26)	
Tik Bozukluğu/Obsesif Kompulsif Bozukluk	Yok	27 (%87.1)	26 (%83.87)	1.000**
	Var	4 (%12.9)	5 (%16.13)	
Anksiyete Bozukluğu	Yok	22 (%70.97)	20 (%64.52)	0.587*
	Var	9 (%29.03)	11 (%35.48)	
Dışa Atım Bozukluğu	Yok	28 (%90.32)	25 (%80.65)	0.473**
	Var	3 (%9.68)	6 (%19.35)	

n: Olgu Sayısı, *: Ki-Kare testi, **: Fisher's Exact test, Anlamlılık: p<0,05

a: tanı sayısını belirlemek için değerlendirilen tanıları (AAB,özgül fobi,SAB,PB,YAB,dışa atım bozukluğu,MDB,tik bozukluğu/OKB,DEHB,KOKGB/DB-toplam 10 tanı)

Zeka puanı alt grupları arasında alınan tanı sayıları açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Zeka puanı alt grupları arasında psikiyatrik bozuklukların hiçbir dağılım açısından anlamlı farklılık göstermemiştir.

Tablo 15. SZİ grubundaki Olguların Aldıkları Tanı Sayıları ile ÇADÖ-Y Çocuk ve ÇADÖ-Y Ebeveyn Puanlarının Karşılaştırılması

	Tanı Sayısına Göre Alt Gruplar				p
	Tanısı olmayanlar (a)	1 Tanı (b)	2 Tanı (c)	3 veya daha fazla tanı (d)	
	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	
ÇADÖ-Y Çocuk AAB	2.69±2.93	3.9±3.11	4.59±2.48	5.76±4.27	0.086*
ÇADÖ-Y Çocuk SAB	3.31±3.75	8.8±5.9	8.27±4.04	10.88±7.88	0.006* p^{ad}=0.003
ÇADÖ-Y Çocuk OKB	2.08±2.43	4.2±2.7	4.77±3.44	7.29±4.97	0.003* p^{ad}=0.002
ÇADÖ-Y Çocuk PB	1±0.91	5.7±8.29	3.64±3	5.41±5.78	0.028** p^{ab}=0.024 p^{ad}=0.016
ÇADÖ-Y Çocuk YAB	2.85±2.73	5.2±5.2	4.82±3.25	7.35±4.34	0.022* p^{ad}=0.012
ÇADÖ-Y Çocuk MDB	2.15±2.48	8.4±8.04	6.86±6.12	8.18±6.41	0.013** p^{ab}=0.017 p^{ac}=0.029 p^{ad}=0.009
ÇADÖ-Y Çocuk Top. Ank.	11.92±10.72	27.8±19.95	26.09±12.8	36.71±20.4	0.001* p^{ad}=0.001
ÇADÖ-Y Çocuk Top. Ank./Dep.	14.08±11.84	36.2±26.59	32.95±16.57	44.88±25.46	0.002* p^{ad}=0.001
ÇADÖ-Y Ebeveyn AAB	2.08±2.29	3.1±3	5.14±4.35	5.47±4.06	0.057*
ÇADÖ-Y Ebeveyn SAB	4.23±2.62	6.2±5.2	8.77±4.79	10.71±6.99	0.008* p^{ad}=0.007
ÇADÖ-Y Ebeveyn OKB	1.46±1.61	2.9±1.97	2.68±2.51	3.65±3.66	0.202**
ÇADÖ-Y Ebeveyn PB	1.08±1.44	3.2±4.34	2.5±2.11	2.65±3.57	0.202**
ÇADÖ-Y Ebeveyn YAB	1.23±1.42	2.6±2.27	3.95±2.87	5.65±3.64	0.001* p^{ac}=0.036 p^{ad}<0.001 p^{bd}=0.041
ÇADÖ-Y Ebeveyn MDB	2.15±2.67	6±6.73	6.09±5.22	8.12±7.06	0.024** p^{ad}=0.006
ÇADÖ-Y-Ebeveyn Top. Ank.	10.08±6.26	18±12.98	23.05±14.05	28.12±16.61	0.005* p^{ac}=0.039 p^{ad}=0.003
ÇADÖ-Y Ebeveyn Top. Ank./Dep.	12.23±7.93	24±18.74	29.14±17.82	36.24±21.6	0.005* p^{ac}=0.040 p^{ad}=0.003

*: Tek yönlü ANOVA, **: Kruskal Wallis-H testi, Ort.: Ortalama, S.S.: Standart Sapma, Anlamlılık: p<0,05, Gruplar Arası anlamlılık pxy: X ve Y grupları arasındaki anlamlılık, ÇADÖ-Y: Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Yenilenmiş Formu, Top. Ank.: Toplam Anksiyete, Top. Ank./Dep.: Toplam Anksiyete/Depresyon.

SZİ grubundaki olguların:

Aldıkları tanı sayıları ile ÇADÖ-Y Çocuk SAB puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,006$). Bu farka sebep olan grupları belirlemek için Post Hoc analiz yapılmıştır. Yapılan Post Hoc analiz sonucunda bu bulgunun, tanısı olmayanlar (3.31 ± 3.75) ile 3 veya daha fazla tanısı olanlar (10.88 ± 7.88) arasındaki farklılıktan kaynaklandığı bulunmuştur ($p^{ad}=0,003$).

Aldıkları tanı sayıları ile ÇADÖ-Y Çocuk OKB puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,003$). Yapılan Post Hoc analiz sonucunda bu bulgunun, tanısı olmayanlar (2.08 ± 2.43) ile 3 veya daha fazla tanısı olanlar (7.29 ± 4.97) arasındaki farklılıktan kaynaklandığı bulunmuştur ($p^{ad}=0,002$).

Aldıkları tanı sayıları ile ÇADÖ-Y Çocuk PB puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,028$). Yapılan Post Hoc analiz sonucunda bu bulgunun, tanısı olmayanlar (1 ± 0.91) ile tek tanısı olanlar (5.7 ± 8.29) ve tanısı olmayanlar (1 ± 0.91) ile 3 veya daha fazla tanısı olanlar (5.41 ± 5.78) arasındaki farklılıktan kaynaklandığı bulunmuştur ($p^{ab}=0,024$; $p^{ad}=0,016$).

Aldıkları tanı sayıları ile ÇADÖ-Y Çocuk YAB puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,022$). Yapılan Post Hoc analiz sonucunda bu bulgunun, tanısı olmayanlar (2.85 ± 2.73) ile 3 veya daha fazla tanısı olanlar (7.35 ± 4.34) arasındaki farklılıktan kaynaklandığı bulunmuştur ($p^{ad}=0,012$).

Aldıkları tanı sayıları ile ÇADÖ-Y Çocuk MDB puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,013$). Yapılan Post Hoc analiz sonucunda bu bulgunun; tanısı olmayanlar (2.15 ± 2.48) ile tek tanısı olanlar (8.4 ± 8.04), tanısı olmayanlar (2.15 ± 2.48) ile 2 tanısı olanlar (6.86 ± 6.12) ve tanısı olmayanlar (2.15 ± 2.48) ile 3 veya daha fazla tanısı olanlar (8.18 ± 6.41) arasındaki farklılıklardan kaynaklandığı bulunmuştur ($p^{ab}=0,017$; $p^{ac}=0,029$; $p^{ad}=0,009$).

Aldıkları tanı sayıları ile ÇADÖ-Y Çocuk Anksiyete puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,001$). Yapılan Post Hoc analiz sonucunda bu bulgunun, tanısı olmayanlar (11.92 ± 10.72) ile 3 veya daha fazla tanısı olanlar (36.71 ± 20.4) arasındaki farklılıktan kaynaklandığı bulunmuştur ($p^{ad}=0,001$).

Aldıkları tanı sayıları ile ÇADÖ-Y Çocuk Toplam Anksiyete/Depresyon puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,002$). Yapılan Post Hoc analiz sonucunda bu bulgunun, tanısı olmayanlar (14.08 ± 11.84) ile 3 veya daha fazla tanısı olanlar (44.88 ± 25.46) arasındaki farklılıktan kaynaklandığı bulunmuştur ($p^{ad}=0,001$).

Aldıkları tanı sayıları ile ÇADÖ-Y Ebeveyn SAB puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,008$). Yapılan Post Hoc analiz sonucunda bu bulgunun, tanısı olmayanlar (4.23 ± 2.62) ile 3 veya daha fazla tanısı olanlar (10.71 ± 6.99) arasındaki farklılıktan kaynaklandığı bulunmuştur ($p^{ad}=0,007$).

Aldıkları tanı sayıları ile ÇADÖ-Y Ebeveyn YAB puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,001$). Yapılan Post Hoc analiz sonucunda bu bulgunun; tanısı olmayanlar (1.23 ± 1.42) ile 2 tanısı olanlar (3.95 ± 2.87), tanısı olmayanlar (1.23 ± 1.42) ile 3 veya daha fazla tanısı olanlar (5.65 ± 3.64) ve tek tanısı olanlar (2.6 ± 2.27) ile 3 veya daha fazla tanısı olanlar (5.65 ± 3.64) arasındaki farklılıklardan kaynaklandığı bulunmuştur ($p^{ac}=0,036$; $p^{ad}<0,001$; $p^{bd}=0,041$).

Aldıkları tanı sayıları ile ÇADÖ-Y Ebeveyn MDB puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,024$). Yapılan Post Hoc analiz sonucunda bu bulgunun, tanısı olmayanlar (2.15 ± 2.67) ile 3 veya daha fazla tanısı olanlar (8.12 ± 7.06) arasındaki farklılıktan kaynaklandığı bulunmuştur ($p^{ad}=0,006$).

Aldıkları tanı sayıları ile ÇADÖ-Y Ebeveyn Toplam Anksiyete puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,005$). Yapılan Post Hoc analiz sonucunda bu bulgunun; tanısı olmayanlar (10.08 ± 6.26) ile 2 tanısı olanlar (23.05 ± 14.05) ve tanısı olmayanlar (10.08 ± 6.26) ile 3 veya daha fazla tanısı olanlar (28.12 ± 16.61) arasındaki farklılıklardan kaynaklandığı bulunmuştur ($p^{ac}=0,039$; $p^{ad}=0,003$).

Aldıkları tanı sayıları ile ÇADÖ-Y Ebeveyn Toplam Anksiyete/Depresyon puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,005$). Yapılan Post Hoc analiz sonucunda bu bulgunun; tanısı olmayanlar (12.23 ± 7.93) ile 2 tanısı olanlar (29.14 ± 17.82) ve tanısı olmayanlar (12.23 ± 7.93) ile 3 veya daha fazla tanısı olanlar (36.24 ± 21.6) arasındaki farklılıklardan kaynaklandığı bulunmuştur ($p^{ac}=0,040$; $p^{ad}=0,003$).

Tablo 16. SZİ Grubundaki Olguların Aldıkları Tanı Sayıları ile İletişim Becerileri Kontrol Listesi-2 Ölçeğine Ait Puanların Karşılaştırılması

	Tanı Sayısına Göre Alt Gruplar				p
	Tanısı olmayanlar (a)	1 Tanı (b)	2 Tanı (c)	3 veya daha fazla tanı (d)	
	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	
İBK Konuşma	2.31±2.59	2.8±4.71	1.82±2.52	2.06±2.22	0.840**
İBK Sentaks	3.31±2.29	2.9±2.42	2.5±1.92	3±2.5	0.766*
İBK Semantik	3.92±2.36	3.9±2.38	4.91±2.09	4.35±3.86	0.695*
İBK Tutarlılık	2.62±1.19	4.7±3.68	3.18±2.44	4.88±4.44	0.365**
İBK Konuşmanın Uygunluğu	4.77±2.8	5.5±5.21	6.32±2.63	7.65±3.26	0.125*
İBK Stereotip Dil	2.77±1.64	3.5±3.03	4.55±2.72	5.06±3.25	0.117*
İBK Bağlamın Kullanımı	2.15±2.08	5.4±3.92	4.14±2.92	5±4.47	0.093*
İBK Sözel Olmayan İletişim	3.62±2.14	4.6±3.84	3.77±2.29	4.65±3.33	0.665*
İBK Sosyal İlişki	2.92±1.75	3.3±2.58	3.91±2.51	3.41±2.92	0.719*
İBK İlgiler	4.08±2.78	5.3±4.42	5.27±3.4	7.24±3.03	0.085*
İBK Yapısal Dil	12.15±6.19	14.3±9.78	12.41±6.99	14.29±10.98	0.845*
İBK Pragmatik Dil	13.31±7.64	19±14.82	18.77±8.33	22.35±11.17	0.138*
İBK SESP	25.46±11.48	33.3±23.72	31.18±13.78	36.65±20.63	0.375*
İBK GİP	3.23±7.95	4.4±7.89	6.86±7.28	8.65±6.72	0.203*
İBK Toplam	32.46±14.32	41.9±29.72	40.36±17.21	47.29±24.07	0.310*

*: Tek yönlü ANOVA, **: Kruskal Wallis-H testi, Ort.: Ortalama, S.S.: Standart Sapma, Anlamlılık: $p < 0,05$, Gruplar Arası anlamlılık p^{xy} : X ve Y grupları arasındaki anlamlılık, İBK: İletişim Becerileri Kontrol Listesi, GİP: Genel İletişim Puanı, SESP: Sosyal Etkileşim Sapma Puanı

Tablo 17. SZİ Grubundaki Olguların Aldıkları Tanı Sayıları ile Conners Anababa Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa Formuna Ait Puanların Karşılaştırılması

	Tanı Sayısına Göre Alt Gruplar				p
	Tanısı olmayanlar (a)	1 Tanı (b)	2 Tanı (c)	3 veya daha fazla tanı (d)	
	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	
Karşı Gelme	2.62±2.18	5.9±3.45	6.55±4.31	8.24±4.32	0.002* $p^{ac}=0.024$ $p^{ad}=0.001$
Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik	3.38±3.31	7.7±5.29	9.91±5.18	11.35±4.31	<0.001* $p^{ac}=0.001$ $p^{ad}<0.001$
Hiperaktivite	1.31±1.32	3.2±4.8	4.82±4.02	6.47±4.02	0.004* $p^{ac}=0.048$ $p^{ad}=0.003$
DEHB İndeksi	6.38±5.56	16±8.22	17.5±8.09	23.12±4.78	<0.001* $p^{ab}=0.008$ $p^{ac}<0.001$ $p^{ad}<0.001$
Conners Toplam	12.62±9.67	28.9±17.03	34.23±15.89	43.41±11.04	<0.001* $p^{ab}=0.033$ $p^{ac}<0.001$ $p^{ad}<0.001$

*: Tek yönlü ANOVA, Ort.: Ortalama, S.S.: Standart Sapma, Anlamlılık: $p < 0,05$, Gruplar Arası anlamlılık p^{xy} : X ve Y grupları arasındaki anlamlılık

Aldıkları tanı sayıları ile Karşı Gelme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,002$). Yapılan Post Hoc analiz sonucunda bu bulgunun, tanısı olmayanlar (2.62 ± 2.18) ile 2 tanısı olanlar (6.55 ± 4.31) ve tanısı olmayanlar (2.62 ± 2.18) ile 3 veya daha fazla tanısı olanlar (8.24 ± 4.32) arasındaki farklılıklardan kaynaklandığı bulunmuştur ($p^{ac}=0,024$; $p^{ad}=0,001$).

Aldıkları tanı sayıları ile bilişsel problemler/dikkatsizlik puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0,001$). Yapılan Post Hoc analiz sonucunda bu bulgunun, tanısı olmayanlar (3.38 ± 3.31) ile 2 tanısı olanlar (9.91 ± 5.18) ve tanısı olmayanlar (3.38 ± 3.31) ile 3 veya daha fazla tanısı olanlar (11.35 ± 4.31) arasındaki farklılıklardan kaynaklandığı bulunmuştur ($p^{ac}<0,001$; $p^{ad}<0,001$).

Aldıkları tanı sayıları ile Hiperaktivite puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,004$). Yapılan Post Hoc analiz sonucunda bu bulgunun; tanısı olmayanlar (1.31 ± 1.32) ile 2 tanısı olanlar (4.82 ± 4.02), tanısı olmayanlar (1.31 ± 1.32) ile 3 veya daha fazla tanısı olanlar (6.47 ± 4.02) arasındaki farklılıklardan kaynaklandığı bulunmuştur ($p^{ac}=0,048$; $p^{ad}=0,003$).

Aldıkları tanı sayıları ile DEHB İndeksi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0,001$). Yapılan Post Hoc analiz sonucunda bu bulgunun; tanısı olmayanlar (6.38 ± 5.56) ile tek tanısı olanlar (16 ± 8.22), tanısı olmayanlar (6.38 ± 5.56) ile 2 tanısı olanlar (17.5 ± 8.09) ve tanısı olmayanlar (6.38 ± 5.56) ile 3 veya daha fazla tanısı olanlar (23.12 ± 4.78) arasındaki farklılıklardan kaynaklandığı bulunmuştur ($p^{ab}=0,008$; $p^{ac}<0,001$; $p^{ad}<0,001$).

Aldıkları tanı sayıları ile Conners toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0,001$). Yapılan Post Hoc analiz sonucunda bu bulgunun; tanısı olmayanlar (12.62 ± 9.67) ile tek tanısı olanlar (28.9 ± 17.03), tanısı olmayanlar (12.62 ± 9.67) ile 2 tanısı olanlar (34.23 ± 15.89) ve tanısı olmayanlar (12.62 ± 9.67) ile 3 veya daha fazla tanısı olanlar (43.41 ± 11.04) arasındaki farklılıklardan kaynaklandığı bulunmuştur ($p^{ab}=0,033$; $p^{ac}<0,001$; $p^{ad}<0,001$).

Tablo 18. Kontrol Grubundaki Olguların Aldıkları Tanı Sayıları ile ÇADÖ-Y Çocuk ve ÇADÖ-Y Ebeveyn Puanlarının Karşılaştırılması

	Tanı Sayısına Göre Alt Gruplar				p
	Tanısı olmayanlar(a)	1 Tanı (b)	2 Tanı (c)	3 veya daha fazla tanı (d)	
	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	
ÇADÖ-Y Çocuk AAB	4.2±3.27	4.73±3.9	6.27±4.96	4.4±4.03	0.496*
ÇADÖ-Y Çocuk SAB	7.8±5.36	10.73±6.65	13±4.92	10.8±6.55	0.064*
ÇADÖ-Y Çocuk OKB	5.2±3.36	4.36±3.93	5.82±3.03	5.9±2.56	0.681*
ÇADÖ-Y Çocuk PB	3.47±3.6	5.36±6.2	4.09±3.02	6.5±6.79	0.477**
ÇADÖ-Y Çocuk YAB	6.73±3.85	6.36±3.41	7±1.79	7.1±3.78	0.962*
ÇADÖ-Y Çocuk MDB	6.2±3.61	6.09±6.19	9.91±4.32	8±6.75	0.141**
ÇADÖ-Y Çocuk Top.Ank.	27.4±15.17	31.55±20.4	36.18±9.24	34.7±20.35	0.385*
ÇADÖ-Y Çocuk Top.Ank./Dep.	33.6±18.17	37.64±25.01	46.09±10.2	42.7±26.49	0.293*
ÇADÖ-Y Ebeveyn AAB	3.77±2.96	4±3.63	6.27±4.5	3.3±3.2	0.168*
ÇADÖ-Y Ebeveyn SAB	7.53±4.51	7.09±4.21	11.45±5.79	6.3±3.74	0.052*
ÇADÖ-Y Ebeveyn OKB	3.07±2.27	2.91±2.88	3.91±3.21	2.5±2.07	0.686**
ÇADÖ-Y Ebeveyn PD	2.07±2.75	2.36±2.5	3.36±2.54	2.9±3.48	0.277**
ÇADÖ-Y Ebeveyn YAB	3.97±2.59	3.82±3.49	6±2.79	3.8±2.7	0.180*
ÇADÖ-Y Ebeveyn MDB	3.9±3.06	3.73±4.13	8.64±4.23	7.5±6.04	0.005** p^{ac}=0.008 p^{bc}=0.030
ÇADÖ-Y Ebeveyn Top.Ank.	20.4±10.44	20.18±13.75	31±14.27	18.8±12.43	0.066*
ÇADÖ-Y Ebeveyn Top.Ank/Dep	24.3±12.92	23.91±16.05	39.64±16.16	26.3±16.63	0.029* p^{ac}=0.022

*: Tek yönlü ANOVA, **: Kruskal Wallis-H testi, Ort.: Ortalama, S.S.: Standart Sapma, Anlamlılık: p<0,05, Gruplar Arası anlamlılık pxy: X ve Y grupları arasındaki anlamlılık, ÇADÖ-Y: Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Yenilenmiş Formu, Top.Ank.: Toplam Anksiyete, Top.Ank/Dep.: Toplam Anksiyete/Depresyon.

Kontrol grubundaki olguların aldıkları tanı sayıları ile ÇADÖ-Y Ebeveyn MDB puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (p=0,005). Yapılan Post Hoc analiz sonucunda bu bulgunun, tanısı olmayanlar (3.9±3.06) ile 2 tanısı olanlar (8.64±4.23) ve tek tanısı olanlar (3.73±4.13) ile 2 tanısı olanlar (8.64±4.23) arasındaki farklılıklardan kaynaklandığı bulunmuştur (p^{ac}=0,008; p^{bc}=0,030).

Kontrol grubundaki olguların aldıkları tanı sayıları ile ÇADÖ-Y Ebeveyn Toplam Anksiyete/Depresyon puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,029$). Yapılan Post Hoc analiz sonucunda bu bulgunun, tanısı olmayanlar (24.3 ± 12.92) ile 2 tanısı olanlar (39.64 ± 16.16) arasındaki farklılıktan kaynaklandığı bulunmuştur ($p^{ac}=0,022$).

Tablo 19. Kontrol Grubundaki Olguların Aldıkları Tanı Sayıları ile İletişim Becerileri Kontrol Listesi-2 Ölçeğine Ait Puanların Karşılaştırılması

	Tanı Sayısına Göre Alt Gruplar				p
	Tanısı olmayanlar(a)	1 Tanı (b)	2 Tanı (c)	3 veya daha fazla tanı (d)	
	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	
İBK Konuşma	1.2±1.35	1.27±1.62	1.91±1.7	2.2±2.25	0.359**
İBK Sentaks	2.6±1.9	3.18±2.23	2.91±2.07	2.6±1.96	0.848*
İBK Semantik	3.17±2.02	3.73±2.37	3.73±2.41	4.4±3.31	0.545*
İBK Tutarlılık	2.7±2.15	2.36±1.96	3.73±3.38	3.9±2.33	0.293**
İBK Konuşmanın Uygunluğu	5.13±2.6	3.73±1.42	5.64±2.34	7.4±3.44	0.015* p^{bd}=0.009
İBK Stereotip Dil	3.9±2.16	3.36±1.86	3.91±2.12	3.8±2.2	0.903*
İBK Bağlamın Kullanımı	2.23±1.92	2.45±2.07	3.55±2.7	2.7±1.89	0.367*
İBK Sözel Olmayan İletişim	2.8±1.97	2.55±1.86	3.73±2.72	4.7±3.71	0.130*
İBK Sosyal İlişki	2.57±2.18	2.27±1.27	4.09±2.98	3.1±3	0.249*
İBK İlgiler	5.67±3.35	4.27±1.79	5.73±2.15	7.8±3.58	0.071*
İBK Yapısal Dil	9.67±5.74	10.55±7.42	12.27±8.74	13.1±8.49	0.517*
İBK Pragmatik Dil	14.07±6.43	12.09±5.54	16.82±7.49	18.6±9.82	0.144*
İBK SESP	6.5±7.39	2.27±6.45	6.91±6.74	9.9±7.96	0.124*
İBK GİP	23.73±10.78	22.64±11.1	29.09±15.32	31.7±17.29	0.248*
İBK Toplam	31.97±14.37	29.18±13.13	38.91±18.97	42.6±23.01	0.187*

*: Tek yönlü ANOVA, **: Kruskal Wallis-H testi, Ort.: Ortalama, S.S.: Standart Sapma, Anlamlılık: $p<0,05$, Gruplar Arası anlamlılık p^{xy} : X ve Y grupları arasındaki anlamlılık, İBK: İletişim Becerileri Kontrol Listesi, GİP: Genel İletişim Puanı, SESP: Sosyal Etkileşim Sapma Puanı

Kontrol grubundaki olguların aldıkları tanı sayıları ile İBK Konuşmanın Uygunluğu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,015$). Yapılan Post Hoc analiz sonucunda bu bulgunun, tek tanısı olanlar (3.73 ± 1.42) ile 3 veya daha fazla tanısı olanlar (7.4 ± 3.44) arasındaki farklılıktan kaynaklandığı bulunmuştur ($p^{bd}=0,009$).

Tablo 20. Kontrol Grubundaki Olguların Aldıkları Tanı Sayıları ile Conners Anababa Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa Formuna Ait Puanların Karşılaştırılması

	Tanı Sayısına Göre Alt Gruplar				p
	Tanısı olmayanlar(a)	1 Tanı (b)	2 Tanı (c)	3 veya daha fazla tanı (d)	
	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	
Karşı Gelme	3.23±2.39	4.09±2.26	9±4.94	7.8±5.07	<0.001* p ^{ac} <0.001 p ^{ad} =0.003 p ^{bc} =0.008
Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik	2.4±2.14	3±3.03	8.82±5.08	4.9±5.02	<0.001* p ^{ac} <0.001 p ^{bc} =0.001
Hiperaktivite	1.5±1.94	1.64±2.2	5.18±4.69	3.7±3.23	0.002* p ^{ac} =0.003 p ^{bc} =0.025
DEHB İndeksi	6.67±4.9	6.73±4.29	17.82±7.82	12.7±5.54	<0.001* p ^{ac} <0.001 p ^{ad} =0.021 p ^{bc} <0.001
Conners Toplam	12.77±8.09	14.09±9.35	36.64±17.35	26.2±12.77	<0.001* p ^{ac} <0.001 p ^{ad} =0.009 p ^{bc} <0.001

*: Tek yönlü ANOVA, Ort.: Ortalama, S.S.: Standart Sapma, Anlamlılık: p<0,05, Gruplar Arası anlamlılık p^{xy}: X ve Y grupları arasındaki anlamlılık

Kontrol grubundaki olguların:

Aldıkları tanı sayıları ile Karşı Gelme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (p<0,001). Yapılan Post Hoc analiz sonucunda bu bulgunun; tanısı olmayanlar (3.23±2.39) ile 2 tanısı olanlar (9±4.94), tanısı olmayanlar (3.23±2.39) ile 3 veya daha fazla tanısı olanlar (7.8±5.07) ve tek tanısı olanlar (4.09±2.26) ile 2 tanısı olanlar (9±4.94) arasındaki farklılıklardan kaynaklandığı bulunmuştur (p^{ac}<0,001; p^{ad}=0,003; p^{bc}=0,008).

Aldıkları tanı sayıları ile Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (p<0,001). Yapılan Post Hoc analiz sonucunda bu bulgunun, tanısı olmayanlar (2.4±2.14) ile 2 tanısı olanlar (8.82±5.08) ve tek tanısı olanlar (3±3.03) ile 2 tanısı olanlar (8.82±5.08) arasındaki farklılıklardan kaynaklandığı bulunmuştur (p^{ac}<0,001; p^{bc}=0,001).

Aldıkları tanı sayıları ile Hiperaktivite puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (p=0,002). Yapılan Post Hoc analiz sonucunda bu bulgunun, tanısı olmayanlar (1.5±1.94) ile 2 tanısı olanlar (5.18±4.69) ve tek tanısı olanlar (1.64±2.2) ile 2 tanısı olanlar (5.18±4.69) arasındaki farklılıklardan kaynaklandığı bulunmuştur (p^{ac}=0,003; p^{bc}=0,025).

Aldıkları tanı sayıları ile DEHB İndeksi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0,001$). Yapılan Post Hoc analiz sonucunda bu bulgunun; tanısı olmayanlar (6.67 ± 4.9) ile 2 tanısı olanlar (17.82 ± 7.82), tanısı olmayanlar (6.67 ± 4.9) ile 3 veya daha fazla tanısı olanlar (12.7 ± 5.54) ve tek tanısı olanlar (6.73 ± 4.29) ile 2 tanısı olanlar (17.82 ± 7.82) arasındaki farklılıklardan kaynaklandığı bulunmuştur ($p^{ac}<0,001$; $p^{ad}=0,021$; $p^{bc}<0,001$).

Aldıkları tanı sayıları ile Connors toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0,001$). Yapılan Post Hoc analiz sonucunda bu bulgunun; tanısı olmayanlar (12.77 ± 8.09) ile 2 tanısı olanlar (36.64 ± 17.35), tanısı olmayanlar (12.77 ± 8.09) ile 3 veya daha fazla tanısı olanlar (26.2 ± 12.77) ve tek tanısı olanlar (14.09 ± 9.35) ile 2 tanısı olanlar (36.64 ± 17.35) arasındaki farklılıklardan kaynaklandığı bulunmuştur ($p^{ac}<0,001$; $p^{ad}=0,009$; $p^{bc}<0,001$).

Tablo 21. Toplam Ölçek Puanlarının SZİ Grubu ve Kontrol Grubunda Zorbalığa Uğrama ve Zorbalık Uygulama Yönünden Karşılaştırılması

Tablo 21.1		ÇADÖ-Y Çocuk Toplam			
		SZİ Grubu		Kontrol Grubu	
		Ort.±S.S.	p	Ort.±S.S.	p
Zorbalığa Uğrama	Hayır	28,52±22,21	0,019*	34,9±19,03	0,023*
	Evet	43,22±20,83		48,64±20,82	
Zorbalık Uygulama	Hayır	30,57±22,45	0,175*	37,76±20,59	0,684*
	Evet	39,73±22,67		42,67±5,13	

Tablo 21.3		Toplam Connors			
		SZİ Grubu		Kontrol Grubu	
		Ort.±S.S.	p	Ort.±S.S.	p
Zorbalığa Uğrama	Hayır	27,68±16,5	0,008*	18,58±13,8	0,410*
	Evet	40,33±16,0		22,21±16,2	
Zorbalık Uygulama	Hayır	28,6±16,7	0,025*	18,17±13	0,002*
	Evet	40±16,7		43,67±21	

Tablo 21.2		ÇADÖ-Y Ebeveyn Toplam			
		SZİ Grubu		Kontrol Grubu	
		Ort.±S.S.	p	Ort.±S.S.	p
Zorbalığa Uğrama	Hayır	22,68±17,7	0,009*	23,85±14,14	0,001*
	Evet	36,56±19,69		39±14,47	
Zorbalık Uygulama	Hayır	25,11±20,17	0,248*	26,75±15,67	0,236*
	Evet	31,73±15,36		37,67±3,79	

Tablo 21.4		Toplam İBK			
		SZİ Grubu		Kontrol Grubu	
		Ort.±S.S.	p	Ort.±S.S.	p
Zorbalığa Uğrama	Hayır	37,77±18,12	0,133*	34,44±18,28	0,988*
	Evet	48,39±26,54		34,36±11,57	
Zorbalığa Uğrama Sıklığı	Bir veya iki kez (a)	43,77±21,72	0,038** $p^{ac}=0,014$ $p^{bc}=0,025$	28±7,8	0,075**
	Bir ayda 2 ya da 3 kez (b)	39,67±29,4		39±15,56	
	Haftada birkaç kez (c)	91,5±19,09		44±11,53	
	Her gün (d)	36,91±20,61		34,36±17,22	
Zorbalık Uygulama	Hayır	36,91±20,61	0,009*	34,36±17,22	0,897*
	Evet	53,2±18,86		35,67±10,79	

*: Bağımsız Örneklem t-testi, **: Tek yönlü ANOVA, Ort.: Ortalama, S.S.: Standart Sapma, Anlamlılık: $p<0,05$, Gruplar Arası anlamlılık p^{xy} : X ve Y grupları arasındaki anlamlılık, ÇADÖ-Y: Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Yenilenmiş Formu, İBK: İletişim Becerileri Kontrol Listesi

Anlamlı Fark Bulunan Sonuçların Analizi

ÇADÖ-Y-Çocuk Toplam Anksiyete/Depresyon Puanları

SZİ grubu için;

Akran zorbalığına uğramayanlar ($28,52\pm22,21$) ile uğrayanların ($43,22\pm20,83$) ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,019$).

Kontrol grubu için;

Akran zorbalığına uğramayanlar ($34,9 \pm 19,03$) ile uğrayanların ($48,64 \pm 20,82$) ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,023$).

ÇADÖ-Y Ebeveyn Toplam Anksiyete/Depresyon Puanları

SZİ grubu için;

Akran zorbalığına uğramayanlar ($22,68 \pm 17,7$) ile uğrayanların ($36,56 \pm 19,69$) ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,009$).

Kontrol grubu için;

Akran Zorbalığına uğramayanlar ($23,85 \pm 14,14$) ile uğrayanların ($39 \pm 14,47$) ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,001$).

Conners toplam puanları

SZİ grubu için;

Akran zorbalığına uğramayanlar ($27,68 \pm 16,59$) ile uğrayanların ($40,33 \pm 16,07$) Conners toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,008$).

Akranlarına zorbalık uygulamayanlar ($28,6 \pm 16,71$) ile uygulayanların ($40 \pm 16,78$) Conners toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,025$).

Kontrol grubu için;

Akranlarına zorbalık uygulamayanlar ($18,17 \pm 13,04$) ile uygulayanların ($43,67 \pm 21,08$) Conners toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,002$).

İBK Toplam Puanları

SZİ grubu için;

Akran zorbalığına uğrama sıklığına göre İBK toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,038$). Yapılan Post Hoc analiz sonucunda bu bulgunun,

haftada bir veya iki kez (43.77 ± 21.72) ile haftada birkaç kez (91.5 ± 19.09) ve bir ayda iki ya da üç kez (39.67 ± 29.4) ile haftada birkaç kez (91.5 ± 19.09) zorbalığa uğrayan gruplar arasındaki farklılıklardan kaynaklandığı bulunmuştur ($p^{ac}=0,014$; $p^{bc}=0,025$).

Akranlarına zorbalık uygulamayanlar (36.91 ± 20.61) ile uygulayanların (53.2 ± 18.86) İBK toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,009$).

Tablo 22. Aile Yapısı ve Ebeveynlere Ait Özelliklerin SZİ Grubu ve Kontrol Grubu için Toplam Ölçek Puanlarıyla Karşılaştırılması

Tablo 22.1		ÇADÖ-Y Çocuk Toplam			
		SZİ Grubu		Kontrol Grubu	
		Ort.±S.S	p	Ort.±S.S.	p
Aile Yapısı	Çekirdek Aile (a)	28,38±20,12	0,011** $p^{ac}=0,010$	37,7±20,7	0,487**
	Geniş Aile (b)	40,86±25,46		45,75±14,86	
	Anneyle yaşıyor (c)	60,8±27,04		37±1,41	
	Babayla yaşıyor (d)	-		20±18,38	
	Diğer (e)	40,5±7,78		-	
Babanın Alkol Kullanımı	Yok	30,08±21,66	0,021*	37,37±19,77	0,616*
	Var	48,78±23,04		40,82±23,65	

Tablo 22.2		ÇADÖ-Y Ebeveyn Toplam			
		SZİ Grubu		Kontrol Grubu	
		Ort.±S.S.	p	Ort.±S.S.	p
Aile Yapısı	Çekirdek Aile (a)	23,35±15,4	0,001** $p^{ac}=0,001$ $p^{bc}=0,042$	26,49±15,26	0,259**
	Geniş Aile (b)	29,57±20,22		31±17,42	
	Anneyle yaşıyor (c)	57±30,31		43±15,56	
	Babayla yaşıyor (d)	-		15±8,49	
	Okuyazar Değil (a)	45,5±17,68		-	
Annenin Eğitim Düzeyi	İlkokul (b)	16,85±11,62	0,034** $p^{ac}=0,045$	27,57±13,59	0,626**
	Ortaokul (c)	25,62±16,58		25,6±18,62	
	Lise (d)	36,5±24,9		31,57±17,22	
	Yok	24,47±17,95		25,27±14,72	
Babada Tıbbi Hastalık	Yok	24,47±17,95	0,025*	25,27±14,72	0,123*
	Var	39,89±22,19		32,13±15,82	

Tablo 22.3		Connors Toplam			
		SZİ Grubu		Kontrol Grubu	
		Ort.±S.S.	p	Ort.±S.S.	p
Aile Yapısı	Çekirdek Aile (a)	29,79±16,87	0,021** $p^{ac}=0,025$ $p^{bc}=0,045$	18,83±13,41	0,576**
	Geniş Aile (b)	31,71±11,77		28,5±27,74	
	Anneyle yaşıyor (c)	52,2±17,7		23±18,38	
	Babayla yaşıyor (d)	-		9,5±0,71	
	Diğer (e)	15,5±2,12		-	
Annenin Eğitim Düzeyi	Okuyazar Değil (a)	53±19,8	0,048** $p^{ab}=0,023$ $p^{ac}=0,036$ $p^{bc}=0,045$	-	0,387**
	İlkokul (b)	23,92±18,23		14,14±10,96	
	Ortaokul (c)	26,95±17,64		9,8±9,68	
	Lise (d)	35,5±12,86		22,67±16,09	
	Yüksekokul (e)	49,5±20,51		19±14,97	
	Üniversite (f)	37,17±15,46		18,14±14,44	
	Yüksek Lisans/Doktora (g)	-		24,71±12,62	
Annede Tıbbi Hastalık	Yok	30,39±16,74	0,462*	17±12,51	0,006*
	Var	34,13±19,13		29,42±17,69	
Annede Psikiyatrik Bozukluk	Yok	31,06±17,44	0,727*	18,11±12,81	0,029*
	Var	33,38±17,36		31,5±22,88	
Babada Tıbbi Hastalık	Yok	29,58±16,64	0,050*	18,61±15,82	0,389*
	Var	41,78±18,44		22,31±10,35	
Babada Psikiyatrik Bozukluk	Yok	29,84±15,95	0,034*	19,7±14,89	0,887*
	Var	45,5±24,29		18,86±12,92	
Babanın Alkol Kullanımı	Yok	29,55±16,48	0,045*	19,76±13,74	0,864*
	Var	42±19,19		18,91±18,63	
Babanın Alkol Kullanma Sıklığı	Haftada 1-2 gün	29,4±13,46	0,012*	22,67±18,6	0,166*
	Haftada 5-7 gün	62±10,44		2±1,41	

Tablo 22.4		İBK Toplam			
		SZİ Grubu		Kontrol Grubu	
		Ort.±S.S.	p	Ort.±S.S.	p
Babanın Alkol Kullanma Sıklığı	Haftada 1-2 gün	36±6.96	0.030*	39.56±18.32	0.214*
	Haftada 3-4 gün	-		-	
	Haftada 5-7 gün	60±17.52		21.5±2.12	

*: Bağımsız Örneklem t-testi, **: Tek yönlü ANOVA, Ort.: Ortalama, S.S.: Standart Sapma, Anlamlılık: $p < 0,05$, Gruplar Arası anlamlılık p^{xy} : X ve Y grupları arasındaki anlamlılık, ÇADÖ-Y: Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Yenilenmiş Formu, İBK: İletişim Becerileri Kontrol Listesi

Anlamlı Fark Bulunan Sonuçların Analizi

ÇADÖ-Y-Çocuk Toplam Anksiyete/Depresyon Puanları

SZİ grubu için;

Aile yapısına göre ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,011$). Yapılan Post Hoc analizler sonucunda bu bulgunun, çekirdek aile ($28,38 \pm 20,12$) ile annesiyle yaşayanlar ($60,8 \pm 27,04$) arasındaki farklılıktan kaynaklandığı bulunmuştur ($p^{ac}=0,010$).

Babası alkol kullanmayanlar ($30,08 \pm 21,66$) ile kullananların ($48,78 \pm 23,04$) ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,021$).

ÇADÖ-Y Ebeveyn Toplam Anksiyete/Depresyon Puanları

SZİ Grubu İçin

Aile yapısına göre ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,001$). Yapılan Post Hoc analizler sonucunda bu bulgunun çekirdek aile ($23,35 \pm 15,4$) ile annesiyle yaşayanlar ($57 \pm 30,31$) ve geniş aile ($29,57 \pm 20,22$) ile annesiyle yaşayanlar ($57 \pm 30,31$) arasındaki farklılıklardan kaynaklandığı bulunmuştur ($p^{ac}=0,001$; $p^{bc}=0,042$).

Annenin eğitim durumuna göre ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,029$). Yapılan Post Hoc analizler sonucunda bu bulgunun, annenin ilköğretim ($16,85 \pm 11,62$) ile lise ($36,5 \pm 24,9$) mezunu olması arasındaki farklılıktan kaynaklandığı bulunmuştur ($p^{bd}=0,045$).

Babasında tıbbi hastalık olmayanlar ($24,47 \pm 17,95$) ile olanların ($39,89 \pm 22,19$) ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,025$).

Conners Toplam Puanları

SZİ Grubu İçin:

Aile yapısına göre Conners toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,021$). Yapılan Post Hoc analizler sonucunda bu bulgunun, ‘çekirdek aile’ ($29,79 \pm 16,87$) ile ‘anneyle yaşıyor’ ($29,79 \pm 16,87$) ve ‘anneyle yaşıyor’ ($29,79 \pm 16,87$) ile ‘diğer’ ($15,5 \pm 2,12$) grupları arasındaki farklılıklardan kaynaklandığı bulunmuştur ($p^{ac}=0,025$; $p^{ce}=0,045$).

Anne eğitim düzeyine göre Conners toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,048$). Yapılan Post Hoc analizler sonucunda bu bulgunun; annenin okuryazar olmaması ($53 \pm 19,8$) ile ilkokul mezunu olması ($23,92 \pm 18,23$), okuryazar olmaması ($53 \pm 19,8$) ile ortaokul mezunu olması ($26,95 \pm 17,64$) ve ilkokul ($23,92 \pm 18,23$) ile yüksekokul ($49,5 \pm 20,51$) mezunu olması arasındaki farklılıklardan kaynaklandığı bulunmuştur ($p^{ab}=0,023$; $p^{ac}=0,036$; $p^{be}=0,045$).

Babasında tıbbi hastalık olmayanlar ($29,58 \pm 16,64$) ile olanların ($41,78 \pm 18,44$) Conners toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,050$).

Babasında psikiyatrik bozukluk olmayanlar ($29,84 \pm 15,95$) ile olanların ($45,5 \pm 24,29$) Conners toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,034$).

Babasının alkol kullanmayanlar ($29,55 \pm 16,48$) ile kullananlar ($42 \pm 19,19$) arasında Conners toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,045$).

Alkol kullanım sıklığına göre babaları haftada 1-2 gün alkol kullananlar ($29,4 \pm 13,46$) ile haftada 5-7 gün alkol kullananların ($62 \pm 10,44$) Conners toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,012$).

Kontrol grubu için;

Annesinde tıbbi hastalık olmayanlar ($17 \pm 12,51$) ile olanların ($29,42 \pm 17,69$) Conners toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,006$).

Annesinde psikiyatrik bozukluk olmayanlar ($18,11 \pm 12,81$) ile olanların ($31,5 \pm 22,88$) Conners toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,029$).

İBK Toplam Puanları

SZİ grubu için;

Babası alkol kullananların kullanım sıklığına göre, haftada 1-2 gün kullanım ($36 \pm 6,96$) ile 5-7 gün kullanım ($60 \pm 17,52$) arasında çocuklardaki İBK toplam puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,030$).

Tablo 23. Zorbalığa Uğrama ile Zorbalık Uygulama Arasındaki İlişki (SZİ grubu)

		Zorbalığa Uğrama		
		Hayır	Evet	p
		n (%)	n (%)	
Zorbalık Uygulama	Hayır	37 (%84.09)	10 (%55.55)	0,017*
	Evet	7 (%15.91)	8 (%44.45)	

n: Olgu Sayısı, *: Fisher's Exact test, Anlamlılık: $p < 0,05$

Akran zorbalığına uğramayanların %15,91'i (n:7) zorbalık uygulamışken zorbalığa uğrayanların %44,45'i (n:8) zorbalık uygulamıştır ($p=0,017$).

Tablo 24. Zorbalığa Uğrama ile Zorbalık Uygulama Arasındaki İlişki (Kontrol Grubu)

		Zorbalığa Uğrama		
		Hayır	Evet	p
		n (%)	n (%)	
Zorbalık Uygulama	Hayır	48 (%100,00)	11 (%78,57)	0,010*
	Evet	0 (%0,00)	3 (%21,43)	

n: Olgu Sayısı, *: Fisher's Exact test, Anlamlılık: $p < 0,05$

Akran zorbalığına uğramayanların hiçbiri (n:0) zorbalık uygulamamışken zorbalığa maruz kalanların %21,43'ü (n:3) zorbalık uygulamıştır. (**$p=0,010$**).

7. TARTIŞMA

Çalışmamızda polikliniğimize başvuran çocuk ve ergenler arasında, yapılan zeka testinde Sınırdaki Zihinsel İşlevsellik gösterdiği saptanan çocukların mevcut psikiyatrik tanıları, bu bozukluklara ait semptomları ve sosyal iletişim becerilerini normal zekaya sahip kontrol grubu ile karşılaştırmak amaçlanmıştır. Ek olarak belirtilen özellikler SZİ'nin iki alt grubu arasında da incelenmiştir.

7.1. Sosyodemografik Bulguların Tartışılması

Çalışmamızdaki SZİ çocuk ve ergenlerin %53'ü erkek, %47'si kız olup; erkek/kız oranı: 1,14 olarak saptanmıştır. ABD'de yapılan bir doğum kohortu çalışmasında kızlarda ağır düzeyde zihinsel yetersizliğin kümülatif insidansının erkeklerdekinin iki katından fazla olduğu bulunmuştur. Bu oran HZY olgular için erkek/kız oranı 1.7/1 olacak şekilde ters yönde bulunmuştur (98). Literatür incelendiğinde SZİ ile ilgili yapılan çalışmalarda erkek/kız oranlarının 0,66 ila 4 gibi değişken aralıklarda olduğu ancak çalışmaların büyük kısmında SZİ yaygınlığının erkek olgularda nispeten daha yüksek olduğu görülmektedir (2, 99).

Çalışmamızda 8-16 yaş aralığındaki çocuk ve ergenlerden oluşan SZİ grubunda tanı anındaki yaş ortalaması 10.8 (± 2.17) olarak bulunmuştur. Hindistan'da 8-17 yaşlar arası klinik örnekleme yapılan bir çalışmada SZİ olguların yaş ortalaması tanı anında 11,9 (± 2.3) olarak bildirilmiştir (32).

Çalışmamızdaki iki grup hane halkı geliri açısından incelendiğinde ortalama gelirin kontrol grubunda SZİ grubunun neredeyse iki katı olduğu ve farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Çok sayıda çalışma, yoksulluğun sonraki çocukluk döneminde daha düşük okul başarısı ve zeka puanları ile ilişkili olduğunu bildirmiştir (2, 101). Jankowska ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptığı çalışmada SZİ çocukların annelerinin eğitim seviyelerinin daha düşük olduğu ve akranları ile karşılaştırıldığında ailelerinin hane halkı gelirinin daha az olduğu bulunmuştur (102). Çalışmamızda da SZİ olguların ailelerinin gelir durumunun kontrol grubundaki olguların ailelerine göre düşük olması literatürle uyumludur.

OÖE bakımından karşılaştırıldıklarında hem OÖE alıp almama hem de bu eğitimin toplam süresi açısından SZİ grubu ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır. SZİ grubu ile kontrol grubu arasındaki hane halkı gelirleri arasındaki belirgin fark SZİ çocukların okul öncesi eğitimden mahrum kalmasına sebep oluyor olabilir.

Okul öncesi eğitim çocuklarda zeka puanı açısından kalıcı bir artışa neden olmasa da, sonraki yıllarda daha az özel eğitim ihtiyacı ve daha az sınıf tekrarı ile ilişkilidir. Bu anlamda OÖE okul çağı ve sonrasında sosyal yeterliliğin gelişimini sağlamada oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Ayrıca OÖE çocuklarda daha düşük suç insidansı ile ilişkilidir (103). SZİ çocuk ve ergenlerin daha fazla sınıf tekrarı yapmaları, ergenlik ve yetişkinlikte daha fazla suç davranışı sergilemeleri okul öncesi eğitimin bu grup için önemini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda, SZİ grubu içerisinde perinatal öykü yaygınlığı %30,6 olarak saptanmıştır. Başka bir çalışmada SZİ olgularda perinatal öykü yaygınlığı %32,7 olarak bulunmuştur. Çalışmada bir kontrol grubuna yer verilmemiştir (32). SZİ olgularda perinatal öykü yaygınlığı açısından çalışmamız literatürle uyumludur

Örneklemimizde iki gruptaki anne ve babaların yaşları arasında anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. Çalışmamızdaki SZİ olguların anne ve babaları kontrol grubuna göre daha gençtir. Bu durum SZİ grubunun ebeveynlerinin, kontrol grubundaki olguların ebeveynlerinden daha genç yaşta anne-baba olduklarını gösteriyor olabilir. Literatürde SZİ olgular açısından bu bulgumuzu destekleyen bir çalışma bulunamamıştır. Yapılan çalışmalar daha çok ZY ve SZİ olguları birlikte içermektedir ve bu çalışmalarda anne baba yaşları açısından kontrol grubu ile anlamlı farklılık bulunmamıştır (49, 104).

Örneklemimizde iki gruptaki anne ve baba eğitim düzeyi açısından anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda kontrol grubundaki olguların anne ve babaları, SZİ grubundaki olguların anne ve babalarına göre daha eğitilidir. Chen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada normal zekaya sahip çocukların annelerinin %68'ine karşılık, SZİ çocukların %76'sının annelerinde, eşik olarak ortaokul eğitimi ve altı olarak belirlenen düşük bir eğitim seviyesi bildirilmiştir. Baba eğitimi açısından bir inceleme yapılmamıştır (62). Çalışmamızda da SZİ grubundaki annelerin en yüksek oranda ortaokul mezunu (yaklaşık 3'te 1), kontrol grubundaki annelerin ise en yüksek oranda lise mezunu (yaklaşık 3'te 1) olduğu düşünüldüğünde anne eğitimi açısından bulgularımız literatürle uyumlu bulunmuştur. Farhadifar ve ark. 2011 yılında yaptıkları çalışmada annenin okuma yazma bilmemesinin SZİ çocukların annelerinde 2,7 kat daha yaygın olduğunu bildirmiştir. Diğer anlamlı değişkenler açısından düzeltme yapıp incelendiğinde babanın okuma yazma bilmemesi açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. (26). Çalışmamızda SZİ grubundaki olgulardan ikisinin annesi okuma yazma bilmemektedir. Kontrol grubunda ise olguların tümünün anneleri okuma yazma bilmektedir. Örneklemimizdeki babalar okuma yazma bilmeme açısından incelendiğinde ise

SZİ olguların birinin babası okuma yazma bilmiyorken kontrol grubunda babası okuma yazma bilmeyen bir olgu bulunmamaktadır.

Örnekleminiz annelerin çalışma oranı açısından incelendiğinde, SZİ grubundaki olguların annelerinin 4'te 3'ü çalışmıyor iken, kontrol grubundaki olguların annelerinin yarısından azı çalışmamaktadır. Baba mesleği yönünden değerlendirildiğinde SZİ grubunda 3 olgunun babası çalışmıyor iken kontrol grubunda çalışmayan baba bulunmamaktadır. Bulgularımız işsizlik ve maddi zorlukların SZİ olguların ailelerinde daha yaygın olduğunu desteklemektedir.

Çalışmamızdaki SZİ olguların kardeşlerinde kontrol grubundaki olguların kardeşlerine göre tıbbi hastalık sıklığı daha fazladır. Literatür incelendiğinde ZY çocukların kardeşlerinde ZY bulunmayan çocukların kardeşlerine göre sağlık sorunlarının daha fazla olduğu görülmektedir (105). Ancak SZİ çocuklar için bu bulguyu destekler nitelikte bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çocuk ve ergenlerde yoksulluk arttıkça genel sağlığın bozulduğu ve tıbbi hastalıkların yaygınlığının arttığı bilinmektedir (106, 107, 108). Örnekleminizde her iki gruptaki ailelerin hane halkı gelirleri arasındaki fark göz önüne alındığında, kardeşlerde bulunan tıbbi hastalıkların yaygınlığındaki farklılık ailelerin gelir dağılımındaki farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir. Kardeşleri arasında tıbbi hastalık bulunan olguların sağlıklı kardeşlerinin fiziksel ve ruhsal ihtiyaçlarının ebeveynlerince ihmal edilebildiği bilinmektedir (109, 110). Özellikle erken gelişim döneminde meydana gelen ihmalin çocuklarda beynin yapısal gelişimini etkilediği, zihinsel yetersizliklere neden olabildiği ve bilişsel gelişim üzerine etkilerin uzun vadeli olabildiği bilinmektedir (111, 112). Mevcut çalışma sonuçları, SZİ çocukların öykülerinde, erken gelişim dönemlerinde kronik hastalığı bulunan kardeşlerin ve ihmalin varlığının daha olası olduğunu düşündürmektedir.

SZİ grubundaki olgularda, kontrol grubundaki olgulardan anlamlı olarak daha fazla erken doğum öyküsü olduğu saptanmıştır. Johnson ve arkadaşları 2007 yılında yaptıkları çalışmada çocuklardaki zeka puanlarında erken doğumla ilişkili bir düşme eğilimi fark etmişlerdir. Perinatal edinsel durumlar içerisinde erken doğmuş olmak SZİ ile ilişkilidir (10, 113).

7.2. Ruh Sağlığı Sorunlarının Tartışılması

7.2.1. Bozuklukların Yaygınlık Oranları

SZİ grubundaki olguların %32,26'sında anksiyete bozukluğu (n=20), %11.29'unda MDB (n=7), %14.52'sinde tik bozukluğu/OKB (n=9), %58.06'sında DEHB (n=36), %27,42'sinde KOKGB/DB (n=17), %27,42'sinde özgül fobi (n=17) ve %14.52'sinde dışa atım bozukluğu (n=9) saptanmıştır.

Literatürde SZİ olgularda psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı oldukça az çalışılmış bir alandır. Bozuklukların yaygınlığı çalışmalarda farklı kategoriler altında ele alınmıştır. Çocuklarla yapılan çalışmalardan ikisinde (31,71) bozuklukların yalnızca yaygınlık oranları belirtilmiş olup birinde (72) kontrol grubu ile karşılaştırmaya yer verilmiştir. Kontrol grubuyla karşılaştırmada bulunmayan ve yalnızca yaygınlıkları bildiren çalışmalardan birinde (71) SZİ ve ZY olgular, diğerinde (31) SZİ ve ÖÖB olgular bir arada incelenmiştir.

Emerson ve ark. 2010 yılında genel toplumdan 6-7 yaşlarında 4337 çocukla yaptıkları çalışmada ruhsal sorunları; davranış sorunları, duygusal sorunlar ve hiperaktivite başlıkları altında değerlendirmiştir. Davranış sorunlarında %19, duygusal sorunlarda %15 ve hiperaktivitede %15 oranında bir yaygınlık bildirilmiştir. Normal zekaya sahip akranlarıyla karşılaştırıldığında belirtilen alanların tümünde anlamlı olarak daha yüksek yaygınlık saptanmıştır (72).

Dekker ve Koot, 2003 yılında Hollanda'da özel eğitim örnekleminde seçilen 7-20 yaş arası 484 SZİ ve ZY çocukta bozuklukların yaygınlığını değerlendirmiştir. Çalışmada SZİ ve ZY çocuklar bir arada değerlendirilmiş olup kontrol grubuyla karşılaştırmaya yer verilmemiştir. SZİ/ZY olguların %21,9'unda anksiyete bozuklukları, %4'ünde depresif bozukluklar, %14,8'inde DEHB ve %16,9'unda KOKGB/DB bulunmuştur (71).

Satilla ve arkadaşlarının SZİ ve ÖÖB çocuk ve genç erişkinlerle 2022 yılında klinik örnekleme yaptıkları çalışmada olguların %39'unda DEHB, %23'ünde anksiyete bozukluğu, %16'sında davranım bozukluğu, %8'inde duygudurum bozukluğu ve %7'sinde tik boz/OKB saptanmıştır (31).

7.2.1.1. SZİ Olgularda Bozuklukların Yaygınlık Oranlarının Kontrol Grubuyla Karşılaştırılması

Kontrol grubundaki olguların %26,2'sinde anksiyete bozukluğu (n=16), %9,7'sinde MDB (n=6), %11,3'ünde tik bozukluğu/OKB (n=7), %25,8'inde DEHB (n=16), %17,7'sinde KOKGB/DB (n=11), %11,3'ünde özgül fobi (n=7) ve %8,2'sinde dışa atım bozukluğu (n=5) saptanmıştır.

SZİ grubu ile kontrol grubu arasında tanılarının yaygınlığı açısından anlamlı farklılıklar yalnızca DEHB ve özgül fobi için bulunmuştur. Her iki bozukluğun yaygınlığı da SZİ grubunda daha fazladır.

Anksiyete Bozuklukları

SZİ grubundaki olguların %32,26'sında (n=20) ve kontrol grubundaki olguların %26,2'sinde (n=16) anksiyete bozukluğu düşünülmüştür. İki grup arasında tanının yaygınlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Literatürde anksiyete bozukluklarının çocuklardaki yaygınlığına ilişkin bulgular %3,9-17,5 arasında değişen oranlar bildirmektedir (114, 115). Ülkemizde 6-13 yaş arası çocuklarla yapılan kesitsel bir çalışmada yaygınlık %16,7 olarak bildirilmiştir (116).

Çalışmamızda kontrol grubundaki olgularda anksiyete bozukluğu yaygınlığı toplumda beklenenden yüksek bulunmuştur. Yaşla birlikte anksiyete bozukluğu yaygınlığının artış gösterdiği bilinmektedir (117). Kontrol grubundaki olguların yarısından fazlasının (n=37) 13-16 yaş arasındaki olgulardan oluştuğu düşünüldüğünde, yaygınlıktaki artış ergen olguların dağılımı ile ilişkili olabilir.

SZİ olgularda anksiyete bozuklukları ile ilgili çalışmalar çoğunlukla erişkinlerle yapılan çalışmalardan oluşmaktadır. Çocuklarda yapılan çalışmalar yaş grupları ve çalışılan örneklem yönünden heterojenlik göstermektedir ve kontrol grubu bulunmamaktadır. Literatürde SZİ çocuklarda anksiyete bozukluklarının yaygınlığının %22-23 oranında olduğu bildirilmiştir (31, 71). Çalışmamızda SZİ grubunda anksiyete bozukluğu yaygınlığının diğer çalışmalara göre daha yüksek bulunması, örneklem sayımızın az olması ve diğer çalışmalarda daha geniş bir yaş aralığında çalışılmasından kaynaklanıyor olabilir.

Majör Depresif Bozukluk

SZİ grubundaki olguların %11,3'ünde (n=7) ve kontrol grubundaki olguların %9.7'sinde (n=6) MDB düşünülmüştür. İki grup arasında tanının yaygınlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Literatürde MDB'nin çocuklardaki yaygınlığına ilişkin bulgular farklılık göstermektedir. Toplum temelli çalışmalar çocuklarda MDB yaygınlığının %0,4-8,3 arasında değiştiğini bildirmektedir. Ergenlik boyunca yaşam boyu yaygınlığın ise %20 gibi yüksek oranlara ulaştığı bildirilmiştir (118). Ülkemizde 2004 yılında yapılan geniş örneklemli ortaokul ve lise öğrencisi çocuk ve ergenlerin dahil edildiği bir çalışmada MDB yaygınlığı %12,5 olarak bildirilmiştir (119). Bulgular göz önüne alındığında çalışmamızda kontrol grubundaki MDB yaygınlığı literatürle uyumlu bulunmuştur. SZİ olgulardaki MDB yaygınlığını normal zekaya sahip bireyler ile karşılaştıran çalışmalar erişkin örneklemde yapılmıştır. Çalışmaların sonuçları; erişkin SZİ olgulardaki MDB yaygınlığının, normal zekaya sahip bireyler ile karşılaştırıldığında klinik örneklemde daha düşük, toplum örnekleminde ise daha yüksek olduğunu bildirmektedir (33, 70).

SZİ çocuklar ile yapılan çalışmalar yaş grupları ve çalışılan örneklem yönünden heterojenlik göstermektedir ve kontrol grubu bulunmamaktadır. Çalışmalarda SZİ olgularda bildirilen MDB yaygınlığı %4,4-8 arasında değişmektedir (71, 72). Kızlarda ergenlik döneminde MDB sıklığının arttığı bilinmektedir (120). Çalışmamızdaki SZİ olgularda MDB yaygınlığının diğer çalışmalara göre daha yüksek bulunması, örneklem sayımızın az olması ve diğer çalışmalarda kız olguların (sırasıyla %38 ve %37) azınlıkta olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Tik Bozuklukları ve OKB

Çalışmamızda tik bozuklukları ve OKB tanıları bir arada değerlendirilmiştir.

SZİ grubu içerisinde tik bozukluğu/OKB yaygınlığı %14,5 (n=9), kontrol grubunda ise %11,3 (n=7) olarak bulunmuştur. İki grup arasında yaygınlık açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Çocuklarda tik bozukluklarının yaygınlığı, çalışılan nüfusun özelliklerine, tanı kriterlerine, çalışma tasarımına ve yöntemine bağlı olarak %1-29 arasında değişmektedir (121). Ülkemizde yapılan bir çalışmada tik bozukluğu yaygınlığı %2,32 olarak bildirilmiştir (116).

Çalışmalarda OKB'nin çocuklardaki yaygınlığı %0,4-3 arasında değişen oranlarda bulunmuştur (122, 123). Ülkemizde toplum örnekleminde yapılan bir çalışmada 9-15 yaş arası çocuklarda OKB yaygınlığı %5,1 olarak bildirilmiştir (124).

SZİ olgularda tik bozukluğu yaygınlığı oldukça az çalışılmış bir alandır. 5-27 yaş arası 651 olgu ile yapılan bir çalışmada tik bozuklukları ve obsesif kompulsif düşüncelerin yaygınlığı bir arada değerlendirilmiş olup SZİ/ÖÖB çocuklarda %7 olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada kontrol grubuna yer verilmemiştir (31). Tiklerin en yoğun olarak gözlemlendiği yaş aralığı 8-12 yaş aralığıdır. Bu yoğunluk genç erişkinlikte azalma göstermektedir (125). SZİ grubunda tik bozukluğu/OKB açısından bildirdiğimiz daha yüksek yaygınlık oranı çalışılan yaş aralığının farklı olması ve örneklem sayımızın az olması ile ilişkili olabilir.

DEHB

SZİ grubunda DEHB yaygınlığı %58 (n=36) olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda ise bu oran %25,8'dir (n=16). SZİ olgularda DEHB, kontrol grubundaki olgulara göre anlamlı olarak daha yaygın bulunmuştur. Literatür incelendiğinde çocuklar için bildirilen DEHB yaygınlığının, tanı kriterlerine ve incelenen nüfusa bağlı olarak %2-18 arasında değiştiği görülmektedir (126). Okul çağındaki çocuklarda görülme yaygınlığının %9 ile %15 arasında olduğu tahmin edilmektedir (127). Ülkemizde yapılan çalışmalar çocuklardaki DEHB yaygınlığı açısından %8-20 arasında değişen oranlar bildirmiştir (128, 129).

Kontrol grubumuzdaki DEHB yaygınlığı toplumda beklenenden yüksek bulunmuştur. DEHB çocukların kardeşlerinde bozukluğun görülme riski 3 kat artmaktadır (130). Kontrol grubumuzdaki olguların %27'sinin (n=17) kardeşlerden oluştuğu saptanmıştır. Olgular içerisinde bulunan kardeşler tanılarının DEHB yönünde kümelenmesine sebep olmuş olabilir.

SZİ çocuklarda DEHB yaygınlığı ile ilgili yapılan çalışmalar; DEHB'yi KOKGB ve DB ile bir arada ele alan, tek başına değerlendiren veya 6-7 yaşlarındaki hiperaktiviteyi değerlendiren çalışmalardan oluşmaktadır. Emerson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada DEHB yaygınlığı, 6-7 yaşlarındaki SZİ çocuklarda (%15) normal zekaya sahip akranlarından (%8) anlamlı olarak daha yaygın bulunmuştur (72). Başka bir çalışmada, kontrol grubuna yer verilmemiş ve özel eğitim örnekleminde %15'lik bir yaygınlık bildirilmiştir (71). Klinik örnekleme yapılan bir çalışmada ise DEHB yaygınlığı %39 olarak bulunmuştur (31). SZİ ve HZY çocukları bir arada değerlendiren, geniş örneklemlili bir çalışmada SZİ/HZY grubunun

%30'u, normal zekaya sahip çocukların ise %6,4'ü DEHB tanısı almıştır. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (76).

SZİ grubunda bulduğumuz daha yüksek DEHB yaygınlığı literatürle uyumludur. Ancak bu yaygınlığın literatürde SZİ olgular için bildirilenlerden yüksek olduğu görülmektedir. Çalışmamızda zeka testinde 70-85 puan alan ve herhangi bir ilaç kullanmayan olgular SZİ grubuna dahil edilmiştir. SZİ grubunun önemli bir kısmının temel başvuru sebebi dikkat sorunları olarak saptanmıştır. SZİ grubunda DEHB yaygınlığının fazla olması; zeka testinde 70-85 puan alan, ancak potansiyel olarak normal zekaya sahip olan olguların bir kısmının eşlik eden DEHB belirtileri etkisiyle bu gruba dahil olmasından kaynaklanıyor olabilir.

DEHB ve SZİ'nin her ikisi de ortak etiyolojik nedenlerle ilişkilendirilen ve nörogelişimsel özellikler gösteren durumlardır. Yürütücü işlev sorunları, odaklanma zorlukları ve düşük engellenme eşiği gibi örtüşen belirtileri bulunmaktadır ve birlikte görülme oranları yüksektir (31,34).

SZİ grubumuzda DEHB yaygınlığının fazla bulunmasına; bu grubun kliniğe ilk kez başvuran, dolayısıyla başvuru anında aktif bir yakınması bulunan olgulardan oluşması da katkıda bulunuyor olabilir. Dikkat sorunlarının SZİ çocuklarda DEHB'de olduğu gibi temel klinik özellikler arasında olduğu bilinmektedir (34). DEHB'li olguların yarısından fazlasının, erişkinlikle birlikte tanı kriterlerini karşılamadığı bildirilmiştir (154). Yapılan bazı çalışmalarda (31,71) örneklemelerin hem çocuk hem de erişkinleri içermesi, bu çalışmalarda DEHB açısından bulunan yaygınlık oranlarının, çalışmamızda bulunandan daha düşük bulunmasına katkıda bulunmuş olabilir.

KOKGB ve DB

Çalışmamızda KOKGB ve DB olgular bir arada değerlendirilmiştir. KOKGB/DB yaygınlığı SZİ grubunda %27,4 (n=17), kontrol grubunda ise %17,7 (n=11) olarak bulunmuştur. İki grup arasında KOKGB/DB yaygınlığı açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır. Çocuklarda KOKGB yaygınlığı çalışmalarda %1-13 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir (115, 131). DB yaygınlığı ise %2-14 arasında değişmektedir (132, 133). Ülkemizde yapılan çalışmalarda çocuklardaki KOKGB/DB bir arada değerlendirildiğinde yaygınlık %6-21 arasında değişmektedir (128, 134). Çalışmamızda, kontrol grubundaki KOKGB/DB yaygınlık oranı literatürle uyumlu bulunmuştur.

Literatürde SZİ olgularda KOKGB/DB açısından bildirilen yaygınlık oranları mevcut DEHB olgular ile bir arada, yalnızca DB açısından veya davranış sorunları bağlamında incelenmiştir. Bu anlamda KOKGB/DB yaygınlık oranları toplum örneklemindeki SZİ çocuklarda %15 ve özel eğitim örneklemindekiler için %14-17 olarak bildirilmiştir (71, 72). Klinik örnekleme yapılan bir çalışmada DB yaygınlığı SZİ olgularda %16 olarak bildirilmiştir (31).

Literatürde SZİ çocuklarda KOKGB veya DB yaygınlığını değerlendiren çalışmalar kontrol grubu ile karşılaştırmaya yer vermemiştir. Örneklemimizdeki SZİ çocuklarda KOKGB/DB yaygınlık oranı çalışmalarda bildirilenlerden yüksek bulunsa da kontrol grubu ile istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir.

Özgül Fobi

SZİ grubundaki olguların %27,4'ünde (n=17) ve kontrol grubundaki olguların %11,3'ünde (n=7) özgül fobi bulunduğu ve bu farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Literatürde özgül fobinin çocuklardaki yaygınlığına ilişkin olarak toplumda %5-20 arasında değişen oranlar bildirilmektedir (115, 135). Ülkemizde yapılan çalışmalarda, çocuklarda özgül fobi yaygınlığı 2014 ve 2022 yıllarında %11 olarak bildirilmiştir (136, 137). Kontrol grubumuzda özgül fobi yaygınlığı literatürle uyumlu bulunmuştur.

Literatürde özgül fobi yaygınlığını yalnızca SZİ çocuklarda inceleyen ve kontrol grubu ile karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Dekker ve Koot'un, SZİ olguları ZY olgular ile bir arada değerlendirdiği ve SZİ olguların çoğunluğu (3/4) oluşturduğu bir çalışmada, özgül fobi yaygınlığı %17,5 olarak bildirilmiştir (71). Hassiotis ve arkadaşları SZİ erişkinlerde (%2,8) normal zekaya sahip akranlarına (%1,6) göre özgül fobi açısından anlamlı olarak daha yüksek bir yaygınlık bildirmiştir (RR:0.55 p<0.01) (70). Wieland ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada SZİ, HZY ve normal zekaya sahip olgularda psikiyatrik bozuklukların yaygınlıkları incelenmiştir. Olgu sayılarının az olması sebebiyle istatistiksel anlamlılık hesabı yapılamasa da SZİ olgularda (%2,1) özgül fobi yaygınlık oranının diğer iki gruptan (sırasıyla %0,7 ve %0,6) daha fazla olduğu bildirilmiştir (33). SZİ grubumuzda özgül fobi yaygınlığının SZİ çocuklar ile yapılan diğer çalışmaya göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu farklılığın nedeni; Dekker ve Koot'un yukarıda bahsedilen çalışmasında olguların çeyreğinin ZY bireylerden oluşması, çalışmanın uygulandığı örneklemin klinik örneklem olmaması ve yaş grubunun erken erişkinleri de içermesi olabilir.

Dışa Atım Bozuklukları

Dışa atım bozukluklarının yaygınlığı SZİ grubunda %14,52 (n=9), kontrol grubunda %8,2 (n=5) olarak bulunmuştur. Yaygınlık açısından iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Enürezisin çocuklar için bildirilen yaygınlığı, çalışmalarda %5-15 arasında değişmektedir (138, 139). Ülkemizde yapılan çalışmalarda çocuklarda enürezis yaygınlığı %8-17 arasında bildirilmiştir (116, 140). Çocuklarda enkoprezis yaygınlığı değerlendirilen topluma göre değişmekle birlikte bildirilen oranlar %1-4 arasında değişmektedir (141). Ülkemizde yapılan bir çalışmada çocuklarda dışa atım bozukluklarının yaygınlığı %9 olarak bulunmuştur (116). Örneklemimizde dışa atım bozukluklarının SZİ grubu ve kontrol grubundaki yaygınlık oranları literatürde bulunanlar ile uyumludur. Klinik örnekleme yapılan bir çalışmada 70 enkoprezis tanısı almış olgudan 10'unun SZİ olduğu bildirilmiştir. Çalışma örneklemindeki enkoprezis sıklığı, standart sapmalara göre toplumda beklenen SZİ yaygınlığı (%13,6) ile benzer düzeyde (%14,3) bildirilmiştir (9, 142). Literatürde SZİ çocuklarda psikiyatrik bozuklukların yaygınlığını değerlendiren çalışmalar içerisinde dışa atım bozukluklarına ait bir veriye rastlanmamıştır.

7.2.2. Komorbidite ve Tanı Sayılarının Tartışılması

Çalışmamızdaki tanı sayılarının dağılımı incelendiğinde SZİ grubunda tanıların bir arada bulunma sıklığının kontrol grubundaki olgulara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir. SZİ grubunun 3'te 1'den fazlasına denk düşen bir çoğunluğun 2 tanıya sahip olgular olduğu görülmektedir. En az bir tanıya sahip olma oranları SZİ çocuklarda %79, kontrol grubundaki olgularda %51,6 olarak bulunmuştur.

Çocuklar ile yapılan toplum temelli araştırmalarda psikiyatrik bozukluklara ait saptanan 2 veya daha fazla tanı bulunma yaygınlığı %25-55 arasında değişmektedir (71, 143). Ülkemizdeki çocuklar ile yapılan toplum temelli çalışmalarda en az bir bozukluğa sahip olgulara (%36,7 ve %37,6) yer verilmiştir (116,134).

Kontrol grubunda en az bir tanı bulunma oranları literatürde bulunanlardan yüksek saptanmıştır. Bu durum örneklem sayımızın karşılaştırılan çalışmalara göre az olmasından ve araştırılan tanı sayılarındaki farklılıktan kaynaklanıyor olabilir.

SZİ çocuklarda komorbiditeye ilişkin yapılan çalışmalar, komorbidite oranları açısından kontrol grubu ile karşılaştırmaya yer vermemiştir. Özel eğitim örnekleminde yapılan, 484

çocuğu değerlendiren bir çalışmada SZİ/ZY çocuklar için %36 oranında 2 veya daha fazla tanı bildirilmiştir (71). Satilla ve arkadaşlarının 2022 yılında 651 çocuk ve erken erişkin ile yaptığı bir gözden geçirme çalışmasında SZİ olgular için bu oran %28 olarak bulunmuştur (31). SZİ grubunda 2 veya daha fazla bozukluk bulunma sıklığı diğer çalışmalarda bildirilenlerden yüksektir. Bu durum örneklem sayımızın karşılaştırılan çalışmalara göre az olması ve araştırılan tanı sayılarındaki farklılıktan kaynaklanıyor olabilir.

7.2.3. Alt Ölçeklerin ve Belirtilerin Tartışılması

Çalışmamızda çocuk ve ebeveynlerin doldurduğu, yaygın anksiyete bozukluğuna ait belirtileri değerlendiren ÇADÖ-Y Çocuk YAB alt ölçeğinde, hipotezimizden farklı olarak kontrol grubunun puanları SZİ grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, örneklemimiz içerisinde, kontrol grubundaki çocukların daha sık yaygın anksiyete belirtisi deneyimlediklerini göstermektedir. Literatürde bu bulguyu destekleyen bir bilgiye rastlanmamıştır. YAB belirtilerinin ergenlikle birlikte arttığı, aynı zamanda yaşla birlikte anksiyete duyarlılığında artış olduğu, bunun da anksiyete belirtilerinin gelişmesinde bir risk faktörü olduğu bilinmektedir (144, 145). Elde dilen sonuç, SZİ (10,82) ve kontrol (12,34) gruplarının yaş farkından kaynaklanıyor olabileceği gibi SZİ olguların anksiyete belirtilerini fark etme ve anlamlandırmadaki zorluklarıyla da ilişkili olabilir. Diğer ÇADÖ-Y alt ölçek puanlarında ise anlamlı herhangi bir farklılık bulunmamıştır.

SZİ grubunun kontrol grubuna göre, dikkat sorunlarının sıklığındaki artışa işaret eden bilişsel problemler/dikkatsizlik puanları daha yüksektir. Yapılan bir çalışmada; SZİ ergenlerin ve toplum örneklemindeki akranlarının ölçek puanları karşılaştırıldığında, dikkat sorunlarına ait ölçek puanında hem ebeveyn hem de ergenlerin bildirdiği sonuçlar açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (146). Bu çalışmadaki SZİ olguların özel eğitim örnekleminde seçilmiş olması, çalışmamızda ise SZİ olguların kliniğimize başvuran olgulardan oluşması çalışmamızdaki farklılığın anlamlı bulunmasına katkı sağlamış olabilir. SZİ ile ilişkili temel klinik özellikler içerisinde yürütücü işlevlerde yetersizlik ve dikkat sorunları olduğu bilinmektedir (34). SZİ grubundaki olguların %43'ünün (n=27) kliniğimize temel başvuru sebepleri arasında dikkat sorunları olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, klinik örneklemdaki SZİ olguların toplumdaki veya özel eğitim örneklemindeki SZİ olgulardan dikkat sorunları yönünden farklılaştığına işaret ediyor olabilir. SZİ olguların farklı örneklemlerdeki belirti veya sorunlarının karşılaştırılmasına ışık tutan çalışmalara ihtiyaç vardır.

SZİ grubu ve kontrol grubundaki olguların ebeveynleri tarafından doldurulan Conners ölçeğinde, tüm alt ölçeklerde fark bulunurken, yalnızca ‘karşı gelme’ alt ölçeğine ait puanlar iki grup arasında anlamlı farklılık göstermemiştir. Bu bulgumuz iki grup arasında KOKGB/DB yaygınlığının anlamlı farklılık göstermediği yönündeki bulgumuzu desteklemektedir. Bilişsel problemler/dikkatsizlik, hiperaktivite, DEHB indeksi ve Conners toplam puanlarının tümünde SZİ grubu; kontrol grubundaki olgulara göre anlamlı olarak daha yüksek puanlar almıştır. Bu durum SZİ olgularda kontrol grubundaki olgulara göre yürütücü işlevlerle ilişkili sorunlar, bilişsel problemler, dikkatsizlik, hiperaktivite belirtilerinin sıklığına ve DEHB tanısının daha yaygın olabileceğine işaret etmektedir. Bu bulgular iki grup arasındaki DEHB yaygınlığı açısından saptadığımız bulguyu desteklemektedir.

7.3. İletişim Becerilerinin Tartışılması

Sosyal iletişim becerilerini değerlendirmek amacıyla ebeveynlere verilen İletişim Becerileri Kontrol Listesine ait alt ölçekler içerisinde “bağlamın kullanımı”na ait ölçek puanları SZİ grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu da iletişimde bağlamın kullanılmasına ait becerilerin SZİ çocuklarda normal zekaya sahip çocuklardan daha zayıf olduğuna işaret etmektedir. İletişimde bağlamın kullanımı; başkalarının niyetini, mizahı, mecazı, imaları, sosyal ipuçlarını ve sosyal iletişim kurallarını anlama ve kullanma ile ilişkili dilin pragmatik kullanımına ait bazı becerileri içermektedir.

Uygulanan İletişim Becerileri Kontrol Listesine ait alt ölçeklerden hesaplanan birleşik puanlar içerisinde “genel iletişim puanı” ve “pragmatik dil puanı” SZİ grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Pragmatik dil becerileri konuşmayı uygun şekilde başlatma ve sürdürebilme, sosyal ipuçlarını anlama, iletişim biçimini kişiye veya bağlama göre değiştirebilme gibi dilin sosyal kullanımı ve yorumlanması ile ilgili iletişimsel becerilerdir (156,157).

Daha yüksek pragmatik dil puanları SZİ grubunun, kontrol grubundaki olgulara göre pragmatik dil becerilerinin daha zayıf olduğuna işaret etmektedir. Dilin pragmatik kullanımına ait sorunlar OSB, SPIB, DEHB, ÖDB gibi pek çok bozuklukta hatta toplumun bir kısmında görülebilmektedir (96). SZİ grubunda pragmatik dil becerilerinin kontrol grubundaki olgulardan daha zayıf olması, DEHB yaygınlığı ile de ilişkili olabilir. DEHB’li çocuklarda pragmatik dil becerilerinin sağlıklı akranlarından daha zayıf olduğu bilinmektedir (147).

Genel iletişim puanı ise, yapısal dil ve pragmatik dile ait özellikleri içeren alt ölçeklerin toplamından elde edilen bir puandır. Normal olmayan iletişim becerilerine işaret eden ve Özgül Dil Bozukluklarını tanımlamaya yardımcı olmak için tasarlanmış bir birleşik puandır (148). SZİ grubunda “genel iletişim puanı” daha yüksek bulunmuştur ($p=0,03$). Ancak “yapısal dil puanı”nda iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durum “genel iletişim puanı”ndaki farklılığa pragmatik dil puanlarındaki farklılığın sebep olduğunu düşündürmektedir.

Literatürde, SZİ çocukların sosyal davranış ve becerilerine ilişkin çalışmalar bulunmasına karşın, iletişimde dili kullanma becerilerini ölçen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Sosyal beceriler ve davranışlar çalışmalarda video kayıtları ve verilen görevler aracılığıyla değerlendirilmiştir (2).

Baglio ve arkadaşları, SZİ çocukların tipik gelişim gösteren akranlarına göre, tüm zihin kuramı görevlerinde anlamlı olarak daha düşük performans gösterdiğini bildirmiştir (3). Zihin kuramının, iletişim becerileri içerisinde bağlamın kullanımı ve konuşmanın uygunluğu gibi pragmatik alanlarla ilişkili olduğu bilinmektedir (149, 150).

Swanson ve arkadaşlarının; uygulanan bir dizi görevdeki performansları açısından SZİ, HZY, ÖÖB ve ortalama zihinsel işlevselliğe sahip öğrencileri değerlendirdiği çalışmada, SZİ öğrencilerin ortalama zihinsel işlevselliğe sahip öğrencilere göre ima veya ipuçlarından daha az yararlandığı bulunmuştur (2, 48). İma ve ipuçlarını anlama becerisinin, pragmatik beceriler ile ilişkili olduğu bilinmektedir (96).

Van Nieuwenhuijzen ve arkadaşlarının Hollanda’da 8-12 yaş arası 142 çocuk ile yaptığı çalışmada, SZİ çocukların korku ifadesini tipik gelişim gösteren akranlarından daha az fark ettiği bulunmuştur. Başka bir çalışmada, SZİ olguların tüm yüz ifadelerini normal zekaya sahip akranlarından daha az tanıdıkları bildirilmiştir (2, 53). Yüz ifadelerinin tanınmasının, pragmatik beceriler ve sözel olmayan iletişim ile ilişkili olduğu bilinmektedir (151, 152).

Pragmatik beceriler mecaz anlamları kavrama, esprileri anlama gibi dilin soyut düşünceyle ilişkili özelliklerini de kapsamaktadır (153). SZİ okul çağı çocuklarında soyut düşünmedeki güçlükler sık başvuru sebeplerinden birisi olup bu olgular için bildirilen temel klinik özellikler arasında somut düşünmeye de yer verilmektedir (31, 34).

SZİ olguların zorluk yaşadığı zihin kuramı, ima ve ipuçlarını anlama ve yüz ifadelerinin tanınması gibi iletişimi de ilgilendiren sosyal becerilerin, dilin pragmatik alanındaki zorluklara katkıda bulunduğu düşünüldüğünde, yapılan çalışmalar SZİ grubunun kontrol grubuna göre daha zayıf sosyal iletişim becerilerine sahip olduğu yönündeki bulgumuzu desteklemektedir.

Dilin pragmatik kullanımı dilin diğer alanlarına kıyasla nadir çalışılmış bir alandır (96). SZİ olgularda pragmatik dil becerileri ve iletişim becerilerinin diğer alanlarıyla ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

7.4. Diğer Bulguların Tartışılması

7.4.1. IQ Alt Grupları

SZİ grubundaki olguların zeka puanlarına göre ayrıldıkları 2 alt grup arasında (70-79 / 80-85 IQ);

Karşılaştırılan ve ilişki araştırılan değişkenler (ölçek puanları ve sosyodemografik veriler) içerisinde yalnızca doğum şekli açısından anlamlı ilişki saptanmıştır.

SZİ grubu ve kontrol grubu arasında doğum şekli açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ancak sonuçlar göstermiştir ki; yetmiş-yetmiş dokuz arası zeka puanına sahip olguların çoğu normal yolla doğmuşken, seksen-seksen beş arası zeka puanına sahip bireylerin doğum şekli çoğunlukla sezaryen doğumdur. Bu da örneklemimizdeki zihinsel işlevsellik düzeyi düştükçe, normal doğum öyküsü yönünde bir eğilime işaret etmektedir. Bu durum karşılaştırılan olgu sayılarının az olması ile ilişkili olabileceği gibi incelediğimiz değişkenler dışında başka faktörlerin etkisinden de kaynaklanıyor olabilir.

7.4.2. Akran Zorbalığı

SZİ grubu, kontrol grubuyla karşılaştırıldığında akranlarına anlamlı olarak daha fazla zorbalık uygulamıştır. SZİ grubundaki olguların yaklaşık 4'te 1'i akranlarına zorbalık uygulamışken, SZİ grubunda bu durum yalnızca 3 olguda saptanmıştır.

Akranları tarafından zorbalığa uğramanın hem SZİ grubu hem de kontrol grubundaki daha yüksek Çocuk ve Ebeveyn ÇADÖ-Y puanlarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu bulgular

akran zorbalığına uğramanın hem ebeveynler hem de çocuklar tarafından bildirilen içselleştirme belirtilerinin toplam sıklığındaki artışa işaret etmektedir.

Her iki grupta da akranlarına zorbalık uygulama ile Conners toplam puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu bulgular ölçekteki dışsallaştırma belirtilerini daha sık sergilediği bildirilen olgularda akranlarına zorbalık uygulama eğilimine işaret etmektedir.

Akranlarına zorbalık uygulama ile zorbalığa uğramanın, içselleştirme ve dışsallaştırma belirtileri ile ilişkisi incelendiğinde zorbalığa uğramanın içselleştirme belirtileri, zorbalık uygulamanın ise dışsallaştırma belirtileri ile ilişkili olduğu görülmektedir.

Ancak dışsallaştırma belirtilerinin sıklığındaki artışa işaret eden daha yüksek Conners toplam puanlarının akran zorbalığına uğrama ile olan ilişkisi, SZİ grubu için anlamlı bulunmuştur. Kontrol grubu için böyle bir anlamlılık saptanmamıştır. Bu da; daha sık dikkat eksikliği, hiperaktivite ve karşı gelme belirtileri gösteren SZİ olguların normal zekaya sahip olanlara göre zorbalığa uğrama riskindeki artışa veya zorbalığa uğrayan çocuklar içerisinde SZİ olguların normal zekaya sahip olanlara göre bu belirtileri daha sık geliştirdiğine işaret ediyor olabilir. DEHB'nin nörogelişimsel doğası göz önüne alındığında, bu yorumlardan ilkinin daha muhtemel olduğu düşünülebilir. Ancak ikincisi ile ilişkili olarak; zorbalığa uğramanın belirti sıklığında bir artışa neden olması veya süreç içerisinde tabloya KOKGB/Karşı gelme belirtilerinin eklenmesi de söz konusu olabilir.

Çalışmamızda iletişim becerilerine ilişkin toplam puanların akran zorbalığı ile ilişkisi incelendiğinde; akranlarına zorbalık uygulamanın ve zorbalığa uğramadaki artmış sıklığın düşük iletişim becerileri ile anlamlı ilişkisi SZİ grubunda bulunmuş, kontrol grubu için böyle bir ilişki saptanmamıştır. Bulgularımız, daha düşük iletişim becerilerine sahip olan çocuklar içerisinde, normal zekaya sahip olanlara göre SZİ çocukların akran zorbalığına daha sık uğradığına ve daha fazla zorbalık uyguladığına işaret etmektedir.

Çalışmamızda her iki grupta da zorbalığa uğrayan çocukların aynı zamanda daha yaygın olarak zorbalık uyguladığı bulunmuştur. Bu durum, akran zorbalığına uğramanın zorbalık uygulama riskinde artışa yol açması ile ilişkili olabilir. Benzer şekilde tam tersi bir ilişkinin olması da mümkündür.

7.4.3. Ölçek Puanları ve Alınan Tanı Sayıları

Tanı sayılarının dağılımı incelendiğinde; bu dağılımın SZİ grubu için genellikle ÇADÖ-Y Çocuk, ÇADÖ-Y Ebeveyn ve Conners ölçeklerine ait puanlar ile ilişkili olduğu görülmektedir. Ancak iletişim becerileri ile ilgili puanlar üzerine SZİ grubunda tanı sayısının anlamlı bir etkisi olmamıştır. Üç veya daha fazla tanısı bulunan SZİ olgular, tanısı olmayanlara göre Conners ölçeğindeki toplam puan ve tüm alt ölçek puanları yönünden anlamlı olarak daha yüksek puanlar almıştır. Kontrol grubunda birden fazla tanısı bulunan olgular, herhangi bir tanısı bulunmayanlara göre Conners ölçeğindeki toplam puan ve tüm alt ölçek puanları yönünden anlamlı olarak daha yüksek puanlar almıştır.

7.4.4. Ölçek Puanları – Aile Yapısı ve Ebeveynlere Ait Özellikler

SZİ grubunda daha yüksek ÇADÖ-Y Çocuk toplam puanı, aile yapısının dağılımındaki farklılıklar ve babanın alkol kullanımı gibi değişkenler ile ilişkili bulunmuştur. SZİ grubunda ÇADÖ-Y Ebeveyn toplam puanı; aile yapısının dağılımındaki farklılıklar, annenin eğitim düzeyi, babanın tıbbi hastalığının bulunması gibi değişkenler ile ilişkili bulunmuştur. Daha düşük iletişim becerilerine işaret eden daha yüksek iletişim becerileri toplam puanı SZİ grubunda, babanın alkol kullanma sıklığı ile ilişkili bulunmuştur.

Belirtilen bu değişkenlere kontrol grubunda rastlanmamıştır. SZİ çocukların günlük yaşamda, akademik anlamda ve ruhsal sorunlar açısından incinebilir bir grup olduğu bilinmektedir (9, 49). Bu durum aile yapısı ve ebeveyne ait özellikler açısından SZİ çocuklardaki içselleştirme belirtileri ve iletişim becerilerindeki incinebilirliğe işaret ediyor olabilir.

Daha yüksek Conners toplam puanları, SZİ grubuna ait aile yapısının dağılımdaki farklılıklar, anne eğitimi, babanın tıbbi hastalığının bulunması, babanın alkol kullanımı ve babanın alkol kullanma sıklığı gibi değişkenlerle ilişkili bulunmuştur. Kontrol grubunda ise daha yüksek Conners toplam puanları, annenin tıbbi hastalığı olması ve annenin psikiyatrik bozukluğu olması ile ilişkili bulunmuştur. Bulgularımız; karşılaştırdığımız değişkenler içerisinde anne ile ilgili olan çeşitli özelliklerin hem SZİ hem de normal zekaya sahip çocuklarda dışsallaştırma belirtilerindeki sıklık ile ilişkili olabildiğini göstermektedir. Ancak bulgularımız, baba ile ilgili incelenen tıbbi hastalık, alkol kullanımı ve sıklığı gibi değişkenlerin yalnızca SZİ çocuklardaki dışsallaştırma belirtilerine etki ettiğine işaret etmektedir. Bu

bulgular; SZİ grubunun babalarına ait özellikler açısından, dışsallaştırma belirtilerindeki incinebilirliği gösteriyor olabilir.

7.5. Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmanın en önemli kısıtlılıklarından biri SZİ grubu ve kontrol grubunun yaş açısından heterojen dağılmış olmasıdır. Diğer bir önemli kısıtlılık SZİ grubuna dahil edilen olgularda ÖÖB bulunup bulunmamasının dikkate alınmamış olması veya ÖÖB eşlik eden olguların ayrı bir alt grupta değerlendirilmemesidir.

Çalışmadaki kısıtlılıklardan biri de SZİ grubundaki olguların zihinsel işlevselliğini belirlemede zeka testi uygulanmışken kontrol grubundaki normal zekaya sahip olguları belirlemede alınan öykü, gelişim basamakları ve klinik gözlemden yararlanılmış olmasıdır.

Ayrıca yapılan değerlendirmelerimiz kesitsel nitelik taşımaktadır. Bu sebeple incelenen değişkenlerin ilişkisi ile ilgili bulgular, neden-sonuç ilişkisi açısından doğrudan fikir verememektedir. Ek olarak örneklemin tek merkezli olması da çalışmanın kısıtlılıkları arasında sayılabilir.

Çalışmanın güçlü yanlarından biri hem yarı yapılandırılmış tanısal görüşmelerde saptanan psikiyatrik bozukluklara ait değerlendirmelere hem de ölçeklerde bildirilen belirtilere ilişkin bulgulara yer verilmiş olmasıdır. Bu sayede hem tanısal anlamda hem de belirtilerin sıklığına yönelik bilgi edinilebilmiştir. Literatürde bu alanda yapılan çalışmalar genellikle psikiyatrik bozukluklara odaklanmış olup belirtiler ve bozukluklara ait bulgulara bir arada yer veren çalışma sayısı azdır.

Çalışmanın bir diğer güçlü yanı bildiğimiz kadarıyla literatürde SZİ çocuklarda sosyal iletişim becerilerini kontrol grubuyla karşılaştıran ilk ölçek çalışması olmasıdır. Ayrıca literatür incelendiğinde SZİ'nin değişken zeka puanı aralıklarında çalışıldığı görülmektedir. Bu çalışmada ek olarak SZİ çocuklara ait zeka puan aralıklarına göre oluşturulmuş iki alt grup birbiriyle karşılaştırılmıştır. Bildiğimiz kadarıyla literatürde, incelediğimiz özellikler ile ilgili böyle bir karşılaştırmada bulunan başka bir çalışma bulunmamaktadır.

SZİ çocuklar ile ilgili yapılan toplum temelli ve geniş örneklemlili çalışmaların artırılması toplumdaki ve klinik örneklemdaki olgulara ait farklar konusunda daha fazla bilgi sağlayacaktır. Toplumun önemli bir yüzdesini oluşturan bu grubun toplumdaki özelliklerinin de tanınması önem taşımaktadır. Sonraki çalışmalarda bu olgular ile ilgili yapılacak boylamsal araştırmaların da artması, incelenen değişkenler arasındaki neden-sonuç ilişkilerinin aydınlatılmasına katkıda bulunacaktır.



8. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Sınırdaki Zihinsel İşlevsellik (SZİ) grubu ile kontrol grubu sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında; kardeş sayısı, cinsiyet, perinatal problemler, doğum şekli, aile yapısı, anne ve babanın alkol-sigara kullanım durumu ve sıklığı açısından anlamlı farklılıklar bulunmamıştır.
- İki grup arasında yaş, aylık hane halkı geliri, anne ve babanın yaşı, çocuğun okul öncesi eğitim alıp almaması, okul öncesi eğitimin süresi, doğum haftası, ebeveynlerin eğitim düzeyleri ve meslek grupları açısından dağılımı, annelerin çalışma oranı, kardeşlerde tıbbi hastalık varlığı açısından anlamlı farklılıklar bulunmuştur. SZİ grubuna ait, zeka puanlarına göre ayrılmış iki alt grup arasında yalnızca doğum şekli açısından anlamlı farklılık saptanmıştır.
- SZİ grubunda kontrol grubuna göre DEHB ve özgül fobi tanıları anlamlı olarak daha yaygın bulunmuştur. Komorbidite oranları da kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.
- Kontrol grubunun ÇADÖ-Y Çocuk YAB puanları, SZİ grubundan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. ÇADÖ-Y Çocuk ölçeğine ait diğer puanlar ve ÇADÖ-Y Ebeveyn puanları açısından iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.
- İletişim Becerileri Kontrol Listesi-2'ye ait genel iletişim puanları, pragmatik dil puanları ve bağlamın kullanımı alt ölçek puanları SZİ grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (İBK-2'de daha yüksek puanlar daha düşük iletişim becerilerine işaret etmektedir.).
- Conners toplam puanı ve bilişsel problemler/dikkatsizlik, hiperaktivite, DEHB indeksi alt ölçek puanları SZİ grubunda kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Karşı gelme alt ölçeği açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.
- Zorbalık uygulayan olgular, SZİ grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yaygındır. Ölçek puanları, zorbalık uygulama ve zorbalığa uğrama açısından karşılaştırıldığında; zorbalığa uğrama SZİ grubu için daha yüksek Conners toplam puanı ile ilişkili bulunmuştur. Zorbalık uygulama ve bu davranışın sıklığı SZİ grubu için daha yüksek İBK toplam puanı ile ilişkili bulunmuştur.

- Her iki grup için de zorbalığa uğrama daha yüksek ÇADÖ-Y toplam anksiyete/depresyon puanları, zorbalık uygulama ise daha yüksek Conners toplam puanları ile ilişkili bulunmuştur. Yine her iki grup için de zorbalık uygulama, zorbalığa uğrama ile ilişkili bulunmuştur.

SZİ olgular nörobilişsel sorunlara ek olarak; daha yoksul ailelerde yaşama, ebeveynlerinde daha düşük eğitim seviyesi olması gibi dezavantajlar açısından da risk altında olan bir gruptur. Bu olguların toplumun önemli bir kesimini oluşturması, çocuklukta ve erişkinlikte ruhsal bozukluklar geliştirme açısından artmış risk taşımaları klinik özelliklerinin daha iyi anlaşılması gerektiğini düşündürmektedir. Erişkinlikte ortaya çıkabilen komorbid bozukluklar, kişilik bozuklukları, ağır ruhsal problemlerin önlenmesinde çocuklukta yapılabilecek müdahaleler değerlidir.

SZİ literatürde az çalışılmış bir konu olup bu alanda daha fazla çalışmanın yapılmasına ihtiyaç vardır. Yapılan çalışmaların odak noktası HZY veya ÖÖB olgulardır. Bazı çalışmalarda SZİ grubunun içerisine bazı çalışmalarda da kontrol grubuna dahil edilmeleri görünmezliklerine katkıda bulunmaktadır. Bir bozukluk olarak kabul edilmediğinden, daha sonra ortaya çıkan ruhsal bozukluklara odaklanılabilmekte ve bu durum altta yatan bilişsel tablonun ve bu tablonun yarattığı diğer sorunların gözden kaçmasına neden olabilmektedir.

Ülkemizde de SZİ çocuklar ile ilgili yapılan araştırmaların artmasının, SZİ'nin ayırıcı özelliklerinin karşılaştırma içeren çalışmalar yardımıyla aydınlatılmasının ve önleyici-destekleyici müdahalelerin geliştirilmesinin önemli olduğunu düşünmekteyiz.

9. KAYNAKLAR

1. Peltopuro M, Vesala H, Ahonen T, Närhi V. Borderline intellectual functioning: An increased risk of severe psychiatric problems and inability to work. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2020;64(12):923-33.
2. Peltopuro M, Ahonen T, Kaartinen J, Seppälä H, Närhi V. Borderline intellectual functioning: a systematic literature review. *Intellectual and developmental disabilities*. 2014;52(6):419-43.
3. Baglio G, Blasi V, Sangiuliano Intra F, Castelli I, Massaro D, Baglio F, et al. Social competence in children with borderline intellectual functioning: delayed development of theory of mind across all complexity levels. *Frontiers in psychology*. 2016;7:1604.
4. Wieland J, Van Den Brink A, Zitman FG. The prevalence of personality disorders in psychiatric outpatients with borderline intellectual functioning: Comparison with outpatients from regular mental health care and outpatients with mild intellectual disabilities. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2015;69(8):599-604.
5. Seltzer MM, Floyd F, Greenberg J, Lounds J, Lindstrom M, Hong J. Life course impacts of mild intellectual deficits. *American Journal on mental retardation*. 2005;110(6):451-68.
6. Träff U, Östergren R. Development of cognitive functions and academic skills in 9-to 10-year-old children with borderline intellectual functioning. *Developmental Neuropsychology*. 2021;46(1):54-69.
7. Greenspan S. Borderline intellectual functioning: an update. *Current opinion in psychiatry*. 2017;30(2):113-22.
8. Hassiotis A, Brown E, Harris J, Helm D, Munir K, Salvador-Carulla L, et al. Association of Borderline Intellectual Functioning and Adverse Childhood Experience with adult psychiatric morbidity. Findings from a British birth cohort. *BMC psychiatry*. 2019;19:1-9.
9. Wieland J, Zitman FG. It is time to bring borderline intellectual functioning back into the main fold of classification systems. *BJPsych Bulletin*. 2016;40(4):204-6.
10. Fernell E, Gillberg C. Borderline intellectual functioning. *Handbook of clinical neurology*. 174: Elsevier; 2020. p. 77-81.
11. Fernell E, Ek U. Borderline intellectual functioning in children and adolescents—insufficiently recognized difficulties. *Acta Paediatrica*. 2010;99(5):748-53.
12. Goddard HH. *The Kallikak Family*: Macmillan Company; 1912.
13. DSM I. *Diagnostic and statistical manual or mental disorder*. American Psychiatric Association, Washington; 1952.
14. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; (DSM-II)* American Psychiatric Publishing, Inc: Washington, DC, USA. 1968.

15. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)(Washington, DC: Author). 1980.
16. American Psychiatric Association A, Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV: American psychiatric association Washington, DC; 1994.
17. DSM-IV-TR. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: American Psychiatric Association; 2000.
18. WHO. International Classification of Diseases, Revision 8 (ICD-8). WHO Geneva, Switzerland; 1965.
19. Organization WH. ICD-9-CM International Classification of Diseases (9th Rev). World Health Organization, Geneva, Switzerland. 1975.
20. santé Omdl, Weltgesundheitsorganisation, Organization WH, WHO, Staff W. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines: World Health Organization; 1992.
21. Association A. American Psychiatric Pub. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). 2013.
22. Organization WH. International classification of diseases—Eleventh revision. Geneva, Switzerland: World Health Organization. 2019.
23. Chaudhari S, Bhalerao M, Chitale A, Pandit AN, Nene U. Pune low birth weight study-a six year follow up. *Indian pediatrics*. 1999;36:669-76.
24. Chaudhari S, Otiv M, Chitale A, Pandit A, Hoge M. Pune low birth weight study-cognitive abilities and educational performance at twelve years. *Indian pediatrics*. 2004;41(2):121-8.
25. Baglio F, Cabinio M, Ricci C, Baglio G, Lipari S, Griffanti L, et al. Abnormal development of sensory-motor, visual temporal and parahippocampal cortex in children with learning disabilities and borderline intellectual functioning. *Frontiers in human neuroscience*. 2014;8:806.
26. Farhadifar F, Ghotbi N, Yari A, Haydarpur M, Mohammadzadeh H, Afkhamzadeh A, et al. Risk factors associated with Borderline Intelligence in Schoolchildren: A Case-Control Study. *Pakistan Journal of Medical Sciences*. 2011;27(1).
27. O'BRIEN M, Rice M, Roy C. Defining eligibility criteria for preventive early intervention in an NICU population. *Journal of Early Intervention*. 1996;20(4):283-93.
28. Marlowe M, Errera J, Jacobs J. Increased lead and cadmium burdens among mentally retarded children and children with borderline intelligence. *American Journal of Mental Deficiency*. 1983.
29. Atkinson E. Thirty Years On: A Study of Former Pupils of a Special School. *Special Education: Forward Trends*. 1984;11(4):17-24.
30. Vaillant GE, Davis JT. Social/emotional intelligence and midlife resilience in schoolboys with low tested intelligence. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2000;70(2):215-22.

31. Sätälä H, Jolma LM, Meriläinen-Nipuli M, Koivu-Jolma M. Challenges and Neuropsychological Functioning in Children and Adolescents with Borderline Intellectual Functioning. *Children*. 2022;9(12):1847.
32. Karande S, Kanchan S, Kulkarni M. Clinical and psychoeducational profile of children with borderline intellectual functioning. *The Indian Journal of Pediatrics*. 2008;75:795-800.
33. Wieland J, Haan SK-D, Zitman FG. Psychiatric disorders in outpatients with borderline intellectual functioning: comparison with both outpatients from regular mental health care and outpatients with mild intellectual disabilities. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2014;59(4):213-9.
34. Ninivaggi FJ. Borderline intellectual functioning and academic problem. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 2005.
35. Peña-Salazar C, Arrufat F, Santos JM, Novell R, Valdés-Stauber J. Psychopathology in borderline intellectual functioning: A narrative review. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*. 2018.
36. Salvador-Carulla L, García-Gutiérrez JC, Gutiérrez-Colosía MR, Artigas-Pallarès J, Ibáñez JG, Pérez JG, et al. Borderline intellectual functioning: consensus and good practice guidelines. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*. 2013;6(3):109-20.
37. Schuchardt K, Gebhardt M, Mäehler C. Working memory functions in children with different degrees of intellectual disability. *Journal of intellectual disability research*. 2010;54(4):346-53.
38. Alloway T. Working memory and executive function profiles of individuals with borderline intellectual functioning. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2010;54(5):448-56.
39. Napora-Nulton L. Performance differences on the computerized version of the children's category test between male controls and male children with attention deficit hyperactivity disorder, learning disorder, and borderline intellectual functioning: Indiana University of Pennsylvania; 2003.
40. Bonifacci P, Snowling MJ. Speed of processing and reading disability: A cross-linguistic investigation of dyslexia and borderline intellectual functioning. *Cognition*. 2008;107(3):999-1017.
41. Mähler C. Acquiring a theory of biology: Knowledge about inheritance in children with lower intelligence. *Swiss Journal of Psychology/Schweizerische Zeitschrift für Psychologie/Revue Suisse de Psychologie*. 2005;64(3):173.
42. Smirni D, Smirni P, Di Martino G, Operto FF, Carotenuto M. Emotional awareness and cognitive performance in borderline intellectual functioning young adolescents. *The Journal of nervous and mental disease*. 2019;207(5):365-70.
43. Volkmar F, Klin A. Behavioral and learning problems in schoolchildren related to cognitive test data. *Acta Paediatrica*. 2004;93(7):872-3.

44. Kortteinen H, Närhi V, Ahonen T. Does IQ matter in adolescents' reading disability? *Learning and Individual Differences*. 2009;19(2):257-61.
45. MacMillan DL, Gresham FM, Bocian KM, Lambros KM. Current plight of borderline students: Where do they belong? *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*. 1998:83-94.
46. Claypool TR. Ability and achievement variables of average, low average and borderline students. 2005.
47. Birch KG. Phonological processing, automaticity, auditory processing, and memory in slow learners and children with reading disabilities: The University of Texas at Austin; 2003.
48. Swanson HL. The role of working memory and dynamic assessment in the classification of children with learning disabilities. *Learning Disabilities Research & Practice*. 1994.
49. Fenning RM, Baker JK, Baker BL, Crnic KA. Parent-child interaction over time in families of young children with borderline intellectual functioning. *Journal of Family Psychology*. 2014;28(3):326.
50. Fenning RM, Baker JK, Baker BL, Crnic KA. Parenting children with borderline intellectual functioning: A unique risk population. *American Journal on Mental Retardation*. 2007;112(2):107-21.
51. Guralnick MJ, Groom JM. Dyadic peer interactions of mildly delayed and nonhandicapped preschool children. *American journal of mental deficiency*. 1987.
52. Roberts C, Pratt C, Leach D. Classroom and playground interaction of students with and without disabilities. *Exceptional Children*. 1990;57(3):212-24.
53. McAlpine C, Kendall KA, Singh NN. Recognition of facial expressions of emotion by persons with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*. 1991.
54. Van Nieuwenhuijzen M, Vriens A, Scheepmaker M, Smit M, Porton E. The development of a diagnostic instrument to measure social information processing in children with mild to borderline intellectual disabilities. *Research in developmental disabilities*. 2011;32(1):358-70.
55. Gigi K, Werbeloff N, Goldberg S, Portuguese S, Reichenberg A, Fruchter E, et al. Borderline intellectual functioning is associated with poor social functioning, increased rates of psychiatric diagnosis and drug use—A cross sectional population based study. *European Neuropsychopharmacology*. 2014;24(11):1793-7.
56. Embregts P, Van Nieuwenhuijzen M. Social information processing in boys with autistic spectrum disorder and mild to borderline intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2009;53(11):922-31.
57. Crocker AG, Côté G, Toupin J, St-Onge B. Rate and characteristics of men with an intellectual disability in pre-trial detention. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*. 2007;32(2):143-52.
58. Schuster R, Guggenheim P. An investigation of the intellectual capabilities of juvenile offenders. *Journal of forensic sciences*. 1982;27(2):393-400.

59. Hollander HE, Turner FD. Characteristics of incarcerated delinquents: Relationship between development disorders, environmental and family factors, and patterns of offense and recidivism. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. 1985;24(2):221-6.
60. Douma JC, Dekker MC, de Ruiter KP, Tick NT, Koot HM. Antisocial and delinquent behaviors in youths with mild or borderline disabilities. *American Journal on Mental Retardation*. 2007;112(3):207-20.
61. Billstedt E, Anckarsäter H, Wallinius M, Hofvander B. Neurodevelopmental disorders in young violent offenders: overlap and background characteristics. *Psychiatry research*. 2017;252:234-41.
62. Chen C-Y, Lawlor JP, Duggan AK, Hardy JB, Eaton WW. Mild cognitive impairment in early life and mental health problems in adulthood. *American Journal of Public Health*. 2006;96(10):1772-8.
63. Hetland J, Braatveit KJ, Hagen E, Lundervold AJ, Erga AH. Prevalence and characteristics of borderline intellectual functioning in a cohort of patients with polysubstance use disorder. *Frontiers in Psychiatry*. 2021;12:651028.
64. Jankowska A, Bogdanowicz M, Shaw S. Borderline intellectual functioning. *Acta Neuropsychol*. 2012;10:271-90.
65. Brown AL, Lawton SC. The feeling of knowing experience in educable retarded children. *Developmental Psychology*. 1977;13(4):364.
66. Campione JC, Brown AL. Toward a theory of intelligence: Contributions from research with retarded children. *Intelligence*. 1978;2(3):279-304.
67. Vuijk PJ, Hartman E, Scherder E, Visscher C. Motor performance of children with mild intellectual disability and borderline intellectual functioning. *Journal of intellectual disability research*. 2010;54(11):955-65.
68. Westendorp M, Houwen S, Hartman E, Visscher C. Are gross motor skills and sports participation related in children with intellectual disabilities? *Research in developmental disabilities*. 2011;32(3):1147-53.
69. Ramey CT, Bryant DM, Wasik BH, Sparling JJ, Fendt KH, La Vange LM. Infant Health and Development Program for low birth weight, premature infants: Program elements, family participation, and child intelligence. *Pediatrics*. 1992;89(3):454-65.
70. Hassiotis A, Strydom A, Hall I, Ali A, Lawrence- Smith G, Meltzer H, et al. Psychiatric morbidity and social functioning among adults with borderline intelligence living in private households. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2008;52(2):95-106.
71. Dekker MC, Koot HM. DSM-IV disorders in children with borderline to moderate intellectual disability. I: Prevalence and impact. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2003;42(8):915-22.
72. Emerson E, Einfeld S, Stancliffe RJ. The mental health of young children with intellectual disabilities or borderline intellectual functioning. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2010;45:579-87.

73. Valle A, Baglio G, Zanette M, Massaro D, Baglio F, Marchetti A, et al. A New Perspective on the Role of Self-Confidence and Confidence in the Evaluation and Rehabilitation of Children With Adverse Life Experience and Borderline Intellectual Functioning: A Preliminary Study. *Frontiers in Psychology*. 2021;12:720219.
74. World Health Organization (WHO) ICD-10 Revision. *PsycEXTRA Dataset: American Psychological Association (APA)*; 2014.
75. Esposito M, Carotenuto M. Intellectual disabilities and power spectra analysis during sleep: a new perspective on borderline intellectual functioning. *Journal of intellectual disability research*. 2014;58(5):421-9.
76. Voigt RG, Barbaresi WJ, Colligan RC, Weaver AL, Katusic SK. Developmental dissociation, deviance, and delay: occurrence of attention-deficit-hyperactivity disorder in individuals with and without borderline-to-mild intellectual disability. *Developmental medicine and child neurology*. 2006;48(10):831-5.
77. Hassiotis A, Tanzarella M, Bebbington P, Cooper C. Prevalence and predictors of suicidal behaviour in a sample of adults with estimated borderline intellectual functioning: results from a population survey. *Journal of affective disorders*. 2011;129(1-3):380-4.
78. Hassiotis A, Ukoumunne O, Tyrer P, Piachaud J, Gilvarry C, Harvey K, et al. Prevalence and characteristics of patients with severe mental illness and borderline intellectual functioning: report from the UK700 randomised controlled trial of case management. *The British Journal of Psychiatry*. 1999;175(2):135-40.
79. Chaplin R, Barley M, Cooper S, Kusel Y, McKendrick J, Stephenson D, et al. The impact of intellectual functioning on symptoms and service use in schizophrenia. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2006;50(4):288-94.
80. Hassiotis A, Noor M, Bebbington P, Afia A, Wieland J, Qassem T. Borderline intellectual functioning and psychosis: adult psychiatric morbidity survey evidence. *The British Journal of Psychiatry*. 2017;211(1):50-1.
81. Vanstraelen M, Tyrer S. Rapid cycling bipolar affective disorder in people with intellectual disability: a systematic review. *Journal of Intellectual Disability Research*. 1999;43(5):349-59.
82. Wechsler D, Kodama H. *Wechsler intelligence scale for children*: Psychological corporation New York; 1949.
83. Wechsler D. *WISC-R, Wechsler intelligence scale for children, revised*: Psychological Corporation; 1974.
84. Savaşır I, Şahin N. *Wechsler çocuklar için zeka ölçeği (WISC-R) el kitabı*. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara. 1995.
85. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997;36(7):980-8.
86. Endicott J, Spitzer RL. A diagnostic interview: the schedule for affective disorders and schizophrenia. *Archives of general psychiatry*. 1978;35(7):837-44.

87. Chambers WJ, Puig-Antich J, Hirsch M, Paez P, Ambrosini PJ, Tabrizi MA, et al. The assessment of affective disorders in children and adolescents by semistructured interview: test-retest reliability of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children, Present Episode Version. Archives of general psychiatry. 1985;42(7):696-702.
88. Kaufman J, Birmaher B, Axelson D, Perepletchikova F, Brent D, Ryan N. K-SADS-PL DSM-5. Pittsburgh: Western Psychiatric Institute and Clinic. 2016.
89. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B, Kültür EÇ, Akdemir D, Taner Y. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenirliği. Çocuk ve gençlik ruh sağlığı dergisi. 2004.
90. Unal F, Oktem F, Cetin Cuhadaroclu F, Cengel Kultur SE, Akdemir D, Foto Ozdemir D, et al. Reliability and validity of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version, DSM-5 November 2016-Turkish adaptation (K-SADS-PL-DSM-5-T). 2019.
91. Chorpita BF, Yim L, Moffitt C, Umemoto LA, Francis SE. Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: A revised child anxiety and depression scale. Behaviour research and therapy. 2000;38(8):835-55.
92. Gormez V, Kılınçaslan A, Orenkul AC, Ebesutani C, Kaya I, Ceri V, et al. Psychometric properties of the Turkish version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale-Child Version in a clinical sample. Psychiatry and Clinical Psychopharmacology. 2017;27(1):84-92.
93. Conners CK. Conners' Parent Rating Scale--Revised (s): Multi-Health Systems; 1997.
94. Kaner S, Buyukozturk S, Iseri E. Conners parent rating scale-revised short: Turkish standardization study/Conners anababa dereceleme ölçeği-yenilenmiş kısa: Türkiye standardizasyon çalışması. Archives of Neuropsychiatry. 2013;50(2):100-10.
95. Bishop DV. The Children's communication checklist: Psychological Corporation London; 2003.
96. Ünal Ş. İletişim becerileri kontrol listesi-ii'nin (ccc-2) türkçeye uyarlama çalışması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara. 2014.
97. Şule Ü, ŞAHİN S. İletişim bozukluklarının klinik olarak değerlendirilmesi: "İletişim Becerileri Kontrol Listesi-2 (İBKL-2)" nin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal. 2022;9(2):469-96.
98. Katusic SK, Colligan RC, Beard CM, O'Fallon WM, Bergstralh EJ, Jacobsen SJ, et al. Mental retardation in a birth cohort, 1976-1980, Rochester, Minnesota. American journal of mental retardation: AJMR. 1996;100(4):335-44.
99. Bertelli MO, Deb S, Munir K, Hassiotis A, Carulla LS. Textbook of psychiatry for intellectual disability and autism spectrum disorder: Springer; 2022.
100. Schuchardt K, Maehler C, Hasselhorn M. Functional deficits in phonological working memory in children with intellectual disabilities. Research in developmental disabilities. 2011;32(5):1934-40.

101. Emerson E, Shahtahmasebi S, Lancaster G, Berridge D. Poverty transitions among families supporting a child with intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*. 2010;35(4):224-34.
102. Jankowska AM, Takagi A, Bogdanowicz M, Jonak J. Parenting style and locus of control, motivation, and school adaptation among students with borderline intellectual functioning. *Current Issues in Personality Psychology*. 2014;2(4):251-66.
103. Locurto C. Beyond IQ in preschool programs? *Intelligence*. 1991;15(3):295-312.
104. Rodas N, Zeedyk S, Baker B. Unsupportive parenting and internalising behaviour problems in children with or without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2016;60(12):1200-11.
105. Marquis S, Hayes MV, McGrail K. Factors that may affect the health of siblings of children who have an intellectual/developmental disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. 2019;16(4):273-86.
106. Spencer N, Lewis M, Logan S. Diagnostic and socio-demographic changes in multiple hospital admission in children under two over a five-year period. *Journal of Public Health*. 1993;15(4):332-6.
107. Nelson M, Naismith DJ. The nutritional status of poor children in London. *Journal of Human Nutrition*. 1979;33(1):33-45.
108. Spencer N, Logan S, Scholey S, Gentle S. Deprivation and bronchiolitis. *Archives of disease in childhood*. 1996;74(1):50-2.
109. Murray JS. Attachment theory and adjustment difficulties in siblings of children with cancer. *Issues in Mental Health Nursing*. 2000;21(2):149-69.
110. Dinleyici M, Dağlı FŞ. Evaluation of quality of life of healthy siblings of children with chronic disease. *Turkish Archives of Pediatrics/Türk Pediatri Arşivi*. 2018;53(4):205.
111. Haydar TF. Advanced microscopic imaging methods to investigate cortical development and the etiology of mental retardation. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*. 2005;11(4):303-16.
112. Garber HL. The Milwaukee Project: Preventing mental retardation in children at risk: ERIC; 1988.
113. Johnson S, editor Cognitive and behavioural outcomes following very preterm birth. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*; 2007: Elsevier.
114. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Prevalence and comorbidity of DSM-III-R diagnoses in a birth cohort of 15 year olds. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1993;32(6):1127-34.
115. Breton JJ, Bergeron L, Valla JP, Berthiaume C, Gaudet N, Lambert J, et al. Quebec child mental health survey: Prevalence of DSM- III- R mental health disorders. *Journal of child psychology and psychiatry*. 1999;40(3):375-84.

116. 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). *Nordic journal of psychiatry*. 2019;73(2):132-40.
117. Beesdo K, Knappe S, Pine DS. Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics*. 2009;32(3):483-524.
118. Gehlawat P, Gehlawat V. A narrative review of major depressive disorder in children and adolescents. *Arch Depress Anxiety*. 2020;6(1).
119. Toros F, Bilgin NG, Bugdayci R, Sasmaz T, Kurt O, Camdeviren H. Prevalence of depression as measured by the CBDI in a predominantly adolescent school population in Turkey. *European Psychiatry*. 2004;19(5):264-71.
120. Twenge JM, Nolen-Hoeksema S. Age, gender, race, socioeconomic status, and birth cohort difference on the children's depression inventory: a meta-analysis. *Journal of abnormal psychology*. 2002;111(4):578.
121. Lanzi G, Zambrino C, Termine C, Palestra M, Ginevra OF, Orcesi S, et al. Prevalence of tic disorders among primary school students in the city of Pavia, Italy. *Archives of disease in childhood*. 2004;89(1):45-7.
122. Fournier P, El Idrissi S, Boutière C, Revol O. Diagnosis and therapeutic current approach of obsessive compulsive disorder in children. *Archives de Pédiatrie: Organe Officiel de la Société Française de Pédiatrie*. 2004;11(3):285-94.
123. Bryńska A, Wolańczyk T. Epidemiology and phenomenology of obsessive-compulsive disorder in non-referred young adolescents: A Polish perspective. *European child & adolescent psychiatry*. 2005;14:319-27.
124. Güvender N. Bursa İlinde 9-15 Yaş Arasındaki Bir Örneklem Grubunda Çocuk ve Ergenlerde Obsesif Kompulsif Bozukluğun Epidemiyolojik ve Fenomenolojik Özellikleri: Bursa Uludağ University (Turkey); 1998.
125. Leckman JF, King RA, Bloch MH. Clinical features of Tourette syndrome and tic disorders. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*. 2014;3(4):372-9.
126. Rowland AS, Lesesne CA, Abramowitz AJ. The epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a public health view. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*. 2002;8(3):162-70.
127. Krull KR. Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: Epidemiology and pathogenesis. UpToDate Torchia MM (Ed), UpToDate, Waltham, MA Accessed on April. 2019;29.
128. Senol V, Unalan D, Akca RP, Basturk M. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity and other disruptive behaviour disorder symptoms among primary school-age children in Kayseri, Turkey. *Journal of International Medical Research*. 2018;46(1):122-34.
129. Zorlu A, Unlu G, Cakaloz B, Zencir M, Buber A, Isildar Y. The prevalence and comorbidity rates of ADHD among school-age children in Turkey. *Journal of attention disorders*. 2020;24(9):1237-45.

130. Akgün GM, Tufan AE, Yurteri N, Erdoğan A. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun genetik boyutu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011.
131. Maughan B, Rowe R, Messer J, Goodman R, Meltzer H. Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. *Journal of child psychology and psychiatry*. 2004;45(3):609-21.
132. Simonoff E, Pickles A, Meyer JM, Silberg JL, Maes HH, Loeber R, et al. The Virginia Twin Study of Adolescent Behavioral Development: Influences of age, sex, and impairment on rates of disorder. *Archives of general psychiatry*. 1997;54(9):801-8.
133. Moffitt TE, Caspi A. Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. *Development and psychopathology*. 2001;13(2):355-75.
134. Ercan ES, Bilaç Ö, Uysal Özaslan T, Akyol Ardic U. Prevalence of psychiatric disorders among Turkish children: the effects of impairment and sociodemographic correlates. *Child Psychiatry & Human Development*. 2016;47:35-42.
135. Ollendick TH, King NJ, Muris P. Fears and phobias in children: Phenomenology, epidemiology, and aetiology. *Child and Adolescent Mental Health*. 2002;7(3):98-106.
136. Bilaç Ö, Ercan ES, Uysal T, Aydin C. Prevalence of anxiety and mood disorders and demographic characteristics of elementary school students. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2014;25(3):171.
137. Mutluer T, Gorker I, Akdemir D, Ozdemir DF, Ozel OO, Vural P, et al. Prevalence, comorbidities and mediators of childhood anxiety disorders in urban Turkey: a national representative epidemiological study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2022;1-11.
138. Kalo B, Bella H. Enuresis: prevalence and associated factors among primary school children in Saudi Arabia. *Acta Paediatrica*. 1996;85(10):1217-22.
139. Mohammadi MR, Hojjat SK, Ahmadi N, Alavi SS, Hooshyari Z, Khaleghi A, et al. Prevalence of elimination disorders and comorbid psychiatric disorders in Iranian children and adolescents. *Journal of pediatric rehabilitation medicine*. 2021;14(1):19-29.
140. Ozden C, Ozdal OL, Altinova S, Oguzulgen I, Urgancioglu G, Memis A. Prevalence and associated factors of enuresis in Turkish children. *International braz j urol*. 2007;33:216-22.
141. Levine MD. Children with encopresis: a descriptive analysis. *Pediatrics*. 1975;56(3):412-6.
142. Shirley HF. Encopresis in children. *The Journal of Pediatrics*. 1938;12(3):367-80.
143. Bird HR, Canino G, Rubio-Stipec M, Gould MS, Ribera J, Sesman M, et al. Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico: The use of combined measures. *Archives of general psychiatry*. 1988;45(12):1120-6.
144. Broeren S, Muris P. The relation between cognitive development and anxiety phenomena in children. *Journal of Child and Family Studies*. 2009;18:702-9.

145. Noël VA, Francis SE. A meta-analytic review of the role of child anxiety sensitivity in child anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2011;39:721-33.
146. Douma JC, Dekker MC, Verhulst FC, Koot HM. Self-reports on mental health problems of youth with moderate to borderline intellectual disabilities. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2006;45(10):1224-31.
147. Staikova E, Gomes H, Tartter V, McCabe A, Halperin JM. Pragmatic deficits and social impairment in children with ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2013;54(12):1275-83.
148. Wellnitz SA, Kästel I, Vllasaliu L, Cholemkery H, Freitag CM, Bast N. The Revised Children's Communication Checklist- 2 (CCC- R): Factor Structure and Psychometric Evaluation. *Autism Research*. 2021;14(4):759-72.
149. Happé FG. An advanced test of theory of mind: Understanding of story characters' thoughts and feelings by able autistic, mentally handicapped, and normal children and adults. *Journal of autism and Developmental disorders*. 1994;24(2):129-54.
150. Westby C, Robinson L. A developmental perspective for promoting theory of mind. *Topics in language disorders*. 2014;34(4):362-82.
151. De la Torre Carril A, Durán-Bouza M, Pérez-Pereira M. Capacity of the CCC-2 to discriminate ASD from other neurodevelopmental disorders. *Children*. 2021;8(8):640.
152. Bishop D. Children's Communication Checklist (CCC-2). *Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders*. 2021:915-20.
153. Ruiz JH. *Understanding tropes: At the crossroads between pragmatics and cognition*: Peter Lang; 2009.
154. Pliszka, S., & AACAP Work Group on Quality Issues. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(7), 894-921.
155. Gormez, V., Kilincaslan, A., Ebesutani, C., Orengul, A. C., Kaya, I., Ceri, V., ... & Chorpita, B. F. (2017). Psychometric properties of the parent version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale in a clinical sample of Turkish children and adolescents. *Child Psychiatry & Human Development*, 48, 922-933.
156. Prutting, C.A. and D.M. Kittchner, A clinical appraisal of the pragmatic aspects of language. *Journal of Speech and hearing Disorders*, 1987. 52(2): p. 105-119.
157. Landa, R. J. (2005). Assessment of social communication skills in preschoolers. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 11(3), 247-252.

10. EKLER

EK 1. Gönüllü Olur ve Onam Formları

Çocuk ve Ergenler İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

(SZİ grubu Gönüllüleri İçindir)

Araştırmanın Adı:

“Sınırdaki Zihinsel İşlevsellik” ile İzlenen Çocuk ve Ergenlerin Klinik Özellikleri

Sorumlu Araştırmacı: Doç.Dr.Esra YÜRÜMEZ

Araştırmanın Yürütüleceği Yer:

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim
Dalı

Sevgili Çocuklar,

Sınırdaki Zihinsel İşlevsellik, ortalamanın altında bir bilişsel düzeye sahip olup zihinsel yetersizlik tanısını karşılamayan bireyleri ifade etmek için kullanılan terimdir.

Sizler gibi kliniğimize gelip burada değerlendirilen ve Sınırdaki Zihinsel İşlevsellik gösterdiği saptanan çocuklar, bazı günlük işleri ve okul çalışmalarını yaparken daha çok desteğe ihtiyaç duyabilir. Benzer sorunları yaşayan diğer çocukların da anlaşılmasına yardım etmek amacıyla bizler, bu çocukların daha ayrıntılı değerlendirilmesi için onlarla ve aileleriyle görüşmek, ardından bazı formlar vermek istiyoruz. Bu amaçla çalışmaya sizin de gönüllü olarak katılmanızı teklif ediyoruz.

Bu çalışmada, kliniğimize başvuran, uygulanan zeka testinde Sınırdaki Zihinsel İşlevsellik gösterdiği belirlenen, 8-16 yaş aralığındaki 65 çocuğun SZİ grubuna katılması planlanmaktadır. Ayrıca kontrol grubu olarak zihinsel açıdan normal gelişim gösterdiği belirlenen benzer yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik düzeydeki 65 çocuk da çalışmaya alınacaktır. Sizler bu çalışmada SZİ grubunu oluşturmaktasınız.

Öncelikle araştırmacı tarafından, sizlerle ve anne-babalarınızla ayrı ayrı değerlendirme görüşmeleri yapılacaktır. Sonrasında sizin ve ailelerinizin doldurması için ölçekler verilecektir. Bu kapsamda sizden ve anne-babanızdan bazı formları doldurmanız istenecektir. Bu işlemler araştırmacı ve anne-babanın ortak belirlediği bir tarihteki görüşmede tamamlanacaktır. Anne-babanızın verilen formları doldurması yaklaşık 35 dakika kadar, yapılacak görüşme 45-75 dakika arası sürecektir. Doktorunuzun sizinle yapacağı görüşme de yaklaşık 45-75 dakika kadar, verilecek olan formu doldurmanız yaklaşık 15 dakika kadar sürecektir.

Bu uygulamalar sırasında sizin için herhangi bir rahatsızlık veya risk beklenmemektedir. Sizinle ilgili olarak alınan bilgi yalnızca bilimsel amaçlı olarak kullanılacak, isimleriniz gizli tutulacak ve mahremiyetinize azami titizlik gösterilecektir. Araştırma süresince tedavi ya da randevularınızı yeniden düzenlemek için yardımcı araştırmacı Dr. Göksarp şENGÜN ile bağlantı kurabilirsiniz. Bu çalışmanın sorumlu araştırmacısı da Ankara Üniversitesi Tıp Fakóltesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Esra YÜRÜMEZ'dir.

Sevgili çocuklar, bu çalışmaya katılım kendi isteğinize bağlıdır. Araştırmaya katılmayı kabul edebilirsiniz. Eğer istemezseniz bu çalışmaya katılmayabilirsiniz, kabul ettikten sonra da istediğiniz herhangi bir anda mazeret göstermeksizin çalışmadan çıkabilirsiniz. Araştırmacı da sizin araştırmaya uyum sağlayamamanız veya benzeri nedenlerle sizi araştırma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz, çalışmadan çıkmaya karar vermeniz ya da araştırmacılar tarafından çalışmadan çıkarılmanız, size uygulanan tedavileri değiştirmeyecektir. Bu durumlarda ve bunlardan bağımsız sizin isteğinize bağlı olarak kimlik bilgileriniz ve araştırma süresince sizinle ilgili olarak alınan veriler araştırmadan çıkarılacaktır.

Araştırmanın size, ailenize ve bağlı olduğunuz Sosyal Güvenlik Kurumuna bir maliyeti yoktur. Araştırmanın bütçesi tarafımızca karşılanacaktır.

Gönüllü Onam Formu

“Sınırdaki Zihinsel İşlevsellik ile İzlenen Çocuk ve Ergenlerin Klinik Özellikleri” konulu çalışma bana sözlü olarak da açıklandı. Çalışma ile ilgili tüm sorularıma tatmin edici yanıtlar aldım. Bu çalışmaya kendi rızamla gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Gönüllünün Adı Soyadı:

İmza:

Araştırmacının

İmza:

Adı Soyadı:

Anne Babalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu
(SZİ grubu Gönüllülerinin Anne-Babaları İçindir)

Araştırmanın Adı:

“Sınırdaki Zihinsel İşlevsellik” ile İzlenen Çocuk ve Ergenlerin Klinik Özellikleri

Sorumlu Araştırmacı: Doç. Dr. Esra YÜRÜMEZ

Araştırmanın Yürütüleceği Yer:

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Sayın Anne Babalar,

Sınırdaki Zihinsel İşlevsellik, ortalamanın altında bir bilişsel düzeye sahip olup zihinsel yetersizlik tanısını karşılamayan bireyleri ifade etmek için kullanılan terimdir. Bu bireyler normal varyasyonun bir parçası olarak kabul edilse de günümüz karmaşık toplumunda pek çok zorlukla karşı karşıya kalmaktadır. Öğrenme, akıl yürütme, planlama, soyut düşünme ve yargılama gibi alanlarda zorluklar yaşayabilmektedirler. Okulda ve çalışma hayatında, sosyal ilişkilerde daha fazla sorun yaşamakta ve daha fazla ruhsal bozukluk geliştirmektedirler.

Çocuğunuz ile benzer sorunları yaşayan diğer çocukların da anlaşılmasına yardım etmek amacıyla bizler, bu çocukların daha ayrıntılı değerlendirilmesi için onlarla ve aileleriyle görüşmek, ardından bazı formlar vermek istiyoruz. Bu amaçla çalışmaya sizin de gönüllü olarak katılmanızı teklif ediyoruz.

Bu çalışmada, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran, uygulanan zeka testinde Sınırdaki Zihinsel İşlevsellik gösterdiği belirlenen, 8-16 yaş aralığındaki 65 çocuğun SZİ grubuna katılması planlanmaktadır. Ayrıca kontrol grubu olarak zihinsel açıdan normal gelişim gösterdiği belirlenen benzer yaş,

cinsiyet ve sosyoekonomik düzeydeki 65 çocuk da çalışmaya alınacaktır. Çocuğunuzun bu çalışmada SZİ grubunda yer alması planlanmaktadır.

Çocuklar ve siz değerli anne-babalarla, çocuğunuzun ayrıntılı ruhsal değerlendirilmesi için bazı sorular sorulacak, yapılan bu psikiyatrik görüşmelerin ardından çocukların ve sizlerin doldurması için ölçekler verilecektir (Sosyodemografik Bilgi Formu, Conners Anababa Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa Form, Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Yenilenmiş-Çocuk ve Ebeveyn formları, İletişim Becerileri Kontrol Listesi 2). Bu işlemler sizlerin ve araştırmacının ortak belirlediği bir tarihteki görüşmede tamamlanacaktır. Çocuğunuza ait bilgiler sağlayacak olan dolduracağınız formlar yaklaşık 35 dakika kadar, çocuğunuzun dolduracağı form yaklaşık 15 dakika kadar, doktorunuzun siz anne-babalar ve çocuklarınızla yapacağı görüşmelerin her biri 45-75 dakika arası sürecektir.

Bu uygulamalar sırasında çocuğunuz için herhangi bir rahatsızlık veya risk beklenmemektedir. Çocuğunuzla ilgili olarak alınan bilgi yalnızca bilimsel amaçlı olarak kullanılacak, isimler gizli tutulacak ve mahremiyetinize azami titizlik gösterilecektir. Bu çalışma size ya da bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kurumuna herhangi bir mali yük getirmeyecektir.

Araştırma süresince tedavi ya da randevularınızı yeniden düzenlemek için yardımcı araştırmacı Dr. Göksarp ŞENGÜN ile bağlantı kurabilirsiniz. Bu çalışmanın sorumlu araştırmacısı da Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Esra YÜRÜMEZ'dir. Araştırma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında yürütülmesi planlanan bir çalışmadır.

Çocuğunuzun bu çalışmaya katılmasını kendi isteğinizle, gönüllü olarak kabul edebilirsiniz. Eğer istemezseniz bu çalışmaya katılmayabilirsiniz, kabul ettikten sonra da istediğiniz herhangi bir anda mazeret göstermeksizin çocuğunuzu araştırmadan çıkarabilirsiniz. Araştırmacı da çocuğunuzun araştırmaya uyum sağlayamaması veya benzeri nedenlerle çocuğunuzu araştırma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz, çalışmadan çıkmaya karar vermeniz ya da araştırmacılar tarafından çalışmadan çıkarılmanız, çocuğunuza uygulanan tedavileri değiştirmeyecektir.

Gönüllü Onam Formu

“Sınırdaki Zihinsel İşlevsellik ile İzlenen Çocuk ve Ergenlerin Klinik Özellikleri” konulu çalışma bana sözlü olarak da açıklandı. Çalışma ile ilgili tüm sorularıma tatmin edici yanıtlar aldım. Bu çalışmaya kendi rızamla gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Gönüllünün Yasal Sorumlusunun (Anne-Baba)

İmza:

Adı Soyadı:

Araştırmacının

İmza:

Adı Soyadı:

Çocuk ve Ergenler İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu
(Kontrol Grubu Gönüllüleri İçindir)

Araştırmanın Adı:

“Sınırdaki Zihinsel İşlevsellik” ile İzlenen Çocuk ve Ergenlerin Klinik Özellikleri

Sorumlu Araştırmacı: Doç. Dr. Esra YÜRÜMEZ

Araştırmanın Yürütüleceği Yer:

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Sevgili Çocuklar,

Sınırdaki Zihinsel İşlevsellik, ortalamanın altında bir bilişsel düzeye sahip olup zihinsel yetersizlik tanısını karşılamayan bireyleri ifade etmek için kullanılan terimdir.

Kliniğimize gelip burada değerlendirilen ve Sınırdaki Zihinsel İşlevsellik gösterdiği saptanan çocuklar, bazı günlük işleri ve okul çalışmalarını yaparken daha çok desteğe ihtiyaç duyabilir. Benzer sorunları yaşayan diğer çocukların da anlaşılmasına yardım etmek amacıyla bizler, bu çocukların daha ayrıntılı değerlendirilmesi için onlarla ve aileleriyle görüşmek, ardından bazı formlar vermek istiyoruz. Bu amaçla çalışmaya sizin de gönüllü olarak katılmanızı teklif ediyoruz.

Bu çalışmada, kliniğimize başvuran, uygulanan zeka testinde Sınırdaki Zihinsel İşlevsellik gösterdiği belirlenen, 8-16 yaş aralığındaki 65 çocuğun SZİ grubuna katılması planlanmaktadır. Ayrıca kontrol grubu olarak, sizler gibi zihinsel açıdan normal gelişim gösterdiği belirlenen benzer yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik düzeydeki 65 çocuk da çalışmaya alınacaktır. Sizler bu çalışmada kontrol grubunu oluşturmaktasınız.

Öncelikle araştırmacı tarafından, sizlerle ve anne-babalarınızla ayrı ayrı değerlendirme görüşmeleri yapılacaktır. Sonrasında sizin ve ailelerinizin doldurması için ölçekler verilecektir. Bu kapsamda sizden ve anne-babanızdan bazı formları doldurmanız istenecektir. Bu işlemler

araştırmacı ve anne-babanın ortak belirlediği bir tarihteki görüşmede tamamlanacaktır. Anne-babanızın verilen formları doldurması yaklaşık 35 dakika kadar, yapılacak görüşme 45-75 dakika arası sürecektir. Doktorunuzun sizinle yapacağı görüşme de yaklaşık 45-75 dakika kadar, verilecek olan formu doldurmanız yaklaşık 15 dakika kadar sürecektir.

Bu uygulamalar sırasında sizin için herhangi bir rahatsızlık veya risk beklenmemektedir. Sizinle ilgili olarak alınan bilgi yalnızca bilimsel amaçlı olarak kullanılacak, isimleriniz gizli tutulacak ve mahremiyetinize azami titizlik gösterilecektir. Araştırma süresince tedavi ya da randevularınızı yeniden düzenlemek için yardımcı araştırmacı Dr. Göksarp ŞENGÜN ile bağlantı kurabilirsiniz. Bu çalışmanın sorumlu araştırmacısı da Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Esra YÜRÜMEZ'dir.

Sevgili çocuklar, bu çalışmaya katılım kendi isteğinize bağlıdır. Araştırmaya katılmayı kabul edebilirsiniz. Eğer istemezseniz bu çalışmaya katılmayabilirsiniz, kabul ettikten sonra da istediğiniz herhangi bir anda mazeret göstermeksizin çalışmadan çıkabilirsiniz. Araştırmacı da sizin araştırmaya uyum sağlayamamanız veya benzeri nedenlerle sizi araştırma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz, çalışmadan çıkmaya karar vermeniz ya da araştırmacılar tarafından çalışmadan çıkarılmanız, size uygulanan tedavileri değiştirmeyecektir. Bu durumlarda ve bunlardan bağımsız sizin isteğinize bağlı olarak kimlik bilgileriniz ve araştırma süresince sizinle ilgili olarak alınan veriler araştırmadan çıkarılacaktır.

Araştırmanın size, ailenize ve bağlı olduğunuz Sosyal Güvenlik Kurumuna bir maliyeti yoktur. Araştırmanın bütçesi tarafımızca karşılanacaktır.

Gönüllü Onam Formu

“Sınırdaki Zihinsel İşlevsellik ile İzlenen Çocuk ve Ergenlerin Klinik Özellikleri” konulu çalışma bana sözlü olarak da açıklandı. Çalışma ile ilgili tüm sorularıma tatmin edici yanıtlar aldım. Bu çalışmaya kendi rızamla gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Gönüllünün Adı Soyadı:

İmza:

Araştırmacının

İmza:

Adı Soyadı:

Anne Babalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu
(Kontrol Grubu Gönüllülerinin Anne-Babaları İçindir)

Araştırmanın Adı:

“Sınırdaki Zihinsel İşlevsellik” ile İzlenen Çocuk ve Ergenlerin Klinik Özellikleri

Sorumlu Araştırmacı: Doç. Dr. Esra YÜRÜMEZ

Araştırmanın Yürütüleceği Yer:

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Sayın Anne Babalar,

Sınırdaki Zihinsel İşlevsellik, ortalamanın altında bir bilişsel düzeye sahip olup zihinsel yetersizlik tanısını karşılamayan bireyleri ifade etmek için kullanılan terimdir. Bu bireyler normal varyasyonun bir parçası olarak kabul edilse de günümüz karmaşık toplumunda pek çok zorlukla karşı karşıya kalmaktadır. Öğrenme, akıl yürütme, planlama, soyut düşünme ve yargılama gibi alanlarda zorluklar yaşayabilmektedirler. Okulda ve çalışma hayatında, sosyal ilişkilerde daha fazla sorun yaşamakta ve daha fazla ruhsal bozukluk geliştirmektedirler.

Çalışmamızda, toplumun önemli bir kesimini temsil eden bu bireylerin, normal gelişim gösteren çocuklardan farklarını ortaya koyarak, koruyucu-destekleyici önlemlerin alınması ve geliştirilmesine katkı sağlamak amaçlanmaktadır.

Bu çalışmada, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran, uygulanan zeka testinde Sınırdaki Zihinsel İşlevsellik gösterdiği belirlenen, 8-16 yaş aralığındaki 65 çocuğun SZİ grubuna katılması planlanmaktadır. Ayrıca kontrol grubu olarak çocuğunuz gibi zihinsel açıdan normal gelişim gösterdiği belirlenen benzer yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik düzeydeki 65 çocuk da çalışmaya alınacaktır. Çocuğunuzun bu çalışmada kontrol grubunda yer alması planlanmaktadır.

Çocuklar ve siz değerli anne-babalarla, çocuğunuzun ayrıntılı ruhsal değerlendirilmesi için bazı sorular sorulacak, yapılan bu psikiyatrik görüşmelerin ardından çocukların ve sizlerin doldurması için ölçekler verilecektir (Sosyodemografik Bilgi Formu, Conners Anababa Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa Form, Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Yenilenmiş-Çocuk ve Ebeveyn formları, İletişim Becerileri Kontrol Listesi 2). Bu işlemler sizlerin ve araştırmacının ortak belirlediği bir tarihteki görüşmede tamamlanacaktır. Çocuğunuza ait bilgiler sağlayacak olan dolduracağınız formlar yaklaşık 35 dakika kadar, çocuğunuzun dolduracağı form yaklaşık 15 dakika kadar, doktorunuzun siz anne-babalar ve çocuklarınızla yapacağı görüşmelerin her biri 45-75 dakika arası sürecektir.

Bu uygulamalar sırasında çocuğunuz için herhangi bir rahatsızlık veya risk beklenmemektedir. Çocuğunuzla ilgili olarak alınan bilgi yalnızca bilimsel amaçlı olarak kullanılacak, isimler gizli tutulacak ve mahremiyetinize azami titizlik gösterilecektir. Bu çalışma size ya da bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kurumuna herhangi bir mali yük getirmeyecektir. Araştırma süresince tedavi ya da randevularınızı yeniden düzenlemek için yardımcı araştırmacı Dr. Göksarp ŞENGÜN ile bağlantı kurabilirsiniz. Bu çalışmanın sorumlu araştırmacısı da Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Esra YÜRÜMEZ'dir. Araştırma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında yürütülmesi planlanan bir çalışmadır.

Çocuğunuzun bu çalışmaya katılmasını kendi isteğinizle, gönüllü olarak kabul edebilirsiniz. Eğer istemezseniz bu çalışmaya katılmayabilirsiniz, kabul ettikten sonra da istediğiniz herhangi bir anda mazeret göstermeksizin çocuğunuzun araştırma dışı çıkarabilirsiniz. Araştırmacı da çocuğunuzun araştırmaya uyum sağlayamaması veya benzeri nedenlerle çocuğunuzun araştırma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz, çalışmadan çıkmaya karar vermeniz ya da araştırmacılar tarafından çalışmadan çıkarılmanız, çocuğunuza uygulanan tedavileri değiştirmeyecektir.

Gönüllü Onam Formu

“Sınırdaki Zihinsel İşlevsellik ile İzlenen Çocuk ve Ergenlerin Klinik Özellikleri” konulu çalışma bana sözlü olarak da açıklandı. Çalışma ile ilgili tüm sorularıma tatmin edici yanıtlar aldım. Bu çalışmaya kendi rızamla gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Gönüllünün Yasal Sorumlusunun (Anne-Baba)

İmza:

Adı Soyadı:

Araştırmacının

İmza:

Adı Soyadı:

EK 2. Sosyodemografik Bilgi Formu

TARİH: / /

ÇOCUĞUN ADI-SOYADI:

ÇOCUĞUN PROTOKOL NUMARASI:

ADRES:

TELEFON:

ÇOCUĞUN CİNSİYETİ: 1)Kız 2)Erkek

ÇOCUĞUN DOĞUM TARİHİ:

ÇOCUĞUN YAŞI:

FORMU DOLDURAN: Anne / Baba / Diğer (.....)

GELİŞ ŞEKLİ:

- 1) Kendi isteğiyle başvuru 2) Arkadaş/aile tavsiyesi 3) Öğretmen yönlendirmesi
4)Başka bölümden konsültasyon ile 5)Diğer(Belirtiniz:.....)

OKULU VE SINIFI:

OKUL ÖNCESİ EĞİTİM ÖYKÜSÜ: 1)Gitmedi 2)Kreş (..... ay) 3)Anasınıfı (..... ay)

Çocuğunuz daha önce akran zorbalığına uğradı mı ?

- 1) Hayır
2) Evet

(Akran zorbalığı çocuklar arasında gözlenen, mevcut ya da algılanan bir güç farkından ortaya çıkan, istenmeyen ve agresif davranışlar olarak tanımlanabilir. Akran zorbalığı, zorbaca davranışın bir kez gerçekleşmesi ile sınırlı olmayıp tekrarlayıcı biçimde ortaya çıkmaktadır.)

Evet ise en uzun ne kadar sürdü?

- 1) Bir haftadan kısa
2) Bir ya da iki hafta
3) Yaklaşık bir ay
4) Yaklaşık altı ay
5) Yaklaşık bir yıl
6) Birkaç yıl boyunca

Çocuğunuz geçtiğimiz aylarda akran zorbalığına ne sıklıkta uğradı?

- 1) Uğramadı.
- 2) Bir veya iki kez
- 3) Bir ay içerisinde 2 ya da 3 kez
- 4) Ortalama haftada bir kez
- 5) Haftada birkaç kez

Çocuğunuz geçtiğimiz aylarda aşağıdaki durumlardan hangileri yoluyla akran zorbalığına uğradı?

- 1) Uğramadı.
- 2) Alay edilme / Sataşılma
- 3) Dışlanma
- 4) Dövülme
- 5) İftiraya uğrama
- 6) Eşyalarına zarar verilmesi
- 7) İnternet veya sosyal medya yoluyla zorbalığa (siber zorbalık) uğrama
- 8) Diğer.....

Çocuğunuz daha önce akranlarına zorbalıkta bulundu mu?

- 1)Hayır 2)Evet

Çocuğunuz geçtiğimiz aylarda akranlarına ne sıklıkta zorbalıkta bulundu?

- 1) Bulunmadı.
- 2) Bir veya iki kez
- 3) Bir ay içerisinde 2 ya da 3 kez
- 4) Ortalama haftada bir kez
- 5) Haftada birkaç kez

Çocuğunuz geçtiğimiz aylarda aşağıdaki tutumlardan hangileri yoluyla akran zorbalığında bulundu?

- 1) Bulunmadı.
- 2) Alay etme / Sataşma
- 3) Dışlama
- 4) Dövme
- 5) İftira atma
- 6) Eşyalarına zarar verme

7) İnternet veya sosyal medya yoluyla zorbalıkta bulunma (Siber zorbalık)

8) Diğer.....

Çocuğunuzun bilinen herhangi bir tıbbi hastalığı var mı?

1)Yok 2)Var(Ne olduğunu belirtiniz:)

Çocuğunuzun alkol, sigara veya madde kullanımı var mı?

Alkol kullanımı 1)Yok 2) Şüphe duyuyorum. 3)Var

Cevap “Var” ise son 3 ay içinde ne sıklıkta

1) Ayda 1-3 gün 2) Haftada 1-5 gün 3) Hemen hemen her gün

Sigara kullanımı 1)Yok 2) Şüphe duyuyorum. 3)Var

(Cevap “Var” ise son 3 ay içindeki ortalama tüketimi adet/gün olarak belirtiniz.....)

Geçmişte madde/ilaç kötüye kullanımı: 1)Yok 2) Şüphe duyuyorum. 3)Var

Cevap “Var” ise madde/ilaç kötüye kullanımı sebebiyle tedavi gördü mü? 1)Hayır 2)Evet

Mevcut madde/ilaç kötüye kullanımı 1)Yok 2) Şüphe duyuyorum. 3)Var

Cevap “Var” ise kullanılan madde türünü veya kötüye kullanılan ilacı belirtiniz.....)

Cevap “Var” ise son 3 ay içinde esrar, bonzai gibi maddeleri veya tedavi amacı dışında bağımlılık yapabilen ilaçları kullanımı toplam tahmini gün sayısı olarak belirtiniz (Birden çok türde madde/ilaç durumunda her biri için ayrı ayrı belirtiniz)

(.....)

Güvenlik birimine veya yargıya intikal eden suç geçmişi/suçta sürüklenme:

1)Hayır 2) Evet

Cevap Evet ise:

-İlk kez suçta sürüklenme yaşı:

-Suçta sürüklenme geçmişi:

1. Ağır suç (Adam öldürme, öldürme girişimi, cinsel suçlar)
2. Yaralama
3. Yaralamasız saldırı
4. Eşya/mala zarar verme

5. Gasp/gasp girişimi
6. Hırsızlık
7. Dolandırıcılık / sahtekarlık
8. Diğer.....

PRENATAL-NATAL-POSTNATAL ÖYKÜ

Gebelik süresince herhangi bir problem oldu mu?

1)Hayır 2)Evet(Ne olduğunu belirtiniz.....)

Doğum Şekli:1)Normal Doğum 2)Sezaryen 3)Diğer(belirtiniz:)

Doğum Haftası: hafta

Doğumda herhangi bir problem oldu mu?

1)Hayır 2)Evet(Ne olduğunu belirtiniz.....)

AİLENİN AYLIK GELİR DÜZEYİ: TL (aylık toplam gelir olarak belirtiniz)

AİLE YAPISI:

1)Çekirdek Aile

2)Geniş Aile (Kimlerle yaşıyor belirtiniz:)

3)Anne-Baba ayrı, anne ile yaşıyor

4)Anne-Baba ayrı, baba ile yaşıyor

5)Diğer (Kimlerle yaşıyor belirtiniz:)

ANNE: Sağ / Ölü (Ölüm nedenini belirtiniz:)

Adı:

Yaşı:

Mesleği:

1) Çalışmıyor 2) İşçi 3) Memur(.....) 4) Esnaf 5) Serbest Meslek 6) Emekli

7) Diğer(.....)

Eğitim Düzeyi:

1) Okuryazar Değil 2) Okuryazar 3) İlkokul 4) Ortaokul 5) Lise 6) Yüksekokul 7) Üniversite

8) Yüksek Lisans/Doktora

Tıbbi Hastalık: 1)Yok 2)Var(Belirtiniz:)

Psikiyatrik Hastalık: 1)Yok 2)Var(Belirtiniz:)

Düzenli Kullandığı İlaç: 1)Yok 2)Var(Belirtiniz:)

Alkol, sigara veya madde kullanımınız var mı?

Alkol kullanımı 1) Yok 2) Var

Var ise ne sıklıkta 1) Haftada 1-2 gün 2) Haftada 3-4 gün 3) Haftada 5-7 gün

Var ise son 6 ay içinde sarhoş olunan gün sayısı.....)

Sigara kullanımı 1)Yok 2)Var

(Var ise son 6 ay içindeki ortalama tüketimi paket/gün olarak belirtiniz.....)

Geçmişte madde/ilaç kötüye kullanımı: 1)Yok 2)Var

Var ise madde/ilaç kötüye kullanımı sebebiyle tedavi gördünüz mü? 1)Hayır 2)Evet

Mevcut madde/ilaç kötüye kullanımı 1)Yok 2)Var

Var ise kullanılan madde veya ilacın türünü belirtiniz.....)

Var ise son 6 ay içinde esrar, eroin gibi maddeleri veya tedavi amacı dışında bağımlılık yapabilen ilaçları kullanımı toplam gün sayısı olarak belirtiniz (Birden çok türde madde/ilaç durumunda her biri için ayrı ayrı belirtiniz.)

(.....)

Yargıya intikal eden suç geçmişi:

1)Hayır 2) Evet

Geçmişte cezaevine girme öyküsü / Halen cezaevinde bulunma:

1)Hayır 2) Evet

Cevaplardan en az biri Evet ise:

İlk kez suç işleme yaşı:

Suç geçmişi:

1. Adam öldürme
2. Öldürme girişimi
3. Cinsel suçlar
4. Yaralama
5. Yaralamasız saldırı
6. Eşya/mala zarar verme
7. Gasp/gasp girişimi

8. Hırsızlık
9. Dolandırıcılık / sahtekarlık
10. Diğer.....

BABA: Sağ / Ölü (Ölüm nedenini belirtiniz:)

Adı:

Yaşı:

Mesleği:

- 1)Çalışmıyor 2)İşçi 3)Memur(.....) 4)Esnaf 5)Serbest Meslek 6)Emekli
7)Diğer(.....)

Eğitim Düzeyi:

- 1)Okuryazar Değil 2)Okuryazar 3)İlkokul 4)Ortaokul 5)Lise 6)Yüksekokul 7)Üniversite
8)Yüksek Lisans/Doktora

Tıbbi Hastalık: 1)Yok 2)Var(Belirtiniz:)

Psikiyatrik Hastalık: 1)Yok 2)Var(Belirtiniz:)

Düzenli Kullandığı İlaç: 1)Yok 2)Var(Belirtiniz:)

Alkol, sigara veya madde kullanımınız var mı?

Alkol kullanımı 1)Yok 2)Var

Var ise ne sıklıkta 1) Haftada 1-2 gün 2) Haftada 3-4 gün 3) Haftada 5-7 gün

Var ise son 6 ay içinde sarhoş olunan gün sayısı.....)

Sigara kullanımı 1)Yok 2)Var

(Var ise son 6 ay içindeki ortalama tüketimi paket/gün olarak belirtiniz.....)

Geçmişte madde/ilaç kötüye kullanımı: 1)Yok 2)Var

Var ise madde/ilaç kötüye kullanımı sebebiyle tedavi gördünüz mü? 1)Hayır 2)Evet

Mevcut madde/ilaç kötüye kullanımı 1)Yok 2)Var

Var ise kullanılan madde veya ilacın türünü belirtiniz.....)

Var ise son 6 ay içinde esrar, eroin gibi maddeleri veya tedavi amacı dışında bağımlılık yapabilen ilaçları kullanımı toplam gün sayısı olarak belirtiniz (Birden çok türde madde/ilaç durumunda her biri için ayrı ayrı belirtiniz.)

(.....)

Yargıya intikal eden suç geçmişi:

1) Hayır 2) Evet

Geçmişte cezaevine girme öyküsü / Halen cezaevinde bulunma:

1) Hayır 2) Evet

Cevaplardan en az biri Evet ise:

İlk kez suç işleme yaşı:

Suç geçmişi:

11. Adam öldürme
12. Öldürme girişi
13. Cinsel suçlar
14. Yaralama
15. Yaralamasız saldırı
16. Eşya/mala zarar verme
17. Gasp/gasp girişi
18. Hırsızlık
19. Dolandırıcılık / sahtekarlık
20. Diğer.....

KARDEŞ SAYISI (Katılımcı hariç) :

KARDEŞ YAŞLARI (Büyükten Küçüğe Doğru Sıralayınız – Katılımcı hariç) :

Kardeşlerden herhangi birinde herhangi bir tıbbi hastalık var mı?

1)Yok 2)Var

Hangisinde ve ne olduğunu belirtiniz:

Kardeşlerden herhangi birinde herhangi bir psikiyatrik bozukluk var mı?

1) Yok 2) Var

Hangisinde ve ne olduğunu belirtiniz:

Kardeşlerden herhangi birinin düzenli kullandığı bir ilaç var mı?

1) Yok 2) Var

Hangisinde ve ne olduğunu belirtiniz:

Kardeşlerden herhangi birinin alkol, sigara veya madde kullanımı var mı?

Alkol kullanımı 1)Yok 2) Şüphe duyuyorum. 3)Var

Cevap “Şüphe duyuyorum.” veya “Var” ise kardeşlerin kaçında olduğunu ayrı ayrı belirtiniz:

Şüphe:

Var:

Sigara kullanımı 1)Yok 2) Şüphe duyuyorum. 3)Var

Cevap “Şüphe duyuyorum.” veya “Var” ise kardeşlerin kaçında olduğunu ayrı ayrı belirtiniz:

Şüphe:

Var:

Geçmişte madde/ilaç kötüye kullanımı: 1) Yok 2) Şüphe duyuyorum. 3)Var

Cevap “Şüphe duyuyorum.” veya “Var” ise kardeşlerin kaçında olduğunu ayrı ayrı belirtiniz:

Şüphe:

Var:

Mevcut madde/ilaç kötüye kullanımı 1) Yok 2) Şüphe duyuyorum. 3)Var

Cevap “Şüphe duyuyorum.” veya “Var” ise kardeşlerin kaçında olduğunu ayrı ayrı belirtiniz:

Şüphe:

Var:

Kardeşlerden herhangi birinin yargıya intikal eden suç geçmişi:

1)Yok 2)Var

Kardeşlerin kaçında olduğunu belirtiniz:)

Kardeşlerden herhangi birinde geçmişte cezaevine girme öyküsü / halen cezaevinde bulunma:

1) Hayır 2) Evet

Kardeşlerin kaçında olduğunu belirtiniz:)

Araştırmacının adı soyadı: Dr.Göksarp Şengün

İş Adresi: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Mamak Cad. 06260, Mamak/ANKARA

EK 3. Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş Çocuk Formu

ÇADÖ-Y (Çocuk Formu)

Adı ve Soyadı:

Yaş:

Cinsiyet:

Eğitimi (sınıfı):

Aşağıda insanların kendini nasıl hissettiklerini tanımlayan ifadeler bulunmaktadır. Her ifadeyi dikkatlice okuyun ve sizin için doğru olana seçeneğe karar verin (“ Asla doğru değil ise 0’ı, Bazen doğru ise 1’i, Sık Sık doğru ise 2’yi, Her Zaman doğru ise 3’ü işaretleyin).

		ASLA	BAZEN	SIK SIK	HER ZAMAN
1.	Bazı konularda endişe/kaygı duyarım	(0)	(1)	(2)	(3)
2.	Kendimi üzgün veya boşlukta hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)
3.	Bir sorunum olduğunda midemde tuhaf bir his olur	(0)	(1)	(2)	(3)
4.	Bir işte başarısız olduğumu veya işi iyi yapmadığımı düşündüğüm zaman endişelenirim/kaygılanırım	(0)	(1)	(2)	(3)
5.	Evde yalnız kalmaktan korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
6.	Hiçbir şeyden eskisi kadar zevk almıyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
7.	Sınava gireceğim zaman korkarım/ endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
8.	Birinin bana kızgın olduğunu düşündüğümde endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
9.	Ailemden uzakta olmak beni endişelendirir	(0)	(1)	(2)	(3)
10.	Aklımdaki kötü ya da aptalca düşünceler veya görüntüler beni rahatsız eder	(0)	(1)	(2)	(3)
11.	Uyku sorunum var	(0)	(1)	(2)	(3)
12.	Okulda başarısız olacağımdan korkarım/ endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
13.	Ailemden birinin başına çok kötü bir şey geleceğinden endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
14.	Hiçbir neden yokken aniden sanki nefes alamıyorum gibi hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)
15.	İştahım ile ilgili sorunlarım var	(0)	(1)	(2)	(3)
16.	Yaptığım şeyleri tam veya doğru yapıp yapmadığımı tekrar tekrar kontrol ederim (lambaların kapatıldığından, kapının kilitlendiğinden emin olmak gibi)	(0)	(1)	(2)	(3)
17.	Kendi başıma uyumam gerekirse bundan korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
18.	Sabahları gergin veya endişeli hissettiğimden okula gitmek istemem	(0)	(1)	(2)	(3)
19.	Hiçbir şey için enerjim yok	(0)	(1)	(2)	(3)
20.	Aptalca görüldüğümde endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
21.	Kendimi çok yorgun hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)
22.	Başıma kötü şeyler geleceğinden endişe ederim	(0)	(1)	(2)	(3)
23.	Kötü ve saçma düşünceleri kafamdan atamıyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
24.	Bir sorunum olduğunda kalbim çok hızlı atar	(0)	(1)	(2)	(3)
25.	Rahat bir şekilde düşünemem	(0)	(1)	(2)	(3)
26.	Hiçbir nedeni yokken aniden titreme ve ürperme hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)
27.	Başıma kötü bir şey geleceğinden endişe ediyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
28.	Bir sorunum olduğunda titrediğimi hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)
29.	Kendimi değersiz hissediyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
30.	Yanlış yapmaktan kaygılanırım/endişe ederim	(0)	(1)	(2)	(3)
31.	Kötü şeylerin olmasını engellemek için özel bazı düşünceleri (sayılar, kelimeler gibi) aklımdan geçirmem gerekir	(0)	(1)	(2)	(3)
32.	Diğer insanların benim hakkında ne düşündükleri beni endişelendirir	(0)	(1)	(2)	(3)

33.	Kalabalık yerlerde (alışveriş merkezi, sinema, otobüsler, yoğun oyun alanları gibi) bulunmaktan korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
34.	Hiçbir nedeni yokken birden yoğun korku duyarım	(0)	(1)	(2)	(3)
35.	Gelecek hakkında endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
36.	Hiçbir nedeni yokken aniden başım döner ve bayılacak gibi olurum	(0)	(1)	(2)	(3)
37.	Ölüm hakkında düşünürüm	(0)	(1)	(2)	(3)
38.	Sınıfımın önünde konuşma yapmak beni korkutur	(0)	(1)	(2)	(3)
39.	Kalbim sebepsiz yere aniden çok hızlı çarpmaya başlar	(0)	(1)	(2)	(3)
40.	Hareket etmek istemiyor gibi hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)
41.	Ortada korkulacak bir şey yokken aniden korkutucu bir his yaşamaktan endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
42.	Aynı şeyi tekrar tekrar yapmak zorunda hissedirim (ellerimi yıkamak, temizlik yapmak veya bir şeyleri belli bir sıraya koymak gibi)	(0)	(1)	(2)	(3)
43.	İnsanların önünde aptal durumuna düşmekten korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
44.	Kötü şeylerin olmasını engellemek için bazı şeyleri “tam olması gereken biçimde” yapmak zorunda hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)
45.	Geceleri yatağa gittiğimde endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
46.	Gece evden uzakta kalmaktan (başkasının evinde uyumak gibi) korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
47.	Kendimi huzursuz hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)

EK 4. Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş Ebeveyn Formu

ÇADÖ-Y (Ebeveyn Formu)

Adı ve Soyadı:

Yaş:

Cinsiyet:

Eğitimi (sınıfı):

Aşağıda insanların kendini nasıl hissettiklerini tanımlayan ifadeler bulunmaktadır. Her ifadeyi dikkatlice okuyun ve sizin için doğru olana seçeneğe karar verin (“ Asla doğru değil ise 0’ı, Bazen doğru ise 1’i, Sık Sık doğru ise 2’yi, Her Zaman doğru ise 3’ü işaretleyin).

		ASLA	BAZEN	SIK SIK	HER ZAMAN
1.	Çocuğum bazı konularda endişe/kaygı duyar	(0)	(1)	(2)	(3)
2.	Çocuğum kendisini üzgün veya boşlukta hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
3.	Çocuğumun bir sorunu olduğunda midesinde tuhaf bir his olur	(0)	(1)	(2)	(3)
4.	Çocuğum bir işte başarısız olduğunu veya işi iyi yapmadığını düşündüğü zaman endişelenir/kaygılanır	(0)	(1)	(2)	(3)
5.	Çocuğum evde yalnız kalmaktan korkar	(0)	(1)	(2)	(3)
6.	Çocuğum hiçbir şeyden eskisi kadar zevk almıyor	(0)	(1)	(2)	(3)
7.	Çocuğum sınava gireceği zaman korkar/ endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
8.	Çocuğum birinin ona kızgın olduğunu düşündüğünde endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
9.	Çocuğumu ailesinden uzakta olmak endişelendirir	(0)	(1)	(2)	(3)
10.	Çocuğumu aklındaki kötü ya da aptalca düşünceler veya görüntüler rahatsız eder	(0)	(1)	(2)	(3)
11.	Çocuğumun uyku sorunu var	(0)	(1)	(2)	(3)
12.	Çocuğum okulda başarısız olacağından korkar/ endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
13.	Çocuğum aileden birinin başına çok kötü bir şey geleceğinden endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
14.	Çocuğum hiçbir neden yokken aniden sanki nefes alamıyormuş gibi hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
15.	Çocuğumun iştah ile ilgili sorunları var	(0)	(1)	(2)	(3)
16.	Çocuğum yaptığı şeyleri tam veya doğru yapıp yapmadığını tekrar tekrar kontrol eder (lambaların kapatıldığından, kapının kilitlendiğinden emin olmak gibi)	(0)	(1)	(2)	(3)
17.	Çocuğum kendi başına uyuması gerektiğinde bundan korkar	(0)	(1)	(2)	(3)
18.	Çocuğum sabahları gergin veya endişeli hissettiğinden okula gitmek istemez	(0)	(1)	(2)	(3)
19.	Çocuğumun hiçbir şey için enerjisi yok	(0)	(1)	(2)	(3)
20.	Çocuğum aptalca görünmekten endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
21.	Çocuğum kendisini çok yorgun hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
22.	Çocuğum başına kötü şeyler geleceğinden endişe eder	(0)	(1)	(2)	(3)
23.	Çocuğum kötü ve saçma düşünceleri kafasından atamıyor	(0)	(1)	(2)	(3)
24.	Çocuğum bir sorunu olduğunda kalbi çok hızlı atar	(0)	(1)	(2)	(3)
25.	Çocuğum rahat bir şekilde düşünemez	(0)	(1)	(2)	(3)

26.	Çocuğum hiçbir nedeni yokken aniden titreme ve ürperme hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
27.	Çocuğum başına kötü bir şey geleceğinden endişe eder	(0)	(1)	(2)	(3)
28.	Çocuğum bir sorunu olduğunda titrer	(0)	(1)	(2)	(3)
29.	Çocuğum kendisini değersiz hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
30.	Çocuğum yanlış yapmaktan kaygılanır/endişe eder	(0)	(1)	(2)	(3)
31.	Çocuğum kötü şeylerin olmasını engellemek için özel bazı düşünceleri(sayılar, kelimeler gibi) aklından geçirir	(0)	(1)	(2)	(3)
32.	Çocuğumu diğer insanların onun hakkında ne düşündükleri endişelendirir	(0)	(1)	(2)	(3)
33.	Çocuğum kalabalık yerlerde (alışveriş merkezi, sinema, otobüsler, yoğun oyun alanları gibi) bulunmaktan korkar	(0)	(1)	(2)	(3)
34.	Çocuğum hiçbir nedeni yokken birden yoğun korku duyar	(0)	(1)	(2)	(3)
35.	Çocuğum gelecek hakkında endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
36.	Çocuğum hiçbir nedeni yokken aniden başı döner ve bayılacak gibi olur	(0)	(1)	(2)	(3)
37.	Çocuğum ölüm hakkında düşünür	(0)	(1)	(2)	(3)
38.	Çocuğumu sınıfın önünde konuşma yapmak korkutur	(0)	(1)	(2)	(3)
39.	Çocuğumun kalbi sebepsiz yere aniden çok hızlı çarpmaya başlar	(0)	(1)	(2)	(3)
40.	Çocuğum hareket etmek istemiyor gibi hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
41.	Çocuğum ortada korkulacak bir şey yokken aniden korkutucu bir his yaşamaktan endişe eder	(0)	(1)	(2)	(3)
42.	Çocuğum aynı şeyi tekrar tekrar yapmak zorunda hisseder (ellerini yıkamak, temizlik yapmak veya bir şeyleri belli bir sıraya koymak gibi)	(0)	(1)	(2)	(3)
43.	Çocuğum İnsanların önünde aptal durumuna düşmekten korkar	(0)	(1)	(2)	(3)
44.	Çocuğum kötü şeylerin olmasını engellemek için bazı şeyleri “tam olması gereken biçimde” yapmak zorunda hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
45.	Çocuğum geceleri yatağa gittiğinde endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
46.	Çocuğum gece evden uzakta kalmaktan (başkasının evinde uyumak gibi) korkar	(0)	(1)	(2)	(3)
47.	Çocuğum kendisini huzursuz hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)

PLK-F-102

EK 5. Connors Anababa Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa Form

Çocuğun adı -----			Cinsiyeti: <u>K</u> <u>E</u> (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 Dikkatsizdir, dikkati kolayca dağılır.	0	1	2	3
2 Öfkeli ve alıngandır.	0	1	2	3
3 Ev ödevlerini yapmada ya da tamamlamada güçlük çeker	0	1	2	3
4 Sürekli hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi hareket eder.	0	1	2	3
5 Dikkat süresi kısadır.	0	1	2	3
6 Yetişkinlerle tartışır.	0	1	2	3
7 Ürkektir, kolayca korkar	0	1	2	3
8 Ödevlerini tamamlamayı başaramaz	0	1	2	3
9 Çarşıda ya da marketlerde alışveriş sırasında kontrolü zordur	0	1	2	3
10 Evde ya da okulda dağınık ya da düzensizdir	0	1	2	3
11 Hiddetlenir.	0	1	2	3
12 Ödevlerini yaparken yakından denetlenmesi gerekir	0	1	2	3
13 Yalnızca gerçekten ilgi duyduğu şeylere dikkatini verir	0	1	2	3
14 Uygun olmayan ortamlarda aşırı bir şekilde koşuşturur ya da tırmanır.	0	1	2	3
15 Dikkatinin dağınıklığı ya da dikkatinin süresi sorun yaratır.	0	1	2	3
16 Sinirlidir.	0	1	2	3
17 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
18 Kıpır kıpırdır, huzursuzdur.	0	1	2	3
19 Bir şey yapması için yönergeler verildiğinde dikkati dağılır.	0	1	2	3
20 Yetişkinlerin isteklerine açıkça karşı gelir ya da uymayı reddeder.	0	1	2	3
21 Sınıfta dikkatini toplamada sorunu vardır.	0	1	2	3
22 Sırada beklemekte ya da oyunlarda ve grup etkinliklerinde sıranın kendisine gelmesini beklemekte güçlüğü vardır.	0	1	2	3
23 Sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda yerinden kalkar.	0	1	2	3
24 Başkalarını kızdıran şeyleri kasıtlı olarak yapar.	0	1	2	3
25 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
26 Sakin bir biçimde oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker.	0	1	2	3
27 Çabalamaktan çabuk vazgeçer	0	1	2	3

EK 6. Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği-Yeniden Gözden Geçirilmiş Formu (WISC-R / WÇZÖ-R)

WÇZÖ-R

WECHSLER ÇOCUKLAR
İÇİN ZEKA ÖLÇEĞİ
KAYIT FORMU

İSİM YAŞ CİNSİYET

ADRES

BABASININ ADI ANNESİNİN ADI

OKUL SINIF

TESTİN UYGULANDIĞI YER TESTİ UYGULAYAN

İSTEKTE BULUNAN

Babanın Eğitimi : Babanın İşi :

Annenin Eğitimi : Annenin İşi :

Profil çizmek isteyen klinisyenler önce çocuğun ölçek puanlarını aşağıdaki kutuların içine aktarmalıdır. Daha sonra her ölçeğin puanlarına karşılık gelen noktaya X işareti koymalıdır ve X'leri birleştiren bir çizgi çizmelidir

SÖZEL TESTLER

Standart Puan	Genel Bilgi	Benzerlikler	Aritmetik	Sözcük Dağı	Yargılama	Sayı Dizisi
19	.	.	.	.	.	.
18	.	.	.	.	.	.
17	.	.	.	.	.	.
16	.	.	.	.	.	.
15	.	.	.	.	.	.
14	.	.	.	.	.	.
13	.	.	.	.	.	.
12	.	.	.	.	.	.
11	.	.	.	.	.	.
10	.	.	.	.	.	.
9	.	.	.	.	.	.
8	.	.	.	.	.	.
7	.	.	.	.	.	.
6	.	.	.	.	.	.
5	.	.	.	.	.	.
4	.	.	.	.	.	.
3	.	.	.	.	.	.
2	.	.	.	.	.	.
1	.	.	.	.	.	.

PERFORMANS TESTLERİ

Standart Puan	Resim Tamamlama	Resim Düzenleme	Küplerle Desen	Parça Birleştirme	Şifre	Labirentler
19	.	.	.	.	.	.
18	.	.	.	.	.	.
17	.	.	.	.	.	.
16	.	.	.	.	.	.
15	.	.	.	.	.	.
14	.	.	.	.	.	.
13	.	.	.	.	.	.
12	.	.	.	.	.	.
11	.	.	.	.	.	.
10	.	.	.	.	.	.
9	.	.	.	.	.	.
8	.	.	.	.	.	.
7	.	.	.	.	.	.
6	.	.	.	.	.	.
5	.	.	.	.	.	.
4	.	.	.	.	.	.
3	.	.	.	.	.	.
2	.	.	.	.	.	.
1	.	.	.	.	.	.

NOTLAR

SÖZEL TESTLER

	Ham Puan	Standart Puan
Genel Bilgi		
Benzerlikler		
Aritmetik		
Sözcük Dağırcığı		
Yargılama (Sayı Dizisi)		
Sözel Puan		

PERFORMANS TESTLERİ

	Ham Puan	Standart Puan
Resim Tamamlama		
Resim Düzenleme		
Küplerle Desen		
Parça Birleştirme		
Şifre (Labirentler)		
Performans Puanı		

NOTLAR

Standart* Puan ZB

Sözel Puan	 X
Performans Puanı	 X
Tüm Puan	 X
*Gerekliyse ayarlanmış olabilir	 X

Bu testi sadece Türk Psikologlar Derneği'nin yetki verdiği kişiler uygulayabilir ve yorumlayabilir.
Test malzemesi hiçbir şekilde çoğaltılamaz, uygulama ehliyeti bulunmayan kişilere verilemez.

Bu testin Türkiye'deki telif hakları The Psychological Corporation'ın izniyle
Türk Psikologlar Derneği'ne aittir.

Translated and adapted by permission for research purposes.

Copyright 1979 by The Psychological Corporation, New York, N.Y. All rights reserved.

EK 7. Ölçek Kullanım İzni



İleti Gönder

İletiler

Kişiler

Yardım

Ayarlar

Hakkında

Kapat

Yanıtla Toplu Yanıtla İlet Sil Yazdır İşaretle Diğer Önceki Sonraki

Re: Dr.Göksarp / TEZ

 Şule ÜNAL göndericisinde 2022 13:53 tarihinde
Ayrıntılar Düz Metin

İBK (2).pdf (~782 KB)

Göksarp Bey Merhaba

Araştırma detaylarını inceledim, İletişim Becerileri Kontrol Listesi İBK-2'nin tezinizde kullanımı uygundur.

Ekte İBK-2 Formunu iletiyorum. Puanlaması ile ilgili bilgileri daha sonra sizinle yüz yüze ya da online bir program üzerinden görüşerek gerçekleştirebiliriz birazcık karmaşık olduğu için.

Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.

İyi Günler...

< > adresine sahip kullanıcı 2022 Pzt, 15:34 tarihinde şunu yazdı:

İyi akşamlar Şule Hanım

Ben Göksarp Şengün. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi

Anabilim Dalı Araştırma Görevlisiyim.

Doç.Dr.Esra YÜRÜMEZ danışmanlığında, "Sınırdaki Zihinsel İşlevsellik" ile

Takipli Çocuk ve Ergenlerin Klinik Özellikleri isimli; Çocuk ve ergen

psikiyatri kliniğimize ayaktan başvuran, 8-16 Yaş Arası, Sınırdaki

Zihinsel İşlevsellik gösteren olguların klinik özelliklerini kontrol

grubuyla karşılaştıran bir tez çalışması yapmayı planlıyorum.

2014 yılında tarafınızca geçerlilik güvenirlik tez çalışması yapılmış

olan İletişim Becerileri Kontrol Listesi 2'yi izniniz olursa tezimde

kullanmak istiyorum.

Tez ile ilgili bilgileri ekte sunuyorum.

Saygılarımla