



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE
BOZUKLUĞU TANILI ÇOCUKLARDA
EBEVEYN DUYGU DÜZENLEME
BECERİLERİNİN ANKSİYETE
SEMPTOMLARI VE YAŞAM KALİTESİ
İLE İLİŞKİSİ**

MERVE YILMAZ

**TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. ÖZALP EKİNCİ**

**KLİNİK PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ DOKTORA PROGRAMI**

**DOKTORA TEZİ
TEMMUZ/2024**

İTHAF

“Canım Kendim’e ithaf ediyorum.”

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim ve tez çalışması süresince bana destek olan sevgili danışmanım Prof. Dr. Özalp Ekinci'ye teşekkürlerimi sunarım.

Eğitimim ve tez çalışması sürecinde yardımlarını esirgemeyen güler yüzlü hocam Dr. Öğr. Üyesi İbrahim Adak'a şükranlarımı sunuyorum.

10 yılı aşkın süredir tanıdığım, desteğini eksik etmeyen, bilgilerini tereddütsüz paylaşan, iyi bir insan ve sevgili hocam Hasan Bahçekapılı'ya şükranlarımı iletiyorum.

Klinik Psikoloji Ana Bilim Dalı Başkanı sevgili hocam Doç. Dr. Aynur Feyzioğlu'na emekleri ve bu süreçteki destekleri için teşekkürlerimi sunuyorum.

Verilerin toplanması sırasında yardımcı olan Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Çocuk Ergen Polikliniği'ndeki görevli personellere ve hekimlere teşekkür ediyorum.

Tez sürecinde fikirleri ile destek olan Prof. Dr. Muhammed Ayaz'a teşekkürlerimi sunarım.

Sevgili anneme, babama ve ablama sevgileri ile yanımda oldukları ve var oldukları için şükranlarımı sunuyorum.

Canım kız kardeşlerim Nursel, Seha ve Buket'e benimle oldukları ve sevgileri için teşekkürlerimi sunuyorum.

Sevgili Merve İşkol'a bu süreçte bana inandığı ve yanımda olduğu için derin şükranlarımı sunuyorum.

Sevgili Emrah Döner'e sevgisi, varlığı ve benimle olduğu için derin şükranlarımı iletiyorum.

Ve kendime teşekkür etmek istiyorum. Olan ve olabilecek her şey için kendime derin sevgilerimi ve şükranlarımı iletiyorum.

Doktora eğitimim boyunca TÜBİTAK Bilim İnsanı Destek Programları Başkanlığı (BİDEB) 2211/A Yurt İçi Genel Doktora Burs Programı bursiyeri olarak destek aldığım TÜBİTAK'a teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

İTHAF.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	x
SİMGELER VE KISALTMALAR	xi
ÖZET	xii
ABSTRACT.....	xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU	4
2.1.1. Tanım ve Genel Bilgiler	4
2.1.2. Epidemiyoloji.....	5
2.1.3. Etiyoloji	7
2.1.4. Klinik Özellikler	8
2.1.5. Tanı Kriterleri	9
2.1.5.1. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu görünüşleri.....	10
2.1.6. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Komorbidite	12
2.1.7. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Anksiyete	13
2.2. ANKSİYETE	17
2.2.1. Tanım ve Genel Özellikler.....	17
2.2.2. Epidemiyoloji ve Etiyoloji.....	20
2.3. DUYGU DÜZENLEME.....	20
2.3.1. Tanım ve Genel Özellikler.....	20
2.3.2. Duygu Düzenleme ve Mizaç.....	22
2.3.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Duygu Düzenleme.....	23
2.3.4. Komorbidite için Risk Faktörü Olarak Duygu Düzenleme	24
2.3.5. Komorbidite için Risk Faktörü Olarak Ebeveyn	26
2.3.6. Gelişim Sürecinde Duygu Düzenleme.....	28
2.3.7. DEHB'li Çocuklarda Komorbid Durumların/Semptomların Gelişimine Duygu Düzenleme Üzerinden Bütüncül Bakış.....	30
2.4. YAŞAM KALİTESİ	32
2.4.1. Tanım ve Genel Özellikler.....	32
2.4.2. Çocuk ve Ebeveyn Bildirim Farklılığı.....	33
2.4.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Yaşam Kalitesi	35

2.4.4. Yaşam Kalitesi ve DEHB’li Çocuklarda Anksiyete.....	39
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	41
3.1. ÇALIŞMANIN DESENİ	41
3.2. ÖRNEKLEME YÖNTEMİ ve ÖRNEKLEM	41
3.3. PROSEDÜR.....	42
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	43
3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	43
3.4.2. Conners Anne-Baba Derecelendirme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa Form (CADÖ-YK)	43
3.4.3. Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin DSM-IV’e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği.....	44
3.4.4. Duygu Düzenleme Güçlükleri Ölçeği-Kısa Form (DDGÖ-KF).....	44
3.4.5. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI FORM TX-1 ve TX-2).....	45
3.4.6. Duygu Ayarlama Ölçeği (DAÖ).....	45
3.4.7. Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ).....	46
3.4.8. Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ)	46
3.5. KULLANILAN İSTATİSTİKİ YÖNTEMLER.....	46
4. BULGULAR.....	48
4.1. ANKSİYETE DEĞİŞKENİ İLE İLGİLİ ANALİZLER	48
4.2. ÇALIŞMA DEĞİŞKENLERİ İLE DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİLER	51
4.2.1. Çalışma Değişkenleri Üzerinde Cinsiyet Farklılıkları.....	52
4.2.2. Çalışma Değişkenleri ile Demografik Değişkenler Arasındaki Korelasyonel İlişkiler.....	53
4.3. ÇALIŞMA DEĞİŞKENLERİ ARASINDAKİ KORELASYONEL İLİŞKİLER....	55
4.4. ANKSİYETE GRUPLARI İLE İLGİLİ ANALİZLER.....	61
4.5. ÇALIŞMA DEĞİŞKENLERİ ÜZERİNDE YORDAYICI ANALİZLER.....	62
4.5.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Üzerinde Yordayıcı Analizler.....	63
4.5.2. Anksiyete Üzerinde Yordayıcı Analizler.....	64
5. TARTIŞMA	69
5.1. ANKSİYETENİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE TEZ TASARIMINDA DEĞİŞİKLİĞE YÖNELİK TARTIŞMA	69
5.2. ANKSİYETE DEĞİŞKENİNE YÖNELİK TARTIŞMA	74
5.3. ÇALIŞMA DEĞİŞKENLERİ İLE DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN TARTIŞMASI	76
5.3.1. Çalışma Değişkenleri Üzerinde Cinsiyet Farklılıklarına Yönelik Tartışma.....	76
5.3.2. Çalışma Değişkenleri ile Demografik Değişkenler Arasındaki İlişkilere Yönelik Tartışma	78

5.4. ÇALIŞMA DEĞİŞKENLERİ ARASINDAKİ KORELASYONEL İLİŞKİLERE YÖNELİK TARTIŞMA	80
5.5. ANKSİYETE GRUPLARI İLE İLGİLİ ANALİZLERE YÖNELİK TARTIŞMA ..	88
5.6. ÇALIŞMA DEĞİŞKENLERİ ÜZERİNDE YORDAYICI ANALİZLERE YÖNELİK TARTIŞMA	89
5.6.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Üzerinde Yordayıcı Analizlerin Tartışması.....	90
5.6.2. Anksiyete Üzerinde Yordayıcı Analizlerin Tartışması.....	91
5.7. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI VE SONRAKİ ÇALIŞMALARA DAİR GÖRÜŞLER	93
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	97
KAYNAKLAR	103
EKLER.....	125

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 2.1: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanılı çocuklarda anksiyete komorbiditesine ilişkin duygu düzenleme ve mizaç profili.....	31
Tablo 4.1: Anksiyete skorları uyumlu ve uyumsuz katılımcı çiftlerinin çalışma değişkenleri üzerinde karşılaştırılması	49
Tablo 4.2: Ebeveyn ve çocuktan alınan ölçümlerin karşılaştırılması	50
Tablo 4.3: Çalışma değişkenlerinin ortalama ve standart sapmaları ile çocuğun cinsiyeti karşılaştırmaları	53
Tablo 4.4: Demografik değişkenler ile çalışma değişkenleri arasındaki ilişkiler.....	54
Tablo 4.5: Demografik değişkenler üzerinde anksiyete pozitif ve negatif grup karşılaştırmaları	55
Tablo 4.6: Çalışma değişkenleri arası korelasyonlar	58
Tablo 4.7: Anksiyete pozitif ve negatif gruplarda çalışma değişkenleri arası korelasyonlar	60
Tablo 4.8: Çalışma değişkenleri üzerinde anksiyete pozitif ve negatif grup karşılaştırmaları	62
Tablo 4.9: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu toplam puanı üzerinde yordayıcı analiz sonuçları.....	63
Tablo 4.10: Anksiyete ortalama puanı üzerinde yordayıcı analiz sonuçları.....	65

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.1: Anksiyete puanı uyumunun ebeveyn-çocuk üzerinde karşılaştırılması.....	51
Şekil 4.2: Anksiyete puanı üzerinde durumluk kaygı ve anksiyete (ÇATÖ) gruplarının ortak etkisi.....	66
Şekil 4.3: Anksiyete puanı üzerinde durumluk kaygı ve anksiyete (ÇATÖ) uyumunun ortak etkisi.....	67
Şekil 4.4: Anksiyete puanı üzerinde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve anksiyete (ÇATÖ) uyumunun ortak etkisi.....	68

SİMGELER VE KISALTMALAR

AAB	: Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu
AB	: Anksiyete Bozukluğu
ÇATÖ	: Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği
DB	: Davranım Bozukluğu
DD	: Duygu Düzenleme
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DSM	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
KOKGB	: Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu
MDB	: Majör Depresif Bozukluğu
SA	: Sosyal Anksiyete
SAB	: Sosyal Anksiyete Bozukluğu
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistiksel Analiz Paketi)
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu
YK	: Yaşam Kalitesi
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANILI ÇOCUKLARDA EBEVEYN DUYGU DÜZENLEME BECERİLERİNİN ANKSİYETE SEMPTOMLARI VE YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ

ÖZET

Amaç: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı almış çocuklarda, DEHB semptomları ve eşlik eden anksiyete belirtilerinin ebeveyn duygu düzenleme becerileri tarafından yordanıp yordanmadığının incelenmesi hedeflenmiştir. Çalışmanın bir diğer amacı, anksiyete belirtileri düşük ve yüksek olan çocuklarda DEHB semptom düzeylerinin, ebeveyn duygu düzenleme güçlükleri ve kaygısının ve çocuk duygu düzenleme becerilerinin karşılaştırılmasıdır. Ayrıca çalışma kapsamında çocuğun yaşam kalitesinin, çalışma değişkenleri ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya DEHB tanısı almış 201 çocuk (Ort.Yaş = 9.86, SS = 1.38) ve ebeveynleri katılmıştır. Ebeveynler araştırmacı tarafından geliştirilen sosyodemografik bilgi formu, Conners Aile Derecelendirme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa Form, Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, Duygu Düzenleme Güçlükleri Ölçeği-Kısa Form, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, Duygu Ayarlama Ölçeği'ni doldururken, Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği ve Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği hem çocuklar hem de ebeveynleri tarafından doldurulmuştur. Verilerin analizinde korelasyon ve t-testi analizleri, varyans analizi, regresyon analizleri ve düzenleyici regresyon modelleri kullanılmıştır.

Bulgular: Ebeveyn duygu düzenleme güçlükleri DEHB semptomlarını yordarken, DEHB semptomları ile durumluk kaygı çocuk anksiyete semptomlarını yordamıştır. Ek olarak, yüksek anksiyete grubundaki çocukların ebeveynleri yüksek düzeylerde duygu düzenleme güçlükleri raporlamışlardır. Ayrıca, çocuğun anksiyete belirtileri üzerinde ebeveyn ve çocuk değerlendirmelerinin farklılaşmasının sonuçları etkilediği gözlenmiştir.

Sonuç: Ebeveyn duygu düzenleme güçlüklerinin çocukların DEHB semptomları üzerinde yordayıcı etkileri görülmüştür. Ayrıca, ebeveyn kaygısı ve DEHB şiddeti çocuğun anksiyetesi üzerinde yordayıcı etkiye sahiptir. DEHB'li çocukların ebeveynlerinde kaygı ve duygu düzenleme becerilerine yönelik müdahaleler, çocukların

anksiyete semptomları gelişiminde koruyucu bir etki oluşturacaktır. Ayrıca, farklı kaynaklardan alınan ölçümlerin bulguları etkileyebileceği anlaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, DEHB, Duygu Düzenleme, Ebeveyn Duygu Düzenleme, Yaşam Kalitesi



THE RELATIONSHIP BETWEEN PARENTAL EMOTION REGULATION SKILLS AND ANXIETY SYMPTOMS AND QUALITY OF LIFE IN CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

ABSTRACT

Aim: It was aimed to examine whether attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) symptoms and accompanying anxiety symptoms in children with ADHD are predicted by parental emotion regulation skills. Another aim of the study is to compare ADHD symptom levels and parental emotion regulation difficulties in children with low and high anxiety symptoms. In addition, the study aimed to investigate the relationship between the child's quality of life and the study variables.

Materials and Methods: 201 children with ADHD (Mean Age = 9.86, SD = 1.38) and their parents participated in the study. While parents completed the Conners Family Rating Scale-Revised Short Form, DSM-IV Based Screening and Evaluation Scale for Conduct Disorders in Children and Adolescents, Difficulties in Emotion Regulation Scale-Brief Form, and State-Trait Anxiety Inventory, Emotion Adjustment Scale. Besides, the Childhood Anxiety Screening Scale and Quality of Life Scale for Children were completed by both children and their parents. Correlation and t-test analyses, analysis of variance, regression analyses and moderated regression models were used to analyse the data.

Results: While emotion regulation difficulties predicted ADHD symptoms, ADHD symptoms and state anxiety predicted anxiety symptoms of children. Additionally, parents of children in the high anxiety group reported high levels of emotion regulation difficulties. In addition, the findings show that differences in parent and child evaluations of the child's anxiety symptoms moderated the results.

Conclusion: Parental emotion regulation difficulties have been shown to have predictive effects on children's ADHD symptoms. Additionally, parental anxiety and ADHD symptom level had predictive effects on children's anxiety. Interventions for anxiety symptoms and emotion regulation skills in parents of children with ADHD will have a protective effect on the development of anxiety symptoms in children. In addition, it has been observed that measurements taken from different sources such as parents and children have potential to alter results which requires further scientific inquiry.

Key Words: ADHD, Anxiety, Emotion Regulation, Parental Emotion Regulation, Quality of Life



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) okul çağındaki çocuklarda en sık görülen nörogelişimsel bozukluklardan biridir (1,2) ve bilişsel, duygusal ve davranışsal işlevselliği önemli ölçüde etkileyen dikkatsizlik, aşırı hareketlilik, dürtüsellik veya bu belirtilerin birlikteliği ile karakterize edilmektedir (1). DEHB'nin seyri bireyden bireye değişiklik gösterse de DEHB'li birey, aileler ve sistemler üzerinde oldukça büyük bir yük oluşturmaktadır (3,4).

DEHB ile birlikte görülen psikopatolojilerin ve semptomların varlığı DEHB için bir istisna olmaktan çıkmıştır (5,6) ve bu durum yaşam boyu olumsuz etkiler ile ilişkilendirilmektedir (7). DEHB ile anksiyete ve anksiyete bozukluğu birlikteliği çocuk popülasyonunda oldukça yaygın görülmektedir. Çalışmalarda DEHB'ye eşlik eden anksiyetenin pek çok işlevsel bozulma ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (8-10). Çocukluk başlangıçlı anksiyete bozuklukları ergenlik ve yetişkinlik döneminde de varlığını sürdürebilir ve bu durumda akademik, duygusal, mesleki, sosyal alan işlevselliklerinde daha ciddi sıkıntı ve bozulmalar görülmektedir (11-14). Dolayısıyla, DEHB'li çocuklarda görülen anksiyete semptomlarının erken teşhis ve tedavisi oldukça kritik bir öneme sahiptir.

Bunun yanında, DEHB'nin duygu düzenleme güçlükleri ile yüksek seviyede ilişkili olduğu bilinmektedir (15). Literatürde çeşitli tanımlar yer alsa da duygu düzenlemenin hemfikir olunan tanımlarından birisi, duygu ile ilişkili durumların başlatılması, sürdürülmesi, nasıl ortaya çıkartılıp ifade edildiği ve gerektiğinde kontrol edilip değiştirilmesi ile ilgili süreçlerin bir bütünü olduğudur (2,16,17). Kişi duygu düzenleme güçlükleri yaşıyor ise belirgin duygusal değişkenlikler ve sorunlar açığa çıkmaktadır (18,19). DEHB'li popülasyon içinde duygusal belirtilerin yaygınlığı sebebiyle, bazı araştırmalarda duygusal belirtilerin DEHB ile ilişkili bir özellikten ziyade DEHB'nin bir parçası olarak görülebileceği önerilmektedir (20,21).

Duygu düzenleme becerileri konusunda zorluk yaşayan çocuklar içselleştirme ve dışsallaştırma psikopatolojileri açısından risk altındadır (22) ve DEHB'li çocuklar arasında yüksek oranlarda anksiyetenin görülmesinde duygu düzenleme güçlüklerinin rol oynadığı belirtilmektedir (23). Gelişimsel açıdan ele alındığında, duygu düzenleme güçlüklerinin DEHB belirtileri ve diğer psikopatolojiler arasında bir köprü işlevi gördüğü

ve bu sebeple de gelişimsel süreçte anksiyete gibi sorunların ortaya çıkmasından belirli ölçüde sorumlu olduğu düşünülmektedir (23,24).

Çocukların duygu düzenlemeleri söz konusu olduğunda, ebeveynlerin duygusal davranışları çocukların sağlıklı duygusal gelişiminde önemli bir anahtardır (25,26). Ebeveynler, çocukların duyguları gözlemlediği, öğrendiği, nasıl işlendiğini izledikleri ve deneyimledikleri duygusal iklimi oluşturan çok önemli kaynaklardır. Bu sebeple, teorik açıdan bakıldığında ebeveynin duygu düzenleme becerileri ve duygu ile ilgili davranışları çocuğun geliştireceği özellikleri ve uyum süreçleri için kritik önem taşımaktadır (2). Ayrıca, duygu düzenleme nesiller arası aktarıma sahiptir, bu sebeple ebeveyn ve çocukların duygu düzenlemeleri birbirleri ile oldukça ilişkilidir (27-30). Duygu düzenleme güçlükleri ve özellikle duygu düzenleme gelişimini etkileyen ebeveyn ve ebeveyn davranışları DEHB'li çocukları diğer komorbid durumlara veya semptomlara yatkın hale getirecek şekilde etkileşime girebilmektedir (31-33).

Özetle, duygu düzenleme becerileri çocukların psikolojik ve davranışsal işlevlerinin çeşitli kombinasyonları ile eşleşmekte ve DEHB'li çocuklarda duygu düzenleme, anksiyete gibi eşlik eden komorbid durumların gelişiminde ortak bir risk faktörü olarak yer almaktadır. Mizaç da dahil olmak üzere çocuğun pek çok özelliği ebeveynlik davranış ve yöntemleri ile etkileşerek, DEHB'li çocuk ve gençleri içselleştirme ve dışsallaştırma problemlerine karşı potansiyel olarak koruyucu veya yatkınlığı arttırıcı hale getirmektedir (24). Ayrıca, DEHB'li çocuklarda ortaya çıkan sonuçları tahmin etmede ebeveynlik, çocuk duygu düzenleme becerileri ile etkileşerek bir risk veya dayanıklılık unsuru olarak işlev görebilmektedir (24).

DEHB'li çocuklara sıklıkla eşlik eden anksiyete belirtileri, çocukların işlevselliği ve yaşam kalitesi üzerinde daha olumsuz sonuçlar ile ilişkilendirilmektedir (10). Yaşam kalitesi kişinin psikolojik ve fiziksel sağlığı, sosyal-duygusal ilişkiler ve destek sistemleri, çevre ile ilişkisi gibi pek çok faktörden etkilenen geniş bir yapıdır (34,35). Yaşam kalitesi bu kadar önemli iken özellikle ruhsal bozukluğa sahip gruplarda yaşam kalitesinin düzeyini belirlemek, birey, aile ve sistem için olumlu etkiler oluşturan, doğru planlanmış destek mekanizmaları ve tedavileri arttıracak bir yaklaşımdır (35).

DEHB'li çocuklar arasında anksiyete belirtilerinin sıklığı ve yoğun olarak gözlenen duygu düzenleme güçlüğü risklerinin farkında olarak, gelişimin devam ettiği bu dönemde ebeveynin, çocuğun duygu düzenleme üzerindeki etkisinin incelenmesi büyük

bir öneme sahiptir. İlgili literatürde DEHB'ye eşlik eden anksiyete/anksiyete bozuklukları ve çocuk duygu düzenlemesi daha sık araştırma konusu olmuş olsa da çocuk duygu düzenlemesini ebeveynin duygu düzenleme becerileri kapsamında bu çerçevede ele alan çalışmaların sayısı fazla değildir. Özellikle klinik örnekleme çocuk ve ebeveyn çiftinden bilgi alınarak tasarlanan hastane tabanlı bu çalışma, bahsedilen değişkenlerin yanında çocukların yaşam kalitesini de değerlendirmeyi amaçlamıştır. Böylelikle hem çocuk hem de ebeveynler için uygun önleme ve müdahale programlarının geliştirilmesi konusunda ilgi alana teorik olarak katkı sunacaktır.

Bahsedilenler doğrultusunda mevcut çalışmanın odağında yer alan araştırma soruları şöyle özetlenmiştir: a) DEHB semptom şiddeti, anksiyete semptom düzeyi, çocuk duygu düzenleme becerileri arasındaki ilişki nasıl olacaktır? b) DEHB ve anksiyete semptom düzeyi, çocuk duygu düzenleme güçlükleri; ebeveyn duygu düzenleme becerilerindeki güçlükler ve ebeveyn kaygı seviyesi arasında nasıl bir ilişki vardır? c) Anksiyete şiddeti yüksek olan grupta, düşük olan gruba kıyasla çocuk ve ebeveyn duygu düzenleme becerilerinde zayıflık ve ebeveyn kaygı seviyesinde daha yüksek değerler görülecek midir? d) Yaşam kalitesi; ebeveyn duygu düzenleme güçlükleri, ebeveyn kaygı seviyesi, DEHB ve anksiyete şiddeti, çocuk duygu düzenleme becerileri ile nasıl bir ilişki gösterecektir? e) Ebeveyn duygu düzenleme becerileri DEHB'li çocuklarda anksiyete belirtileri gelişimini ve DEHB semptom düzeyini nasıl yordamaktadır? f) Çocuğun anksiyetesinin yordanmasında ebeveyn duygu düzenleme becerileri, DEHB şiddeti ve ebeveyn kaygısının bir rolü olacak mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

2.1.1. Tanım ve Genel Bilgiler

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtileri ile karakterize nörogelişimsel bir bozukluktur (1). DEHB pek çok ruhsal bozukluk ile birlikte görülür ve yaşam boyu olumsuz etkilerle ilişkilendirilmektedir (7). Çocukluk çağında en sık görülen ruhsal bozukluklardan biri olan DEHB milyonlarca çocuğu, genci ve yetişkini yaşam boyu etkilemektedir. Araştırma sonuçları, DEHB'nin çocuk ve ergenlerde küresel hastalık yüküne en fazla katkıda bulunan bozukluklardan biri olduğunu ve DEHB'li çocuk büyütmenin maliyetinin, böyle bir bozukluğu olmayan çocuk yetiştirmeye kıyasla yaklaşık beş katı daha yüksek olduğunu göstermiştir (36-38).

DEHB'yi ilk defa 1902 yılında Royal College of Physicians'dan George Still tanımlamış, doğanın ve beslenmenin bu bozukluk üzerindeki potansiyel etkisi vurgulanmıştır (39,40). Kullanılan terminoloji farklılaşan içerikler ile zaman içinde değişliğe uğramış ve bozukluk 1987 yılında DSM-III-R'de DEHB olarak değiştirilmiştir. 1994 yılında DSM-IV tanıyı, DEHB dikkat eksikliği tipi, hiperaktif-dürtüsel tip ve kombine tip olmak üzere üç alt tiple açıklamıştır (40). DSM-5 ile alt tip kavramı kaldırılmış yerine görünümekler eklenmiştir (1).

DEHB, çocukların günlük aktiviteleri gerçekleştirme becerisini ve işlevselliğini zorlaştırarak akademik performans, davranışsal, duygusal ve sosyal alanlarda pek çok zorluğa neden olmaktadır (31,41-45). DEHB semptomlarının derecesi, etkilenen işlevsellik düzeyi, klinik görünümekleri, yaş, tedaviye yanıt, komorbid bozukluklar ve oranları, bozulma alanları gibi konularda DEHB'li kişiler farklılık göstermekte, DEHB yaygın heterojenlikle ilişkilendirilmektedir (1,38,46-48). Gerekli şekilde tedavi edilmediğinde ve uygun önlemler alınmadığında DEHB, bireylerde yaşam boyu işlev sorunlarına neden olabilmekte (4); çocukluk dönemindeki DEHB, madde kullanımı, ergenlikte gebelik, mesleki sorunlar, sık iş değiştirme veya işten çıkarılma, suç içerikli

davranış gibi örüntüler ile ergenlik ve genç yetişkinliğe dek uzanabilmekte (49,50); giderek DEHB belirtileri ve güçlüklerin yetişkinlikte devam etme ihtimali daha fazla kabul görmektedir (51). DEHB’de çocuk ve ailelerin karşılaştığı zorlukları azaltmak, yaşam kalitelerini ve işlevselliği arttırmaya yardımcı olmak adına erken teşhis, tedavi ve verilecek destek çocuklar ve aileleri için oldukça önemlidir (50,52).

Ayrıca, yakın zamanda yaşanan COVID-19 pandemisinden sonra DEHB görülme oranlarında artış olduğu, gelişimsel bozukluğu olan çocukların bu dönemden daha fazla olumsuz etkilenmiş olabileceği belirtilmiştir (35,53).

2.1.2. Epidemiyoloji

Çocuk ve gençlerde DEHB’nin prevalansını araştırmaya yönelik pek çok sistematik inceleme ve meta-analiz çalışması geniş bir coğrafyayı kapsamaktadır. DEHB prevalansı, yapılan çalışmalardaki metodolojik farklılıklar, birincil çalışmaların yürütüldüğü yıllar, çalışmaların coğrafi ve analiz kapsam farklılıkları sebebiyle değişiklik göstermekte (38); bazı çalışmalarda ise coğrafi konumun DEHB prevalansı üzerinde neredeyse hiçbir etkisi olmadığı, bu farklılıkların metodolojik özellikler ile ilgili olduğu belirtilmektedir (54).

DEHB’nin en yaygın olarak okul çağı çocuklarında gözlendiği fakat her yaş grubunda ortaya çıktığı bilinmektedir (55,56). DSM-5 kriterlerine göre DEHB tanısı alan çocukların yer aldığı 2023’teki meta-analiz çalışmasında, DEHB’nin 3-12 yaş aralığındaki çocuklarda yaygınlığı 12-18 yaş aralığındaki ergenlere kıyasla daha yüksek saptanmış; 3-12 yaş arası çocuklarda görülme sıklığı %7,6 iken 12-18 arası gençlerde ise bu oran %5,6 olarak belirtilmiştir (57). 2015 yılında yapılan bir meta-analiz çalışmasında DEHB prevalansı %3 (58); yine 2015 yılında 1.023.071 çocuk ve ergeni kapsayan 175 çalışmayı içeren meta-analiz bulgularına göre DEHB prevalansı %7,2 (59); 2021 yılındaki başka bir meta-analiz çalışmasında DEHB prevalansı %4,4 olarak bulunmuştur (60). Bitsko ve ark.’nın (61) yaptığı bir çalışmada DEHB’nin Amerika’da çocukluk çağında en sık görülen bozukluk olduğu bildirilmiş ve 3-17 yaş arası çocuk ve ergenlerin %9,4’ünde tanı gözlenmiştir. Yakın zamanlı meta-analiz sonuçları DEHB’nin prevalansına yönelik daha önceki araştırma bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Önceki araştırmalarda DEHB’nin küresel prevalansının çocuk ve ergenler arasında %3-7 arasında olduğu tespit edilmiştir (51,54,58).

Bunun yanında, 13 meta-analiz ve sistematik incelemenin yer aldığı başka bir çalışmada DEHB'nin çocuk ve ergenlerdeki küresel yaygınlığı %8 olarak bulunmuş, DEHB'nin erkeklerde (%10) görülme olasılığının kızlara (%5) kıyasla iki kat daha yüksek olduğu belirtilmiştir (38). Başka bir çalışmada ise DEHB'li erkek çocuk ve ergenlerin, kızlara kıyasla iki kattan fazla oranda tanı aldıkları ve DEHB'nin üç alt görünümünden dikkatsiz DEHB sunumunun en yaygın DEHB tipi olduğu, bunu aşırı hareketlilik ve bileşik sunumlarının izlediği belirtilmiş (54) ve başka bir meta-analiz çalışmasında DEHB'nin çocuk ve ergen grubunda üç alt görünüm sıklığının da neredeyse eşit olduğu saptanmıştır (57).

Ayrıca, Bitsko ve ark. (61) Amerika'da erkek çocuklarında DEHB görülme olasılığının kız çocuklarına göre daha yüksek olduğunu; 3-17 yaş arası erkek çocukların yaklaşık %11,9'unun DEHB teşhisi alırken, kız çocuklarında ise bu oranın %5,5 olduğunu eklemiştir. Başka araştırmalarda, DEHB'nin klinik örnekleme 4:1 oranında, genel popülasyonda ise 2,4:1 erkek-kız oranı ile yüksek oranda erkekleri etkilediği belirtilmiştir (62). Afrika kıtasında yapılan sistematik inceleme ve meta-analizin sonuçlarına göre DEHB'nin çocuk ve ergen popülasyonundaki yaygınlığı %7,47 olarak bulunmuş, DEHB yaygınlığının erkeklerde %10,60, kızlarda ise %5,28 olduğu; ayrıca dikkatsiz görünümün Afrika'daki en yaygın DEHB sunumu iken bunu sırayla hiperaktif-dürtüsel ve bileşik sunumun izlediği saptanmıştır (55). Kızların daha kolay gözlenebilen aşırı hareketlilik ve dışsallaştırıcı sorunlara kıyasla, daha az görünür olan dikkatsizlik belirtileri gösterme eğiliminde olması ve report yanlılıkları bu eşitsizliğin nedenlerinden bazıları olarak görülmektedir (63,64). Ayrıca Biederman ve ark.'na (65) göre, kızlara kıyasla erkekler bazı çevresel risk faktörlerinin etkisine daha duyarlıdır.

Genel olarak erkekler kızlardan, çocuklar genç ve yetişkinlere göre daha yüksek prevalans oranlarına sahiptir (47,66). DEHB belirtileri yaş arttıkça azalma eğilimindedir ve yetişkin DEHB prevalansı yaklaşık %2,5 olarak belirtilmiştir (62,67,68). Yetişkinlik döneminde erkek-kadın oranı 1:1 olarak bildirilmekte ve bu da kız çocuklarında tanı yaygınlığının az olduğu görüşünü doğrulamaktadır (68,69).

Boylamsal çalışmalar, çocukların çoğunun yetişkinlikte tanı ölçütlerini karşılamaya devam etmediğini, ancak çocuklukta DEHB tanısı alanların yaklaşık %50-80 kadarında bu bozukluğun yaşamsal etkilerinin daha sonra da mevcut olduğunu (70);

yetişkinlikte işlevsel güçlükler veya eşik altı bozucu belirtilerin özellikle de dikkat ile ilişkili özelliklerin yüksek oranda devam ettiğini belirtmektedir (5,62,67).

2.1.3. Etiyoloji

Pek çok ruhsal bozukluk gibi DEHB de karmaşık etiyolojik bir yapı göstermekte ve DEHB'nin genetik, biyolojik, psikolojik vb. çeşitli nedenlerin bir arada bulunmasının sonucu ile ortaya çıktığı, genetik-çevresel risk faktörlerin etkileşiminden büyük ölçüde kaynaklandığı konusunda görüşler hakimdir (64,68,71).

Bu risk faktörleri kendi özelinde küçük bir etkiye neden olurken bir nörobiyolojik duyarlılık oluşturmakta ve bunların sonucunda oluşan profiller birbirinden farklı şekiller ve heterojen yapıda ortaya çıkmaktadır (72). Faraone ve Larsson (69) tarafından 2019 yılında yapılan bir inceleme çalışmasında DEHB'nin ortalama %74 oranında bir kalıtımsallığa sahip olduğu belirtilmiştir. DEHB duyarlılık genlerinin tanımlanmasına uzun zamandır çalışılıyor olmasına ve DEHB için pek çok DNA risk modeli bulunmasına rağmen bu etkenlerin her birinin etkisi küçük ve bireysel olarak gözlenmektedir (72). Ayrıca nörobilim araştırmaları beyin işlevini etkileyen çoklu beyin bölgelerinden frontal-subkortikal-serebellar yolakların işlev mekanizma ve yapılarında düzensizliğe işaret etmektedir (73).

DEHB etiyolojisi çerçevesinde genetik, çevresel risk faktörlerine maruz kalmayı etkileyebilirken aynı zamanda genetik çevresel faktörleri ile etkileşime girerek etki mekanizmasını devam ettirebilmektedir (68,74). Çevresel etkenlere maruz kalma, beyin yapısı ve işlevlerinde değişiklikler ve genetik ifade (DNA metilasyonu) de olmak üzere biyolojik değişikliklere yol açabilmektedir (67). Moleküler genetik ve nörogörüntüleme bulguları, DEHB genetiğinin nörobiyolojik faktörler ile, özellikle dopaminerjik ve noradrenarjik yolaklarda etkileşime girdiğini ve DEHB'nin heterojen nörobiyolojik bir bozukluk olduğunu kanıtlamaktadır (68,75).

DEHB'nin etiyolojisinde önemli bir yer tuttuğu gösterilen çevresel faktörler (47,69,76); prematürite, düşük doğum ağırlığı, annenin alkol ve sigara kullanımı gibi çeşitli pre ve perinatal risk faktörleridir (77,78). Annenin ruh sağlığı semptomları, özellikle anksiyete ve depresif belirtiler tutarlı bir şekilde çocuklarda artan DEHB riski ile ilişkili bulunmuştur (79-81). Bu faktörler tek başına DEHB'ye neden olmasa da genetik yatkınlığı olan çocuklarda DEHB görülme riskini arttırmaktadır. Ayrıca kritik

dönemlerde kortikal gelişimi etkileyen pek çok durumun nörogelişimsel bozukluklar için bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (72).

DEHB ile ilişkilendirilen beyin yapılarındaki çok faktörlü nedensel yollar, DEHB belirtileri ve şiddetinde büyük heterojenliğe neden olmaktadır (64,82). Biyotipleme veya biyolojik alt tiplendirme yöntemleri, DEHB'deki heterojenliği ayırtmak ve etiyolojik yolların anlaşılması için kullanılabilecek nörobiyolojik temelli önemli ilerlemeler olarak görülmekte ve bunlar üzerinde çalışmalar sürmektedir (72).

2.1.4. Klinik Özellikler

DEHB, hastaları, aileleri ve toplumu ciddi şekilde etkileyen yaşa uygun gelişim ile uyumsuz şekilde ortaya çıkan dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtileri ile karakterize bir bozukluktur. DEHB tanısı çocukluk döneminde ebeveynler, akrabalar ve öğretmenler tarafından belirtilen klinik semptomlar temelinde, belirtilerin en az iki farklı ortamda görülüp görülmediği, belirtilerin başlangıç yaşı ve diğer ruhsal bozukluklar ve işlevsellik ele alınarak değerlendirilir (1).

DEHB belirtileri genellikle çocukluk döneminde ortaya çıkar ve belirtiler ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde farklı seyirlerde ve kronik şekilde kendini gösterebilmektedir. DEHB'den etkilenen kişilerin yaklaşık %65'inin yetişkinlikte belirtiler gösterdiği, en azından bu belirtilerin bilişsel işlev sorunları olarak yetişkinlikte de devam ettiği giderek daha çok kabul görmektedir (48,72,73,83).

Dikkatsizlik ayrıntıları gözden kaçırma, işleri ve etkinlikleri düzene koymada güçlükler, dinlemiyormuş gibi görünme, unutkanlık ve dikkatle ilişkili mekanizmalarda güçlükler şeklinde tezahür ederken; aşırı hareketlilik ve/veya dürtüsellik çoğunlukla hareket ihtiyacı, kıpırdanma, aşırı konuşma, bekleyememe ve başkalarının sözünü kesme gibi semptomlar ile görünür olmaktadır (1). Erken çocukluk döneminde semptomları gelişimsel değişimlerden ayırt etmek güçtür ve çocuk olgunlaştıkça öz düzenleme gibi çevresel gereksinimlerin arttığı durumlarda belirtiler daha belirginleşmekte ve dikkati çekmektedir (örneğin 1. sınıfta daha belirginleşen sınıf içi disipline ayak uydurmak gibi; 68).

Rucklidge (84) DEHB'nin kız ve erkek çocuklarında farklı şekillerde görülebildiğini, örneğin dürtüsellik ve koşma gibi dışsallaştırılmış semptomların DEHB'li erkek çocuklarda daha yaygın iken DEHB'li kızların genellikle içselleştirilmiş belirtiler

sergilediğini bulgulamıştır (85). Aşırı hareketlilik belirtileri genellikle ergenlikte azalmakta ancak dikkatsizlik, huzursuzluk, dürtüsellik, planlama veya organizasyon gibi becerilerde zorluklar sürmektedir (1,68).

DEHB pek çok ruhsal bozukluk ile eş zamanlı görülmekte ve tanı alan çocukların az kısmı komorbid bir bozukluk göstermemektedir. DEHB'nin; iletişim bozuklukları, uyku bozuklukları, anksiyete, depresyon, madde kullanımı, davranım bozuklukları, tik bozuklukları, öğrenme güçlükleri, okul terki, ergen gebelikleri ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar, kendine zarar verme girişimleri, ergenlikte artan suç işleme, sosyal problemler, sık iş değiştirme, kronik yorgunluk, finansal sorunlar, artan ölüm oranları, kazalar, ilişki zorlukları ve yakın partner şiddeti gibi pek çok sorun ve bozuklukla birlikte seyredebilen karmaşık bir seyri olabilir (62,86). Ayrıca eş tanıların varlığı DEHB tanısının yükünü ve seyrini de değiştirmektedir.

Bunun yanında, DEHB'li kişilerin yaşadığı zorluklar ve zorlayıcı semptomların yanı sıra DEHB'nin neden/etkili olduğu eksiklikler ve güçlükleri azaltmak adına devreye giren telafi edici mekanizmalardan olumlu özellikler olarak bahsedilmektedir. "Yüksek işlevli DEHB" terimini benimseyen Lesch (87), artmış odaklanma ve daha fazla çaba gösterme gibi özelliklerin bu stratejilerden ikisi olduğunu belirtmiştir.

2.1.5. Tanı Kriterleri

DSM-5'te (1) DEHB tanısı 17 yaşın altındaki kişilerde; dikkatsizlik ve/veya aşırı hareketlilik-dürtüsellik dokuz belirtisinden altı veya daha fazla belirtinin en az 6 aydır sürmesini, 12 yaşından önce birkaç belirtinin görülmesini, belirtilerin en az iki ortamda önemli bozulma ve semptomlar ortaya çıkarmasını (arkadaşları ya da akrabaları ile), belirtilerin bireyin işlevsellik niteliğini olumsuz yönde etkilemesini gerektirir ve de bu belirtilerin başka bir fiziksel veya ruhsal sağlık durumu ile daha iyi açıklanamaması önemlidir.

Diğer bir tanısal sınıflandırma sistemi olan ICD-11 de DSM-5 gibi semptomların en az iki ortamda ortaya çıkmasını ve işlevsellikte bozulmanın eşlik etmesini şart koşmaktadır (88). ICD-11'de DEHB terimi önceki versiyonundaki hiperkinetik bozukluklardan kaldırılmış ve nörogelişimsel bozukluklar kategorisine taşınmıştır.

DEHB tanısı klinik görüşmeler, öz bildirim ölçekleri ve gözlemler baz alınarak konulur. DSM-5'te belirtilen semptomlar bozukluğun teşhisine yardımcı olurken, DEHB

teşhisi için iyi tanımlanmış bir biyobelirteç, klinik standart veya kabul edilmiş bir psikolojik test bulunmamaktadır (62). Tanı sürecini desteklemek ve tanıya karar vermede güvenilirliği artırmak için bilişsel test bataryaları gibi bazı standardize ölçüm araçlarından yararlanılmaktadır. Ayrıca, alanda çoklu görüntüleme çalışmaları yapılmış olsa da henüz bunlar standart klinik uygulamalara dönüştürülemedi. Bundaki en büyük nedenler, DEHB'nin bireyden bireye farklılık gösterebilen heterojen bir yapıda olması, karmaşık semptom kümelerinden oluşması, farklı kombinasyonlarda pek çok etiyolojik değişkenin farklı görünümde ve etkileşimlerde ortaya çıkmasıdır. Daha homojen yapıda olan bazı gruplar yine de bunlardan faydalanabilir (72). Ayrıca, DEHB'nin yaşam süresinin pek çok evresinde görülebilmesi, bireyin gelişim evresine bağlı olarak klinik sunumların değişmesi, eşlik eden komorbid durumlar da bozukluğun standardize şekilde teşhis edilmesini güçleştiren etkenlerdendir (64).

Son 10 yıl içinde, altıdan (yetişkinlerde beşten) daha az belirtiye sahip olan vakaların ve de eşik altı DEHB belirtilerine sahip bireylerin sayısında artış rapor edilmekte, nüfusun yaklaşık %10'unun eşik altı DEHB semptomları yaşayabileceği öngörülmektedir (64,89). Sayal ve ark. (51) çocukların en az %5'inin, tanı eşiğinin hemen altında olan aşırı hareketlilik, dikkatsizlik ve dürtüsellikle ilişkili zorluklar yaşadığını ifade etmiştir. Bu durum DEHB belirtilerinin süreklilik gösterdiği, kategorik var/yok yapılanması ya da niceliksel farklılıklardan ziyade semptomların ve şiddetinin boyutsal bir yapı özelliği gösterebileceği şeklinde yorumlanmaktadır (64,90,91).

2.1.5.1. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu görünümüleri: DSM'in önceki versiyonlarında DEHB üç alt tiplerle sunulmaktayken DSM-5'te DEHB alt tiplerle belirtilmemektedir. DSM-5'te DEHB yine semptom sayımlarına dayanarak üç ayrı görünümle sunulmuştur (1). Buna göre:

- Bileşik görünüm: Son 6 ay içinde dikkatsizlik ve aşırı hareketlilik/dürtüsellik tanı kriterlerinin karşılandığı ve birlikte görüldüğü sunum.
- Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm: Son 6 ay içinde sadece dikkatsizlik tanı kriterlerinin karşılandığı görünüm.
- Aşırı hareketlilik/dürtüsellik baskın olduğu görünüm: Son 6 ay içinde aşırı hareketlilik/dürtüsellik tanı ölçütlerinin karşılandığı sunum.

DEHB semptomlarının değişkenlik göstermesi, görünümünün yaşı, çevre, bireysel özellikler ve bağlamdan etkilenerek değişmesine dair bulgular alt tiplerden ziyade sunumları daha mantıklı hale getirmiş ve kimi araştırmacılar bunu semptom kriterlerinin gelişimsel duyarsızlığı olarak yorumlamıştır (92). Örneğin, bileşik görünüme sahip bir çocuk ergenlik döneminde daha çok dikkatsizlik belirtileri gösterirken aşırı hareketlilik belirtileri görünürlüğünü kaybetmektedir (64).

Klinik örneklem ile yapılan çalışmalarda DEHB bileşik görünüm diğer görünümlere kıyasla daha yaygın bulunurken, genel toplum örneklemleri ile yürütülen araştırmalarda DEHB dikkatsiz sunum en yaygın olanıdır (1,64,93). DEHB görünümleri, birlikte ortaya çıkan eş hastalıkları da etkilemekte örneğin, bileşik görünümde komorbid dışsallaştırıcı durumlar (örneğin karşıt olma karşı gelme bozukluğu; KOKGB) için risk daha fazla iken, dikkatsiz görünümde eş zamanlı içselleştirici belirtiler ve bozukluklar özellikle de anksiyete bozuklukları (AB) için risk daha fazla görülmüştür (1,94). Bir ergen DEHB değerlendirmesi için ergenlik dönemine kadar resmi olarak hiç DEHB tanısı almamış şekilde başvurabilir. Sorunun daha görünür olma ve fark edilme yaşı, sağlık sistemine başvuru zamanı dikkatsiz görünüme sahip çocuklar için, bileşik görünüme sahip çocuklara kıyasla genellikle daha geçtir (64,95). Genel olarak bileşik görünüme sahip olanlar dikkatsiz görünüme kıyasla işlevsellikte daha fazla bozulma göstermektedirler (96). Ayrıca, DEHB'deki aşırı hareketlilik belirtileri, normal gelişim gösteren çocuklardaki aşırı hareketlilik belirtilerinden daha geç düzelmektedir (92).

Klinik çalışmalar, bileşik görünümün daha fazla uyku sorunu gösterdiğini (97), bu görünümde komorbid AB ve madde kullanımının daha yüksek olduğunu (98-100); dikkatsiz görünüme sahip grupta sosyal anksiyete (SA; 101) ve duygusal bozuklukların (102) görülme riskinin daha fazla olduğunu belirtmektedir. İlaç tedavisi almamış DEHB'li hastalar ve sağlıklı kontrollerden oluşan bir örneklemde; dikkatsiz ve bileşik görünüm grupları sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında bu gruplar yüksek düzeyde duygusal ve davranış problemleri gösterirken, dikkatsiz görünüme kıyasla bileşik görünümde daha fazla davranışsal sorun ve duygusal sıkıntı ile daha az anksiyete saptanmış ayrıca bilişsel alanda her iki görünümde benzer derecede bozulma görülmüştür (102).

2.1.6. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Komorbidite

DEHB ile birlikte komorbidite/komorbiditelerin varlığı DEHB için bir istisnadan ziyade kural haline gelmiştir ve bu durum DEHB'nin en önemli özelliklerinden biridir (5,6,103). DEHB semptom sunumları ve çeşitliliği aynı zamanda eş hastalık profili açısından da oldukça heterojendir ve DEHB'ye sıklıkla içselleştirme ve dışsallaştırma bozuklukları eşlik etmektedir (104-106).

Örneklem yapısı ve diğer değişkenler ile ilişkili olarak DEHB ile komorbid bozuklukların varlığı %40-80 oranında değişmektedir (103,107). Bazı çalışmalarda komorbid bozukluklar içinde KOKGB en yüksek orana sahipken (%32-50), davranım bozukluğu (DB) %24-30, AB %25-33 ve depresyon bozukluğu için %20 prevalans değerleri gösterilmiştir (103,108,109). Epidemiyolojik örneklemde DEHB'li çocukların yaklaşık %30-50'sinde KOKGB ve DB komorbiditesi görülmekte ve DEHB'si olan çocukların komorbid yıkıcı davranış bozuklukları geliştirme ihtimali DEHB olmayan çocuklara göre 11 kat daha yüksek belirtilmektedir (24,110). Ayrıca, AB ve major depresif bozukluk (MDB) gibi içe yönelim bozuklukları DEHB ile sık görülen komorbid bozukluklardır (111). Huzursuzluk, iritabilite ve odaklanma güçlüğü gibi ortak semptomatik belirtiler gösteren DEHB ve AB'nin komorbidite oranı bir çalışmada yaklaşık %25 olarak bildirilmiştir (112,113). DEHB'li çocuklarda DEHB'si olmayan çocuklara kıyasla çocukluk ve ergenlik dönemlerinde depresif bozukluk görülme olasılığının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (114,115). Bunun yanında, Kessler ve ark. (116) DEHB'li kişilerin yaklaşık %70-80'inin yaşam boyu komorbid başka psikiyatrik bozukluklara sahip olduğunu vurgulamaktadır.

Komorbiditesi olan DEHB'li çocuklarda semptomlar daha şiddetlenebildiği gibi bazı çocuklarda zaman içinde semptomların azaldığı veya ortadan kalktığı görülmekte fakat bu durumlara sebep olan faktörler net bilinmemektedir. Heterotipik ve homotipik süreklilik kavramları gözetildiğinde, yalnız DEHB ve DEHB ile komorbid görülen durumların zaman içinde çocuklar arasında farklı şekillerde ortaya çıkabildiği anlaşılmaktadır (24,117). Homotipik süreklilik belirtilerde veya bir bozukluğun seyrinde istikrarlı bir gidişi gösterirken, heterotipik süreklilik semptomlarda veya davranışlarda zamanla veya gelişimsel süreç içinde ortaya çıkan değişiklikleri ifade etmektedir (24).

DEHB'de görülen duygusal ve bilişsel güçlükler ile komorbid psikiyatrik bozuklukların mevcut olması, DEHB'nin ilerleyişi ve kişi üzerindeki sonuçlarında daha

güçlü olumsuz etkilere neden olmaktadır. Ayrıca komorbiditenin varlığının, DEHB'nin çocukluktan yetişkinliğe kadar devam etmesindeki en önemli etkenlerden biri olduğu belirtilmektedir (118,119). DEHB'ye komorbid bozukluklar eklendiğinde bu durum DEHB'nin tespit edilmesini, teşhis ve tedavisini güçleştirmekte; komorbiditeler DEHB'nin ana belirtilerini gizleyebilirken DEHB de komorbidite ve semptomlarını maskeleyebilmektedir (86,103). Komorbiditelerin etkisi ile semptom şiddeti ve mortalite oranlarında artışlar bildirilmekte ve daha dirençli bir DEHB sendromu olarak klinik yansımalar gözlenmektedir (86,120-122).

Çin'de 5640 çocuğun dahil edildiği hastane tabanlı kesitsel bir çalışmada, DEHB'li çocukların çoğunda en az bir komorbiditenin olduğu, komorbiditeye sahip DEHB'li çocuk ve ergenlerin komorbiditesi olmayan DEHB'li gruba kıyasla günlük yaşam işlevlerinde daha fazla güçlük yaşadığı belirtilmiştir (103). Başka bir çalışmada DEHB'li çocukların %67'sinde en az bir, %16'sında iki, %18'inde ise üç veya üçten fazla komorbidite gözlemlendiği rapor edilmiştir (90). Danimarka'da psikiyatri yataklı servis ve polikliniklerinde 1995-2010 yılları arasında ilk kez DEHB teşhisi konulan 14.825 çocukla yapılan çalışmada, çocukların %52'sinin en az bir komorbiditeye sahip olduğu, %26'sının da iki veya daha fazla komorbid durum gösterdiği bildirilmiştir (123).

2.1.7. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Anksiyete

Ruh sağlığı alanında komorbid hastalıklar sık görülmekte ve özellikle DEHB gibi bazı psikopatolojiler söz konusu olduğunda eş tanılar istisna olmaktan çıkmaktadır. DEHB özelinde, DEHB'li popülasyonun heterojenlik göstermesi ve DEHB'nin sıklıkla komorbid başka bir psikiyatrik bozukluğa sahip olması sebebi ile komorbidite kavramı daha da önem kazanmaktadır (124,125).

Anksiyete bozukluğunun (AB) başlangıç yaşı bozukluğun türüne göre değişmekte, başlangıç yaşları düşünüldüğünde DEHB ve AB komorbiditesinin gelişimine dair birden fazla açıklama yapılmaktadır. Örneğin DEHB, daha sonra gelişen SA ve yaygın anksiyete bozuklukları (YAB) gibi psikopatolojileri ön görebilmekte veya DEHB belirtileri ve belirtilerin bağlamsal, çevresel ilişkileri AB için risk faktörü ya da bir zemin olabilmektedir. Ayrıca, akademik performans düşüklüğü, kişiler arası zorluklar ve dikkatsizlik belirtileri anksiyete oluşumuna katkıda bulunabilmektedir (24,126).

DEHB-AB birlikteliği çocuk popülasyonunda yaygındır. Bazı çalışmalarda DEHB'ye komorbid AB yaygınlığı, klinik ve toplum örnekleminde %30-40 oranlarında belirtilmiştir (10,109,127,128). Komorbid AB yaygınlığını %50 olarak bildiren çalışmalar da mevcut olup, DEHB'ye eşlik eden anksiyetenin pek çok işlevsel bozulma ile ilişkili olduğu bilinmektedir (8-10). Genel popülasyon kullanılarak yapılan bazı epidemiyolojik çalışmalarda DEHB-AB komorbiditesi %25 civarında saptanmış olup bu oran klinik örnekleme göre çok düşük değildir. Bu da klinik örnekleme teşhis koyma yanlışlığının az olduğunu kanıtlar niteliktedir. DEHB-AB komorbiditesi çift yönlü görülmekte ve bazı çalışmalarda anksiyetesi olan çocuklarda %16-24 gibi yüksek DEHB oranları ve belirtileri rapor edilmiştir (128). Başka çalışmalarda ise AB'nin herhangi bir çeşidine sahip olan çocukların %15-30'unda DEHB ile komorbid bir psikopatolojinin varlığı bildirilmiştir (8,99).

Komorbidite durumlarında var olan bozuklukların şiddet seviyesi ve komorbid bozuklukların sayısı gidişatı önemli ölçüde etkilemektedir. Gelişimsel yaklaşıma göre iki veya daha fazla bozukluğun birlikte görülmesi klinik tabloyu, gelişimsel yörüngeleri, seyri ve sonuçları belirgin olarak etkilemektedir (123,129,130). DEHB'ye komorbid birden fazla AB varlığında ebeveynler çocuklarının daha düşük yaşam kalitesi skorlarına sahip olduğunu, daha fazla davranış ve duygusal problem yaşadıklarını, sosyal etkileşimlerinin daha zayıf ve günlük işlevsellik düzeylerinin daha düşük olduğunu belirtmişlerdir. Tek AB komorbiditesinde belirtilen alanlarda bozulmanın şiddeti ve kapsamının daha düşük olacağı varsayılmakta, anksiyete ne kadar yüksek ve yaygın ise bozulmanın da o denli büyük olacağı ayrıca, yüksek kaygı düzeylerinin işlevselliği daha da olumsuz etkileyerek daha fazla kaçınma ve negatif düşünme şekillerine yol açabileceği de ifade edilmiştir (10).

Kimi çalışmalar DEHB-AB komorbiditesinin DEHB görünümüyle ilişkili olduğunu bildirmiş; bir çalışmada DEHB bileşik tip gösteren çocukların %33-39'unda bir AB olduğu (131,132), başka bir çalışmada DEHB bileşik tipin herhangi bir AB komorbiditesi ile en fazla ilişkili gösteren sunum olduğu, sonrasında sırayla dikkatsiz ve aşırı hareketlilik görünümünün geldiği bulgulanmıştır (109). 2013 yılında yapılan bir çalışmada depresyon ve AB oranlarının kızlarda daha yüksek olduğu (133), 2019'da yapılan başka bir çalışmada ise erkeklerde anksiyete belirtilerinin beklenilenden daha yüksek görüldüğü saptanmıştır (134).

Boylamsal çalışmalar DEHB'nin çocuk ve ergenlerde AB için bir risk faktörü olarak ele alınabileceğine dair kanıtlar göstermiş (135); DEHB'ye sahip çocukların kontrol grubuna kıyasla yaşam boyu AB düzeylerinin daha yüksek görüldüğü (131) ve bu çocukların kontrol grubuna göre daha erken AB başlangıcı gösterdikleri bildirilmiştir (99,135).

Anksiyetenin daha detaylı etkileri bakımından, DEHB'ye komorbid görülen anksiyetenin DEHB'nin fenotip ifadesini değiştirebileceği ve dürtüsellik belirtileri ile öz saygıyı azaltabileceği gibi anksiyete görülmeyen DEHB'li çocuklara kıyasla dikkatsizlik belirtilerini de arttırabileceği belirtilmektedir (99,136,137). Bazı araştırmalar, DEHB ile AB arasındaki, özellikle de YAB ve SA, etkileşimin DEHB temel belirtilerinden aşırı hareketlilik/dürtüsellikten daha çok dikkat mekanizmasına ilişkin sorunlara yüklenebileceğini ifade etmektedir (8). Bunun nedeni olarak, anksiyete ile ilişkili olan yoğun endişeler ve tehdit algısına karşı aşırı tetikte olma durumunun genellikle dikkatsizlik belirtileri ile ortaya çıkması olduğu belirtilmiştir (99,138). Bazı çalışmalar anksiyete ile DEHB dikkatsiz görünüm arasında daha yüksek bir birliktelik olduğunu vurgularken (139) diğer çalışmalarda DEHB görünümü ve anksiyete arasında böyle bir ilişki olmadığı rapor edilmiştir (140,141). DEHB'ye ek SA ve duygusal güçlüklerin varlığında çocukların okula gitmediği günlerin arttığı bildirilmektedir (142). DEHB belirtileri daha düşük sosyal yeterlik ve bilişsel çıktılar ile olumsuz bir ilişki gösterirken (143), anksiyete de sosyal ve bilişsel alanlarda yaşanan zorluklar nedeni ile işlevsellikte daha fazla problemlere neden olmaktadır.

DEHB ve anksiyete birlikteliğinde önemli sorulardan bir tanesi, DEHB ile yüksek oranda komorbid görülen AB'nin örtüşen semptomlardan kaynaklanıp kaynaklanmadığı sorusudur. DEHB ve anksiyete semptomlarının örtüşmesine dair en belirgin hipotez; anksiyetenin dikkatsizlik şeklinde görünür olan endişe, tetikte olma, müdahaleci bilişsel belirtilere neden olabileceği veya irritabilite, ajite davranışlar ve huzursuzluğun aşırı hareketlilik ve dürtüsellik semptomları şeklinde tezahür edebileceğidir ve bu belirtiler DEHB semptomları ile karışabilmektedir (128,138). Ayrıca DEHB ve AB'nin klinik özelliklerini inceleyen bazı araştırmalar, anksiyete semptomlarının DEHB'nin fenotipik bir belirtisi mi yoksa anksiyetenin komorbid bir bozukluk olup olmadığını ve komorbid durumlar için çevrenin ne ölçüde etkili olduğunu incelemiştir (141). Milberger ve ark. (144) örtüşen semptomlar düzeldikten veya hafifledikten sonra DEHB ve komorbid

bozuklukların görülme oranlarının ne ölçüde değiştiğini araştırmak için iki yaklaşım kullanmıştır. ‘Subtraction’ ve ‘proportion’ yöntemi olarak adlandırılan bu iki yaklaşım kullanıldığında, örneklemin yaklaşık %75’inin YAB tanısını koruduğu saptanmış böylelikle DEHB ve komorbid psikopatolojilerin yalnızca örtüşen belirtilerin sonucu olmadığı belirtilmiştir (144).

DEHB’li bireylerde anksiyeteye daha sık rastlanmakta ancak riski arttıran DEHB’nin kendisi mi sorusuna verilecek cevaplar henüz netleşmemiştir (141). Örneğin ergenlerde görülen DEHB, anksiyete belirtilerine neden olabilecek daha düşük ve sıkıntılı akademik performans, daha zayıf sosyal, duygusal ve işlevsellik riskini arttırmaktadır (114). Bowen ve ark.’nın (8) çalışmasında, ebeveynler DEHB-AB birlikteliği görülen çocuklarda aşırı hareketlilik belirtilerinin sadece DEHB’si olan çocuklara kıyasla daha geç yaşlarda başladığını belirtmişlerdir. Sonuç olarak bu veriler, AB komorbiditesinin DEHB’nin fenotipini/sunumunu değiştirebileceği şeklinde yorumlanmaktadır (8,141).

Çocuklarda DEHB ve içselleştirici belirtiler arasındaki ilişkilerin doğası ve işleyişi Speyer ve ark. (145) tarafından da ele alınmıştır. Speyer ve ark.’na (145) göre köprü belirtiler, DEHB ve içselleştirme güçlüklerini birbirine bağlayan potansiyel köprü işlevinde olan, örneğin huzursuzluk, kıpırdanma veya irritabilite gibi belirtiler olup iki alan arasındaki bağlantı noktalarıdır. Bunun yanında, geçici zamansal ilişkiler başlığı altında açıkladıkları endişe ve irritabilite gibi anksiyete belirtileri, zamanla daha şiddetli DEHB belirtilerinin güçlü ve doğrudan öncülleri olarak görülebilir. Örneğin, huzursuzluk ve yerinde duramama gibi aşırı hareketlilik belirtileri daha şiddetli içselleştirme semptomları ile bağlantılıdır ve bu zamansal ilişkiler bir alandaki belirtilerin zamanla diğer alandaki belirtileri nasıl etkilediğini ön görebilme konusunda katkı sağlamaktadır. Speyer ve ark.’na (145) göre diğer başlık karşılıklı ilişkiler kavramıdır; DEHB ve içselleştirici belirtiler arasında çift yönlü bir etki söz konusudur ve bu karşılıklı ilişkiler iyi anlaşıldığında diğer köprü belirtilerinin de varlığı ile daha olumlu tedavi ve müdahale yöntemleri geliştirilebilecektir (145).

Ayrıca, DEHB-AB komorbiditesine dair yapılan çalışmaların bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Bu çalışmaların çoğunda yer alan AB’ler birbirinden farklı olabilmekte, kimi zaman iki veya üzeri AB bir arada değerlendirilmekte ve temel bozukluklara odaklanıldığı için diğer komorbid durum veya semptomlar tespit edilememektedir. Çalışma örnekleminin küçüklüğü, yaş ranjlarının geniş olması gibi durumlar ve komorbid

ve şiddet derecesi hafıftan şiddetliye doğru kendini gösterebilir. Anksiyete tehlikeden kaçınmayı, kurtulmayı sağladığı ve bunları kolaylaştırdığından, organizma için hayatta kalmayı sağlar ve bu anksiyete tepkisi patolojik olmayan bir ifadedir (150). Gerçek bir tehlikeye karşı verilen kaygı tepkisi ve kaçınmanın dışında, anksiyete sürece sık müdahale etmeye başladığında büyük ihtimalle şiddetlenir ve daha da sıklaşmaya başlar (1). Dolayısıyla, anksiyetenin birey üzerinde yarattığı öznel sıkıntı ve ilerleyişteki problemler herhangi bir yaştaki patolojide kendini gösterebilir.

Çocuklarda anksiyete/kaygı gelişimlerinin doğal bir parçası olduğu için çocuklarda normal ve patolojik anksiyete ayrımının iyi yapılması gerekmektedir (150). Anksiyetenin bireye sadece sıkıntı veriyor olması normal-patolojik anksiyeteyi ayırt etmek için yeterli değildir çünkü gelişim ile uyumlu ortaya çıkan kaygılar da pek çok çocukta sıkıntı yaratmaktadır. Örneğin, 12-18 aylar arasında görülen ayrılık kaygısı gibi. Çocuklarda kaygının değerlendirilmesindeki bir diğer zorluk, çocuğun yaşadığı sıkıntı ve bozuklukları ifade etmede ve iletmedeki güçlükleridir. Bu güçlükler çocuğun yaşı, bilişsel seviyesi, dil becerileri, kendini ve duygularını ifade etme becerisi ve kaçınmanın düzeyi gibi pek çok faktör ile ilişkilidir (151). Çocuğun anksiyetesinin gelişimi ile uyumlu bir kaygı mı, subklinik ise ne düzeyde veya patolojik bir anksiyete mi olduğuna karar vermek için, ebeveyn ve öğretmen gibi birden fazla kaynaktan bilgi almak güvenilir ve daha sağlıklı karar vermeyi sağlar.

Ayrıca, etkin bir performans için bir miktar stres ve anksiyeteye ihtiyaç olsa da yüksek kaygı durumunda sistem kitlenmeye ve var olan performansı ortaya çıkaramamaya başlamakta ve akademik, sosyal ilişkileri bozmaktadır (152). AB, bozukluğun sınıflandırmadaki türü ile ilişkili olarak farklı semptomlar ve belirti süreleri gösterse de AB çeşitlerinde aşırı seviyede ve sıklıkla kaygı/korku/gerginlik ve uyaranlara olumsuz şekilde verilen duygusal/davranışsal tepkiler görülmektedir (1). Çocuk ve ergenlerde anksiyete belirtilerinin seyri ve dönüşümü; genetik geçmiş, ebeveynin AB gibi ruhsal psikopatolojisi, aile öyküsü, bağlanma şekli, mizaç, çevresel faktörler ve ebeveynlik tarzı gibi pek çok unsur ile ilişkilidir (152,153).

Anksiyete semptomları ve AB'ler genel olarak çocukluk döneminde ortaya çıkmakta (154-156) ve kimi çalışmaya göre AB'ler bütün psikopatolojiler arasında en erkencilerden birisi olarak görülmektedir (150). AB ile diğer ruhsal hastalıkların birlikte görülme olasılığı yüksektir ve çocuklar birbirinden farklı anksiyete belirtileri ve

bozuklukları ile başvurabilirler. Bireysel seyir genelde dalgalıdır ve diğer anksiyete sendromlarına kayma görülebilir fakat yaş arttıkça birden fazla görülebilen AB örüntüleri azalmaya başlamakta ve heterotipik süreklilik ile başka ruhsal bozukluklara evrilme görülmektedir (157-160). Bunun dışında, AB kriterlerini karşılamayan subklinik anksiyete belirtileri de sıklıkla diğer psikopatolojiler ile birlikte gözlenmekte ve bu durumun daha fazla semptom yükü, seyrin daha kötü ilerlemesi, daha olumsuz sonuçlar ve daha düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (161).

Ayrıca, çocukluk dönemi anksiyetesinin işlevsellik üzerinde orta ile yüksek derecede etkisi olduğu ve en fazla etkilenen mekanizmanın aile olabileceği belirtilmiştir (162,163). Çocukluk başlangıçlı AB'ler ergenlik ve yetişkinlik döneminde devam edebilmekte ve devam ettiğinde akademik, duygusal, mesleki, sosyal alan işlevselliğinde daha ciddi sıkıntı ve bozulmalar ile ilişkilendirilmektedir (11-14). Çocukluktaki AB için gerekli tedavi alınmadığında, AB gençlik ve yetişkinlikte kronik bir seyir izleyebilir, madde kullanımı, intihar eğilimi gibi uzun vadeli başka sorunlar eklenmeye başlayabilir (164-166).

Dolayısıyla, çocuklarda görülen anksiyete semptomlarının erken teşhis ve tedavisi oldukça kritik bir öneme sahiptir. Çocukluk ve ergenlik dönemi başlangıçlı AB, bazı vakalarda kendiliğinden düzelme eğilimi gösterse de erken dönemde başlayan bozuklukların kronik bir seyir izleyebileceği unutulmamalıdır. Boylamsal çalışmalardan elde edilen veriler bu durumu homotipik süreklilik şeklinde açıklamakta ve önceki belirtilerin birey için yaşamın ilerleyen zamanlarında aynı durumu öngördüğünü ifade etmektedir (13,160,167).

DSM ve ICD tanı sistemlerinde AB çeşitleri, korku, yoğun endişe, fizyolojik semptomlar, kaçınma gibi davranışsal belirtiler, bunlara ilişkin sıkıntı yaşama ve işlevsellikte bozulma gibi ortak klinik belirtilere sahiptir. Bunun yanında AB'ler süre kriteri, kaygının hâkim olduğu tema farklılıkları, sıklık vb. ölçütler ile daha özgül şekilde alt kategorilere ayrılmış olup AB'lerin önemli derecede fenotipik çeşitlilik ve heterojen bir yapı taşıdığı unutulmamalıdır (150).

DSM-5'te AB'ler; ayrılık anksiyetesi bozukluğu (AAB), seçici konuşmazlık, özgül fobi, toplumsal kaygı bozukluğu (SA), panik bozukluğu, agorafobi, YAB gibi kategorilere ayrılmıştır. AB'ler arasında en erken başlangıçlı bozuklukların AAB ve hayvan, enjeksiyon gibi bazı özgül fobiler olduğu belirtilmiştir (150,168,169).

2.2.2. Epidemiyoloji ve Etiyoloji

İçe yönelim bozuklukları olarak da adlandırılan AB çocuk ve ergenlerde en yaygın görülen ruh sağlığı sorunlarından (160). Çocuk AB'leri için %3-32 arasında değişen tahminler bulunmakta ve bu aralığın bu kadar geniş olması kullanılan örneklem, metodolojik yöntemler, AB türü, çalışmaların zamani gibi pek çok değişken ile ilişkilidir (155,170).

Genel olarak AB'ler kızlarda erkeklere kıyasla daha sık görülmekte, cinsiyet farklılıkları çocuklukta görülmeye başlasa bile yaş ilerledikçe gelişim ile bu cinsiyet farklılıkları daha görünür olmakta ve ergenlik döneminde 2-3:1 oranlarına çıkabilmektedir (170-172). Erken başlangıçlı AB, yaşamın ilerleyen zamanlarında diğer bozukluklar ve MDB'nin gelişimi adına önemli bir risk faktörü olarak ele alınmaktadır (150).

AB'ler ve anksiyete belirtilerin etiyolojisi çok kapsamlı bir konudur. Bu alanda yapılan çalışmalarda genetik, aile, çevresel faktörler, mizaç, modelleme ve sosyal öğrenme mekanizmaları, ebeveyn tutum ve eylemleri gibi birçok başlık anksiyete etiyolojisinde yer almakta, daha bütüncül şekilde ele alınırsa etiyolojinin genetik-çevre etkileşimleri ve korelasyonları çerçevesinde meydana geldiği anlaşılmaktadır (161,173-175). 20 ikiz çalışmasından elde edilen kalıtsallık tahminleri, AB'lerde genetiğin %30-50 arasında bir rol oynadığını göstermiştir (176). Genetik korelasyon analiz sonuçlarına göre, psikiyatrik bozukluklar ve hem AB'ler hem de anksiyete semptomları arasında ortak genetik paylaşımlar söz konusudur (161,177).

2.3. DUYGU DÜZENLEME

2.3.1. Tanım ve Genel Özellikler

Duygular, bireye göre anlamlı olarak atfedilen uyaranlara cevap olarak ortaya çıkan duygusal sistemin deneyimsel, fizyolojik ve davranışsal yolları şeklinde kendini göstermektedir (178). Duygular stres yanıtlarından ve ruh hali özelliklerinden farklı şekillerde etkilenmekte olup, duygular arasındaki en belirgin farklardan birisi duyguların iç veya dış aktivasyon yaratan olaylar tarafından meydana gelmeleridir. Duygular bilinçli veya bilinçsiz olarak dikkatimizi duruma yöneltmemizi, hedeflerimiz ya da yargılarımıza göre bunları değerlendirmemizi sağlar. Ayrıca, duygular yaklaşma ve geri çekilme gibi

eylemsel çıktıları, fizyolojik aktivasyonu ve ifade edici tutumları teşvik edip ortaya çıkarmaktadır (16,179). Duygular belirli bir duruma yönelik uygun olmayan yoğunluk, sıklık, çeşitlilik veya sürede iseler potansiyel olarak zarar vermeye başlayabilirler. Duygular zaman içinde ortaya çıkmakta ve başlangıç, yükselme şekli, maksimum yoğunluğu, süresi, kalıcılığı ve optimal haline dönmesi gibi dinamik özellikler ile karakterize edilmektedirler.

Literatürde çeşitli tanımlar yer alsa da duygu düzenlemenin (DD) hemfikir olunan tanımlarından birisi; duygu ile ilişkili durumların başlatılması, onları nasıl deneyimleyip yaşadığımız (sürdürülmesi), nasıl ortaya çıkartıp ifade ettiğimiz ve gerektiğinde kontrol edilip değiştirilmesi ile ilgili süreçlerin bir bütünü olduğudur (2,16,17). Ayrıca DD duygunun yoğunluğu, süresi ve sıklığı gibi duygusal yanıtların yönlerini azaltma veya arttırma görevi de görmektedir (180). Düzenleyici süreçler ister otomatik ister bilinçli şekilde kullanılsın, duyguların zaman boyutu olduğundan bu düzenleyici süreçler uyumlu, hedef odaklı davranışları teşvik amacı ile duygu durumlarımızı esneklikle etkilemek için diğer mekanizmalar ile etkileşime girmektedir (181).

DD güçlükleri, duygusal çıktıları düzenlemedeki zorluklar olarak tanımlanır ve bunların sonucunda kişi bu konuda yeterli değilse belirgin duygusal değişkenlikler açığa çıkmaktadır (18,19). Bir tanımlamaya göre duygu düzensizliği, sosyal değerlere, bağlama ve gelişimsel duruma göre uygun olmayan, aşırı olan; duygunun hızlı ve zayıf bir kontrol ile değişikliğe uğraması ve duygusal uyaranlara anormal şekilde verilen duygu ifadesi veya tepkileridir (31). Mevcut çalışmada duygu düzenleme güçlükleri teriminin kullanımı tercih edilmiş olup, bu terim duygu düzensizliği ile aynı anlamda kullanılmıştır.

DD'ye ilişkin kullanılan pek çok farklı strateji mevcuttur örneğin; farklı düşünmeye çabalamak, poker surat ifadesine bürünmek, dikkatin dağıtılması, durumun seçimi veya duygular tetiklendikten sonra kullanılan düzenleme stratejilerinden dışavurumcu bastırma ve tepki odaklı düzenleme gibi (179). Duyguların kontrolü için, önce regüle edilmesi gereken duyguyu tanımladığımız, sonra seçtiğimiz ve ardından bir strateji uyguladığımız yani uygulama yaptığımız bir döngünün içine gireriz. Ayrıca bu düzenleme ya da stratejiyi değiştirmemiz gerekip gerekmediğine karar vermek için sürecin devamında bu düzenlemenin etkilerini izleriz (180). Aldao ve ark.'na (182) göre, duygu düzenleme stratejilerindeki farklılıklar psikopatolojiler için hem koruyucu hem de risk faktörü olarak işlev görmektedirler.

DD çocukluk ve ergenlik döneminde gelişen önemli bir beceridir. Çocuk ve gençler duyguları deneyimleyerek ve bunlara ilişkin içsel düzenleyici süreçler geliştirerek duyguları ile teması ve onları regüle etmeyi öğrenmektedir. Araştırmalar DD becerilerinin fiziksel ve bilişsel sağlık, sosyal ilişkiler gibi işlevselliğin her açısını etkilediğini, DD'nin sağlıklı işlevsellik ve ruh sağlığı için önemli bir kavram olduğunu göstermiştir (183,184). DD güçlükleri YAB, depresyon, AB, madde kullanımı gibi farklı psikopatolojilerde görülmekte (185-187) ve DD güçlüklerinin pek çok psikopatolojinin ayırt edici özellikleri arasında yer aldığı kabul edilmektedir (188,189).

2.3.2. Duygu Düzenleme ve Mizaç

Çalışmalarda DD'yi değerlendirmek için ölçekler, gözlemler ve laboratuvar ölçümleri gibi prosedürler kullanılmış ayrıca mizaç da DD'nin bir endeksi olarak tanımlanmıştır (24). Mizaç bireye bir temel sağlamakta, DD ve duyguların gelişimi ise bunun üzerine inşa edilmekte ve mizaç birçok çevresel faktör ile etkileşime girmektedir (190). Mizacın DD ile ilişkili olabilecek bir uzantısı, bireyin dikkatini ve davranışını gönüllü olarak değiştirmesi, bu şekilde bir tepkiyi engellemesi veya bir tepkiyi aktif hale getirip harekete geçirme becerisi olarak tanımlanan çaba gerektiren kontroldür (24,191).

Çalışmalarda irritabilite, mizaç ile ilişkili duygusallık, küçük yaşlarda yüksek aktivite düzeyi (32,192,193) ve düşük inhibisyon özellikleri DEHB'ye eşlik eden içe yönelim veya dışa yönelim bozuklukları ile ilişkili bulunmuştur (194). Çaba gerektiren ve engelleme mekanizmasına sahip kontrol, dürtüsellik belirtileri gösteren DEHB'li çocuklar açısından özellikle önemli görülmektedir (195-197). DEHB'li çocuklar mizaç bakımından düşünüldüğünde genellikle oldukça tepkisel özellikler göstermekte, daha düşük çaba gerektiren kontrol ve daha yüksek olumsuz duygusallık düzeyleri gösterebildikleri gibi dışa dönüklük ve aşırı olumlu duygusal tepkisellik özellikleri de sergilemektedirler (24,198). Özetle, DEHB'li çocukların düşük inhibisyon ve dikkat kontrolü ve yüksek aktivite seviyeleri önemli DD eksiklikleri olarak belirtilmektedir (199,200).

Eisenberg ve Fabes (201) modellerinde bu kavramları açıklamaktadırlar. Örneğin sağlıklı düzeyde kontrol mekanizmalarını kullanan çocuklar, daha fazla esneklik göstermekte ve duygusal düzenlemeleri daha etkin kullanabilmekte iken, kontrolün az olduğu çocuklar DD'de düşük performans, tepkisel olarak agresif ve dürtüsel belirtiler göstermektedirler. Yüksek düzeyde inhibisyonu olan çocuklar ise daha çok içe kapanık,

üzgün, kaygılı ve esnemekte zorluk gibi özellikler sergilemektedir (201,202). Sonuç olarak, çaba gerektiren kontrol gibi bireye özgü mizaç özellikleri DD'nin gelişmesinde etkiye sahiptir ve bu konuda araştırmalar devam etmektedir.

Bunların yanında, gelişimsel psikopatoloji bakış açısı ile uyumlu olarak, çocuğun mizacı sonuçların ön görülmesinde ebeveyn davranışlarını yönetmekte ve mizacın temel özellikleri heterotipik süreklilik göstererek zaman içinde farklı davranışsal tepkiler ile ortaya çıkabilmektedir (203,204). Örneğin ilgili çocuk davranışları, ebeveyn ve çocuk arasındaki gerginliği daha da arttırabilecek sert, kuralcı ebeveynliği daha görünür kılabilmekte ve bu da çocuklarda daha fazla saldırganlık, duygu düzensizliği veya düşük uyumlu davranışsal belirtilere sebep olabilmektedir (24). Ayrıca, DEHB'li çocuklar arasında farklı mizaç karakteristiklerinin farklı komorbidite modellerine neden olabileceği de belirtilmiş örneğin, 3 yaşında gösterilen mizaçsal duygusallık çocuk 7 yaşına geldiğinde DEHB ve içe yönelim komorbiditesini öngörürken, 3 yaşındaki aktivite seviyesi çocuğun 7 yaşında DEHB ve KOKGB'nin komorbiditesini tahmin etmiştir (32).

Sonuç olarak, erken çocukluk evresindeki DEHB profili ile uyumlu mizaç özellikleri örneğin, kendini kontrol etmede güçlük ve DD problemleri ilerleyen dönemlerde içe yönelim ve dışa yönelim davranışlarını ön görebilmektedir (24,205,206). Mizaç ve bağlamsal faktörler ile ilgili farklılıklara dikkat edildiğinde, gelişimsel süreç boyunca DD'yi hassasiyetle ele almak önem kazanmaktadır.

2.3.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Duygu Düzenleme

DEHB'li pek çok çocuk DD güçlükleri göstermektedir (195,197,207-209). DEHB'li çocuk ve gençler ile yapılan çalışmalarda toplum temelli bir örneklemin yaklaşık %38'i, klinik bir örnekleme ise yaklaşık %24-50'si DD güçlüğü belirtileri sergilemiştir (31,210). 2016'da gerçekleştirilen bir meta-analiz çalışması bu bulguları doğrulamış ve DEHB'nin DD güçlükleri ile yüksek seviyede ilişkili olduğunu belirtmiştir (15). Ayrıca, DEHB'li çocuklar, gençler ve yetişkinler ile yapılan yaygınlık çalışmaları da bu popülasyonların büyük bir kısmının yüksek DD güçlüklerine sahip olduğunu bildirmektedir (179). Geniş toplum tabanlı bir örnekleme ise ebeveynler çocuklarının genel olarak %6'sı için duygusal değişkenlik belirtirken, DEHB'li çocuklarda bu oranın 12 kattan fazla artışla ortaya çıktığı belirlenmiştir (192).

Shaw ve ark. (31) DEHB ve DD arasında görülen yüksek örtüşme için üç model oluşturmıştır. Birinci modele göre DD güçlükleri, bilişsel ve DD sistemlerinin temelinde olan öz regülasyondaki ortak nörobilişsel eksiklikler sebebi ile DEHB'nin temel bir semptomu olarak ortaya çıkmaktadır (31,211). Bu ortak eksikliklerin, fizyolojik uyarılmanın düzenlenmesi, inhibisyon, dikkat düzenlemesi, bilişsel esneklik ve planlamanın ortak bir sonucu olabileceği belirtilmektedir (18). İkinci modele göre, DD güçlükleri görülen DEHB görülmeyen DEHB'ye göre niteliksel olarak farklı olup, farklı seyrin yanında farklı bir etiyolojik kavramı da ima edebilir. Bu görüşün kaynağını, ailelerde DEHB ve DD güçlüklerinin birlikte görüldüğünü kanıtlayan genetik çalışmalar oluşturmıştır (212,213). Üçüncü model ise, DEHB ve DD güçlüklerini örtüşen sistemler ile fakat farklı nörobilişsel eksiklikler temelinde ele almaktadır. Bu modelin temel dayanağı ise DEHB belirtileri ve DD güçlükleri arasında orta düzeyde görülen korelasyonlardır (179).

DEHB'li popülasyon içinde duygusal belirtilerin yaygınlığı ve öz düzenleme işlevlerinin yetersiz kalışını temel alan modellerin etkisi ile, bazı araştırmalarda duygusal belirtilerin DEHB ile ilişkili bir özellikten ziyade DEHB'nin bir parçası olarak görülebileceği önerilmiştir (20,21). Başka bir deyişle, duygu düzensizliği DEHB'li çocukların yaklaşık %25-45'ini etkilemekte ve bu kadar yaygın görülmesi sonucunda duygu düzensizliğinin çekirdek semptomlara eklenebilecek potansiyel bir özellik taşıdığı düşünülmektedir (18,31,200,214). Ancak duygusal semptomlar DEHB'ye özgü olmayıp kişiler arası değişkenlik gösterdiği için, duygusal belirtileri DEHB'nin temel bir özelliği olarak ele almak şimdilik kabul görmemiştir (200).

2.3.4. Komorbidite için Risk Faktörü Olarak Duygu Düzenleme

DEHB'li çocuklar arasında yüksek oranlarda anksiyete ve depresyonun görülmesinde DD güçlüklerinin rol oynadığı öne sürülmektedir (23). Gelişimsel açıdan ele alındığında, DD güçlüklerinin DEHB belirtileri ve diğer psikopatolojiler arasında bir köprü işlevi gördüğü ve bu sebeple de gelişimsel süreçte anksiyete gibi sorunların ortaya çıkmasından belirli ölçüde sorumlu oldu iddia edilmektedir (23,24).

DD becerileri konusunda zorluk yaşayan çocuklar içselleştirme ve dışsallaştırma psikopatolojileri açısından risk altındadır (22). Duygu düzensizliği belirtileri, DEHB'li çocuklarda AB'ler ve duygu durum bozuklukları ile daha yüksek oranlarda birliktelik göstermiştir (19). Hulvershorn ve ark.'na (215) göre, DD ve DEHB semptomlarının bu

yüksek birlikteliği DEHB ve DD arasındaki ortak nörobiyolojik mekanizmalardan kaynaklanıyor olabilir. Literatür incelendiğinde DD birbirinden farklı şekilde tanımlandığı için çalışmaların değerlendirilmesinde zorluk yaşanmakta olsa da çalışmalarda hemfikir olunan görüş, DD'nin, duygusal tepkinin fizyolojik, öznel veya davranışsal etmenlerinin bir araya gelmesi sonucunda iç süreçlerle ilgili olduğudur (17,24).

DD güçlükleri sıklıkla DEHB belirtileri ile ilişkilendirilmekte ve DEHB ile görülen anksiyete, depresyon gibi içselleştirme durumları da olmak üzere DEHB ile komorbid görülen pek çok sorun için artmış risk oluşturan potansiyel bir aracı mekanizma olarak ele alınmaktadır (216,217). DEHB ve DD arasındaki ilişkiye dayanarak hem içe yönelim sorunları hem de DEHB belirtilerinin klinik olmayan vakalara kadar uzanan bir süreklilik içinde yer aldığı düşünülmektedir (218,219). 5-12 yaş aralığındaki çocuklar ile yapılan kesitsel bir çalışmada, duygu düzensizliğinin DEHB ve içe yönelim güçlükleri arasındaki etkileşime aracılık ettiği bulunmuş (216); ekolojik anlık değerlendirme yöntemi kullanılarak yapılan başka bir çalışmada duygu düzensizliğinin içe yönelim sorunları ile ilişki gösterdiği saptanmıştır (217). Başka bir çalışmada ise DEHB ile komorbid görülen içe yönelim bozukluğuna sahip çocukların daha yüksek seviyelerde duygu düzensizliği belirtileri sergilediği anlaşılmıştır (220).

Çocuk ve ergenlerle yapılmış 77 çalışmanın yer aldığı bir meta-analizde, duygusal belirtilerin duygusal olumsuzluk, duygu düzensizliği gibi çeşitli yönlerinin DEHB ile güçlü ilişkileri olduğu saptanmıştır (15). Ayrıca yakın zamanda yapılan bir çalışmada, yetersiz DD becerilerinin, DEHB'nin sahip olduğu diğer bileşenler ile istatistiksel olarak uyumluk gösterdiği ve duygu düzensizliğini kapsayan DEHB faktör modellerinin güçlü uyum indeksleri gösterebileceğine dair faktör analiz sonuçları elde edilmiştir fakat bu çalışma yetişkinler ile yapılmış olup yine de ilgili konu hakkında fikir vermektedir (221). Yue ve ark.'nın (19) yürüttüğü çalışmada, duygu düzensizliğinin olup olmasına göre iki çeşit DEHB kategorisi üretilmiş; DEHB kompleks DEHB ve duygu düzensizliğinin birlikte yer aldığı çeşit, DEHB simpleks DEHB'ye ek olarak duygu düzensizliğinin görülmediği çeşit ile iki kategori kullanılarak çalışma tasarlanmıştır. DEHB kompleksin daha ciddi bir alt fenotipi temsil ettiği, daha fazla biyolojik risk ve kalıtsallıkla ilişkili olabileceği ve DEHB belirtilerini daha karmaşık hale getirebildiği varsayılmıştır. Tüm DEHB hastalarında duygu düzensizliği görülmediği gibi, görüldüğü vakalarda ise DEHB

kompleks alt fenotipinin daha kapsamlı bir güçlük ve psikopatoloji mekanizması ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Daha fazla duygu düzensizliği belirtileri, daha yüksek komorbidite oranları, yürütücü işlev eksiklikleri ve işlevsel güçlükler ile karakterize daha şiddetli ve yaygın seyreden bir DEHB alt fenotipi olarak DEHB kompleks tanımlanmıştır. Çalışma sonuçlarına göre; duygu düzensizliği gösteren DEHB vakalarında daha şiddetli DEHB belirtileri görülmüş, bu vakalar AB gibi daha fazla psikopatoloji komorbiditesi riski ile ilişkilendirilmiş, aynı zamanda bu kompleks tipin daha fazla yürütücü işlev bozukluğuna sahip olduğu ve günlük işlevsellik düzeylerinin daha şiddetli oranlarda bozulduğu anlaşılmıştır (19).

2.3.5. Komorbidite için Risk Faktörü Olarak Ebeveyn

Ebeveynlerin duygusal davranışları, çocukların sağlıklı duygusal gelişiminde önemli bir anahtardır (25,26). Ebeveynler, çocukların duyguları gözlemlediği, öğrendiği, nasıl işlendiğini izledikleri ve deneyimledikleri duygusal iklimi oluşturan çok önemli kaynaklardır. Bu sebeple, teorik açıdan bakıldığında ebeveynin DD becerileri ve duygu ile ilgili davranışları çocuğun geliştireceği özellikleri ve uyum süreçleri için kritik önem taşımaktadır (2). Macklem'e (222) göre ebeveynlerde DD mekanizmasının amaçları, ebeveynin çocuk ile iletişime girdiğinde kendisini düzenlemesi gibi içsel bir değişim yaratmak ve ebeveynin çocuğunun duygusunu regüle etmesine yardımcı olması gibi dışsal bir etki oluşturmaktır (2). Çocuğun nörobiyolojik, bilişsel ve sosyal gelişimsel özellikleri ile ilişkili olarak değişebilen şekillerde, ebeveynlerin hem doğrudan hem de dolaylı yöntemler ile çocuklarının DD'sini sosyalleştirdiği düşünülmektedir (223).

Morris ve ark. (224) doğrudan ve dolaylı mekanizmalar yolu ile çocukta DD becerilerinin gelişimine ebeveynin etkisini/katkısını üç alanda açıklamaktadır. Bu modele göre; birinci yol gözlem, öğrenme ve modelleme, ikinci yol ebeveyn uygulamaları ve sonuncusu ise ailede hâkim olan duygusal iklimidir. Bu yollar ebeveynin ruh sağlığı, DD becerileri, aile öyküsü ve tepkisellik düzeyi gibi ebeveyn özelliklerinden etkilenmekte, hem de mizaç, cinsiyet veya gelişimsel özellikler gibi çocuk karakteristiklerinden de etki almakta olup (224) çift yönlü bir ilişki varlığını sürdürmektedir (184).

Çocuklarda DD becerilerinin gelişimini etkileyen duygu sosyalleşmesi, ebeveynlerin çocuklarına uygun duygusal cevapları öğretme, rehberlik etme, modelleme yöntemi olarak tanımlanmıştır ve erken yaşlardan itibaren işlev görmektedir (225). Ebeveynliğin birçok özelliği çocuk DD'sinde rol oynasa da ebeveynin çocuğun olumsuz

duyguları ile nasıl temas ettiği ve başa çıktığı, duygu sosyalleşmesinin ve sonuç olarak DD'nin önemli bir yönüdür. Ebeveynler çocuklarının olumsuz duyguları karşısında destekleyici ve olumlu olmayan yöntemler kullandıklarında, çocuklar gelecekte olumsuz duygularını bastırmayı öğrenebilir ve bunun için kendilerini zorlayabilirler (24). Duyguların bastırılması çocukların kaygılarını ve olumsuz duygusal uyarılmalarını arttırabilir ya da benzer bir durum yaşandığında olumsuz duygular ortaya çıkana dek içsel olarak saklanabilir. Bütün bunlar da zamanla daha yoğun ve tutarsız olumsuz duygu döngüsüne neden olup daha uygun olmayan davranışsal tepkileri çoğaltabilir (22,24). Bu sebeple, ebeveynler çocuklarının olumsuz duygularına destek olmadığında veya destekleyici olmayan cevaplar verdiklerinde, ebeveynin etkili ve sağlıklı olan DD becerilerini modelleme ve çocuğa bunları öğretme fırsatı tehlikeye girmektedir.

Bunun yanında, ebeveyn çocuğunun duygusuna destekleyici olmayan bir şekilde yaklaşsa bile çocuklar yine de sağlıklı ve uyumlu DD becerileri gösterebilir ya da ebeveynler olumsuz duyguları destekleyici şekilde karşılasa bile ocuklar DD konusunda güçlükler yaşayabilir veya ilişkili psikopatoloji geliştirebilirler (24). Ebeveynlerin DD becerileri ve duygu sosyalleşmesi, çocukların gelişmekte olan DD becerilerinin kazanımında ve aynı zamanda ie yönelim sorunlarını azaltma dayanıklılıkları konusunda oldukça önemli bulunmaktadır (22,226,227). Çalışmalarda daha iyi ve destekleyici DD becerileri olan ebeveynlerin çocuklarında daha az içselleştirme sorunları görüldüğü bildirilmiştir (228,229).

Duygu düzenleme nesiller arası aktarıma sahiptir, bu sebeple ebeveyn ve ocukların DD'leri birbirleri ile oldukça ilişkilidir (27-30). Ebeveynliğin DD zerindeki önemli etkilerinin yanında ebeveynlik şekli ve davranışları DEHB'li çocuklarda komorbidite ile ilişkilendirilmiştir. alışmalar, ocukların duygusal tepkilerine ebeveynlerin yanıt oluşturma şekillerini baz alarak, duygular ile ilgili çeşitli ebeveyn davranışlarını destekleyici ve destekleyici olmayan iki ayrı şekilde incelemiştir. Ebeveyn ocuğun duygusal deneyimlerini destekleyip, onu onaylar ve bu süreci anlamasına yardımcı olacak şekilde daha esnek bir alan oluşturduğunda, bu yaklaşımlar çocukların duyguları konusunda daha sağlıklı sonuçlar ile ilişkilendirilmektedir. Destekleyici olmayan ebeveyn davranışları ise çocuğun duygusal deneyimini eleştirmek veya cezalandırmayı içermekte, bunlar da ocuğun DD güçlükleri ile bağlantılı görülmektedir (230,231). Başka bir çalışmada, anne ve ocuğun DD'si arasındaki ilişkide ebeveyn

duygu davranışlarının aracı rolü incelenmiş ve annenin duygu düzensizliğinin destekleyici olmayan ebeveynlik uygulamaları ile pozitif ilişkili olduğu bildirilmiştir (25). DEHB karşılıklı etkileşim içinde düşünüldüğünde, DEHB'li çocuklar ebeveynin davranışlarını etkileyebilirken, aile ve ebeveyn ile ilişkili özellikler aynı zamanda çocuğun davranışlarını da etkilemektedir (232). Çalışmalar DEHB'si olmayan çocukların ailelerine kıyasla DEHB görülen çocukların ailelerinde daha stresli, daha çatışmalı bir ortam olduğunu ve daha zayıf ebeveynlik yöntemleri uygulandığını göstermiştir (24,233).

Bunlar dışında, ebeveynin tutarlı yaklaşımları ve düzenli uygulanan aile rutinleri gibi sosyal etkiler, DEHB belirtilerinin şiddetini hafifletebilmekte veya ortaya çıkışını geciktirebilmektedir (234). Ayrıca, olumlu ebeveynlik DEHB'si olan çocukların davranış problemleri göstermesine karşı koruyucu faktör olarak çalışabilen bir unsur olarak görülmüştür (235). Bunların ışığında, DEHB'li çocuklar destek içermeyen ebeveynlik şekillerine karşı daha hassasiyet gösterebilir ve bu da komorbiditenin gelişimini hızlandırabilirken, DEHB'ye ek olarak ortaya çıkan bozukluğun türü özellikle bu çevresel ve bağlamsal faktörlerden de etkilenmektedir (9,232,236). Literatürde DEHB'li çocuklarda hangi durumlarda hangi spesifik komorbiditelerin geliştiği tam olarak netleştirilemediği için DD gibi faktörlerin komorbid durumların açıklayıcı modellerinde dikkate alınması önem taşımaktadır (24). Bu faktörlerin DEHB ve komorbidite ile nasıl bağlantılandırılacağını açıklamak adına, gelişim boyunca DD ve ebeveynlik davranışlarının etkileşimini gözetmek oldukça değerlidir.

Ebeveynlerin yaşadığı ortak bir güçlük, değişen ihtiyaçları olan çocukları ile ilgilenirken kendi duygusal işleyişlerini düzenleyebilmek ve bunu yaparken aynı zamanda çocuklarının da DD'sini kolaylaştırabilmektir (184). Eğer ebeveyn kendi duygusunu düzenlemekte zorluk yaşıyorsa, çocuğunun duygularına olumlu şekilde cevap verebilme olasılığı düşmektedir. Böyle bir durumda ebeveyn çocuğun utanç, üzüntü gibi duygularını yok sayarak veya ihmal ederek davranabilir (229). Özetle, ebeveynlerin duyguları deneyimleme şekilleri, DD stratejileri kendi ebeveynlik davranışlarını etkilemekte ve bu davranışlar da çocuklara, onların DD becerilerine, ruhsal ve fiziksel sağlıklarına değişen oranlarda etki etmektedir (2).

2.3.6. Gelişim Sürecinde Duygu Düzenleme

Çocuklar okul öncesi ve erken çocukluk evresine geldiklerinde motor, bilişsel ve dil alanlarındaki gelişimlerin etkisi ile, daha bireysel şekilde kendi kendine başlattıkları

DD becerilerini göstermeye başlamaktadır (24). Ayrıca, çocukların üst düzey bilişsel işlevleri de geliştiği için çabalı kontrol değerlendirmelerinde performansları giderek artabilir (237). Dolayısı ile davranış, duyguların kontrolü ve dikkat bu dönemlerde eş zamanlı olarak gelişme sergilemektedir. DD becerileri, inhibisyon derecesi ortalama seviyelerde olduğunda daha sağlıklı ilerlerken, aşırı veya az inhibisyon gösteren çocukların DD becerilerinin daha zayıf olma riski taşıdığı bilinmektedir (202). DD becerileri, çocuğun karşılaştığı deneyimlere daha esnek biçimde ve sosyal olarak daha uygun şekilde cevap vermesini sağlayan kritik mekanizmalardır (238).

Düzensiz duygular ve zorlayıcı mizaç özellikleri gösteren çocuklar özellikle okul öncesi ve erken çocukluk döneminde ebeveynlerinden daha olumsuz, tepkisiz veya cezalandırıcı karşılık alabilirler (24). Ayrıca, bu özellikteki çocuklar örneğin adaptif şekilde üzgün, kızgın veya sıkıntılı hissetme gibi olumsuz duygusal tepkilerinde, ebeveynlerinden sert veya duyarsızlık gibi destekleyici olmayan tutumlar görebilirler. Bu dönemde ebeveyn yanıtları çocuğun gelişmekte olan DD becerileri ile etkileşime devam ettiği için, bütün bunlar zayıf DD'ye etki ederken, çocuklarda dürtüsellik ve olumsuz duygulanımda artış gibi sonuçlar doğurabilmektedir (2,231).

DD becerileri, sosyal, duygusal ve bilişsel becerilerin kazanımına devam edilen geç çocukluk ve ergenlik döneminde de gelişmeyi sürdürmektedir (239). Bu dönemde DD'nin sağlıklı gelişimi, bu becerilerin kişinin duygu ile ilgili kendi bireysel çerçevesine/sistemine dahil edilmesini kapsamaktadır (22,223). Çocuklar kendilerinin ve başkalarının duygu gösterme biçimleri ile ilişkili olarak çevredeki diğer insanların bakış açılarını dikkate almaya başlar. Gençler ise yardım arama, bilişsel yeniden değerlendirme gibi başa çıkma tekniklerini öğrenmeye başladıkça, olumsuz duyguları daha uyarlanabilir şekilde yönetebilir ve gençlik döneminde DD daha erken dönemlere göre daha boyutlu bir süreç olarak ilerler. Bu dönemde çocuklar daha gelişmiş DD becerileri gösterdikleri için bastırma mekanizmasını daha az kullanırlar ve onlar için önemli diğer kişilerin duygularına yönelik açık ve örtük değerlendirmelerini nasıl içselleştireceklerini deneyimlerler (240).

Sosyal ve akran ilişkilerinin giderek daha kritik bir yer aldığı bu yaş dönemlerinde, ebeveynler çocukların duygusal yanıtlarını onaylandığında veya onları desteklediklerinde çocuklar daha sağlıklı sosyal yeterlik ve DD becerileri gösterebilirler (24,239). Olumsuz uyaranlara yönelik daha yüksek korku, endişe tepkisi veren çekingen

mizaçlı çocuklar, geç çocukluk ve ergenlik dönemlerinde belirtileri içselleştirmeye daha yatkındırlar. Ayrıca daha düşük dikkat kontrolüne sahip çocuklar, daha olumlu ya da nötr uyarılara dikkatini vermekte zorluk çektikleri için bu etki onlar için de belirgin olabilir (24,241). Gençler ayrıca, duygusal uyarı özelliği yüksek uyarılardan geri çekilme gibi düzensizlik özellikleri sergileyerek içe yönelim belirtilerini daha da arttırabilmektedir.

Mizaç-çevre (özellikle ebeveyn özellikleri) etkileşiminin yansımaları geç çocukluk döneminde de görülebilmektedir. Bates ve ark. (205), erken dönemdeki olumsuz ebeveynlik davranışlarının daha sonraki dışsallaştırıcı davranış problemlerini ön görmede kısıtlayıcı ebeveynlik tarzı ile etkileşime girdiğini belirtmiştir. Özetle, gelişimsel psikopatoloji bağlamında ebeveynler ve çocuklar arasındaki ilişkileri, karşılıklı etkileşimleri daha geniş ve bütüncül bir şekilde dikkatle ele almak önemlidir.

2.3.7. DEHB'li Çocuklarda Komorbid Durumların/Semptomların Gelişimine Duygu Düzenleme Üzerinden Bütüncül Bakış

Duygu düzenleme (DD) güçlükleri ve özellikle çocuğun DD gelişimini etkileyen ebeveynlik davranışları, DEHB'li çocukları diğer komorbid durumlara veya semptomlara yatkın hale getirecek şekilde etkileşime girebilmektedir (31-33).

Gelişimsel psikopatoloji perspektifini kullanarak Steinberg ve Drabick (24), DEHB'li çocuklarda komorbiditenin gelişiminde DD'nin rolüne ve bunun ebeveynliğin, özellikle DD çerçevesinde ebeveyn davranışları ile karşılıklı etkileşimine yönelik potansiyel bir model geliştirmiştir. Bu modelde, belirli DD eksiklikleri DEHB ve komorbid bozukluklar ile ilişkili olduğu için bunlar ortak bir risk faktörü olarak ele alınmıştır. Risk faktörü olarak ele alınan DD güçlüklerinin, komorbid durumların ortaya çıkmasını açıklayabileceği düşünülmüş ve bu sebeple potansiyel profiller ve buna yönelik ilişkili eksiklikler tanımlanmıştır. Steinberg ve Drabick'in (24) DEHB'li çocuklarda komorbid durumlar için potansiyel mizaç ve duygu düzenleme profillerinden anksiyete komorbiditesine yönelik belirtilen profil Tablo 2.1'de belirtilmiştir.

Tablo 2.1: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanımlı çocuklarda anksiyete komorbiditesine ilişkin duygu düzenleme ve mizaç profili

Komorbid Durum	Mizaç Profili	Duygu Düzenleme Profili
Anksiyete		Aşırı düzenleme
	Düşük çaba kontrolü	Yüksek kaçınma ve geri çekilme
	Yüksek sosyal inhibisyon	Yüksek sosyal inhibisyon
	Yüksek nevrotiklik	Düşük dikkat kontrolü
	Yüksek korku	Tehdide karşı yüksek dikkat yanlılığı
	Yüksek pozitif duygusallık	Tehdit ile ilgili duygulanım ve uyarılmanın düşük düzeyde düzenlenmesi

Not. Tablo içeriği, Steinberg ve Drabick'in (24) gelişimsel psikopatoloji perspektifinden komorbid durumların gelişimine dair açıklamalarından oluşturulmuştur.

Davranış bozukluğu gösteren çocuklar genel olarak olumsuz mizaç sergiler, öfke, saldırganlık ve olumsuz duyguları yönetmekte güçlük yaşarlar ve örneğin DEHB davranış bozukluğu birlikteliğinde DD güçlükleri özellikle saldırganlık semptomları ile ilişkilidir (208,209,238). İçselleştirme semptomları olan çocuklar ise genel olarak azalmış çaba kontrolü ve artmış kaçınma belirtileri sergilemektedir (241). Özellikle kaygılı çocuklar duyguları daha yoğun yaşar, duygusal uyarılma oluşturabilecek durumlardan kaçınma eğilimindedirler, daha düzensiz duygu ifadeleri ve yetersiz başa çıkma tepkileri sergiler ve kaygısı olmayan çocuklara kıyasla kendi ruhsallığını iyileştirme becerilerinde azalma göstermektedirler (190,242).

Steinberg ve Drabick'e (24) göre, AB belirtileri gösteren ve DEHB'nin hem dikkatsiz hem de aşırı hareketlilik-dürtüsel semptomlarına sahip çocuklar, yüksek olasılıkla dikkat kontrolünün azalması, düşük çaba kontrolü ve tehdide karşı artan dikkat önyargısı gibi belirli yürütücü işlevlerde eksikliklere sahiptir ve artmış negatif geri çekilme ile kaçınma sergilerler. Ağırlıklı olarak dikkatsiz semptomlara sahip DEHB'li çocuklarda endişeli dürtüsellik, aşırı uyarılma ve dikkat işlevlerinde sorunlar görünmekte ve bileşik görünüm özellikleri gösterenlere kıyasla bu sunumda yürütme işlevleri daha düşük derecede bozulmuş olabilmektedir (233).

Anksiyete ve DEHB hem dikkatin hem de duygulanımın daha yetersiz şekilde düzenlenmesi ile altı çizilirken, bunlar hem olumsuz uyarılara karşı artan dikkate hem

de eşlik eden DD'nin zayıflığına yol açabilmektedir (24,243). Ortaya çıkan sonuçlar muhtemelen DEHB belirtilerinin türüne, şiddetine ayrıca AB'nin türüne ve yine şiddetine göre farklılıklar gösterecektir.

DD'nin çocuklarda tipik ve atipik olarak gelişimine dair elde edilen bilgiler sonuçlardaki farklı yönlülüğün anlaşılmasına ışık tutabilirken, risk ve dayanıklılık olarak görülebilen potansiyel mekanizmaların etkisine de dikkat çekmektedir. DD ve ebeveynliğin, DEHB'li çocuklar arasında ortaya çıkan psikopatolojiler için risk faktörü ve korelasyonları olarak nasıl işlev görebildiğinin daha iyi anlaşılması ile, farklı yaş gruplarında uygun ve etkili önleme ve müdahale çalışmaları yapılabilir (24).

Özetle, DD çocukların psikolojik ve davranışsal işlevlerinin çeşitli kombinasyonları ile eşleşmekte ve DEHB'si olan çocuklarda DD anksiyete, depresyon, DB'ler gibi eşlik eden komorbid durumların gelişiminde ortak bir risk unsuru olarak yer alabilmektedir. Mizaç, özellikle de çaba gerektiren kontrol, DEHB'li çocuklarda DD'nin erken ve önemli belirteçlerinden biri olarak görülmektedir. DD becerileri bebeklikten gençlik dönemine ve daha sonrasında da gelişmekte, ebeveynlik davranış ve yöntemleri ile etkileşerek DEHB'li çocuk ve gençleri içselleştirme ve dışsallaştırma problemlerine karşı potansiyel olarak koruyucu veya yatkınlığı arttırıcı hale getirmektedir (24). Ayrıca, DEHB'li çocuklarda ortaya çıkan sonuçları tahmin etmede ebeveyn özellikleri ve ebeveynlik, çocuk DD ile etkileşerek bir risk veya dayanıklılık unsuru olarak işlev görebilmektedir (24).

2.4. YAŞAM KALİTESİ

2.4.1. Tanım ve Genel Özellikler

Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO;244) göre yaşam kalitesi (YK) “Bir bireyin içinde bulunduğu kültür, çevre, değer sistemleri çerçevesinde amaçları, normları, kaygıları ve beklentileri ile ilişkili yaşamdaki yerine yönelik algılamasıdır.” YK kişinin psikolojik ve fiziksel sağlığı, özgürlük düzeyi, sosyal-duygusal ilişkiler ve destek sistemleri, çevre ile ilişkisi gibi pek çok faktörden etkilenen geniş bir çatıdır (35,245). Daha kısa şekilde YK “kişinin hastalık ve tedavinin sağlık durumu, fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevler üstündeki etkisine yönelik kişinin öznel algısı olarak” da ifade edilebilir (246). DEHB'li çocuklar için özel olarak tasarlanmış herhangi bir YK değerlendirme aracı

bulunmamaktadır. YK bu kadar önemli iken özellikle ruhsal bozukluğa sahip gruplarda YK düzeyini belirlemek, birey, aile ve sistem için olumlu sonuçlar doğuran, doğru destek ve tedavi kullanımını arttıracak bir yaklaşımdır (35).

YK, bir psikopatolojinin hastalar üzerinde işlevselliğine etkisini değerlendirmek, tedavinin ve müdahalelerin etkinliğini anlamak için önemli bir değerlendirme ölçütü olarak görülmektedir (247,248). YK ve sağlıkla ilgili YK kavramları arasında net bir ayrım yoktur ve ikinci ifade tıp literatüründe daha çok kullanılmaktadır (249). Sağlıkla ilgili YK, YK'nın fiziksel ve ruhsal hastalıklar tarafından etkilenen yönünü tanımlamakta ve hastalığın, alınan tedavilerin kişi üzerindeki etkilerinin öznel olarak algılanmasıyla oluşmaktadır (250). Sağlıkla ilgili YK ölçümlerinde temel amaç sadece hastalığın seyrini takip etmek değil, aynı zamanda hastanın YK alanlarındaki değerlendirmesini yapıp bunu geliştirmektir (250,251). Bunun yanında, işlevsel bozulma ölçümleri ve YK değerlendirmesi arasında da karışıklık yaşanabilmektedir. İşlevsel bozulma, YK ile pek çok benzerlik taşısa da bu bozulma genellikle nesnel olarak değerlendirilir fakat yaşam kalitesi daha öznel ve ideal olarak hastaların kendisi tarafından derecelendirilir. Coghill ve ark. (252) bu durumda bir vekil, örneğin sıklıkla ebeveynler tarafından derecelendirilen YK'nın da tartışmaya açık hale gelebileceğini belirtmiştir. Özetle, YK sağlığın fiziksel, sosyal ve duygusal faktörlerini de kapsayan çok boyutlu bir kavramdır (253). Mevcut çalışmada YK terimi kullanılmış olup, literatürde çoğunlukla yer aldığı gibi bu çalışmada da fiziksel sağlık ve psikososyal olarak ana iki kategoride değerlendirilmiştir (249).

2.4.2. Çocuk ve Ebeveyn Bildirim Farklılığı

Çocuk ve birincil dereceden bakıcısı, çoğunlukla ebeveynlerin, YK bildirimleri arasındaki uyumsuzluğun yönü ve büyüklüğü mevcut literatürde oldukça dikkat çekmiştir (254). DEHB'nin YK üzerindeki etkisini inceleyen sistematik incelemeler ve meta-analiz çalışmaları genel olarak, ebeveynlerin bakış açısından DEHB'nin çocukların YK'sını önemli düzeyde azalttığını göstermiş ve çoğunlukla ebeveynlerin çocuklarına göre daha düşük YK değerleri bildirdiğini saptamıştır (247,253,255-258).

Çocuk ve ebeveynin bildirimleri arasındaki farklılıkların çocuk, ebeveyn ve aile işleyişindeki özellikler ile bağlantılı olabileceği belirtilmiştir (259). Ebeveynin algısı; diğer çocukların gelişimsel özelliklerinden, çocukla ilgili beklenti ve endişelerinden, çocuk bakımı ile ilgili taşıdığı yükten, kendi psikopatolojisi ve YK'sından ve aynı

zamanda aile sisteminden de etkilenmektedir (259-261). Ronen ve ark.'na (262) göre çocukların YK'sını değerlendiren ebeveynler, çocuğun normallik anlayışına uyum sağlayamayabilir. Ebeveynlerin çocuğu hakkındaki algısı, çocuğun sağlık kararları hakkında ve sağlık hizmeti kullanımında oldukça önemli olduğu için literatürde bu konuyu araştıran pek çok çalışma yer almıştır (263).

DEHB'si olan çocuklarda konsantrasyon, dikkat ve öz kontroldeki güçlükler, çocukların geçerli bir öz bildirimde bulunma ve anket doldurma becerilerini daha da zorlaştırabilmektedir (249,253). Bu sebeple, birincil bakıcıların katılımı çocuğun YK'sının değerlendirilmesinde tamamlayıcı olarak kullanılmakta fakat ebeveynin YK hakkındaki bildirimi, çocuğun YK'sı üzerindeki etkisinin yalnızca bir bölümünü içerdiği için iki kaynaktan bilgi almak önemini kaybetmemektedir (249,264-266). Bir yandan çocuğun kendi öz bildirimi, kendi bakış açısını, kendi deneyimlerini ve beklentilerini aktif olarak yansıtmaya da olanak tanımaktadır (260,267). Hem klinik pratikte hem de yapılan çalışmalarda ebeveyn ve çocuktan eş zamanlı bilgi almak daha kapsamlı sonuçları göstermiştir (264). Alandaki sistematik incelemelerde de çocuğun öz bildiriminin, ebeveynin çocuğu için bildirdiği YK değerlendirmesi ile eş olmadığı, bu sebeple bunların birbirinin yerine konulamayacağı vurgulanmıştır (253,255,268). Mevcut çalışmada literatürde önerilen şekilde hem çocuğun öz bildirimi hem de ebeveynin çocuğu için beyanı ile iki kaynaktan YK bilgisi alınmıştır.

Ebeveyn ve çocuk bildirimleri arasındaki farklar için ilgili literatürde başka açıklamalar da mevcuttur. Örneğin, DEHB belirtileri ve bununla ilişkili dürtüsel ve bilişsel sistem bir çocuğun YK ölçeğini nasıl tamamlayacağını etkilemekte ve DEHB'si olan çocuklarda bu sebeple YK ölçümünde bazı zorluklar ortaya çıkmaktadır (269). Ya da ebeveyn ve çocuk arasındaki farkın, sağlık problemleri yaşayan ebeveynler veya daha düşük sosyodemografik özellikler gibi çeşitli sosyal, eğitsel ve sağlık unsurlarından kaynaklanabileceği de belirtilmiştir (270). De Los Reyes ve Kazdin (271) ise klinik çalışmalarda kaynaklar arasındaki uyumsuzluk üzerine farklı perspektiflerden açıklamalar getirmiştir. Örneğin, ebeveynler çocukların davranışsal eğilimlerinin sorunlarına katkıda bulunduğunu düşünürken, çocuklar ise genel olarak bağlamı ve çevreyi sorunlarına neden olarak ele almakta ve bunlar da değerlendirmelerde farklılıklara sebep olmaktadır. Ayrıca, YK ölçümü çok boyutlu ve öznel olduğundan

küçük yaştaki çocuklarda dil ve bilişsel beceriler, içgörü, anlamada zorluk gibi eksiklikler ile daha karmaşık bir hale gelebilmektedir.

Owens ve ark. (272), çocukların gerçek beceri ve yeterliliklerini gösteren ölçütlere kıyasla performanslarını genellikle daha olumlu bildirdiklerini vurgulamıştır. De Los Reyes ve ark. ise (273), çocuk için ölçülen bir yapının ebeveyn veya öğretmen tarafından temsil edilmesinin hatasız olmayacağını öne sürmektedir. Ebeveyn bildirimleri, çocukların öznel deneyim ve algıları açısından kendi bildirimlerinden farklı olsa da yine de YK'nın değerlendirilmesine tamamlayıcı katkılar sağlamaktadır (253,258,265,274). Ayrıca elde edilen farklılıklar, çocuğun farklı ortamlarda ve bağlamlarda sergilediği davranışlarına yönelik farklılıkları anlamak adına da kullanılabilir (275). Bunun yanında, anksiyete veya depresyon belirtileri gibi ebeveyn özelliklerinin çocuğun ve ebeveynin YK değerlendirmeleri arasındaki uyumsuzluğu etkilediği de bildirilmiştir (276). Bu sebepler ile bu uyumsuzluğun farkında olmak ve özellikle çocuklardan öz bildirim alınması zorlaştığında çoklu kaynaktan yararlanarak bunların üstesinden gelmek önem kazanmaktadır (254).

2.4.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Yaşam Kalitesi

DEHB psikopatolojik belirtilerin ötesinde performansı, uyumu, bilişsel, duygusal, akademik ve sosyal yönler de dahil olmak üzere çocuğu çeşitli alanlarda ve çoklu ortamlarda etkilemektedir (1). DEHB'li çocuklar diğer çocuklara kıyasla bu sorunlar ile daha fazla karşılaşmakta ve bütün bunlar da çocukların okul, arkadaş, aileleri ve genel uyumları ile ilgili çeşitli adaptasyon güçlüklerine ve daha düşük YK belirtilerine neden olmaktadır (277). DEHB sadece çocuğun kendisinde işlevsellik sorunu yaratmakla kalmaz, aynı zamanda aile işlevlerini, ilişkilerini (278,279), arkadaşları ve öğretmenleri de olumsuz yönde etkileyebilmektedir (277). DEHB belirtileri çocuğun temel ihtiyaçlarını karşılamayı zorlaştırdığı, başarı duygusunu deneyimlemesini kısıtladığı ve sonuçta çocuklarda daha zayıf benlik algısı gelişimine etki edebildiği için, DEHB çocukların yaşamlarının tüm yönlerini etkileyen ciddi bir psikopatoloji olarak görülmektedir (277). Ayrıca, DEHB'li çocukların aileleri daha fazla ebeveynlik stresi yaşamakta, daha fazla psikopatoloji ve daha fazla yaşam stresi göstererek işlevselliklerini ve YK'larını etkileyecek pek çok alanda güçlüklerle sahiptir (280,281).

Wanni Arachchige Dona ve ark.'nın (268) çalışmasında daha önce yapılan incelemeler ile tutarlı olarak, hem çocuk hem de ebeveyn bildirimlerinde DEHB'li

çocuklarda DEHB'si olmayan çocuklara kıyasla daha düşük YK değerleri görülmüş (247,255-258,282) ve aile üyelerinde de aynı durumun yaşandığı belirtilmiştir (283). Bunun yanında, DEHB'nin fiziksel alan işlevlerine kıyasla psikososyal alanlar üzerinde daha fazla etkili olduğu bilinmektedir (253,258,268). Wann Arachchige Dona ve ark. (268) DEHB'nin fiziksel alan üzerindeki etkisini orta ve büyük, Lee ve arkadaşları (258) incelemelerinde ise bunu orta derece olarak bulgulamışlar; DEHB'nin psikososyal işlevler üzerindeki etkisinin fiziksel sağlık alanına kıyasla çok daha büyük olduğu belirtilmiştir (268).

Bahsi geçtiği üzere çalışmalarda ebeveynlerin çocuklarına kıyasla çocukları için daha düşük YK değerleri verdiği görülmektedir (253,255). Bir sistematik gözden geçirme ve meta analiz çalışmasında hem DEHB'li çocukların ebeveynleri hem de sağlıklı kontrollerin ebeveynlerinin, çocuklarının YK'sını çocuğun kendisine göre önemli derecede daha kötü bildirdiği bulgulanmıştır (264). DEHB'li çocukların YK'sını değerlendirmek için ebeveyn ve çocuktan alınan değerlendirmeler arasında orta düzeyde uyum bulan çalışma da mevcuttur (274). Çocuk ve ebeveyn arasındaki bu uyumsuzluk, fiziksel işlevsellik gibi gözlenebilir alanlara kıyasla daha az görülebilen duygusal ve sosyal işlevsellik gibi yaşam alanlarında daha fazla ortaya çıkmaktadır (284). Bir çalışmada DEHB'li çocukların psikososyal alanda ebeveyn ve çocuk arasındaki bildirim tutarsızlığının düzeyi, normal gelişim gösteren çocuklara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır. Bu durumda psikososyal alanda ebeveyn ve çocuk algısı arasındaki farklılıkların incelenmesi önerilmektedir (264).

Yakın tarihli sistematik gözden geçirme ve meta analiz bulgularına göre, DEHB'si olan ve olmayan çocukların YK değerleri birlikte ele alındığında, çocukların değerlendirmeleri ile ebeveynlerin bildirimleri arasında önemli bir fark bulunmamıştır (268). Fakat DEHB'si olan çocukların ebeveynlerine bakıldığında, ebeveynler çocukların YK bildirimini çocukların kendi değerlerine göre daha düşük olarak iletmiştir.

Larsen ve ark. (285), DEHB'li çocukların daha sık ve şiddetli işlevsel somatik belirtilere, örneğin mide ağrısı, baş ağrısı veya yorgunluk gibi, eğilimli olduklarını ve bu belirtilerin DEHB'si olmayan çocuklara kıyasla DEHB'li çocuklarda daha fazla davranışsal ve duygusal güçlükler ile daha olumsuz YK değerlerine katkıda bulunduğunu belirtmiştir. DEHB'li çocukların YK'sına ilişkin incelemelerin bazılarında DEHB ve fiziksel alan arasında ilişki saptanmamıştır (247,253). Lee ve ark. (258) DEHB'si olan

çocuklarda YK'nın fiziksel boyutunun, normal gelişime sahip çocuklar ile karıştırıldığı için sıklıkla göz ardı edildiğini ifade etmişlerdir. Fakat DEHB'li çocukların DEHB'si olmayan çocuklara kıyasla daha fazla beceri eksikliği (253,257), daha yüksek kaza ve yaralanma oranları (286), daha fazla fiziksel sağlık ve uyku sorunları (287) olduğu da bildirilmektedir. Ayrıca, çalışmaların çoğu klinik örnekleme yapılmış olup bu örnekleme çocuklar sıklıkla farmakoterapi almakta ve hem uyarıcı hem de uyarıcı olmayan ilaçların karın ağrısı, iştah kaybı gibi fiziksel semptomatik yan etkileri olabileceği de bilinmektedir (258,288). Bütün bunlar gözetildiğinde, çocukların fiziksel aktivite veya kapasitelerine özgü öznel algılarına ve duygusal durumlarına daha fazla dikkat edilmesi ve de DEHB'li çocuklar için fiziksel sağlık YK alanındaki belirleyici faktör ve müdahale etkilerinin daha fazla çalışılması önerilmektedir. Ayrıca, ilaç tedavisi alan çocuklarda fiziksel belirti ve fiziksel kapasitedeki güçlüklerin, çocukların hem öznel algılarına hem de nesnel şekilde nasıl yansıdığına daha dikkat edilmesi gerekliliği belirtilmektedir (258).

Çalışmalarda yaş faktörü, ebeveyn ve çocuk bildirimlerinde DEHB'li çocukların tüm YK alanları ile negatif ilişki göstermiş (258,268) ve en kuvvetli etki orta düzeyde bir ilişki ile çocuğun psikososyal yaşam kalitesine ilişkin ebeveyn bildirimlerinde bulunmuştur (258). 2017'de yapılan bir çalışmaya göre, DEHB'li çocukların kendi bildirdiği daha düşük YK değerlerinin kız cinsiyeti ve daha yüksek yaş ile ilişkili olduğu, ebeveyn bildirimine göre ise daha düşük YK'nın daha büyük yaş ile ilişki gösterdiği belirtilmiştir (289). Başka bir çalışmada kızlar, YK'nın çocuk formlarında fiziksel sağlık ve duygusal işlevsellik puan ortalamalarında erkeklerden daha düşük skorlar elde etmiştir (274). Lee ve ark.'nın (264) çalışmasında ise, çocuğun yaş ve cinsiyeti hem DEHB hem DEHB'si olmayan çocuklarda anlaşmazlığın üzerinde küçük bir etki göstermiştir.

Araştırmalar YK değerlendirmelerinin DEHB belirtilerinin şiddeti, farmakoterapi, ebeveynin sağlık durumu ve aile yapısı gibi çeşitli faktörler ile ilişkili olduğunu göstermektedir (253,290). Yapılan çalışmalara göre farmakolojik veya psikolojik tedaviler, YK ve DEHB semptomlarının remisyonu üzerinde kısa süreli olumlu etkiler göstermiş fakat uzun vadeli etkileri anlamak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç bulunmaktadır (247,252,291). Ayrıca, Velô ve ark.'nın (45) çalışmasında tedavi almamış DEHB'li çocuklar hem kendi hem de ebeveynlerinin bildirimine göre sağlıklı kontrol grubundan daha yüksek psikopatoloji değerleri ve daha düşük YK düzeyleri göstermiştir.

DEHB'li çocukların belirtileri, ebeveynlerde daha yüksek oranlarda stres ve sıkıntı yaratmaya dinamik olarak katkı sağlamaktadır (282,292). DEHB'li çocuklar ile uzunlamasına, gözlemsel ve pek çok ülkeyi de dahil ederek yapılan bir çalışmada, DEHB'li çocukların YK'sının aile üzerindeki yüke aracılık ettiği bulunmuştur (282). Ayrıca bu çalışmada DEHB'li çocukların ebeveynlerindeki stresin en temel nedeninin, DEHB şiddeti değil çocuğun yaşam kalitesinde azalmış değerler olduğu vurgulanmıştır. Bu sebeplerle, çocuğa yönelik semptom şiddetini azaltmak adına yapılan girişimler tek başına ailenin yükünü azaltmaya yetmeyebileceğinden, daha geniş çaplı tedavi ve müdahalelerin tasarlanması önerilmektedir.

Rocco ve ark. (282) DEHB ile ilişkilendirilen YK sonuçlarını ebeveyn ile ilişkili faktörler ve aile bağlamında ele almıştır. Örneğin DEHB'li çocuğun ebeveynlerinin çocuğun artan ihtiyaçları doğrultusunda çocuğuna daha fazla dikkat vermesi gerekir ve bu durum çalışma alışkanlıklarını değiştirmeleri ya da istihdam ile ilgili değişikliklere neden olabilirken, ailelerin sosyoekonomik değişiklikleri ile bağlantılı olduğu gibi geliri azaltabilir. Bütün bunlar da çocukların sağlıkla ilgili ya da sağlık hizmetlerine ulaşma ile ilgili YK'larını olumsuz etkileyebilir veya daha uzun vadede olumsuz sonuçlar ile ilişkili olabilir (293-295). Ayrıca, DEHB'li çocukların genellikle artan bakım talepleri bulunduğu için ebeveynler çocuklarının sıklıkla okul, akademik, arkadaş ve aile problemleri ile uğraşmak zorunda kalmakta ve bunlar da çocuğun YK'sını dolaylı olarak etkilemektedir (296).

Bunun dışında DEHB tanısı, muhtemelen DEHB ile ilişkili sosyal damgalama nedeniyle bir çocuğun mağduriyet ve zorbalığa maruz kalma olasılığını artırabilmektedir (297). Bu nedenle, DEHB'li çocuklara yeterli desteğin sağlanabilmesi için DEHB'nin çocuklar ve ergenlerin günlük işlevselliği üzerindeki daha geniş etkisinin kabul edilmesi önemlidir. Bir meta-analizde kanıtlandığı gibi okul alanının DEHB'den ciddi şekilde etkilendiği göz önüne alındığında, DEHB'li çocuklar için eğitim desteği daha da değerli hale gelmektedir (268).

Çocukların YK'sını iyileştirmek, tedavi sonuçlarında ve işlevsellik üzerinde iyilik halini arttırmanın yanında DEHB tedavisinde kilit bir unsur olarak giderek daha fazla ele alınmaktadır (253). DEHB gibi psikopatolojilerin YK'yı nasıl etkilediğinin anlaşılması, birey odaklı hizmetlerin ve müdahalelerin planlanması için önemli bilgiler sağlamakta ve birey üzerindeki sonuçları daha sağlıklı bir hale getirmek üzere destek olmaktadır

(298,299). DEHB tedavisinde amaç sadece semptomları azaltmak değil, paralel şekilde DEHB’li çocukların YK’sını da iyileştirmek olduğu için, DEHB’li çocuklara uygulanan diğer müdahalelerin yanına YK ölçümlerinin rutin olarak dahil edilmesi önerilmektedir (247,252,268).

2.4.4. Yaşam Kalitesi ve DEHB’li Çocuklarda Anksiyete

YK’nın sağlık sorunları ve özellikle psikopatolojik güçlükleri olan çocuklar üzerindeki etkisini kavramak giderek daha fazla önem kazanmış ve tedavilerin sonucunda YK’nın değerlendirilmesi daha yaygın şekilde kullanılmaya başlanmıştır (249,253). DEHB diğer psikopatolojiler ile karşılaştırıldığında DEHB’nin YK üzerinde genel bir etkiye sahip olduğu, semptom düzeyinin artması ve bozulmaların daha kötü YK’yı ön gördüğü bilinmektedir (300). Ayrıca eklenen komorbid durumlar ve sosyal stres olumsuz etkilerin artmasına katkı sağlamaktadır (301).

DEHB’li çocuklara sıklıkla anksiyete belirtileri eşlik etmekte ve bu birliktelik işlevselliği ve YK’yı daha olumsuz şekilde etkilemektedir (10). Bir çalışmada AB kriterlerine sahip DEHB’li çocukların YK’sının, günlük işlevsellik düzeylerinin ve davranışlarının yalnız DEHB’li çocuklara göre daha olumsuz sonuçlar gösterdiği bildirilmiştir (10,128). Bazı çalışmalar DEHB ve anksiyete belirtileri olan çocukların dürtüselliklerinin azaldığını öne sürse de anksiyete DEHB tanısı alan çocuklarda işlevselliğin pek çok alanında bozucu etkiye sahiptir (132,302). Örneğin, daha zayıf dikkat becerileri ve yürütücü işlev performansı, gergin aile ortamı ve işlevselliği gibi (8,9,132). Ayrıca, DEHB’si olan çocuklarda anksiyete ve işlevsellik arasındaki ilişkiyi inceleyen başka bir çalışmada, anksiyetenin sosyal alandaki güçlüklerin şiddetini arttırdığı bulunmuştur (303). Çoklu AB’nin varlığında, bileşik ve dikkatsizlik görünümü olan çocuklarda daha kötü işlevsellik görüldüğü de belirtilenler arasındadır (10).

DEHB’li çocukların kendilerini nasıl algıladığı ve gösterdikleri, anksiyete semptomları ile ilişkili olarak YK’larını nasıl değerlendirdikleri konusunda az sayıda çalışma vardır. Zambrano-Sánchez ve ark.’nın (301) çalışmasında, DEHB’li çocukların kendi bildirimlerine göre daha düşük YK skorları gösterdiği ve DEHB’li çocuklarda düşük YK’nın daha yüksek anksiyete şiddeti ile ilişkili olduğu bulgulanmıştır. Bütün bunların yanında, DEHB’li çocuklarda ruh sağlığı belirtileri yüksek olan ebeveynler daha sık görülmekte ve çocuk anksiyetesi ile ebeveyn psikopatolojik belirtileri arasında karmaşık bir etkileşim ortaya çıkmaktadır. Bu ilişkide, ebeveyn ruh sağlığı

problemlerinin DEHB’li çocukların anksiyetesi yolu ile kendini gösterebildiği, çocukların çevresel ve ailesel stres faktörlerine karşı daha yatkın ve savunmasız olduğu bilinmektedir (10). Bu sebeple, anksiyete semptomları gösteren veya AB komorbiditesi olan DEHB’li çocukların etkin bir şekilde tedavi alması, çocukların genel YK’ları üzerinde işlevselliği arttıracak büyük bir öneme sahiptir.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÇALIŞMANIN DESENİ

Çalışma, DEHB tanısı almış çocuklarda klinik ve sosyodemografik özelliklerin, yaşam kalitesinin, ebeveyn kaygı düzeyinin ve ebeveyn/çocukların duygu düzenleme becerilerinin karşılaştırılması; DEHB tanısı alan çocuklarda anksiyete semptomlarının gelişiminde ebeveyn duygu düzenleme becerilerinin ve kaygı düzeyinin, sosyodemografik özelliklerin ve çocukların DEHB özelliklerinin yordayıcı özelliği olup olmadığını araştırmak amacı ile düzenlenen kesitsel ve korelasyonel bir araştırmadır.

3.2. ÖRNEKLEME YÖNTEMİ ve ÖRNEKLEM

Çalışma için öncelikle Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmış (EK-1) ve sonrasında veri toplama aşamasına geçilmiştir. Amaçlı örnekleme yöntemi ile elde edilen çalışma örneklemi; Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne ayaktan başvuran, hekimlerin yaptığı klinik görüşmede DSM-5 tanı kriterlerine göre “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu” tanısı alan, daha önce psikiyatrik bir tedavi almış veya almamış 8-12 yaş aralığında çalışmaya dahil edilme kriterlerine uygun hastalar arasından seçilmiştir. Çalışmanın örneklem büyüklüğü GPower analiz programında hesaplanmış olup konu ile ilgili önceki çalışmalar göz önüne alındığında, etki büyüklüğü 0.5, güç %90, alfa hata değeri 0.05 kabul edilerek büyüklük en az 172 olarak belirlenmiştir (304).

Katılımcıları dahil etme kriterleri:

- Çocukların 8-12 yaş aralığında olması
- DSM-5 tanı kriterlerine göre ‘Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu’ tanısına sahip olması
- Bilgilendirilmiş gönüllü onam formunun ebeveyn tarafından onaylanmış ve çocuğun da çalışmaya katılmayı kabul etmiş olması

Katılımcıların çalışmadan dışlanma kriterleri:

- Kronik tıbbi bir hastalığın varlığı
- Anksiyete bozukluğu için farmakolojik tedavi alması
- Nörolojik bir hastalığın varlığı
- Geçirilmiş kafa travması öyküsü
- Zihinsel gelişme geriliğinin bulunması
- Anne-babada zihinsel gerilik bulunması
- Psikotik bozukluk, otizm spektrum bozukluğu veya bipolar bozukluk tanılarının varlığı.

Çalışma kapsamında, 282 çocuk ve ebeveyden veri toplanmış ve 58 veri eksik ve/veya hatalı içeriklerden dolayı çalışmadan çıkarılmıştır. Ayrıca 23 çocuk anksiyete bozukluğu için farmakolojik tedavi aldığından araştırmadan dışlanmış ve çalışma 201 çocuk ve ebeveyni ile yürütülmüştür.

3.3. PROSEDÜR

Verilerin toplanması için Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Çocuk Ergen Polikliniği'nde Aralık 2021-Nisan 2022 tarihleri aralığında haftanın en az üç iş günü bulunulmuştur. Sistemde o gün randevusu bulunan DEHB tanılı, uygun yaş aralığında olan ve dışlama kriterlerini taşımayan çocuklar, ebeveynleri ile geldiğinde çalışma bilgisi paylaşılmıştır. Veriler polikliniğin bekleme odası veya bahçesinde toplanmış, bazı ebeveynler ölçek setini hastane dışında doldurmak istemiş ve sonrasında geri getirmiştir.

Çalışmada hem ebeveynlerden hem de çocuklarından veri toplanmıştır. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan ebeveynlere öncelikle çocuklara uygun olarak hazırlanmış “Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (EK-2)” verilmiş ve çalışma çocuğa “Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam-Çocuk Formu (EK-3)” üzerinden sözlü olarak açıklanmıştır. Ebeveynin onam formunu okuyup imzalaması ve çocuğun da sözlü onay vermesi ile ölçek seti taraflarına iletilmiştir. Ebeveyn ölçek seti sırasıyla; Sosyodemografik Bilgi Formu, Conners Ana Baba Derecelendirme Ölçeği-Kısa Formu, Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve

Değerlendirme Ölçeği, Duygu Düzenleme Güçlükleri Ölçeği-Kısa Form, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, Duygu Ayarlama Ölçeği, Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği ve Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden oluşmaktadır. Çocuk ölçek seti ise Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği ve Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden meydana gelmektedir. Ebeveynlerin Duygu Düzenleme Güçlükleri Ölçeği-Kısa Form ve Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri kendileri için rapor ettiği bilgilerden oluşurken, ölçek setinde kalan diğer bütün ölçümler ebeveynin çocuğu için beyan ettiği içeriklerdir.

Verilerin toplanması sırasında, eğer ki yardım talep edilmiş ise ebeveyn veya çocuğa maddeler veya içerik uygun şekilde açıklanmıştır. Bazı çocuklar okumaktan sıkıldığı için ebeveyni veya araştırmacı maddeleri çocuğa okumuş, çocuk kendi işaretlemiştir.

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Katılımcıların bilgilerine ulaşmak için araştırmacı tarafından hazırlanan bilgi formu ebeveyn tarafından doldurulmuştur (EK-4). Formda çocuğun yaşı, okuduğu sınıf, kardeş sayısı, anne ve babanın yaşı, eğitim durumu, gelir düzeyi, çalışma durumu, anne ve babanın psikiyatrik tanı varlığı hakkında bilgiler alınmıştır. Aynı formda çocuğun tanı, tedavi şekillerine yönelik sorular; tanı aldığı zaman, DEHB'ye yönelik ilaç tedavisi alıp almadığı, DEHB'ye yönelik ilaç tedavisi dışında ek bir destek alıp almadığı, çocuğun başka bir ilaç tedavisi olup olmadığı, anksiyete tedavisi alıp almadığı, başka tanısının olup olmadığı, belirtilerin başlangıç yaşı, tanı alınan yaş, kullanılan tedaviler ve detaylarına dair bilgiler yer almaktadır. Ayrıca bilgi formunda çocuğun işlevselliğini ciddi düzeyde bozan kronik tıbbi hastalık, geçirilmiş kafa travma öyküsü ve nörolojik hastalık varlığı gibi dışlama kriterlerine yönelik maddeler bulunmaktadır.

3.4.2. Conners Anne-Baba Derecelendirme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa Form (CADÖ-YK)

Conners Anne-Baba Derecelendirme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa Form (CADÖ-YK), ebeveynlerin çocuklarda gözlemledikleri dikkat eksikliği, hiperaktivite ve davranım sorunlarını değerlendirmek için kullanılan bir araçtır (EK-5). CADÖ-YK, çocukluk çağı

davranış sorunlarının ebeveyn bildirimlerini almak için yaygın olarak kullanılan bir araç olan Connors Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği'nin kısaltılmış bir versiyonu olarak geliştirilmiştir (305). CADÖ-YK Dikkat eksikliği, Hiperaktivite, DEHB İndeksi ve Karşı Gelme alt gruplarına sahip; ebeveyn tarafından dörtlü Likert skalası üzerinde yanıtlanan 27 maddelik aile derecelendirme ölçeğidir. Ölçeğin çocuklarda DEHB belirtilerini değerlendirmek için güvenilir ve geçerli bir araç olduğu bulunmuş olup ölçekte çocuğun son bir ay içinde gözlenen davranışlarına göre cevap verilmesi istenmektedir (306). Çalışmada ölçeğin 'Dikkatsizlik, Hiperaktivite, DEHB İndeksi ve DEHB toplam puanı' alt grupları değerlendirmeye alınmıştır. CADÖ-YK formunun ülkemize uyarlama çalışmasında, alt ölçeklerin Cronbach alfa ve iki yarı güvenilirlik katsayılarının sırasıyla 0,73-0,86 ve 0,72-0,85 arasında değiştiği bildirilmiştir (307). Mevcut çalışmada elde edilen Cronbach alfa değerleri ise sırasıyla şöyledir: toplam puanın güvenilirliği 0,94, DEHB İndeksi 0,89, karşı gelme 0,87, dikkatsizlik 0,87 ve hiperaktivite 0,85'tir.

3.4.3. Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği

Ölçek DSM-IV tanı kriterlerine göre davranım bozukluklarını değerlendirmek için geliştirilmiş 41 maddelik bir değerlendirme ölçeğidir (EK-6). Ölçek ebeveynler veya öğretmenler tarafından doldurulmak üzere tasarlanmıştır ve DSM-IV kriterlerine göre DEHB, KOKGB ve DB belirtilerine ilişkin maddeler içermektedir. Ölçeğin çalışma kapsamında DEHB belirtilerini tarayan 18 soruluk bölümü (dikkatsizliği sorgulayan 9, aşırı hareketliliği sorgulayan 6 ve dürtüselliği sorgulayan 3 madde) kullanılmıştır. Ölçeğin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ercan ve ark. (308) tarafından yapılmış ve ölçek çocuklarda ve ergenlerde yıkıcı davranış bozukluklarını değerlendirmek için güvenilir ve geçerli bir araç olarak bulunmuştur (309). Çalışmada ölçeğin toplam puan güvenilirliği 0,92, dikkat eksikliği 0,90 ve hiperaktivite 0,92 olarak saptanmıştır.

3.4.4. Duygu Düzenleme Güçlükleri Ölçeği-Kısa Form (DDGÖ-KF)

36 maddelik orijinal ölçek (Difficulties in Emotion Regulation Scale; DERS), bir duygu düzenleme modeline dayalı olarak geliştirilmiş ve yetişkinlerde duyguların düzenlenmesindeki zorlukları değerlendirmektedir (310,311). Bjureberg ve ark. (312) tarafından daha kısa hale getirilen DERS, geçerliği onaylanan bir öz bildirim ölçeğine

(DDGÖ-KF) dönüşmüştür. DDGÖ-KF; açıklık, amaçlar, dürtü, stratejiler, kabul etmeme alt grupları ve toplam puan olmak üzere 16 maddeden oluşmaktadır (EK-7). Ayrıca, DDGÖ-KF'nin farklı popülasyonlarda ve kültürel bağlamlarda duygu düzenleme güçlüklerini değerlendirmek için güvenilir ve geçerli bir araç olduğu bulunmuştur (313). Türkçe'ye uyarlama çalışması Yiğit ve Yiğit (314) tarafından yapılan ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,84 olarak bulunmuş ve ölçeğin Türkiye popülasyonunda kullanım için geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada toplam puan için güvenilirlik katsayısı 0,95 olarak hesaplanmıştır.

3.4.5. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI FORM TX-1 ve TX-2)

Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI), bireylerin kaygı derecesini ölçen ve yaygın olarak kullanılan bir psikolojik envanterdir. STAI Spielberger ve ark. (315) tarafından geliştirilmiştir. STAI, biri durumluk kaygıyı diğeri ise sürekli kaygıyı 20'şer madde ile ölçen iki ayrı ölçekten oluşmaktadır. Durumluk kaygı envanteri zamanın belirli bir anındaki kaygının yoğunluğunu ölçerken (EK-8), sürekli kaygı envanteri farklı durumlarda kaygı yaşamaya yönelik genel eğilimi değerlendirir (EK-9). Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Öner ve Le Compte (316) tarafından yapılmış ve ölçeğin ülkemizde kullanımının geçerli ve güvenilir olduğu bildirilmiştir. Mevcut çalışmada güvenilirlik katsayıları durumluk kaygı için 0,90, sürekli kaygı için 0,87 olarak bulunmuştur.

3.4.6. Duygu Ayarlama Ölçeği (DAÖ)

Shields ve Cicchetti (317) tarafından geliştirilen, 4'lü Likert tipinde 24 maddeden oluşan DAÖ, çocuklarda duygu düzenlemeyi değerlendirmek için kullanılmakta ve ebeveynler tarafından doldurulmaktadır (EK-10). Duygusal değişkenlik/olumsuzluk ve duygu düzenleme/ayarlama şeklinde iki alt ölçekten oluşan DAÖ, Kapçı ve ark. (318) tarafından ülkemize uyarlanmış ve ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,84 olarak belirtilmiştir. Duygusal değişkenlik/olumsuzluk alt ölçeği on beş maddeden, duygu ayarlama alt ölçeği dokuz maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınan toplam puanın yüksekliği çocuğun duygu düzenleme düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada duygu ayarlama alt boyutunun güvenilirlik katsayısı 0,61, değişkenlik/olumsuzluk için güvenilirlik katsayısı ise 0,82 olarak hesaplanmıştır.

3.4.7. Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ)

Çocukluk çağı anksiyete bozukluklarını değerlendirmek amacı ile Birmaher ve ark. (319) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Çakmakçı (320) tarafından yapılmıştır. Ölçek, ebeveyn (EK-11) ve çocuk bildirimine (EK-14) dayalı olarak çocukluk çağı anksiyetesini değerlendirmek için yaygın olarak kullanılmaktadır (321). 3'lü Likert tipinde kodlanan 41 maddeden oluşan ÇATÖ'de, 25 ve üzeri puanın kaygı bozukluğu için uyarı niteliği taşıdığı kabul görmektedir. Ölçek içinde ayrıca Panik Bozukluk /Somatik Bozukluk, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Ayrılık Anksiyetesi, Sosyal Anksiyete ve Okul Korkusu alt ölçekleri bulunmaktadır. Her madde '0: doğru değil, 1: bazen doğru, 2: çok doğru' şeklinde değerlendirilirken, ölçekten alınan puanın yüksekliği anksiyete düzeyinin yüksekliğini göstermektedir. Çalışmada, çocuk için bildirilen anksiyete düzeyinin tutarlılığını değerlendirmek amacı ile hem çocuk hem de ebeveyn formu kullanılmıştır. Mevcut çalışmada hem çocuk hem de ebeveyn formunun güvenirlik katsayısı 0,91 olarak elde edilmiştir.

3.4.8. Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ)

2-18 yaş aralığındaki çocuk ve gençlerin yaşam kalitelerini değerlendirmek amacıyla, Varni ve ark. (322) tarafından ebeveyn ve çocuk formu olarak geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçeğin ülkemizde kullanımı için geçerlik ve güvenirlik çalışması Memik ve ark. (323) tarafından yapılmış, ölçeğin iç tutarlılığı çocuk formunda 0,86, ebeveyn formunda 0,88 olarak bildirilmiştir. 23 maddeden oluşan ölçek 5'li Likert tipi puanlama sistemi üzerinden değerlendirilmektedir. Çalışmada sonuçlar arasında tutarlılığın değerlendirilmesi için ölçeğin hem çocuk (EK-13) hem de ebeveyn formu (EK-12) kullanılmıştır. Ölçekten duygusal, sosyal ve okul işlevselliğini içine alan psikososyal sağlık puanı; toplam puan ve fiziksel sağlık toplam puanı hesaplanmaktadır. Ölçekten elde edilen puanın yüksekliği, çocuğun yaşam kalitesinin iyi olduğuna işaret etmektedir. Bu çalışmada güvenirlik katsayıları ebeveyn formu fiziksel sağlık için 0,79, psikososyal sağlık için 0,88 iken çocuk formu fiziksel sağlık için 0,62, psikososyal sağlık için 0,79 olarak hesaplanmıştır.

3.5. KULLANILAN İSTATİSTİKİ YÖNTEMLER

Analizler SPSS 29 programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir (324). Çalışmanın ana analizleri yürütülmeden önce kaygı bozukluğu ile ilgili ilaç tedavisi almakta olan

katılımcılar (n = 23) veri setinden çıkarılmıştır. Ardından, çalışma verisinin tek yönlü ve çok yönlü temel sayıtları karşılayıp karşılamadığı incelenmiştir. Buna göre, normallik, doğrusallık, eş değişkenlilik ve çoklu eş doğrusallık sayıtları test edilmiş ve çalışma verisinin bu sayıtları karşıladığı görülmüştür. Ek olarak, çoklu aykırı skorlar Mahalanobis uzaklığı ile incelenmiş ve çalışmada kullanılan değişkenler üzerinde herhangi bir katılımcının aykırı değer almadığı görülmüştür ($\chi^2(17) = 40,79, p = ,001$). Çalışmanın değişkenlerinden sadece sürekli kaygı değişkeninde tek bir eksik değer olduğu anlaşılmış; tek bir değer eksik olması ve veri kaybının önlenmesi amacıyla eksik değere değişkenin ortanca değeri atanmıştır.

Bulgular bölümünde öncelikle ÇATÖ ile ölçülen anksiyete değişkeni üzerinde bir takım keşifsel analizler gerçekleştirilmiştir. Bu kısımda, ebeveyn ve çocuktan alınan ölçümlerin örtüşüp örtüşmediği ve olası farklılıkların kaynağı test edilmiştir. Bu amaçlar doğrultusunda, anksiyete puanları uyumlu ve uyumsuz gruplar oluşturularak bir dizi t-testi ve ANOVA uygulanmıştır. Ardından, çalışma değişkenlerinin demografik değişkenler ile ilişkisini ortaya çıkarmak amacı ile korelasyon ve t-testi analizleri yürütülmüştür.

Bunun yanında, çalışmanın araştırma sorularını test etmek amacıyla bir dizi analiz gerçekleştirilmiştir. Öncelikle, çalışma değişkenleri arasındaki ilişkiler korelasyon analizleri ile incelenmiştir. Ek olarak, çalışma değişkenlerinin anksiyete grupları üzerinde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için t-testi ile grup karşılaştırmaları gerçekleştirilmiştir. Son olarak, anksiyete ve DEHB değişkenlerinin yordayıcılarını incelemek amacıyla bir dizi regresyon analizi yapılmıştır. Bu analizlere ek olarak, anksiyete pozitif ve negatif gruplar ile anksiyete puanı ebeveyn-çocuk uyumu gibi kategorik değişkenlerin olası düzenleyici etkileri de düzenleyici regresyon modelleri ile test edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. ANKSİYETE DEĞİŞKENİ İLE İLGİLİ ANALİZLER

Çalışmanın ana analizleri yürütülmeden önce ÇATÖ ile ölçülen anksiyete değişkeni ile ilgili keşifsel analizler gerçekleştirilmiştir. Bu aşamada, çocuk katılımcılardan ve ebeveynlerinden çocukları için alınan anksiyete ölçümleri tanı için uyarı niteliğinde olan kesme noktası (25) bağlamında ikili olarak kodlanmıştır. Bu gruplama sonucunda, çocuk beyanında 119 (%59,2), anne beyanında ise 73 (%36,3) katılımcının ÇATÖ puanı kesme noktasının üzerinde olduğundan anksiyete pozitif kategorisinde yer almıştır. Çocuk ve anne beyanları karşılaştırıldığında 70 (%34,8) katılımcı çiftinde, gruplanmış anksiyete değerlendirmelerinin örtüşmediği görülmüştür. Bu sebeple, bu katılımcı çiftleri analizlerden çıkarılmış ve veri analizleri 131 katılımcı ile yürütülmüştür.

ÇATÖ puanlarında anne-çocuk çiftlerinde gözlenen uyumsuzluğun doğasını ortaya çıkarmak amacıyla, çalışma değişkenleri üzerinde bir dizi bağımsız örneklem t-testi yürütülmüş ve uyumlu olan ile olmayan çiftlerin puanları karşılaştırılmıştır. Katılımcılar önce, ÇATÖ uyumlu ve ÇATÖ uyumsuz olmak üzere ikili olarak kodlanmış, ardından bu gruplar arasında çalışma değişkenlerindeki farklılıklar incelenmiştir (Tablo 4.1). Bulgular, DEHB (Conners Ölçeği) toplam puanı ve alt boyutlarında uyumsuz grupta yer alan ebeveynlerin ($Ort.DEHB = 41,70$, $SS = 15,76$; $Ort.Karşı gelme = 7,34$, $SS = 3,75$; $Ort.Bilişsel problemler/dikkatsizlik = 9,61$, $SS = 4,59$; $Ort.Hiperaktivite = 6,94$, $SS = 4,21$; $Ort.DEHB İndeksi = 17,80$, $SS = 6,46$) uyumlu grupta yer alan ebeveynlere ($Ort.DEHB = 48,87$, $SS = 17,13$; $Ort.Karşı gelme = 9,21$, $SS = 4,52$; $Ort.Bilişsel problemler/dikkatsizlik = 11,18$, $SS = 4,37$; $Ort.Hiperaktivite = 8,34$, $SS = 4,64$; $Ort.DEHB İndeksi = 20,14$, $SS = 6,82$) kıyasla anlamlı olarak daha düşük puanlar beyan ettiğini göstermiştir (p 'ler $< ,037$). Benzer şekilde, uyumsuz gruptaki ebeveynlerin ÇATÖ puanları ($Ort. = 17,96$, $SS = 7,72$), uyumlu gruptaki ebeveynlerden ($Ort. = 23,81$, $SS = 13,15$) anlamlı olarak düşüktür ($t(199) = 3,42$, $p = ,001$). Diğer taraftan, uyumsuz gruptaki ebeveynler, çocuklarının psikososyal ($Ort. = 67,19$, $SS = 13,29$) ve fiziksel sağlığını ($Ort. = 75,74$, $SS = 15,44$) uyumlu gruptaki ebeveynlere ($Ort.Psikososyal = 60,67$, $SS = 18,28$; $Ort.Fiziksel = 68,58$, $SS = 19,95$) kıyasla daha yüksek değerlendirmişlerdir ($t_{Psikososyal}(199) = -2,63$, $p = ,009$; $t_{Fiziksel}(199) = -2,61$, $p = ,010$).

Tablo 4.1: Anksiyete skorları uyumlu ve uyumsuz katılımcı çiftlerinin çalışma değişkenleri üzerinde karşılaştırılması

	ÇATÖ Uyumlu (n = 131)		ÇATÖ Uyumsuz (n = 70)			
	Ort.	SS	Ort.	SS	t	p
DEHB						
Conners Toplam	48,87	17,13	41,70	15,76	2,91	,004
Karşı Gelme	9,21	4,52	7,34	3,75	2,96	,003
Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik	11,18	4,37	9,61	4,59	2,37	,019
Hiperaktivite	8,34	4,64	6,94	4,21	2,11	,037
DEHB İndeksi	20,14	6,82	17,80	6,46	2,36	,019
TURGAY	30,63	11,47	27,79	12,01	1,65	,101
Dikkat Eksikliği	15,97	6,20	14,76	6,44	1,30	,194
Hiperaktivite	14,66	7,51	13,03	7,35	1,48	,140
Anksiyete						
ÇATÖ Toplam (Ebeveyn)	23,81	13,15	17,96	7,72	3,42	,001
ÇATÖ Toplam (Çocuk)	26,98	13,53	30,13	10,04	-1,71	,088
ÇATÖ Toplam (Ortalama)	25,39	12,59	24,04	4,24	0,87	,385
ÇİYKÖ (Çocuk)						
Fiziksel Sağlık (Çocuk)	73,62	15,84	71,60	15,73	0,87	,385
Psikososyal Sağlık (Çocuk)	64,22	15,52	63,62	13,15	0,28	,783
ÇİYKÖ (Ebeveyn)						
Fiziksel Sağlık (Ebeveyn)	68,58	19,95	75,74	15,44	-2,61	,010
Psikososyal Sağlık (Ebeveyn)	60,67	18,28	67,19	13,29	-2,63	,009
DAÖ						
Değişkenlik/Olumsuzluk	33,33	7,09	30,10	5,29	3,34	,001
Duygu Ayarlama	19,25	3,78	19,53	3,93	-0,49	,626
Ebeveyn Ölçümleri						
DDGÖ (Ebeveyn)	18,92	14,76	15,00	10,75	1,96	,052
Durumluk Kaygı (Ebeveyn)	35,47	9,84	34,97	9,20	0,35	,729
Sürekli Kaygı (Ebeveyn)	42,76	9,15	40,64	8,02	1,63	,105

Not. DEHB = Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, ÇATÖ = Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği, ÇİYKÖ = Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği, DAÖ = Duygu Ayarlama Ölçeği, DDGÖ = Duygu Düzenleme Güçlükleri Ölçeği-Kısa Form, Ort. = Ortalama, SS = Standart Sapma.

Anksiyete ölçümlerindeki ve hem ebeveyninden hem de çocuktan alınan diğer ölçümlerdeki uyumsuzluğun doğasını anlamak üzere, hem çocuktan hem ebeveyninden

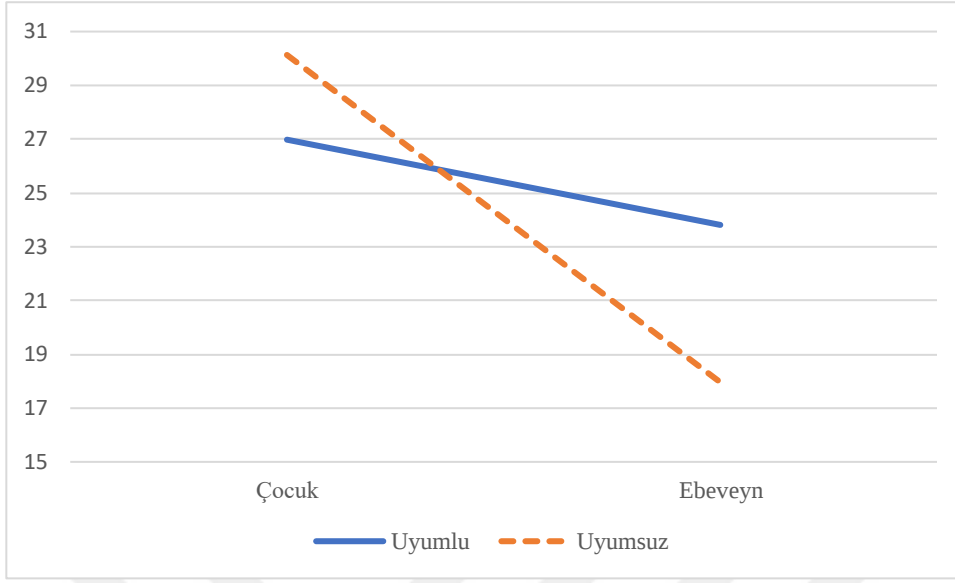
alınan anksiyete, fiziksel ve psikosozal sağlık puanları bir dizi eşleştirilmiş örneklem t-testi ile karşılaştırılmıştır (Tablo 4.2). Sonuçlar, ebeveynlerin çocuklarıyla ilgili anksiyete (*Ort.* = 23,81, *SS* = 13,15), fiziksel (*Ort.* = 67,58, *SS* = 19,95) ve psikosozal sağlık (*Ort.* = 60,67, *SS* = 18,28) değerlendirmelerinin, çocukların kendileri için yaptığı anksiyete (*Ort.* = 28,98, *SS* = 13,53), fiziksel (*Ort.* = 73,62, *SS* = 15,84) ve psikosozal sağlık (*Ort.* = 64,22, *SS* = 15,52) değerlendirmelerinden anlamlı olarak daha düşük olduğunu göstermiştir (*p*'ler < ,006).

Tablo 4.2: Ebeveyn ve çocuktan alınan ölçümlerin karşılaştırılması

	<i>Çocuk (n = 131)</i>		<i>Ebeveyn (n = 131)</i>		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>		
ÇATÖ Toplam	28,98	13,53	23,81	13,15	4,11	< ,001
Fiziksel Sağlık	73,62	15,84	68,58	19,95	2,80	,006
Psikosozal Sağlık	64,22	15,52	60,67	18,28	2,85	,005

Not. ÇATÖ = Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği, Ort. = Ortalama, SS = Standart Sapma.

Anksiyete uyumlu ve uyumsuz gruplarda yer alan ebeveynlerin anksiyete puanlarının farklılaşması ile çocuk-ebeveyn çiftlerinin anksiyete puanları arasında fark bulunması sebebiyle, anksiyete değerlendirmeleri üzerindeki farklılıkları ortaya çıkarmak adına ek bir analiz yapılmıştır. Buna göre, anksiyete puanları üzerinde 2 (uyumlu; uyumsuz) X 2 (çocuk; ebeveyn) karışık desen ANOVA kullanılmıştır. Desende ilk faktör denekler-arası, ikinci faktör ise denek-içi olarak tanımlanmıştır. Analiz sonucunda, anlamlı bir ortak etki olduğu bulunmuştur ($F(1,199) = 26,97, p < ,001, \eta^2 = ,012$). Buna göre, uyumlu grupta çocukların anksiyete puanları (*Ort.* = 26,98, *SH* = 1,09) ebeveynlerinden (*Ort.* = 23,81, *SH* = 1,01) daha yüksek elde edilmiştir. Uyumsuz grupta da çocukların anksiyete puanları (*Ort.* = 30,13, *SH* = 1,49) ebeveynlerinden (*Ort.* = 17,96, *SH* = 1,38) daha yüksek bulunmuştur ancak bu farklılık uyumsuz grupta anlamlı olarak daha yüksektir. Bulgular Şekil 4.1'de gösterilmiştir.



Şekil 4.1: Anksiyete puanı uyumunun ebeveyn-çocuk üzerinde karşılaştırılması

Uyumsuz değerlendirmelerin olası etkilerini incelemek amacıyla, çalışmanın ana analizlerinde ikili olarak kodlanan (uyumlu/uyumsuz) anksiyete puanı uyumu değişkeni analiz modellerine bir değişken olarak eklenmiştir. Ayrıca, ana analizlerde, çocuk ve ebeveyn'den alınan anksiyete ölçümü için ortalama puan oluşturularak anksiyete ölçümü için kullanılmıştır.

4.2. ÇALIŞMA DEĞİŞKENLERİ İLE DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİLER

Bu bölümde çalışmada kullanılan değişkenlerin demografik değişkenler ile ilişkisi incelenmiştir. İlk bölümde, çalışma değişkenlerinin çocuğun cinsiyetine göre farklılaşıp farklılaşmadığını anlamak üzere bir dizi bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. Ardından, çalışma değişkenleri ile diğer demografik değişkenler arasındaki ilişkiler korelasyon analizleri ile incelenmiştir. Son olarak, demografik değişkenlerin anksiyete düzeyi ile ilişkisi test edilmiştir. Bu amaç doğrultusunda, ikili olarak (anksiyete pozitif/negatif) kodlanan ÇATÖ skorları üzerinde bir dizi bağımsız örneklem t-testi gerçekleştirilmiştir.

4.2.1. Çalışma Değişkenleri Üzerinde Cinsiyet Farklılıkları

Tablo 4.3'te çalışmada kullanılan değişkenlerin hem bütün örneklem için hem de çocuğun cinsiyeti bağlamında kız ile erkek katılımcılar için ayrı ayrı olmak üzere ortalama ve standart sapmaları sunulmuştur. Ek olarak, çalışma değişkenleri üzerindeki cinsiyet farklılıklarını inceleyen t-testi sonuçları da tabloda yer almaktadır. Bulgular, erkeklerin ($Ort. = 8,74$, $SS = 4,57$) kızlardan ($Ort. = 6,58$, $SS = 4,63$) daha yüksek hiperaktivite (Conners Ölçeği) raporladığını göstermiştir ($t(129) = -2,08$, $p = ,039$). Ayrıca, erkek katılımcıların ebeveynleri ($Ort.Psikososyal = 62,43$, $SS = 17,62$; $Ort.Fiziksel = 70,43$, $SS = 19,68$) kız katılımcıların ebeveynlerine ($Ort.Psikososyal = 52,81$, $SS = 14,48$; $Ort.Fiziksel = 60,34$, $SS = 19,43$) kıyasla çocukları için daha yüksek düzeylerde psikososyal ve fiziksel sağlık beyan etmişlerdir ($t_{Psikososyal}(129) = -2,37$, $p = ,039$; $t_{Fiziksel}(129) = -2,27$, $p = ,025$). Anksiyete puanı üzerinde gerçekleştirilen ikili karşılaştırmalara göre, kızlar ($Ort. = 34,29$, $SS = 16,34$) erkeklerden ($Ort. = 25,34$, $SS = 12,31$) daha yüksek düzeylerde ÇATÖ puanı beyan etmişlerdir ($t(129) = 3,02$, $p = ,003$). Benzer şekilde, kız katılımcıların ebeveynleri ($Ort. = 28,36$, $SS = 16,55$), erkek katılımcıların ebeveynlerine kıyasla ($Ort. = 22,73$, $SS = 12,10$), çocukları için daha yüksek düzeylerde anksiyete raporlamışlardır ($t(129) = 2,01$, $p = ,047$). Diğer değişkenler üzerinde anlamlı cinsiyet farklılıkları gözlenmemiştir.

Tablo 4.3: Çalışma değişkenlerinin ortalama ve standart sapmaları ile çocuğun cinsiyeti karşılaştırmaları

	Toplam (N = 131)		Kız (n = 24)		Erkek (n = 107)			
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	t	p
DEHB								
Conners Toplam	46,87	17,13	46,71	16,84	49,36	17,24	-0,68	,496
Karşı Gelme	9,21	4,52	9,71	3,95	9,10	4,65	0,59	,555
Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik	11,18	4,37	10,92	4,87	11,23	4,27	-0,32	,749
Hiperaktivite	8,34	4,64	6,58	4,63	8,74	4,57	-2,08	,039
DEHB İndeksi	20,14	6,82	19,50	6,50	20,28	6,91	-0,51	,614
TURGAY	30,63	11,47	29,96	11,29	30,79	11,56	-0,32	,751
Dikkat Eksikliği	15,97	6,47	16,63	5,82	15,82	6,30	0,57	,569
Hiperaktivite	14,66	7,51	13,33	7,45	14,96	7,52	-0,96	,338
Anksiyete								
ÇATÖ Toplam (Ebeveyn)	23,81	13,15	28,36	16,55	22,73	12,10	2,01	,047
ÇATÖ Toplam (Çocuk)	28,98	13,53	34,29	16,34	25,34	12,31	3,02	,003
ÇATÖ Toplam (Ortalama)	25,39	12,59	31,46	15,47	24,03	11,50	2,67	,009
ÇİYKÖ (Çocuk)								
Fiziksel Sağlık (Çocuk)	73,62	15,84	69,79	14,56	74,47	16,05	-1,31	,192
Psikososyal Sağlık (Çocuk)	64,22	15,52	59,64	16,26	65,25	15,24	-1,61	,110
ÇİYKÖ (Ebeveyn)								
Fiziksel Sağlık (Ebeveyn)	68,58	19,95	60,34	19,43	70,43	19,68	-2,27	,025
Psikososyal Sağlık (Ebeveyn)	60,67	18,28	52,81	14,48	62,43	17,62	-2,37	,019
DAÖ								
Değişkenlik/Olumsuzluk	33,33	7,09	33,50	5,68	33,29	7,39	0,13	,896
Duygu Ayarlama	19,25	3,78	19,75	4,55	19,14	3,60	0,71	,477
Ebeveyn Ölçümleri								
DDGÖ (Ebeveyn)	18,92	14,76	15,88	12,10	19,60	15,26	-1,12	,266
Durumluk Kaygı (Ebeveyn)	35,47	9,84	36,42	10,05	35,25	9,82	0,52	,602
Sürekli Kaygı (Ebeveyn)	42,76	9,15	42,17	8,85	42,89	9,25	-0,35	,728

Not. DEHB = Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, ÇATÖ = Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği, ÇİYKÖ = Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği, DAÖ = Duygu Ayarlama Ölçeği, DDGÖ = Duygu Düzenleme Güçlükleri Ölçeği-Kısa Form, Ort. = Ortalama, SS = Standart Sapma.

4.2.2. Çalışma Değişkenleri ile Demografik Değişkenler Arasındaki Korelasyonel İlişkiler

Demografik değişkenler ile çalışma değişkenleri arasındaki ilişkiler Tablo 4.4'te sunulmuştur. Sonuçlar, çocuğun yaşının hem Conners Ölçeği'nin ($r = -,26, p = ,003$) hem de Turgay Ölçeği'nin ($r = -,26, p = ,003$) hiperaktivite alt boyutları ile olumsuz yönde ilişkili olduğunu göstermiştir. Diğer taraftan, çocuğun yaşı duygu ayarlama ölçeğinin alt boyutlarından duygu ayarlama boyutu ile olumlu yönde anlamlı ilişki göstermiştir ($r =$

,21, $p = ,019$). Ayrıca, hanedeki kişi başı gelir arttıkça bilişsel problemler/dikkatsizlik ($r = -,19, p = ,033$), ebeveyn den ölçülen çocuğun fiziksel sağlığı ($r = -,19, p = ,034$), ebeveyn duygu düzenleme güçlükleri ($r = -,21, p = ,018$), ebeveyn durumluk ($r = -,25, p = ,004$) ve sürekli kaygı ($r = -,27, p = ,002$) puanlarının düştüğü bulunmuştur.

Tablo 4.4: Demografik değişkenler ile çalışma değişkenleri arasındaki ilişkiler

	Yaş (çocuk)	Yaş (anne)	Yaş (baba)	Hane sayısı	Kardeş sayısı	Kardeş sırası	Kişi başı gelir
DEHB							
Conners Toplam	-,11	,02	-,01	-,07	-,01	-,06	-,13
Karşı Gelme	-,10	,09	,02	-,09	-,08	-,06	-,06
Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik	> ,01	-,01	-,01	,02	,03	,03	-,19*
Hiperaktivite	-,26**	-,03	-,06	-,13	-,04	-,15	-,11
DEHB İndeksi	-,03	,02	,02	-,04	,03	-,04	-,10
TURGAY	-,18*	,03	-,01	-,09	-,08	-,13	-,09
Dikkat Eksikliği	-,02	-,03	-,05	-,04	-,04	-,12	-,09
Hiperaktivite	-,26**	,07	,02	-,11	-,09	-,11	-,06
Anksiyete							
ÇATÖ Toplam (Ebeveyn)	-,07	,04	-,03	-,01	-,07	,01	-,04
ÇATÖ Toplam (Çocuk)	-,04	,06	-,02	,01	-,08	-,05	-,13
ÇATÖ Toplam (Ortalama)	-,05	,05	-,02	> ,01	-,08	-,02	-,09
ÇİYKÖ (Çocuk)							
Fiziksel Sağlık (Çocuk)	-,03	,06	,01	-,08	,06	,03	,08
Psikososyal Sağlık (Çocuk)	> -,01	-,06	,01	-,03	,04	,02	,16
ÇİYKÖ (Ebeveyn)							
Fiziksel Sağlık (Ebeveyn)	-,02	-,04	,07	> ,01	,02	,03	,15
Psikososyal Sağlık (Ebeveyn)	,02	-,04	> ,01	-,08	-,01	-,04	,19*
DAÖ							
Değişkenlik/Olumsuzluk	-,11	-,03	-,12	-,07	-,08	-,10	-,06
Duygu Ayarlama	,21*	,11	,06	-,02	,02	,11	-,10
Ebeveyn Ölçümleri							
DDGÖ (Ebeveyn)	-,08	-,08	-,11	,10	-,02	-,01	-,21*
Durumluk Kaygı (Ebeveyn)	-,01	-,08	-,09	,05	-,07	-,04	-,25**
Sürekli Kaygı (Ebeveyn)	,04	-,08	-,13	,09	-,05	-,05	-,27**

Not. * $p < ,05$, ** $p < ,01$, DEHB = Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, ÇATÖ = Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği, ÇİYKÖ = Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği, DAÖ = Duygu Ayarlama Ölçeği, DDGÖ = Duygu Düzenleme Güçlükleri Ölçeği-Kısa Form, Ort. = Ortalama, SS = Standart Sapma.

İkili olarak kodlanmış anksiyete grupları üzerinde demografik değişkenlerin farklılaşp farklılaşmadığını inceleyen analizlerin bulguları Tablo 4.5'te sunulmuştur. Bulgular, herhangi bir demografik değişkenin anksiyete pozitif ve negatif grupları arasında farklılaşmadığını göstermiştir.

Tablo 4.5: Demografik değişkenler üzerinde anksiyete pozitif ve negatif grup karşılaştırmaları

	ÇATÖ negatif (n = 70)		ÇATÖ pozitif (n = 61)		t	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
Çocuğun yaşı	11,81	1,43	11,71	1,40	0,44	,659
Annenin yaşı	39,53	5,79	39,92	6,67	-0,36	,721
Babanın yaşı	43,51	6,15	43,37	7,31	0,13	,921
Evdeki birey sayısı	4,26	0,88	4,28	0,90	-0,14	,890
Kardeş sayısı	1,31	0,83	1,11	0,82	1,39	,168
Doğum sırası	1,70	0,79	1,62	0,71	0,59	,560
Ailedeki kişi başı gelir	2062,79	1335,86	1740,00	1299,46	1,40	,165
Anne eğitim seviyesi	2,87	1,13	2,75	1,01	0,62	,534
Baba eğitim seviyesi	2,83	0,98	2,65	1,12	0,97	,333

Not. ÇATÖ = Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği, Ort. = Ortalama, SS = Standart Sapma.

4.3. ÇALIŞMA DEĞİŞKENLERİ ARASINDAKİ KORELASYONEL İLİŞKİLER

Bu bölümde öncelikle çalışmanın ana değişkenleri arasındaki ilişkiler korelasyon analizleri ile incelenmiştir. Bulgular Connors Ölçeği ile değerlendirilen DEHB alt boyutları arasında orta ila yüksek düzeylerde anlamlı ilişkiler olduğunu göstermiştir (r 'ler $> ,48$). Ayrıca Connors Ölçeği ile Turgay Ölçeği alt boyutları arasında genel olarak yüksek düzeyde anlamlı ilişkiler bulunmuştur ($,28 < r$ 'ler $< ,85$).

Connors Ölçeği ile ölçülen DEHB toplam puanı ile, ebeveyn ($r = ,48, p < ,001$) ve çocuktan ($r = ,35, p < ,001$) alınan ve ikisinin ortalamasında oluşturulan anksiyete puanları ($r = ,44, p < ,001$) arasında olumlu yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Benzer şekilde, DEHB toplam puanı ile ebeveyn duygu düzenleme güçlükleri ($r = ,41, p < ,001$), durumluk kaygı ($r = ,31, p < ,001$) ve sürekli kaygı ($r = ,42, p < ,001$) değişkenleri arasında orta düzeylerde olumlu yönde ilişkiler gözlenmiştir. Diğer taraftan, DEHB toplam puanı ile ebeveyn ($r = -,64, p < ,001$) ve çocuktan ($r = -,43, p < ,001$) ölçülen

psikososyal sağlık, ebeveynden ölçölen fiziksel sağlık ($r = -.32, p < .001$) ve duygu ayarlama alt boyutlarından değişkenlik/olumsuzluk ($r = -.63, p < .001$) ile orta ila yüksek düzeylerde olumsuz yönde ilişkiler olduğu görölmüştür. Conners Ölçeği ve Turgay Ölçeği'nin alt boyutlarının anksiyete ve ebeveyn ile çocukla ilgili diğer değişkenler arasındaki korelasyonlar, Conners Ölçeği'nin toplam puanının gösterdiği korelasyonlar ile yön ve büyüklük olarak benzer niteliktedir. DEHB ölçümlerinin ve alt boyutlarının birbirleri ile gösterdiği yüksek düzeylerde olumlu ilişkiler gözetildiğinde, bu bulgular beklendik şekildedir. DEHB ölçümleri ve alt boyutları arasındaki yüksek ilişkilerden dolayı, yordayıcı analizlerde en kapsayıcı ölçüm olan Conners Ölçeği toplam puanı kullanılmıştır.

Anksiyete ölçümlerinin çalışmanın diğer değişkenleri ile ilişkileri incelendiğinde, ortalama anksiyete puanının hem ebeveynden alınan fiziksel ($r = -.39, p < .001$) ve psikososyal sağlık ($r = -.74, p < .001$) ölçümleri ile hem de çocuktan alınan fiziksel ($r = -.38, p < .001$) ve psikososyal sağlık ($r = -.75, p < .001$) ölçümleri ile olumsuz yönde anlamlı ilişkiler gösterdiği görölmüştür. Diğer taraftan, anksiyete düzeyi ile değişkenlik/olumsuzluk arasında olumlu yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r = .34, p < .001$). Çocuğun anksiyete düzeyi ile ebeveyn değişkenleri arasındaki ilişkiler incelendiğinde, yüksek anksiyete puanlarının yüksek ebeveyn duygu düzenleme güçlükleri ($r = .38, p < .001$), durumluk ($r = .43, p < .001$) ve sürekli kaygı ($r = .43, p < .001$) ile ilişkili olduğu görölmektedir.

Çocukla ilgili değişkenlerin kendi aralarındaki ilişkileri incelendiğinde, hem ebeveyn hem de çocuktan alınan fiziksel ve psikososyal sağlık puanlarının değişkenlik/olumsuzluk ile orta düzeylerde olumsuz ilişki gösterdiği bulunmuştur ($- .44 < r\text{'ler} < -.26$). Diğer taraftan, ebeveyn beyanına dayalı çocuğun duygu ayarlama puanı ile sadece ebeveynden alınan fiziksel ($r = -.19, p = .030$) ve psikososyal ($r = -.30, p < .001$) sağlık değişkenleri olumsuz yönde anlamlı ilişkiler göstermiştir.

Ebeveyn ölçümlerinin kendi aralarındaki ilişkileri incelendiğinde ise duygu düzenleme güçlüklerinin hem durumluk ($r = .42, p < .001$) hem de sürekli ($r = .66, p < .001$) kaygı ile olumlu yönde ilişki gösterdiği bulunmuştur. Ek olarak, durumluk ve sürekli kaygı değişkenlerinin yüksek düzeylerinin ilişkili olduğu gözlenmiştir ($r = .64, p < .001$).

Ebeveyn ve çocuktan ölçülen çocuğun fiziksel ve psikososyal sağlık düzeylerinin, ebeveyn değişkenlerinden duygu düzenleme güçlükleri, durumluk ve sürekli kaygı ile orta düzeylerde olumsuz ilişkiler gösterdiği tespit edilmiştir ($-.53 < r\text{'ler} < -.20$).

Son olarak, değişkenlik/olumsuzluk boyutunun yüksek düzeyleri, ebeveyn duygu düzenleme güçlükleri ($r = .47, p < .001$), durumluk ($r = .29, p < .001$) ve sürekli ($r = .41, p < .001$) kaygının yüksek düzeyleri ile anlamlı olarak ilişkili olduğu görülmüştür. Ayrıca, duygu ayarlama boyutu durumluk ($r = .22, p = .013$) ve sürekli ($r = .25, p = .005$) kaygı ile anlamlı olarak ilişkili bulunurken, duygu ayarlama ile duygu düzenleme güçlükleri arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir. Tablo 4.6'da bütün örneklem için bahsi geçen ikili ilişkiler sunulmuştur.

Tablo 4.6: Çalışma değişkenleri arası korelasyonlar

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1.Conners Toplam	-																			
2.Karşı Gelme	,78**	-																		
3.Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik	,83**	,48**	-																	
4.Hiperaktivite	,78**	,57**	,45**	-																
5.DEHB İndeksi	,93**	,59**	,83**	,62**	-															
6.TURGAY	,85**	,66**	,58**	,77**	,79**	-														
7.Dikkat Eksikliği	,78**	,46**	,74**	,49**	,84**	,80**	-													
8.Hiperaktivite	,65**	,63**	,28**	,77**	,52**	,87**	,39**	-												
9.ÇATÖ Toplam (Ebeveyn)	,48**	,44**	,42**	,32**	,42**	,37**	,30**	,32**	-											
10.ÇATÖ Toplam (Çocuk)	,35**	,31**	,33**	,20*	,32**	,26**	,23**	,21*	,78**	-										
11.ÇATÖ Toplam (Ortalama)	,44**	,40**	,39**	,27**	,39**	,33**	,28**	,28**	,94**	,95**	-									
12.Fiziksel Sağlık (Çocuk)	-,17	-,18*	-,13	-,05	-,18*	-,14	-,19*	-,06	-,32**	-,40**	-,38**	-								
13.Psikososyal Sağlık (Çocuk)	-,43**	-,35**	-,43**	-,26**	-,39**	-,31**	-,29**	-,23**	-,66**	-,76**	-,75**	,51**	-							
14.Fiziksel Sağlık (Ebeveyn)	-,32**	-,33**	-,27**	-,21*	-,26**	-,31**	-,28**	-,24**	-,34**	-,39**	-,39**	,36**	,33**	-						
15.Psikososyal Sağlık (Ebeveyn)	-,64**	-,53**	-,64**	-,39**	-,57**	-,49**	-,48**	-,36**	-,75**	-,65**	-,74**	,36**	,66**	,48**	-					
16.Değişkenlik/Olumsuzluk	,63**	,70**	,36**	,57**	,50**	,61**	,39**	,61**	,38**	,27**	,34**	-,26**	-,37**	-,29**	-,44**	-				
17.Duygu Ayarlama	,14	,19**	,15	-,03	,14	,08	,15	>-,01	,16	,11	,14	-,05	-,16	-,30**	-,19*	,17*	-			
18.DDGÖ (Ebeveyn)	,41**	,36**	,30**	,38**	,34**	,41**	,32**	,36**	,44**	,28**	,38**	-,20*	-,30**	-,21*	-,43**	,47**	,06	-		
19.Durumluk Kaygı (Ebeveyn)	,31**	,29**	,33**	,17	,27**	,20*	,21*	,13	,39**	,43**	,43**	-,20*	-,43**	-,26**	-,45**	,29**	,22*	,42**	-	
20.Sürekli Kaygı (Ebeveyn)	,42**	,34**	,37**	,32**	,38**	,33**	,32**	,23*	,45**	,37**	,43**	-,31**	-,35**	-,33**	-,53**	,41**	,25**	,66**	,64**	-

Not. * $p < ,05$, ** $p < ,01$, DEHB = Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, ÇATÖ = Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği, ÇİYKÖ = Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği, DAÖ = Duygu Ayarlama Ölçeği, DDGÖ = Duygu Düzenleme Güçlükleri Ölçeği-Kısa Form.

Çalışma değişkenleri arasındaki ikili ilişkiler ÇATÖ pozitif ve negatif gruplar için ayrı ayrı olarak Tablo 4.7’de sunulmuştur. DEHB ölçümünde kullanılan Conners ve Turgay Ölçekleri ve alt boyutları arasındaki ilişkiler hem ÇATÖ pozitif hem de ÇATÖ negatif grupta bütün örneklem ile paralellik göstermiştir. DEHB ve anksiyete ölçümü arasındaki ilişkiler incelendiğinde ise her iki grupta da DEHB’nin ebeveynden alınan anksiyete ölçümü ile ilişkili, çocuktan alınan anksiyete ölçümü ile ilişkisiz olduğu görülmüştür. Ek olarak, ortalama anksiyete puanı pozitif grupta DEHB ile ilişkili iken negatif grupta ilişkisiz olarak bulunmuştur.

Bunun yanında, DEHB ölçümü fiziksel ve psikososyal sağlık gibi çocuktan alınan ölçümler ve kaygı gibi ebeveynden alınan ölçümler ile ÇATÖ pozitif grupta düşük düzeyde ve genel olarak anlamsız ilişkiler gösterirken ÇATÖ negatif grupta bu ilişkiler daha güçlü ve genel olarak anlamlı düzeydedir.

Ortalama anksiyete puanı ÇATÖ pozitif grupta psikososyal sağlık ölçümleri ve ebeveynin durumluk kaygısı ile anlamlı ilişki gösterirken, ÇATÖ negatif grupta ek olarak, çocuktan alınan fiziksel sağlık, değişkenlik/olumsuzluk, ebeveyn duygu düzenleme güçlükleri ve ebeveyn sürekli kaygısıyla da ilişkili olarak bulunmuştur.

Gruplardaki katılımcı sayısının düşük olması ve grup büyüklüklerinin eşit olmaması sebebiyle korelasyonel ilişkiler üzerinden anksiyete gruplarının karşılaştırılması yanıltıcı sonuçlar doğurabilir. Bu grupları karşılaştırabilmek amacıyla, sonraki bölümlerde, öncelikle çalışma değişkenleri anksiyete grupları üzerinde karşılaştırılmıştır. Ardından, çalışma sorularının test edildiği yordayıcı analiz modellerine, pozitif ve negatif şeklinde ikili olarak kodlanmış anksiyete değişkeni bir değişken olarak eklenerek bu değişkenin düzenleyici etkisi tek bir model içinde test edilmiştir.

Tablo 4.7: Anksiyete pozitif ve negatif gruplarda çalışma değişkenleri arası korelasyonlar

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1.Conners Toplam	-	,76**	,81**	,76**	,92**	,88**	,79**	,66**	,39**	,12	,35**	-,09	-,35**	-,25*	-,66**	,64**	,09	,44**	,39**	,46**
2.Karşı Gelme	,73**	-	,36**	,62**	,55**	,69**	,42**	,71**	,39*	,02	,29*	-,18	-,25*	-,32**	-,52**	,73**	,16	,35**	,36**	,38**
3.Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik	,82**	,51**	-	,38**	,84**	,60**	,76**	,26*	,25*	-,07	,22	,03	-,33**	-,19	-,63**	,30*	,06	,28*	,35**	,33**
4.Hiperaktivite	,77**	,43**	,40**	-	,53**	,76**	,44**	,80**	,34**	-,01	,24*	-,02	-,15	-,15	-,44**	,61**	-,08	,46**	,15	,36**
5.DEHB İndeksi	,92**	,52**	,77**	,64**	-	,79**	,87**	,46**	,30*	,23	,36*	-,11	-,37**	-,17	-,57**	,47**	,11	,37**	,39**	,42**
6.TURGAY	,76**	,52**	,44**	,74**	,73**	-	,80**	,85**	,32**	,13	,31*	-,17	-,28*	-,29*	-,54**	-,63**	,01	,44**	,20	,33**
7.Dikkat Eksikliği	,74**	,42**	,67**	,50**	,78**	,77**	-	,36**	,23	,23	,31*	-,22	-,32**	-,25*	-,51**	,44**	,04	,42**	,26*	,38**
8.Hiperaktivite	,54**	,44**	,12	,69**	,47**	,87**	,35**	-	,30*	-,01	,21	-,07	-,16	-,22	-,39**	,60**	-,04	,31**	,08	,18
9.ÇATÖ Toplam (Ebeveyn)	,26*	,34**	,30*	,04	,21	,15	,23	,03	-	,10	,77**	-,16	-,38**	-,23	-,53**	,38**	,25*	,45**	,38**	,40**
10.ÇATÖ Toplam (Çocuk)	,04	,19	,14	-,09	-,05	-,04	,02	-,08	,48**	-	,71**	-	-,44**	-,10	-,03	-,02	-,13	,21	,24*	,20
11.ÇATÖ Toplam (Ortalama)	,17	,30*	,25*	-,03	,09	,07	,15	-,03	,85**	,87**	-	,34**	-,55**	-,23	-,40**	,26*	,09	,45**	,43**	,41**
12.Fiziksel Sağlık (Çocuk)	>-,02	-,01	-,09	,09	-,06	,07	-,03	,13	-,10	-,23	-,19	-	,44**	,17	,15	-,20	,05	-,17	-,14	-,26*
13.Psikososyal Sağlık (Çocuk)	-,20	-,20	-,29*	-,09	-,11	-,05	-,09	>-,01	-,36**	-,65**	-,60**	,41**	-	,19	,36**	-,22	-,16	-,22	-,29*	-,21
14.Fiziksel Sağlık (Ebeveyn)	-,16	-,15	-,15	-,09	-,14	-,13	-,19	-,05	>,01	-,23	-,14	,36**	,13	-	,35**	-,31**	-,30*	-,28*	-,21	-,24*
15.Psikososyal Sağlık (Ebeveyn)	-,45**	-,40**	-,57**	-,13	-,39**	-,26*	-,42**	-,06	-,48**	-,40**	-,51**	,26*	,49**	,32**	-	-,43**	-,16	-,43**	-,36**	-,41**
16.Değişkenlik/Olumsuzluk	,51**	,59**	,27*	,43**	,39**	,47**	,19	,54**	,13	,08	,12	-,17	-,27*	-,08	-,23	-	,23	,49**	,26*	,45**
17.Duygu Ayarlama	,10	,15	,16	-,06	,09	,09	,23	-,05	-,02	,06	,03	-,07	-,05	-,25*	-,11	,04	-	,15	,37**	,24*
18.DDGÖ (Ebeveyn)	,17	,21	,12	,16	,10	,21	,03	,29*	,27*	-,05	,12	-,06	-,10	-,08	-,19	,31*	-,14	-	,36**	,73**
19.Durumluk Kaygı (Ebeveyn)	,01	,02	,16	,02	-,10	,02	-,01	,04	,27*	,50**	,45**	-,13	-,41**	-,13	-,39**	,17	-,03	,38**	-	,61**
20.Sürekli Kaygı (Ebeveyn)	,12	,06	,21	,08	,06	,08	,05	,08	,18	,09	,16	-,20	-,15	-,21	-,43**	,16	,18	,45**	,60**	-

Not. * $p < ,05$, ** $p < ,01$, DEHB = Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, ÇATÖ = Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği, ÇİYKÖ = Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği, DAÖ = Duygu Ayarlama Ölçeği, DDGÖ = Duygu Düzenleme Güçlükleri Ölçeği-Kısa Form. Tablonun alt diyagonal ÇATÖ pozitif örneklem için korelasyonları, tablonun üst diyagonal ÇATÖ negatif örneklem için korelasyonları sunmaktadır.

4.4. ANKSİYETE GRUPLARI İLE İLGİLİ ANALİZLER

Bu bölümde çalışma değişkenleri ÇATÖ üzerinde pozitif ve negatif olmak üzere ikili şekilde kodlanan değişken üzerinde bir dizi bağımsız örneklem t-testi ile karşılaştırılmıştır (Tablo 4.8). Bulgular, ÇATÖ pozitif grupta yer alan katılımcıların hem Conners hem de Turgay Ölçeği ile değerlendirilen DEHB toplam puanı ve alt boyutlarının hepsinde ÇATÖ negatif grupta yer alan katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksek puanlar beyan ettiğini göstermiştir (p 'ler $\leq ,013$).

Benzer şekilde, ebeveynden alınan duygu düzenleme güçlükleri, durumluk ve sürekli kaygı ölçümlerinde ÇATÖ pozitif grupta yer alan katılımcıların ebeveynleri, ÇATÖ negatif grupta yer alan katılımcıların ebeveynlerinden anlamlı olarak daha yüksek puanlar raporlamışlardır (p 'ler $\leq ,002$).

Çocukla ilgili ölçümler karşılaştırıldığında, duygu ayarlama boyutu ($p = ,119$) üzerinde anlamlı bir fark bulunmazken, değişkenlik/olumsuzluk boyutu ($p < ,001$) üzerinde anlamlı bir fark bulunmuştur. Buna göre, ÇATÖ pozitif gruptaki katılımcılar, ÇATÖ negatif gruptaki katılımcılara göre daha yüksek düzeylerde değişkenlik/olumsuzluk skoru elde etmişlerdir.

Son olarak, hem ebeveyn hem de çocuktan alınan fiziksel ve psikososyal sağlık değişkenlerinin hepsinde ÇATÖ pozitif gruptaki katılımcılar, ÇATÖ negatif gruptaki katılımcılara göre daha düşük puanlar almışlardır (p 'ler $< ,001$).

Tablo 4.8: Çalışma değişkenleri üzerinde anksiyete pozitif ve negatif grup karşılaştırmaları

	ÇATÖ negatif (n = 70)		ÇATÖ pozitif (n = 61)			
	Ort.	SS	Ort.	SS	t	p
DEHB						
Conners Toplam	42,74	16,81	55,90	14,74	-4,73	< ,001
Karşı Gelme	7,93	4,61	10,69	3,97	-3,64	< ,001
Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik	9,83	4,36	12,72	3,87	-3,99	< ,001
Hiperaktivite	7,11	4,51	9,75	4,42	-3,38	,001
DEHB İndeksi	17,87	6,91	22,74	5,73	-4,35	< ,001
TURGAY	27,36	11,84	34,39	9,84	-3,67	< ,001
Dikkat Eksikliği	14,71	6,74	17,41	5,21	-2,53	,013
Hiperaktivite	12,64	7,61	16,98	6,73	-3,44	,001
ÇİYKÖ (Çocuk)						
Fiziksel Sağlık (Çocuk)	78,17	13,48	68,39	16,82	3,69	< ,001
Psikososyal Sağlık (Çocuk)	72,88	10,51	54,28	14,39	8,52	< ,001
ÇİYKÖ (Ebeveyn)						
Fiziksel Sağlık (Ebeveyn)	75,38	18,05	60,78	19,28	4,47	< ,001
Psikososyal Sağlık (Ebeveyn)	71,91	12,76	47,78	14,85	10,00	< ,001
DAÖ						
Değişkenlik/Olumsuzluk	31,31	7,04	35,64	6,46	-3,65	< ,001
Duygu Ayarlama	18,77	3,62	19,80	3,91	-1,57	,119
Ebeveyn Ölçümleri						
DDGÖ (Ebeveyn)	14,71	14,58	23,74	13,55	-3,65	< ,001
Durumluk Kaygı (Ebeveyn)	33,03	9,97	38,26	8,97	-3,14	,002
Sürekli Kaygı (Ebeveyn)	39,60	9,19	46,38	7,69	-4,54	< ,001

Not. DEHB = Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, ÇATÖ = Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği, ÇİYKÖ = Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği, DAÖ = Duygu Ayarlama Ölçeği, DDGÖ = Duygu Düzenleme Güçlükleri Ölçeği-Kısa Form, Ort. = Ortalama, SS = Standart Sapma.

4.5. ÇALIŞMA DEĞİŞKENLERİ ÜZERİNDE YORDAYICI ANALİZLER

Bu bölümde DEHB ve anksiyete skorları üzerinde yordayıcı analizler yürütülmüştür. Demografik değişkenlerden yordayıcı analizlerde yer alan değişkenler ile anlamlı ilişkiler gösteren değişkenler bulunmadığı için, bu değişkenler analiz modellerine eklenmemiştir. Öncelikle, DEHB üzerinde yordayıcı analizler ardından anksiyete üzerindeki yordayıcı analizler raporlanmıştır.

Düzenleyici ilişkilerin incelendiği düzenleyici regresyon modellerinde (*moderated regression*) Preacher ve Hayes'in (325) çalışmalarını temel alan PROCESS

4.2 (326) makrosu kullanılarak düzenleyici regresyon analizleri gerçekleştirilmiştir. Bu analizlerde, yordayıcılardan sürekli değişken olanlar ortalanmıştır (*centering*). Buna göre, çoklu bağımlılığı (*multicollinearity*) önlemek için sürekli değişkenlerden ortalamaları çıkarılmıştır. Ardından, ortak etki değişkeninin oluşturulması için ortalanmış değişken(ler) ortak etki (*moderator*) değişkeniyle çarpılmıştır. Son olarak, istatistiksel olarak anlamlı ortak etki değişkenlerinin doğasını ortaya çıkarmak amacıyla ortak etki grafiğe aktarılarak basit eğim (*simple slope*) analizi yapılmıştır.

4.5.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Üzerinde Yordayıcı Analizler

Conners Ölçeği ile ölçülen DEHB toplam puanı üzerinde bir dizi basit regresyon gerçekleştirilmiştir. Regresyon modellerinde, ebeveyn değişkenlerinden duygu düzenleme güçlükleri, durumluk ve sürekli kaygı yordayıcı değişkenler olarak analize dahil edilmiştir. Regresyon analizi, bütün örneklem üzerinde ve ÇATÖ pozitif ile negatif grupları üzerinde ayrı ayrı olarak üç kere tekrarlanmıştır (Tablo 4.9).

Bütün örneklem üzerinde gerçekleştirilen regresyon analizi anlamlı sonuç vermiştir ($F(3, 127) = 11,42, p < ,001$). Bulgular, duygu düzenleme güçlüklerinin yüksek DEHB puanlarını yordadığını göstermiştir ($\beta = 0,23, p < ,31$). Durumluk ve sürekli kaygı değişkenleri istatistiksel olarak anlamlı değildir. ÇATÖ negatif grup üzerinde tekrarlanan analizlerde model anlamlıdır ($F(3, 66) = 7,95, p < ,001$). Ancak herhangi bir yordayıcı değişken DEHB puanını anlamlı şekilde yordamamıştır (p 'ler $> ,096$). Diğer taraftan, ÇATÖ pozitif üzerinde yürütülen regresyon analizi sonucunda model anlamsız bulunmuştur ($F(3, 57) = 0,79, p = ,503$).

Tablo 4.9: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu toplam puanı üzerinde yordayıcı analiz sonuçları

Değişken	Toplam ($n = 131$)		ÇATÖ negatif		ÇATÖ pozitif	
	β	p	β	p	β	p
Duygu düzenleme güçlükleri	,23	,031	,26	,096	,17	,262
Durumluk kaygı	,08	,464	,21	,121	-,11	,487
Sürekli kaygı	,22	,071	,14	,439	,11	,522
R^2		,19**		,23**		,04

Not. * $p < ,05$, ** $p < ,01$, ÇATÖ = Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği

DEHB'nin ebeveyn değişkenleri tarafından yordanmasında anksiyete gruplarının olası etkilerini test edebilmek için düzenleyici regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Böylelikle, anksiyete grupları arasındaki olası farklılıklar tek bir modelde incelenerek Tip 1 hata ihtimali azaltılmıştır.

Ana etkilerin test edildiği ilk aşama istatistiksel olarak anlamlıdır ($F(4, 126) = 11,34, p < ,001, R^2 = ,24$). Bir önceki regresyon modeli ile paralel şekilde, duygu düzenleme güçlükleri DEHB puanını anlamlı şekilde yordamıştır ($\beta = 0,20, p = ,05$). Ek olarak, ikili kodlanan anksiyete değişkeni de DEHB'yi anlamlı şekilde yordamıştır ($\beta = 0,25, p = ,003$). Önceki bölümde sunulan t-testi sonuçlarıyla benzer şekilde ÇATÖ pozitif grubunda yer almanın (ÇATÖ negatif grubunda yer almaya kıyasla) yüksek DEHB puanını anlamlı şekilde yordadığı bulunmuştur. Ortak etki değişkenlerinin modele dahil edildiği ikinci aşama istatistiksel olarak anlamlı değildir ($F(3, 123) = 1,89, p = ,134$). Ortak etki değişkenlerinin tamamı istatistiksel olarak anlamsızdır (p 'ler $> ,124$).

ÇATÖ pozitif ve negatif grupların ebeveyn değişkenlerinin DEHB üzerindeki yordayıcı etkisine düzenleyici bir etkide bulunmaması üzerine, bütün örneklem üzerinde ÇATÖ uyumlu ve uyumsuz grupların düzenleyici etkisi incelenmiştir. Buna göre, pozitif ve negatif gruplar tek bir örneklem olarak analize dahil edilmiş ve ebeveyn değişkenlerinin DEHB üzerindeki yordayıcı etkisinde ÇATÖ skorlarının uyumlu olup olmamasının düzenleyici etkisi incelenmiştir. Ana etkilerin test edildiği ilk aşama istatistiksel olarak anlamlıdır ($F(4, 196) = 9,97, p < ,001, R^2 = ,15$). Değişkenlerin özel etkilerine bakıldığında, sadece duygu düzenleme güçlüklerinin DEHB'yi anlamlı olarak yordadığı görülmüştür ($\beta = 0,25, p = ,003$). Ayrıca, ikili olarak kodlanan ÇATÖ uyum değişkeni de DEHB'yi anlamlı şekilde yordamıştır ($\beta = -0,15, p = ,023$). Buna göre, ÇATÖ uyumlu grupta yer almanın (ÇATÖ uyumsuz gruba kıyasla) DEHB'nin düşük düzeylerini yordadığı bulunmuştur. Ortak etki değişkenlerinin incelendiği ikinci aşama istatistiksel olarak anlamsızdır ($F(3, 193) = 1,80, p = ,149$). Ortak etki değişkenlerinin tamamı istatistiksel olarak anlamsızdır (p 'ler $> ,209$). Buna göre, anksiyete puanlarının ebeveyn ve çocuk ölçümlerinin uyumlu ya da uyumsuz olmasının DEHB'nin yordanmasına bir etkisi olmadığı görülmüştür.

4.5.2. Anksiyete Üzerinde Yordayıcı Analizler

Anksiyete (ÇATÖ) ortalama puanları üzerinde bir dizi basit regresyon analizi yapılmıştır. Analizlerde ebeveyn değişkenlerinden duygu düzenleme güçlükleri,

durumluk ve sürekli kaygı ile DEHB toplam puanı yordayıcı olarak modele dahil edilmiştir. Analizler, bütün örneklem ile ÇATÖ pozitif ve negatif grupları üzerinde ayrı ayrı gerçekleştirilmiştir (Tablo 4.10).

Bütün örneklem üzerinde yürütülen regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlıdır ($F(4, 126) = 13,72, p < ,001$). Yordayıcıların özel etkileri incelendiğinde, durumluk kaygının ($\beta = 0,25, p = ,012$) ve DEHB'nin ($\beta = 0,28, p = ,001$) yüksek düzeylerinin anksiyetenin yüksek düzeylerini yordadığı görülmüştür. ÇATÖ negatif grup üzerinde yürütülen regresyon modeli de anlamlıdır ($F(4, 65) = 6,81, p < ,001$). Yordayıcı değişkenlerden hem duygu düzenleme güçlükleri ($\beta = 0,36, p = ,027$) hem de durumluk kaygı ($\beta = 0,30, p = ,027$) anksiyetenin yüksek düzeylerini yordamıştır. ÇATÖ pozitif grup üzerinde gerçekleştirilen regresyon analizi sonuçları istatistiksel olarak anlamlıdır ($F(4, 56) = 4,93, p = ,002$). Bu modelde, sadece durumluk kaygı değişkeni ($\beta = 0,58, p < ,001$) anksiyetenin yüksek düzeylerini anlamlı şekilde yordamıştır.

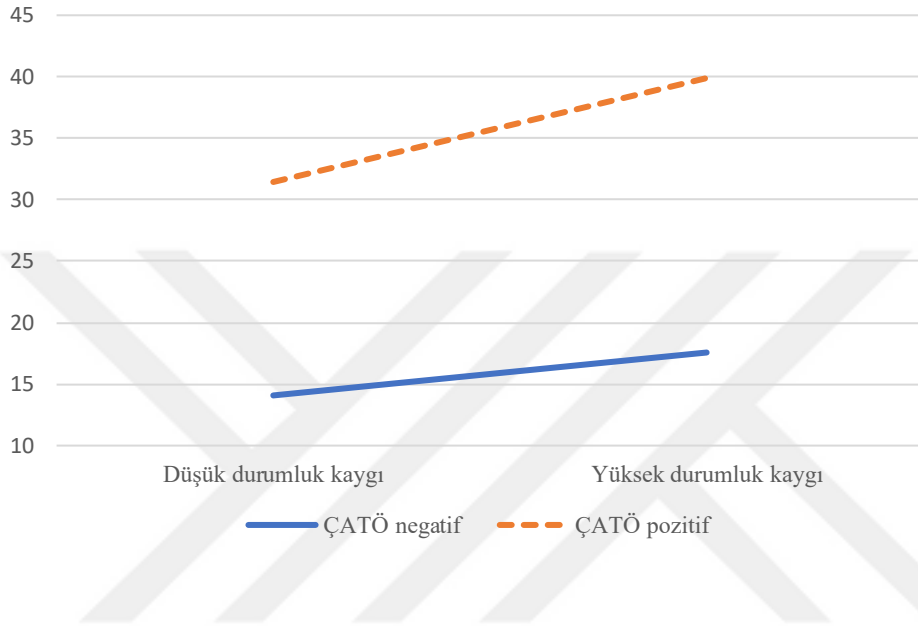
Tablo 4.10: Anksiyete ortalama puanı üzerinde yordayıcı analiz sonuçları

<i>Değişken</i>	<i>Toplam (n = 131)</i>		<i>ÇATÖ negatif</i>		<i>ÇATÖ pozitif</i>	
	β	p	β	p	β	p
Duygu düzenleme güçlükleri	,10	,335	,36	,027	-,05	,724
Durumluk kaygı	,25	,012	,30	,027	,58	>,001
Sürekli kaygı	,09	,439	-,08	,644	-,19	,204
DEHB Toplam (Conners)	,28	,001	,11	,365	,20	,102
R^2		,28**		,25**		,21**

Not. * $p < ,05$, ** $p < ,01$, ÇATÖ = Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği

DEHB'nin yordanmasında izlenen analiz stratejisine paralel şekilde, ÇATÖ pozitif ve negatif gruplarının düzenleyici etkisi tek bir düzenleyici regresyon modelinde test edilmiştir. Bulgular, ana etkilerin incelendiği ilk aşamanın anlamlı olduğunu göstermiştir ($F(5, 125) = 89,39, p < ,001, R^2 = ,77$). Durumluk kaygıya ($\beta = 0,22, p < ,001$) ek olarak, anksiyete kategorilerinin anksiyete düzeyini anlamlı şekilde yordadığı görülmüştür ($\beta = 0,77, p < ,001$). Ortak etkilerin incelendiği aşama da istatistiksel olarak anlamlıdır ($F(4, 121) = 3,13, p = ,017, \Delta R^2 = ,02$). Sonuçlar, durumluk kaygı ile anksiyete gruplarının ortak etkisinin anlamlı olduğunu göstermiştir ($\beta = 0,21, p = ,003$). Ortak etkinin doğasını ortaya çıkarmak için yürütülen basit eğim analizinin sonuçlarına göre, hem ÇATÖ pozitif ($t = 2,48, p = ,015$) hem de ÇATÖ negatif ($t = 5,03, p < ,001$) grupta

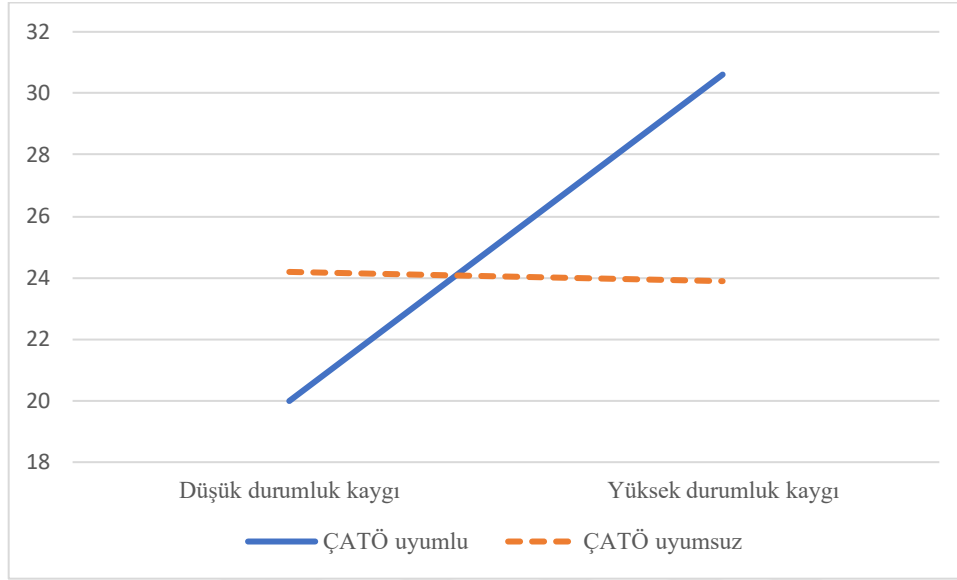
yüksek durumluk kaygının düşük durumluk kaygıya göre anksiyete puanının yüksek düzeylerini yordadığı bulunmuştur (Şekil 4.2). Buna göre, ÇATÖ pozitif ve negatif grupta yer almanın ilişkilerin doğasını değiştirmede ancak gücünü etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.



Şekil 4. 2. Anksiyete puanı üzerinde durumluk kaygı ve anksiyete (ÇATÖ) gruplarının ortak etkisi

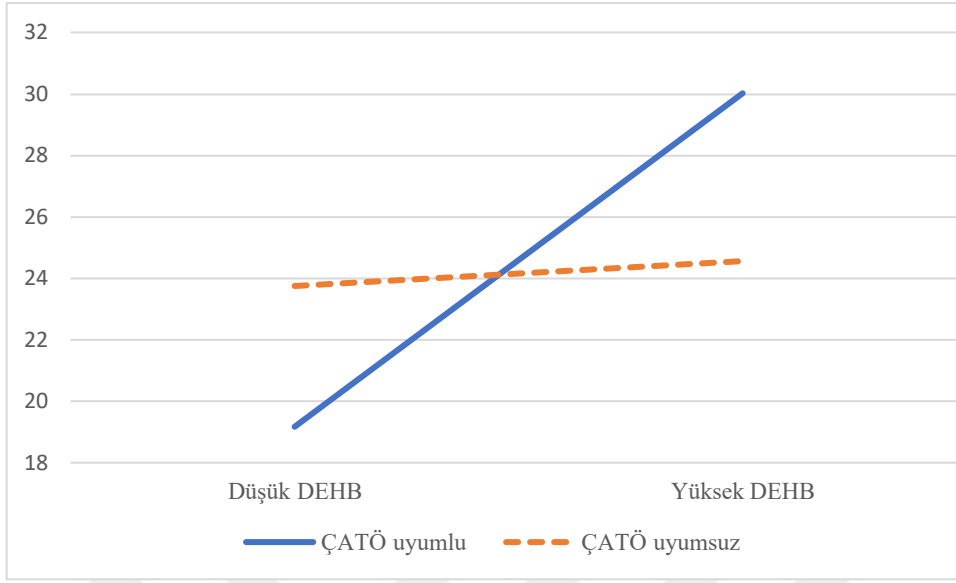
Çocuk ve ebeveynin anksiyete değerlendirmelerinin uyumlu olup olmamasının anksiyete puanlarının yordanması üzerinde düzenleyici bir etkisinin olup olmadığını görmek amacıyla, ÇATÖ uyumsuz katılımcıların verisi de analize dahil edilerek düzenleyici regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Buna göre, ana etkiler modeli anksiyeteyi anlamlı olarak yordamıştır ($F(5, 195) = 11,95, p < ,001, R^2 = ,22$); durumluk kaygı ($\beta = 0,18, p = ,022$) ve DEHB ($\beta = 0,26, p < ,001$) anksiyetenin yüksek düzeylerini yordamıştır. Ortak etkilerin test edildiği ikinci aşama da istatistiksel olarak anlamlıdır ($F(4, 191) = 3,83, p = ,005, \Delta R^2 = ,06$). Sonuçlar, durumluk kaygı ile anksiyete uyum değişkeninin ortak etkisinin anlamlı olduğunu göstermiştir ($\beta = -0,19, p = ,042$). Eğimlerin test edildiği ileri karşılaştırmalar etkinin uyumlu grupta ($t = 6,49, p < ,001$) anlamlı olduğunu, uyumsuz grupta ($t = -0,12, p = ,902$) ise anlamsız olduğunu göstermiştir. Buna göre, anksiyete uyumlu grupta yüksek ebeveyn durumluk kaygısı,

çocuğun anksiyetesinin yüksek düzeylerini yordarken, anksiyete uyumsuz grupta ebeveyn durumluk kaygısı ile çocuk anksiyetesi ilişkisi anlamsızdır (Şekil 4.3).



Şekil 4.3: Anksiyete puanı üzerinde durumluk kaygısı ve anksiyete (ÇATÖ) uyumunun ortak etkisi

Anksiyete puanları üzerinde DEHB ve anksiyete uyum değişkenlerinin ortak etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ($\beta = -0,18$, $p = ,030$). Eğim analizleri ortak etkinin anksiyete uyumlu grupta anlamlı ($t = 6,55$, $p < ,001$), anksiyete uyumsuz grupta ($t = 0,33$, $p = ,742$) anlamsız olduğuna işaret etmektedir. Sonuçlara göre, anksiyete uyumlu grupta yüksek DEHB skorları (düşük DEHB'ye göre) yüksek anksiyete düzeylerini yordarken, anksiyete uyumsuz grupta DEHB düzeyleri ile anksiyete arasındaki ilişki anlamsızdır (Şekil 4.4). Ortak etki bulgularına göre, ÇATÖ uyumlu grupta, durumluk kaygısı ve DEHB'nin çocuğun anksiyetesini olumlu yönde yordadığı görülürken, bu ilişkiler ÇATÖ uyumsuz grupta anlamsızdır.



Şekil 4.4: Anksiyete puanı üzerinde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve anksiyete (ÇATÖ) uyumunun ortak etkisi

5. TARTIŞMA

Tez çalışmasında ilk amaç, ebeveyn duygu düzenleme becerilerinin DEHB tanısı almış çocuklarda anksiyete belirtileri gelişimine etkisinin araştırılması olup bu amaç ele alınırken çocukların duygu düzenleme becerileri ve ebeveynlerin kaygı özellikleri de çalışma kapsamında incelenmiştir. Mevcut çalışmanın diğer amacı, çocukların yaşam kalitesinin DEHB, anksiyete, ebeveyn duygu düzenleme gibi çalışma değişkenleri ile nasıl etkileşime girdiğinin araştırılmasıdır. Bu çalışmada anksiyete, bir bozukluk olarak değil semptomlar olarak değerlendirmeye alınmıştır fakat ilgili literatürde anksiyeteyi semptom olarak ele alan çalışmaların azlığı sebebi ile karşılaştırmalarda komorbid AB bulguları daha yoğunluk kazanmaktadır. Tartışma bölümünde öncelikle anksiyete özelindeki durumlar ve tez tasarımında meydana gelen değişiklik ile ilgili açıklamalara yer verilmiştir. Sonrasında amaçlara uygun olarak elde edilen bulgular ilgili literatür eşliğinde başlıklar altında tartışılmıştır. İlerleyen bölümlerde çalışmanın kısıtlılıkları ve bunlara dair öneriler paylaşılmış olup bölüm tamamlanmıştır.

5.1. ANKSİYETENİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE TEZ TASARIMINDA DEĞİŞİKLİĞE YÖNELİK TARTIŞMA

Çalışmanın bulgularına dair tartışma kısmına geçmeden önce mevcut tez çalışmasının planlama süreci ve elde edilen verilerin ilk etap değerlendirmeleri sonucunda değişikliğe uğrayan tez tasarımı hakkında bilgi verilecektir.

Çalışmanın planlanan ilk tasarımında mevcut iki grup yer almaktaydı: DEHB tanısı alan grup ve DEHB'ye komorbid AB gösteren grup. Verilerin ön değerlendirme sürecinde öngörülenden farklı bazı durumlar ile karşılaşmış ve bunlara çözümler üretilmesi gerekmiştir. Bu durumların ilki; veriler toplandıkça elde edilen DEHB'ye komorbid AB tanılı grup örneklem sayısının literatürden farklı olarak daha az olduğu anlaşılmıştır. İlgili literatür incelendiğinde, hem epidemiyolojik hem de klinik örneklemde DEHB'ye komorbid AB tanı oranlarının %25-50 arasında olduğu bildirilmektedir (104,138,141,327). Bir başka deyişle, DEHB'ye sahip 100 çocuktan 25-50'sinde AB'nin eş tanı olarak gözlenmesi beklenmektedir. Verilerin ön değerlendirme sürecinde, belirtilen oranlarla uyumlu DEHB-AB grubunda örneklem elde edilemediği saptanmış, çalışma için toplanan verilerde bu oranın en fazla %10-15 arasında olduğu görülmüştür.

İlgili durum düşünöldüğünde literatürle uyumlu olmayan bu bulgu, DEHB'ye komorbid bulunan AB tanısının gözden kaçırılma ihtimalini, tanılama yapısı ve sağlık sistemi hakkında bazı soru işaretlerini akla getirmiştir. Bir çocuk DEHB ve AB arasında paylaşılan belirtiler ile kliniğe başvurduğunda, uzmanın göz önünde bulundurması önerilen seçenekler bir çalışmada üçe ayrılmıştır (141). İlki, bu semptomlarla başvuran çocukta sadece AB vardır ve DEHB olduğu şeklinde yanlış tanı konmuş olabilir. İkincisi, DEHB ve anksiyete belirtileri ile başvuran çocukta sadece DEHB bulunmaktadır ancak AB gibi yanlış bir teşhis konulmuş olabilir. Sonuncusu ise, çocukta hem DEHB hem de AB bulunmakta olup komorbid durum yaşam süresi boyunca bu hastalıkların sunumunu, prognozunu ve tedavisini önemli ölçüde değiştirmektedir (141). Örneklemin toplandığı klinik, İstanbul gibi büyük bir ilde ve Türkiye'de sayılı bulunan ruh ve sinir hastalıkları kategorisinde bir hastane polikliniğı olduğu için, günlük uzman başına düşen hasta sayısı ortalamaların da üzerindedir. Ayrıca standart bir hastanenin polikliniğine göre ruh ve sinir hastalıkları hastane polikliniğine, klinik belirtileri ve şiddeti daha yüksek olan çocukların başvurma olasılığı da gözden kaçırılmamalıdır. Bu durumlar düşünöldüğünde, örneklemdaki DEHB tanılı çocuklarda AB görölme olasılığının literatürde belirtilen oranların yüksek ucunda olması beklenmiştir. Ayrıca ruh ve sinir hastalıkları kategorisindeki hastanede, normal çocuk ergen psikiyatri polikliniklerine göre daha fazla iş yükünün olması, kliniğın işleyiş ve verimliliğinde sıkıntılar doğurabileceğini düşöndürmüştür. Bütün bunlar gözetildiğinde, örneklemin toplandığı klinikte DEHB'li çocuklarda AB tanısının gözden kaçma ihtimali daha yüksek bir olasılık olarak görölmüştür. DEHB'ye eşlik eden durumlar kapsamlı, gelişimsel açıdan uygun ve kültürel özellikler de düşünölerek hassas bir değerlendirme ile yapılmalıdır. Kapsamlı bir değerlendirmenin olmadığı durumda, genellikle belirtiler de üst üste bindiğı için birlikte görölen anksiyete tespit edilemeyebilir (149). Literatürde de bahsedildiğı üzere DEHB klinik olarak heterojen bir yapıdır ve çoğunlukla geniş yelpazedeki komorbid durumlar ile birlikte daha da karmaşık hale gelmektedir (149). Ayrıca çocuklarda, içselleştirme bozukluklarının tanısı genelde dışsallaştırma bozukluklarının gölgesinde kalabilmekte (328) ve çocuk psikiyatristleri DEHB ve anksiyete arasında örtüşen belirtiler sebebi ile bu iki bozukluk arasında ayırım yapmakta güçlük çekmektedirler.

Ön değerlendirme süreci sırasında öngörölen farklı olarak karşılaşılan ikinci durum ise; AB tanısı için bir uyarı niteliğinde olan ve anksiyete varlığı hakkında genel bir bilgi veren, aynı zamanda tez çalışmasının ölçek seti içinde hem çocuğun kendi adına

doldurduğu hem de ebeveynin çocuk için rapor ettiği ÇATÖ sonuçlarında tanıya uygun olmayan tutarsızlıklar saptanmıştır (319,320). Sadece DEHB tanısı alan pek çok çocuğun hem kendi doldurduğu hem de ebeveyninin çocuğu için doldurduğu ölçekteki anksiyete skorları, AB tanısının varlığını ciddi derecede belirtecek kadar yüksek çıkmıştır. Ya da AB tanısı alan pek çok çocukta anksiyete skorları bu tanıyı dışlayacak şekilde bir öncekinin aksine düşük bulunmuştur. Bu durumun nedenlerinden biri, DEHB için kullanılan ilaç tedavisi olabilir. Kullanılan stimülanlar veya diğer medikal tedaviler DEHB semptomlarında olumlu etki yaratırken aynı zamanda anksiyete belirtilerini de hafifletebilmekte veya bazı çocuklarda anksiyete belirtilerini daha da arttırabilmektedir. Bu sebeplerle, çalışma örnekleminde çocukların büyük bir kısmı DEHB tedavisi aldığı için ölçek sonuçlarındaki ve tanı ile alakalı tutarsızlıkların bir kısmı bu durumdan kaynaklanmış olabilir. Çalışma örnekleminde anksiyete tedavisi alan çocuklar dışlandığı için anksiyete tedavisi karıştırıcı bir faktör olarak yer almamaktadır. Diğer durumlar ise yukarıda da belirtildiği üzere anksiyete belirtilerinin gözden kaçırılmış olma ihtimali, AB teşhisinin yanlış konulmuş olması veya tanı alan çocukların semptomlarının hafiflemesi olabilir.

Ayrıca, çalışma verileri incelendiğinde pek çok çocuğun ve ebeveynin rapor ettiği anksiyete değerlerinin birbiri ile tutarsız olduğu görülmüştür. Örneğin, ebeveyn çocuğu için ÇATÖ değerini 12 belirtmişken çocuk kendi için ÇATÖ skorunu 36 olarak değerlendirmiştir. Literatürdeki çalışmalarda tanısal ve tanımsal sorunlar bilgi verenlerin etkileri ile birleşebilmekte ve araştırmacılar çocuğun tam bir tanısal portresini çizebilmek için çoklu bilgilendirici değerlendirmelerin önemine vurgu yapmaktadır (138). Öte yandan çoklu kaynaklar çalışmaya dahil edildiğinde araştırmalarda bazı zorluklar da ortaya çıkmaktadır. Bazı görüşlere göre, bilgi aktaran kaynağın geliştirdiği örtük teorileri sebebi ile komorbid durumu olduğundan fazla ya da eksik gösterebileceği belirtilmiştir (329). Jarrett ve Ollendick (138) ise DEHB ve anksiyete çalışmaları üzerinde kaynaklar ile ilgili halo etkilerinin mevcut olabileceğini eklemiştir.

Örneğin Pliszka (302), kendi bildirimlerine göre anksiyete kriterlerini karşılayan DEHB'li çocukların yarısının ebeveyn raporuna göre anksiyete kriterlerini karşılamadığını vurgulamış, bu da ebeveynlerin çocukların anksiyete semptomlarının farkında olmayabileceğini düşündürmüştür. Bu bulgular, DEHB'si olan çocuklarda anksiyete çalışmalarında farklı anlaşmazlıkların olduğunu, birden fazla kaynak kullanılan

çalışmalarda metodolojik bir endişe yaratabileceğini dűřündürmektedir (138). Bazı çalışmalar ise bu görűlen tutarsızlığın kendisinin DEHB ve ona eşlik eden bozuklukların doğasını ve önemini anlamının bir yolu olarak kavramsallaştırılması gerektiğini vurgulamıştır (330). Volpe ve ark. (331), ebeveynler tarafından yüksek düzeyde dikkatsizlik belirtilerine sahip olduğu belirtilen çocuklar arasında, DEHB tanısını onaylayan çocukların DEHB tanısını onaylamayanlara göre önemli ölçűde daha fazla anksiyete bildirdiklerini göstermiştir. Ayrıca DEHB'nin varlığı konusunda ebeveynleri ile aynı fikirde olan çocukların kendi bildirimlerinde daha fazla anksiyete ve depresyon semptomu belirttikleri bulgulanmıştır (332). Jarrett ve Ollendick'e (138) göre bu etkiler sosyal arzu edilebilirlikten ya da psikopatolojiyi ařırđ onaylamaya yönelik bir eğilimden kaynaklanmıyor gibi gözűkmektedir. Hem ebeveyn hem de çocuk DEHB'nin varlığı konusunda aynı fikirde olduğuanda, ebeveyn çocuk mutabakatını (konjonktűrel kural) bir tanı stratejisi olarak kullanan araştırmaların, örneklemdaki iče yönelim bozukluğu oranlarını yapay olarak artırıyor olabileceği dűřünülműřtür. Bu durum, DEHB semptomlarına ilişkin farklı kaynaklardan alınan bilgilerin uyumsuzluğu, değerlendirmelerin aynı doğerultuda olmaması, ebeveyn-öğeretmen arasında da görűlmekte ve bir çalışmada ebeveynin tanıyı öğeretmenlerden neredeyse iki kat daha fazla onayladığı bildirilmiştir (128,333).

Bütün bu durumlar göz önűne alındığuında, anksiyete tanısı baz alınarak yapılması planlanan bu çalışmada; DEHB-AB komorbiditesinde literatűr ile uyuşmayan görűlme oranları ve AB tanısı ile uyuşmayan anksiyete ölçek skorları sebebi ile çalışma tasarımında bazı değeriklikler yapılması gerekmiştir. çalışma, temel olarak DEHB tanısına sahip çocuklarda ebeveyn duygu düzenleme becerilerinin anksiyete gelişimine etkisini araştırdığu için, çalışmaya anksiyete skorları temelinde devam edilmesine karar verilmiş ve anksiyete tanısı gerekliliği kaldırılmıştır. Ayrıca, ebeveyn ve çocuğın tutarlı olarak 25 altı (iki kaynağın da anksiyeteyi 25 altında derecelendirdiği) ya da 25 ve üstű (iki kaynağın da anksiyeteyi 25 ve üstűnde derecelendirdiği) olarak rapor ettiği veriler anksiyete uyumlu grup olarak çalışmaya dahil edilmiş; ebeveyn-çocuk derecelendirmesinde 25 kesme noktası baz alındığuında skordardan biri aşağıda diğerı yukarıda (25'e göre) ise bu veri setleri anksiyete uyumsuz grup olarak belirlenmiştir.

Bir diğer önemli nokta, anksiyete şiddeti hesaplanacak iken bunun hangi kaynaktan gelen değere göre hesaplanacağına karar verilmesi olmuş ve çocuğın

anksiyete skoru, ebeveyn ve çocuğun ÇATÖ skorlarının ortalaması alınarak elde edilmiştir. Sonuç olarak, çocuğun ÇATÖ ortalaması 25 ve üstü ise bu veri ÇATÖ pozitif, 25 altı ise ÇATÖ negatif grupta yer almıştır. Çalışma içinde 70 kişilik anksiyete uyumsuz grup bazı analizlere dahil edilmiş ve bazı analizler hem 131 kişide hem de 201 kişide uygulanarak karşılaştırmalar yapılmıştır. Böylelikle bazı analizlerde daha önce belirtilen örneklem sayısından daha düşük bir sayı elde edilmiş olmasına rağmen bu durum çalışmanın geçerliği ve güvenirliği açısından daha sağlıklı bir yapılanma sağlamıştır.

İlgili literatür incelendiğinde, araştırmacılar psikopatolojiye yönelik çocuk, ebeveyn ve öğretmen bildirimlerini birleştirmek için en iyi stratejileri ve kaynakları aramışlardır (334,335). Birden fazla kaynaktan gelen verilerin birleştirilmesine yönelik stratejiler incelenmiş, bu stratejiler arasında ayrıştırıcı, birleştirici ve telafi edici seçeneklerin yer aldığı görülmüştür. Ayrıştırıcı strateji, bir ebeveyn veya çocuk bir tanıyı onaylandığında o tanı kesin sonuçlanmış demektir. Birleştirici ise bir ebeveyn ve bir çocuğun her ikisinin de bir teşhisi onaylamasını gerektirir. Telafi edici stratejide ise farklı kaynaklardan gelen verilerin birleştirilerek bir toplam ölçüt oluşturulmasına izin verilir örneğin ebeveynden gelen yüksek skorlar çocuklardan alınan düşük skorlarla dengelenebilir (335). Araştırmacılar bu farklı stratejileri kullanarak komorbidite tahminlerinin %5-74 arasında değiştiğini vurgulamış ve bu da birleştirici stratejilerin komorbidite oranları üzerindeki güçlü etkisini göstermiştir (335). Jensen (334) bu stratejilere bir de ayırt edici stratejiyi eklemiş ve bu strateji klinisyenin ne zaman farklı kaynakları kullanacağını belirlemesine olanak tanımıştır. Böyle bir strateji standardizasyondan ödün vermekte fakat klinisyene çeşitli raporların geçerliliğini belirlemesine imkân tanıyan bir alan sunmaktadır. Ayrıca, bu yaklaşım klinisyenlerin ön yargılarına ilişkin endişeleri açığa çıkarmış ve Jensen (334) çoğunlukla klinisyenlerin bilgileri birleştirmek yerine önce bölmeleri gerektiğini belirtmiştir. Bunun yanında, Jensen (334) mevcut durumda hiçbir kombinasyon stratejisinin etkin bir şekilde çalıştığına dair yeterli düzeyde kanıt elde edilmediğini de vurgulamıştır. Belirtilen stratejilere göre tez çalışmasında telafi edici yöntem kullanılmış, ebeveyn ve çocuğun ÇATÖ değerlerinin ortalaması alınmıştır.

Özetle, DEHB ve anksiyete araştırmalarında farklı metodolojik zorluklar mevcuttur. DEHB ve anksiyetenin birlikteliği yalnızca semptom örtüşmesi ile açıklanamayacak gerçek bir fenomen gibi görünmekte ve yine de bu semptom

örtüşmesinin komorbidite oranları üzerinde etkisinin bulunduğu anlaşılmaktadır (138). İstatistiksel yaklaşımlar değerlendirmelerdeki rastgele hataları ortadan kaldırma konusunda umut verse de kaynaklardan gelen ön yargı ve etkileri elimine etmek için kesin çözümler henüz mevcut değildir.

5.2. ANKSİYETE DEĞİŞKENİNE YÖNELİK TARTIŞMA

Tez çalışmasında DEHB tanılı örnekleme anksiyete semptomlarının derecelendirilmesi, çocukların öz bildirimine ve ebeveyn bildirimine dayalı olarak iki kaynaktan bilgi alınarak yapılmıştır. Bulgular bölümünde ve bir üst başlıkta belirtildiği üzere, anksiyete değişkeni (ÇATÖ) esas alınarak çalışmada uyumlu ve uyumsuz şeklinde adlandırılan iki farklı grup yer almaktadır.

ÇATÖ puanlarında anne-çocuk çiftlerinde gözlenen uyumsuzluğun doğasını anlamak için çalışma değişkenleri üzerinde gerçekleştirilen analizler sonucunda; uyumsuz grupta yer alan ebeveynler DEHB toplam puanı ve alt boyutlarında uyumlu grupta yer alan ebeveynlere göre daha düşük puanlar rapor etmişlerdir. Benzer şekilde, uyumsuz gruptaki ebeveynlerin çocukları için beyan ettikleri ÇATÖ puanları uyumlu gruptaki ebeveynlerden daha düşük elde edilmiştir. Ayrıca, uyumsuz gruptaki ebeveynler çocuklarının psikososyal ve fiziksel sağlığını belirten YK değerlerini uyumlu gruptaki ebeveynlere kıyasla daha yüksek ifade etmişlerdir. Özetle, uyumsuz gruptaki ebeveynler çocuklarının, uyumlu gruptaki çocuklara kıyasla daha az DEHB şiddeti gösterdiğini, anksiyete belirtilerinin daha az ve yaşam kalitelerinin daha iyi olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca uyumlu ve uyumsuz grupta yer alan ebeveynlerin kendileri ile ilgili değerlendirmelerinde (kaygı ve duygu düzenleme) ve iki grupta yer alan çocukların kendileri hakkındaki değerlendirmelerinde anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Bütün bunlar, uyumsuz grupta yer alan ebeveynlerin, çocuklarının DEHB ve anksiyete düzeyleri ile ilgili bir yanlılığa sahip olabileceğine işaret etmektedir. Literatürde de belirtildiği gibi, ebeveynler çocuklarının anksiyetelerini daha az bildirme eğilimindedir (336-338). Ayrıca ebeveynin algısı; diğer çocukların gelişimsel özelliklerinden, çocukla ilgili beklenti ve endişelerinden, çocuk bakımı ile ilgili taşıdığı yükten, kendi psikopatolojisi ve yaşam kalitesinden etkilenmektedir (258-260). Fakat uyumlu grupta böyle bir farkla karşılaşılması dikkati uyumsuz gruptaki ebeveyn ve ebeveyn-çocuk ilişkisi özelliklerine çevirmektedir. Uyumsuz gruptaki ebeveynlerin çocukların DEHB, anksiyete, sosyal, duygusal, fiziksel belirtilerine, bunların şiddetine dair

farkındalıklarının az olabileceği, çocukları ile yakınlık derecelerinin veya kurdukları bağlanma özellikleri ve ilişkilerinin yeterli olmayabileceği varsayılabilir. Ayrıca, uyumsuz gruptaki ebeveynlerin belirtileri yok sayma veya farklı kişilik özellikleri ve tutumlardan etkilenmiş olabileceği de iddia edilebilir. Ancak örneklem sayısının yetersiz olması ve bu bulguların çalışmanın ana analizleri değil keşifsel analizler sonucunda ortaya çıktığı düşünüldüğünde bu konunun ileriki çalışmalarda detaylı şekilde incelenmesi, ebeveyn çocuk bildirimlerindeki uyumsuzluğu ve uyumsuz gruptaki ebeveyn özelliklerini anlamak adına önemli olacaktır.

Anksiyete ölçümlerindeki ve hem ebeveynlerden hem de çocuktan alınan diğer ölçümlerdeki gibi uyumsuzluğun doğasını anlamak üzere yapılan analizler sonucunda, ebeveynlerin çocukları ile ilgili anksiyete, fiziksel ve psikososyal sağlık değerlendirmelerini çocukların kendileri için bildirdiği anksiyete, fiziksel ve psikososyal sağlık değerlendirmelerinden daha düşük belirttiği görülmüştür. Bu bulgular literatürdeki çalışma sonuçları ile benzer niteliktedir (45,253,336-338). Çocuklar ebeveynlerine göre YK'larını daha az olumsuz bildirme eğiliminde olup, YK açısından kendilerini normal gelişim gösteren çocuk ve ergenlerden daha fazla bozulmuş olarak algılamazlar (258). Ayrıca çocuklar psikopatolojilerden etkilenen günlük işlevselliklerini, becerilerini veya etkilenme düzeylerini fark etme konusunda daha az beceri gösterebilmekte ve bunun tam olarak farkında olmayabilmektedir. Anksiyete semptomları çocuklarda öznel bir zorlanma yaratmış olsa da bunlar ebeveynin dikkatini çekmediğinden ve çocukların anksiyete ile ilişkili tanımlanabilir davranış sergileme olasılıkları daha düşük olduğu için çocuklarda bunların ebeveyn tarafından fark edilmesi eksik olabilir (339). Bu sebepler ile çalışmada elde edilen bulgular daha önceden bildirilen bu görüşleri doğrular niteliktedir.

Uyumlu ve uyumsuz gruplarda yer alan ebeveynlerin anksiyete puanlarının farklılaşması ile çocuk-ebeveyn çiftlerinin anksiyete puanları arasında fark bulunması sebebiyle, anksiyete değerlendirmeleri üzerindeki farklılıkları daha iyi anlamak adına karışık desen ANOVA kullanılmıştır. Sonuçlara göre, uyumlu ve uyumsuz gruplarda çocuklar, ebeveynlerine kıyasla, anksiyetelerini daha yüksek bildirmiştir fakat uyumsuz gruptaki bu farklılık anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Daha önceden de belirtildiği üzere çocukların ebeveynlerine göre belirttiği anksiyete şiddetlerinin daha yüksek olması literatürde karşılaşılan bir durumdur (336-338) ve hem uyumlu hem uyumsuz grupta da bunun gözleniyor olması bu bilgiyi daha da doğrular niteliktedir.

Ancak uyumsuz grupta ebeveyn ve çocuk değerleri arasındaki farkın anlamlı olarak daha yüksek görülmesi, önceden bahsedilen uyumsuz gruptaki ebeveynlerin, çocuğun özellikleri ve belirtilerine dair düşük farkındalıklarından, ebeveynlik becerilerinden veya ebeveynlerin kişilik özellikleri ya da varsayımlarından etkileniyor olabilir. Bütün bunlar da uyumsuz grupta çocuk-ebeveyn anksiyete değerleri arasındaki makasın daha da fazla açılmasına etki edebilir. İleriki çalışmalarda uyumsuz gruptaki ebeveyn, çocuk ve ebeveyn-çocuk özelliklerinin daha detaylı araştırması bu noktalara ışık tutabilecektir.

5.3. ÇALIŞMA DEĞİŞKENLERİ İLE DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN TARTIŞMASI

5.3.1. Çalışma Değişkenleri Üzerinde Cinsiyet Farklılıklarına Yönelik Tartışma

Örneklemdaki sosyodemografik veriler çalışmanın ana örneklemini olan 131 kişide ve ayrıca uyumsuz grubun dahil edilmesiyle oluşan 201 kişi üzerinde ayrı ayrı incelenmiştir. 131 kişilik ana örneklemden, çocukların %81,7'si erkek olup ortalama yaş 9.86 iken; 201 kişilik örneklemden ise erkek çocukların oranı %77,6 olup çocukların ortalama yaşı 9.89'dur. Görüldüğü üzere anksiyete değerleri bakımından tutarsız olan uyumsuz grup da çalışmaya dahil edildiğinde örneklem üzerinde demografik değişkenler açısından anlamlı ve büyük bir değişim yaratmamaktadır.

Çalışma değişkenlerinin cinsiyet farklılıkları üzerine yapılan araştırmalar sonucunda, erkeklerde kızlardan daha yüksek hiperaktivite belirtileri bulgulanmıştır. Aşırı hareketlilik ve aktivite, özellikle küçük yaşlarda ebeveynleri çocukları için profesyonel destek almaya iten belirtilerdir (340). Daha küçük yaşlarda klinik örneklemden hiperaktivite belirtileri sebebi ile hastane başvuruları, diğer DEHB özelliklerine kıyasla daha fazla görüldüğü için elde edilen bulgular da bu durumdan etkilenmiş olabilir. Literatürde DEHB görünüşleri arasında klinik özellikler ve komorbidite oranları bakımından farklılıklar olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur (195,341). Ayrıca, kızların daha kolay gözlenebilen aşırı hareketlilik ve dışsallaştırıcı sorunlara kıyasla daha az görünür olan dikkatsizlik belirtileri gösterme eğiliminde olduğu bilinmektedir (63,64). Fakat çalışmada kızlar için böyle bir bulgu elde edilmemiştir. Bunun bir sebebi,

örnekleme kız/erkek oranının dengeli dağılması ve erkek çocuk sayısının kızlara göre fazla olması olabilir.

Bunun yanında, çalışmada erkek çocukların ebeveynleri kızların ebeveynlerine kıyasla, çocukları için daha yüksek düzeylerde psikososyal ve fiziksel sağlık beyan etmiştir. Literatürde YK değerlerinin cinsiyet arasındaki farklılıklarını çalışan çok fazla çalışma bulunmamaktadır. 2017’de yapılan bir çalışmada, DEHB’li kız çocukların erkeklere kıyasla daha düşük YK değerleri bildirdiği görülmüştür (289). Başka bir çalışmada ise kızlar YK’nın çocuk formlarında fiziksel sağlık ve duygusal işlevsellik puan ortalamalarında erkeklerden daha düşük skorlar elde etmiştir (274). Mevcut çalışmanın bulguları literatürde elde edilen sonuçlar ile uyumluluk göstermektedir ve bu çalışmada yaş ile ilgili anlamlı bir bulgu elde edilmemiştir. Ayrıca, ebeveynlerin erkek çocukları için kızlara kıyasla daha yüksek YK değerleri bildirimi, erkek çocukların kızlara göre daha az içselleştirme semptomları göstermesi veya kültürel bağlamda erkeklerin bunları dışarı çok fazla yansıtmaması gibi durumlar ile ilişkili olabilir.

Literatürdeki çalışmalar ile uyumlu olarak, çalışma sonuçlarında kızlar erkeklerden daha yüksek düzeylerde anksiyete semptomları sergilemiştir. Kız çocukları arasında AB görülme olasılığının daha yüksek olduğu bilinmektedir (1). DEHB’ye eşlik eden anksiyete üzerindeki cinsiyet etkilerini inceleyen bir gözden geçirmede, kızların erkeklere göre daha fazla basit fobi, agorafobi ve panik bozukluğu gösterdiği; çoklu komorbid AB oranlarının kızlarda erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu belirtilmiştir (342). Genel popülasyondan elde edilmiş örneklem ile yapılan bir çalışmada, DEHB tanısına sahip kız çocuklarında hiperaktivite ve dışsallaştırıcı tutumların nadiren görüldüğü, duygudurum bozukluğu ve AB’nin ise daha yaygın olduğu belirtilmiştir (343). Bunun yanında, DEHB’ye komorbid AB varlığında cinsiyet etkisini inceleyen araştırmalarda farklı görüşler de mevcuttur. Gökçe ve ark.’nın (338) çalışmasında, DEHB’li çocuklarda anksiyete belirtileri bakımından cinsiyetler arasında fark gözlenmemiş ve kızlarda dışa dönüklük özelliklerinin daha az görüldüğü saptanmıştır. Fakat literatürdeki çoğu çalışma, kızların erkeklere kıyasla daha fazla anksiyete ve AB birlikteliği gösterdiğini belirtmektedir. Ayrıca Faraone ve ark. (344), cinsiyetin DEHB’ye komorbid psikopatolojilerde ve bunların ebeveyn aktarımında rol oynadığını iddia etmektedir. Benzer şekilde, çalışmada kızların ebeveynleri erkek çocukların ebeveynlerine kıyasla çocukları için daha yüksek düzeylerde anksiyete rapor etmiş olup

bu bulgu kız çocukların erkeklere kıyasla kendileri için rapor ettiği daha yüksek anksiyete belirtileri ile uyumludur. Bu bulgular, DEHB ve anksiyetenin cinsiyet farklılıkları üzerine yapılan araştırma sonuçları ile benzer niteliktedir ve beklendiği üzere de çalışma içinde elde edilmiştir.

Diğer çalışma değişkenleri üzerinde anlamlı cinsiyet farklılıkları gözlenmemiştir. Literatürdeki DD ile yapılan araştırmalarda, cinsiyet üzerinde farklı bulgular mevcuttur. Kapçı ve ark.'nın (318) çalışmasında DAÖ toplam puanı ve değişkenlik/olumsuzluk alt boyutunda kız çocukları daha yüksek puanlar sergilemiştir. Buna göre, DAÖ toplam puanı ve değişkenlik/olumsuzluk alt boyutu baz alınarak, kız çocuklarının DD güçlüklerinin erkeklere kıyasla daha fazla olduğu ve kızların duygularını ayarlamakta daha zorluk yaşadığı söylenebilir. Benzer şekilde Bunford ve ark. (345) çalışmalarında, DEHB örnekleminde kızların duygusal farkındalık eksikliği ve hedefe yönelik davranışlarda daha fazla zorluk yaşadıkları ve erkeklere kıyasla daha fazla DD güçlüğü gösterdiklerini belirtmiştir. Normal gelişim gösteren çocuklar ile dil bozukluğu yaşayan çocuklarla yapılan bir çalışmada ise her iki grupta da erkeklerin kızlara kıyasla daha fazla DD güçlükleri gösterdiği bulgulanmıştır (346). Mevcut çalışmada bu konu ile ilgili anlamlı bir bulgu elde edilememesi, örneklem sayısı, örneklemin klinik bir popülasyondan alınması ve kız/erkek oranındaki dengesizlik gibi faktörler ile ilişkili olabilir. Bu yüzden daha net çıkarımlar yapabilmek adına daha büyük bir örnekleme, daha yakın kız/erkek oranı ile ve genel popülasyon kullanılarak çalışmalar yapılmalıdır.

5.3.2. Çalışma Değişkenleri ile Demografik Değişkenler Arasındaki İlişkilere Yönelik Tartışma

Çalışmada çocuğun yaşı hem Conners hem de Turgay ölçeğinin hiperaktivite alt boyutları ile olumsuz yönde ilişki göstermiştir. DEHB belirtileri yaş arttıkça azalma eğilimindedir ve çocuğun yaşı arttıkça hiperaktivite belirtileri azalmakta olup bu bulgu literatürdeki çalışmalar ile uyumludur (62,67,92). Biederman ve ark. (347) da aynı görüşü belirtmiş ve yaşla birlikte DEHB semptomlarında görülen en belirgin düşüşlerin hiperaktivite ve dürtüsellikte olduğunu vurgulamıştır. DEHB'li çocukların yaklaşık %50-70'inde DEHB çocukluktan ergenliğe kadar devam etmekte ve DEHB semptomları zaman içinde azalmaktadır (83). Bu durum DSM-5'in DEHB semptomlarına gelişimsel olarak duyarsız olabileceği ihtimalini düşündürdüğü gibi, bu bilgi dikkatsizlik, dürtüsellik ve özellikle aşırı hareketliliğin olgunluğun bir fonksiyonu olarak da azalabileceğini akla

getirmektedir (347). Bir başka ihtimal de çocukluğa özgü belirtiler yaşla birlikte azalırken, beynin yürütme işlevi ile ilgili alanlarda büyüyen bir sorunu gösteren öz düzenleme, zaman yönetimi, kendi kendini organize etme veya motive etme çerçevesinde yeni semptomların ortaya çıkmasıdır. Heterotipik devamlılık ile bu süreçte, altta yatan yapının kendisi zaman içinde varlığını sürdürürken eksik olan yapının dışa dönük, yüzeyel semptomlarında gelişim süresince değişiklikler meydana gelebilir. Sonuç olarak, birey yaş aldıkça çocukluğundaki hiperaktivite belirtileri azalırken, dikkatsizlik, dürtüsellik ve bunlar ile alakalı işlevsel sıkıntılar ergenlikte ve yetişkinlikte de devam edip kötüleşebilir (92).

Elde edilen bulgulardan bir diğeri, çocuğun yaşının DAÖ'nün alt boyutlarından duygu ayarlama ile olumlu yönde anlamlı ilişki sergilemesidir. Ölçeğin Türkiye standardizasyonunda böyle bir bulgu ile karşılaşılmamış olup bu sonuç, çocuğun yaşı arttıkça çocuğun duygu ayarlama/düzenleme konusunda daha fazla güçlükler yaşadığını göstermektedir (318). Literatürde çocuğun yaşı ve DD becerileri arasındaki ilişkiye dair yapılan çalışmalarda, çocukların gelişim evresi, DD'nin hangi boyutunun çalışma kapsamında incelendiği gibi noktalar sebebi ile sonuçlar farklılaşmaktadır. López-Pérez ve ark. (348) çalışmalarında, çocukların artan yaş ile birlikte DD kapsamında sahip olduğu stratejiler, stratejileri kullanım biçimleri ve DD becerilerinin gelişip değiştiğini bildirmiştir. Başka bir çalışmada ise küçük çocukların daha büyük yaştaki çocuklara kıyasla, bilişsel, sosyal ve duygusal gelişimlerdeki farklılıklar nedeniyle DD'de daha fazla güçlüklerle karşılaşabildikleri belirtilmiştir (349).

Çalışmada hanedeki kişi başı gelir arttıkça bilişsel problemler/dikkatsizlik, ebeveynlerden ölçülen çocuğun fiziksel sağlığı, ebeveyn DD güçlükleri, ebeveyn durumluk ve sürekli kaygı değerleri düşmüştür. Brown ve ark. (350) çalışmasında sosyoekonomik zorluklar ile DEHB arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmektedir. Sosyoekonomik güçlükler DEHB bakımının bölünmesi, doğum öncesi ve sonrasında toksik maddelere maruziyet ihtimalinin artması gibi DEHB şiddetini etkileyebilecek risk faktörleri için daha uygun bir ortam oluşturmaktadır (351,352). Ayrıca DEHB tanısı sosyoekonomik güçlükler için bir itici güç de olabilmektedir örneğin, ebeveynin işe gidememesi ve sağlık için yapılan harcamalar nedeni ile DEHB ailelere daha fazla yük teşkil etmektedir (353). Ebeveynler ekonomik açıdan sorumluluk altında olduklarından, ekonomik güçlükler ile ebeveynlerin hem durumluk hem de sürekli kaygılarının yükselmesi hem de daha fazla

DD güçlüğü göstermeleri beklenen ile uyumludur. Sadece, hanedeki kişi başı gelir artışının çocuğun fiziksel sağlığı üzerinde olumlu etki yaratması beklenirken, çalışmada ters yönde bir ilişki elde edilmiştir. Bu durum 150'ye yakın yapılan korelasyonel analizler arasında kazara ilişkili çıkabilen bir sonuç olarak ele alınmış ve yorumlanmamıştır. Ayrıca bir diğer nokta, hanedeki kişi başı gelir çocuğun beyan ettiği veriler ile bir ilişki göstermemiş, ilişkili bulunanlar ebeveynin kendi veya çocuğu için beyan ettiği değerler olmuştur. Bu durumda, gelirin çocukların algısında, ebeveynlerin sorumluluk ve algılarına kıyasla daha düşük bir etki yarattığı veya çocukların ortalama 10 olan yaşları düşünülerek bu durumlar ile ilişkili farkındalıklarının fazla olmadığı varsayılabilir.

ÇATÖ negatif ve ÇATÖ pozitif anksiyete grupları üzerinde herhangi bir demografik değişken anlamlı farklılık göstermemiştir. Bir başka ifade ile, anksiyetesi ebeveyn ve çocuk tarafından 25 ve üzeri değerlendirilen grup ile anksiyetesi her iki kaynaktan da 25 altı olarak belirtilen grup benzer demografik özelliklere sahiptir ve bu da örneklem yanlılığının olmadığına işaret etmektedir.

5.4. ÇALIŞMA DEĞİŞKENLERİ ARASINDAKİ KORELASYONEL İLİŞKİLERE YÖNELİK TARTIŞMA

Çalışma içinde Conners ölçeği ile değerlendirilen DEHB alt boyutları arasında orta ile yüksek düzeylerde anlamlı ilişkiler elde edilmiş olup bu bulgular ölçeğin Türkiye standardizasyon çalışması ile uyumluluk göstermektedir (307). Ayrıca, Conners ölçeği ile Turgay ölçeği alt boyutları arasında beklendiği üzere yüksek düzeyde anlamlı ilişkiler elde edilmiş, ebeveynlerin çocukları için belirttiği DEHB değerlerinde uyumluluk gözlenmiştir.

Çocuğun DEHB belirtilerinin şiddeti ile ebeveyn ve çocuğun beyan ettiği anksiyete arasında (ortalama anksiyete) olumlu yönde anlamlı ilişkiler elde edilmiştir. Literatürdeki çalışmalarda, anksiyete ve DEHB belirtileri arasında mevcut çalışmada elde edilen bulgu ile uyumlu sonuçlar bildirilmiştir. Buna göre, DEHB ve yüksek kaygısı olan çocuklarda DEHB ve düşük kaygıya sahip olanlara göre daha şiddetli DEHB belirtileri olduğu ve çocukların günlük işlevlerde daha fazla bozulma gösterdiği belirtilmiştir (354). DEHB ve AB birlikteliği yaşla artan anksiyete semptomları ile birlikte gelişim süreleri boyunca yüksektir. Bu birliktelikte komorbidite klinik tabloyu değiştirdiği için, sadece DEHB olanlara göre daha fazla dikkat, bilişsel ve yürütücü işlev sorunları yaşanmaktadır (128). Boylamsal çalışmalar DEHB'nin çocuk ve ergenlerde AB için bir risk faktörü

olarak ele alınabileceğine dair kanıtlar göstermiş, DEHB'li çocukların kontrol grubuna kıyasla yaşam boyu AB düzeylerinin daha yüksek görüldüğü ve bu çocukların kontrol grubuna göre daha erken AB başlangıcı gösterdikleri bildirilmiştir (99,131,135).

Mevcut çalışmada DEHB şiddeti ile ebeveyn DD güçlükleri ilişkili bulunmuştur. Literatürde anksiyete ve DD sorunlarının stres ile alakalı olduğu ve bunun da DEHB'nin patofizyolojisi ve gelişiminde etki gösterdiği belirtilmektedir (355). Ayrıca, DEHB'li çocukların ebeveynleri genel olarak gündelik hayatta daha fazla stres yaşadıklarını ve çocukları ile olan ilişkide zorlandıklarını ifade etmektedir (2). Artan stres ve öfke duyguları, ebeveynliği hakkında şüphe duyma, çaresiz ve suçlu hissetme ebeveynlerde sık karşılaşılan durumlardır (232,356). Araştırmalar DEHB'li çocuğa sahip ebeveynler arasında etkisiz ebeveynlik yöntemlerinin ve daha zayıf başa çıkma stratejilerinin kullanıldığını göstermekte ve bu ebeveynler daha kontrollü bir ebeveynlik şekli benimseyerek daha sert ve eleştirel davranışlar gösterebilmektedir (357,358). Anlaşıldığı üzere DEHB'li çocukların ebeveynleri, duygusal anlamda daha fazla uyarana maruz kalmakta ve daha etkisiz düzenleme mekanizmalarını kullanarak duygular ile ilgili daha az destekleyici tutum göstermektedir. DEHB'li çocukların ebeveynleri, DEHB'si olmayan çocukların ebeveynlerine kıyasla daha fazla olumsuz DD stratejisi uygulamakta ve ebeveynin DD özellikleri DEHB'li çocuklarda duygusal stres ve sıkıntıyı arttırmaktadır (2,356). Bütün bunlar ele alındığında, literatür ile tutarlı şekilde yüksek DEHB şiddeti ebeveynlik mekanizmalarını etkilemekte, aynı döngü içinde olumsuz şekilde etkilenen ebeveyn DD sonucunda çocukta DEHB belirtilerinin de artabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada elde edilen bulgulardan bir diğeri, ebeveynin durumluk ve sürekli kaygısı arttıkça DEHB şiddetinin de artmasıdır. Literatürde annelerin anksiyete semptomları ile çocuklarındaki DEHB belirtileri arasında ilişkiyi araştıran pek çok çalışma yapılmıştır. Brown ve ark.'nın (350) çalışmasında, ebeveyn psikopatolojisi ile ebeveynin değerlendirdiği DEHB arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çalışmalar DEHB'li çocukların ebeveynlerinin, sağlıklı kontrollere göre daha fazla ebeveynlik stresi yaşadıklarını ve bu ebeveynlerin daha fazla umutsuzluk hissettiklerini ve bunların ebeveyn anksiyetesi ve depresyonu ile ilişkili olduğunu göstermiştir (279,359,360). İngiltere ve Hollanda'da yapılmış boylamsal bir çalışmadan elde edilen sonuçlara göre, anksiyete semptomları göstermeyen annelerin çocuklarına kıyasla, anksiyeteye sahip

annelerin çocuklarında DEHB görülme riskinin daha fazla olduğu bulgulanmış, başka çalışmalar da bu bulguları destekleyici sonuçlar elde etmiştir (47,361).

Literatürdeki çalışmalar ile tutarlı olarak, mevcut çalışmada DEHB şiddetinin ebeveyn ve çocuk bildirimlerindeki çocuğun YK'sı ile olumsuz yönde bir ilişki sergilediği görülmüştür (253,258,301). DEHB psikopatolojik belirtilerin ötesinde performansı, uyumu, bilişsel, duygusal, akademik ve sosyal yönler de dahil olmak üzere çocuğu çeşitli alanlarda ve çoklu ortamlarda etkilemektedir (1). DEHB'li çocuklar diğer çocuklara kıyasla bu sorunlar ile daha fazla karşılaşmakta ve bütün bunlar da çocukların okul, arkadaş, aileleri ve genel uyumları ile ilgili çeşitli adaptasyon güçlüklerine ve daha düşük YK belirtilerine neden olmaktadır (277).

Ayrıca, çocuk DD ölçeğinin değişkenlik/olumsuzluk alt boyutu DEHB şiddeti ile olumlu yönde anlamlı bir ilişki göstermiştir. Duygusal değişkenlik DD çatısının altında yer alan, uygun olmayan seviyelerde ve yüksek yoğunlukta yaşanan duygu ve davranışlarda ani, hızlı dalgalanmaları ifade eden bir özelliktir (362). Çalışmalar, duygusal değişkenlik şiddetini özellikle DEHB'li hiperaktivite/dürtüsellik görünümü gösteren çocuklarda DEHB semptom şiddeti ile olumlu yönde ilişkili bulmuştur (209,216). 5 yaşındaki çocukların 13 yaşına kadar izlendiği boylamsal bir çalışmada, zayıf DD becerilerinin dikkatsizlik belirtilerinde bir artışı öngördüğü daha iyi bir DD'nin ise zamanla dikkatsizlik belirtilerinde bir azalma ile ilişkili olduğu saptanmıştır (363). Hatta Hulvershorn ve ark.'na (215) göre, DD ve DEHB semptomlarının yüksek birlikteliği DEHB ve DD arasındaki ortak nörobiyolojik mekanizmalardan kaynaklanıyor olabilir.

Anksiyete ölçümlerinin çalışmanın diğer değişkenleri ile gösterdiği ilişkiler incelendiğinde, beklenildiği üzere artan anksiyete değerleri çocuk ve ebeveyn den alınan psikososyal ve fiziksel sağlık YK alt boyutlarında olumsuz sonuçlar ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca bazı çalışmalar YK için ebeveyn ve çocuk bildirimleri arasında tutarsızlıklar görüldüğünü belirtmiş olsalar da (247,258), mevcut çalışmada ebeveyn ve çocuk değerlendirmeleri anksiyete ile ilişki çerçevesinde farklılık göstermemiştir. DEHB'nin kişinin YK değerlerinde olumsuz bir etkisinin olduğu ve durumun anksiyete ve depresyon gibi diğer psikopatolojiler ile daha da kötüleşebileceği veya riskin daha da artabileceği bilinmektedir (249,253). Çalışmalarda AB kriterlerine sahip DEHB'li çocukların YK'larının, günlük işlevsellik düzeylerinin ve davranışlarının yalnız DEHB'li

çocuklara göre daha olumsuz sonuçlar gösterdiği bildirilmekte (10,128) olup çalışma bulguları da bunları doğrular niteliktedir.

Çalışma bulgularından bir diğeri, anksiyete düzeyi ile DAÖ alt boyutu olan değişkenlik/olumsuzluk arasında olumlu yönde anlamlı bir ilişkinin görülmesidir. Beklenildiği üzere, çocuğun anksiyetesi arttıkça DD özelliklerinden biri olan değişkenlik/olumsuzluk becerileri anlamlı olarak düşmektedir. DD becerileri konusunda zorluk yaşayan çocuklar içselleştirme ve dışsallaştırma psikopatolojileri açısından risk altındadır (22). Literatür incelendiğinde, duygu düzensizliği belirtilerinin, DEHB’li çocuklarda AB ve duygu durum bozuklukları ile daha yüksek oranlarda birliktelik gösterdiği görülmektedir (19). DD güçlükleri sıklıkla DEHB belirtileri ile ilişkilendirilmekte ve DEHB ile görülen anksiyete, depresyon gibi içselleştirme durumları da olmak üzere DEHB ile komorbid görülen pek çok sorun için artmış risk oluşturan potansiyel bir aracı mekanizma olarak ele alınmaktadır (216,217). Anastopolous ve ark.’na (216) göre, duygusal değişkenlik DEHB’de görülen işlevsel bozulmalar ve DEHB’ye eşlik eden duygusal ve davranışsal güçlükler ile ilişkilidir. Gelişimsel açıdan ele alındığında, DD güçlüklerinin DEHB belirtileri ve diğer psikopatolojiler arasında bir köprü işlevi gördüğü ve bu sebeple de gelişimsel süreçte anksiyete gibi sorunların ortaya çıkmasından belirli ölçüde sorumlu olduğu da iddia edilmektedir (23,24).

Çocuğun anksiyetesi ile ebeveyn değişkenleri arasındaki ilişkiler incelendiğinde, yüksek anksiyetenin yüksek ebeveyn DD güçlükleri ve ebeveynin durumluk ve sürekli kaygısı ile ilişkili olduğu anlaşılmıştır. Bu bulgular da literatürdeki çalışmalar ile uyumluluk göstermektedir. Literatürde pek çok çalışma ebeveynin AB’si ile DEHB’li çocuklara eşlik eden anksiyete arasında güçlü bir ilişki olduğunu belirtmiş, ebeveyn kaygısı çocuk kaygısı ile ilişkili görülmüştür (138,364). Çalışmalarda ebeveynde anksiyete varlığında çocukta anksiyete gelişimine dair riskin arttığına dair bulgular da mevcuttur (365,366). Bunun yanında, ebeveyn DD’si çocuk anksiyetesinin gelişiminde büyük bir öneme sahiptir. Örneğin yakın zamanlı bir çalışmada, babaların sıkıntı toleranslarının çocuğun aldığı anksiyete tedavisinin sonrasında, çocukların anksiyete belirtilerindeki iyileşme ile anlamlı derecede pozitif ilişkili olduğu gösterilmiştir (367). Ayrıca, ebeveynlerin duygusal dürtüselliklerinin çocuk anksiyetesi ile olumlu yönde ilişkiye sahip olabileceğine dair çalışmalar bulunmaktadır (368).

Çocuk ile ilgili değişkenlerin kendi aralarındaki ilişkilerine bakıldığında, hem ebeveyn hem de çocuktan alınan fiziksel ve psikososyal sağlık puanlarının değişkenlik/olumsuzluk alt boyutu ile orta düzeyde olumsuz ilişki gösterdiği bulunmuştur. Elde edilen bu sonuç, beklenen ve literatürdeki araştırma sonuçları ile tutarlıdır. Duygusal değişkenlik, işlevsellik ve YK'da bozulma ile ilişkili görülmüştür (362). Çalışmalar duygusal değişkenlik ve DEHB belirtileri arasında pozitif bir ilişki olduğunu ortaya koymuş, daha şiddetli görülen duygusal değişkenliğin daha şiddetli DEHB semptomları ve daha fazla bozulma ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (209,216). Çocuğun fiziksel ve psikososyal sağlık alanlarında artan YK'sı, çocuğun DD becerilerinde daha olumlu sonuçlar ile ilişkili olup etkileşimin diğer tarafında da aynısı geçerlidir, çocuğun DD becerilerinin iyileşmesi artan YK ile ilişkilidir. Araştırmalar DD becerilerinin, fiziksel ve bilişsel sağlık, sosyal ilişkiler gibi işlevselliğin her açısını etkilediğini; DD'nin sağlıklı işlevsellik ve ruh sağlığı için önemli olan bir kavram olduğunu göstermiştir (183,184). Ayrıca, duygu düzensizliği DEHB'nin yaşam seyri süresince devam edebilmekte ve işlevsel bozulmalar için ana itici bir güç görevi görebilmektedir (31). Genel olarak, DD çocukların psikolojik ve davranışsal işlevlerinin çeşitli kombinasyonları ile eşleşmekte ve zayıf DD becerileri YK değerlerine olumsuz düzeyde yansımaktadır (24). İleriki çalışmalarda çocukların DD sorunlarının doğası ve yönleri daha detaylı incelendiğinde elde edilen bulgular daha da netlik kazanacaktır.

Diğer taraftan, ebeveyn ifadesine dayalı çocuğun duygu ayarlama puanı ile sadece ebeveynden alınan fiziksel ve psikososyal sağlık değişkenleri olumsuz yönde anlamlı ilişkiler göstermiştir. Bu bulguya göre, çocuğun DD güçlükleri göstermesi, fiziksel ve psikososyal YK'sını olumsuz olarak etkilemektedir. Çocuğun kendisinden alınan YK değerleri ve çocuğun duygu ayarlama özellikleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çocuğun YK bildirimlerinde gözden kaçırdığı ve rapor edemediği noktalar olabileceği gibi, aynı zamanda çocukların ebeveynlerine kıyasla YK değerlerini daha yüksek düzeyde beyan ettikleri de unutulmamalıdır. Ayrıca, DAÖ ebeveyn bildirimine dayalı bir ölçektir ve ebeveynin belirttiği YK düzeyi çocuk için daha gerçekçi bir sonuç olabilir fakat bunun tersi de ihtimal dahilindedir; çocuğun bildirdiği YK düzeyi çocuk için daha gerçekçi olup ebeveynin gözden kaçırdığı noktalar ebeveynin doldurduğu ölçeklere tutarlı şekilde yansımıştır. Bu sebeplerle, YK'da ebeveynin bildirdiği değerler ile duygu ayarlama alt boyutunda ilişki bulunması anlamlıdır. Bunun yanında, DEHB'nin fiziksel alan işlevlerine kıyasla psikososyal alanlar üzerinde daha fazla etkili olduğu

bilinmektedir (253,258,268). Mevcut çalışmada bulunan ilişki düzeyleri literatürde belirtilenlere kıyasla daha düşük elde edilmesine rağmen literatür ile tutarlı şekilde psikososyal alanda fiziksel alana kıyasla daha büyük bir ilişki görülmüştür. İlişki düzeylerindeki farklılığın sebebinin örneklem sayısı ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Ebeveyn ölçümlerinin kendi arasındaki ilişkileri incelendiğinde ise, DD güçlüklerinin hem durumluk hem de sürekli kaygı ile olumlu yönde ilişkili olduğu; durumluk ve sürekli kaygı değişkenlerinin de birbirleri ile yüksek düzeyde ilişki gösterdiği anlaşılmıştır. Elde edilen bu sonuçlar beklenildiği gibi olup, ebeveynin yaşadığı DD güçlükleri ile kaygısı arasındaki yüksek ilişkiyi göstermektedir. Ayrıca, ebeveyn ve çocuktan ölçülen çocuğun fiziksel ve psikososyal sağlık düzeylerinin, ebeveyn değişkenlerinden DD güçlükleri, durumluk ve sürekli kaygı ile orta düzeylerde olumsuz ilişkiler gösterdiği tespit edilmiştir. Ebeveyn DD güçlükleri ve ebeveyn anksiyetesi beklenen şekilde çocuğun YK'sını olumsuz şekilde etkilemekte aynı zamanda çocuğun düşük YK belirtileri de ebeveyn anksiyetesi ve DD güçlükleri üzerinde olumsuz bir etki oluşturmaktadır. DEHB'li çocukların aileleri daha fazla ebeveynlik stresi yaşamakta, daha fazla psikopatoloji ve daha fazla yaşam stresi göstererek işlevsellikleri ve yaşam kalitelerini etkileyecek pek çok alanda güçlüklerle sahiptir (280,281). Ayrıca, DEHB'li çocukların belirtileri ebeveynlerde daha yüksek oranlarda stres ve sıkıntı yaratmaya dinamik olarak katkı sağlamaktadır (292). DEHB'li çocuklarla uzunlamasına, gözlemsel ve pek çok ülkeyi de dahil ederek yapılan bir çalışmada DEHB'li çocukların YK'sının aile üzerindeki yüke aracılık ettiği bulunmuştur (282). Bunun yanında, DEHB'li çocukların genellikle artan bakım talepleri bulunmakta ve ebeveynler çocukları için sıklıkla okul, akademik, arkadaş ve aile problemleri ile uğraşmak durumunda kalmaktadır (296). Bütün bunlar gözetildiğinde, ebeveynin anksiyetesinin artması ve bununla ilişkili olarak DD güçlükleri yaşaması anlam kazanmaktadır. Ayrıca, çocuğun azalan YK'sı ebeveynin yükünü arttırırken bir yandan da DEHB'li çocukta azalan YK ile çocukta DD güçlükleri de artabilir. Etkileşimli ebeveyn-çocuk ilişkisi düşünülerek, çocuğun artan DD güçlüklerinin ebeveynde de artmış DD sorunları ile ilişki gösterdiği varsayılabilir.

Çalışmada değişkenlik/olumsuzluk boyutunun yüksek düzeyleri, ebeveyn DD güçlükleri, durumluk ve sürekli kaygının yüksek düzeyleri ile anlamlı olarak ilişkili görülmüştür. Çocuklarda DD'nin gelişiminde genetik önemli olsa da ailenin ve özellikle ebeveynin bu önemli beceriyi şekillendirdiğine dair literatürde ortak görüşler vardır

(181,223). Çocuklar ebeveynlerinin benzer yaklaşımlarını içselleştirerek ve bunları kullanarak DD'yi deneyimler; bu hem olumlu hem de olumsuz açıdan ele alınabilir çünkü hem sağlıklı hem de sağlıksız düzenleme becerileri ebeveynlerden aktarılmış olmaktadır (184). Çocuklar sosyal çevrelerine dair daha fazla farkındalık geliştirmeye başladıklarında, ebeveynlerin duygu sosyalleşmesi, yani duyguları modellemesi yoluyla, çocukların DD becerilerini etkilemeye ve şekillendirmeye başlar. Ebeveyn destekleyici tepkiler verdiğinde ve sağlıklı bir model olabildiğinde çocukların DD becerilerini kolaylaştırabilir (24). Mevcut çalışmada elde edilen bulgu da bu görüşleri doğrular niteliktedir. Ebeveynin daha yüksek DD güçlüğü belirtileri göstermesi, çocuğun sağlıklı şekilde duygularını düzenlemesi ile olumsuz etkileşime sahiptir. Literatürdeki çoğu çalışma ebeveyn DD kaynağı olarak annenin etkilerine odaklanmış olsa da, Li ve ark. (30) çalışmalarında hem anne hem de babaların duygu düzensizliğinin, ebeveynlerin destekleyici olmayan duyguları yolu ile çocuklarda duygusal değişkenlik ile ilişkili çıktılar gösterebileceğini belirtmiştir (29,369). Ayrıca kaygılı ebeveynlerin çocuklarının anksiyete ve AB geliştirme riski yüksek olduğu için, ebeveynin artan kaygısı çocukta artan anksiyete ile DD güçlüklerini arttırabilir (156).

Çalışmada duygu ayarlama boyutu, durumluk ve sürekli kaygı ile anlamlı olarak ilişkili bulunurken, duygu ayarlama ile ebeveyn DD güçlükleri arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir. Çocuğun nörobiyolojik, bilişsel, sosyal ve gelişimsel özellikleri ile ilişkili olarak değişebilen şekillerde, ebeveynler hem doğrudan ya da dolaylı yöntemler ile çocuklarının DD'sini etkilemektedir (223). Çocuğun DD özellikleri ebeveynin ruh sağlığı, DD becerileri, tepkisellik düzeyi gibi ebeveyn özelliklerinden etkilenmekte, ayrıca mizaç, cinsiyet veya gelişimsel özellikler gibi çocuk karakteristiklerinden etki almakta ve bu şekilde çift yönlü bir ilişki varlığını sürdürmektedir (184,224). Bunun dışında, DAÖ'nün duygu ayarlama boyutu duyguları anlama, empati ve temkinlilik gibi, duygular devreye girdiğinde uyum sağlayıcı bir düzenlemeyi yansıtmakta iken; değişkenlik /olumsuzluk alt boyutu duygulardaki dalgalanmaları, öfke ile tepki vermeyi, duygu yoğunluğu ve olumsuz duyguların düzenlenmesi ile ilgili maddeleri içermektedir (318). Beklenildiği üzere çalışmada duygu ayarlama boyutu ebeveynin kaygısı ile ilişkili bulunmuş fakat tek başına duygu ayarlama boyutu ebeveynin DD güçlükleri ile ilişki göstermemiştir. Değişkenlik/olumsuzluk alt boyutu ebeveyn DD güçlükleri ile ilişkili iken duygu ayarlama alt boyutunun ilişkili bulunmaması, çalışma verilerinde çocukların değişkenlik/olumsuzluk özelliklerinin ebeveynin DD güçlükleri ile daha ilintili olduğunu

göstermektedir. Fakat daha doğru çıkarımlarda bulunabilmek adına bu alt boyutlar ile yapılacak daha detaylı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Beklenen ile tutarlı olarak, DEHB ölçümünde kullanılan Conners ve Turgay ölçekleri ve alt boyutları arasındaki ilişkiler hem ÇATÖ pozitif hem de ÇATÖ negatif gruplarda bütün örneklem ile paralellik sergilemiştir. DEHB ve anksiyete ölçümleri arasındaki ilişkiler ele alındığında ise, ÇATÖ pozitif ve negatif gruplarda DEHB'nin ebeveynlerden alınan anksiyete ölçümü ile ilişkili olduğu, çocuktan alınan anksiyete ölçümü ile ilişkisiz olduğu görülmüştür. Bir başka ifade ile, ebeveynin çocuk için beyan ettiği anksiyete puanı DEHB ile ilişki göstermiş fakat DEHB ile çocuğun kendi için belirttiği anksiyetesi ilişki göstermemiştir. DEHB şiddetinin ebeveyn bildirimine dayalı olarak ölçülmesi, ebeveynin bildirdiği anksiyete ölçümü ile çocuğunkine kıyasla daha tutarlılık göstermesine neden olmuş olabilir. Ayrıca, çocukların anksiyete düzeylerini ebeveynlerin beyanına göre daha yüksek düzeyde ifade etme eğiliminde oluşu, bu ilişkinin görülmemesinin nedenlerinden biri olarak da düşünülebilir.

Mevcut çalışmada ortalama anksiyete puanı, pozitif grupta DEHB ile ilişkili iken negatif grupta ilişkisiz olarak bulunmuştur. Ebeveyn ve çocuğun çocuk için belirttiği anksiyete değerlerinin ortalaması alınarak oluşturulan ortalama anksiyetenin yüksek düzeyleri, pozitif grupta DEHB'nin yüksek düzeyleri ile ilişkili iken negatif grupta bu ilişki saptanmamıştır. Anksiyete seviyesi düşük olduğunda, anksiyetenin DEHB'ye etkisi olumlu ya da olumsuz anlamda görünmezken, anksiyetenin yüksek düzeyleri DEHB'nin yüksek düzeyleri ile ilişki göstermiştir. Bu durumda, ilişkiyi yönlendiren ya da anksiyeteyi yükselten DEHB'den başka bir değişkenin olup olmadığı düşünülebilir. Fakat çalışma, bu varsayımları netleştirecek içerik ve tasarımda hazırlanmadığından ayrıca bunlar çalışmanın amaçları arasında olmadığı için bu konuların ileriki çalışmalarda ele alınması daha detaylı bilgi sunabilecektir.

Ayrıca, ortalama anksiyete puanı, ÇATÖ pozitif grupta psikososyal sağlık ölçümleri ve ebeveynin durumluk kaygısı ile anlamlı ilişki gösterirken, ÇATÖ negatif grupta ek olarak çocuktan alınan fiziksel sağlık, değişkenlik/olumsuzluk, ebeveyn DD güçlükleri ve ebeveyn sürekli kaygısı ile de ilişkili olarak bulunmuştur. Fakat gruplardaki katılımcı sayısının düşük olması ve grup büyüklüklerinin eşit olmaması nedeni ile, korelasyonel ilişkiler üzerinden anksiyete gruplarının yorumlanması yanıltıcı sonuçlar doğurabilir. İlerleyen bölümlerde bu grupları karşılaştırmak amacı ile yapılan,

çalışma değişkenlerinin anksiyete grupları üzerinde karşılaştırma tartışmaları ve de çalışma sorularının test edildiği yordayıcı analiz modellerine dair bulgu tartışmaları daha aydınlatıcı sonuçlar içermektedir.

5.5. ANKSİYETE GRUPLARI İLE İLGİLİ ANALİZLERE YÖNELİK TARTIŞMA

Çalışma değişkenlerinin anksiyete grupları üzerinde karşılaştırma bulgularında, ÇATÖ pozitif grupta yer alan katılımcılar hem Conners hem de Turgay ölçeği ile değerlendirilen DEHB toplam puanı ve alt boyutlarının hepsinde ÇATÖ negatif grupta yer alan katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksek puanlar beyan etmişlerdir. DEHB-AB birlikteliği ve DEHB'ye eşlik eden anksiyete belirtileri çocuk popülasyonunda yaygın olarak görülmektedir. Bazı çalışmalarda DEHB'ye komorbid AB'nin yaygınlığı klinik ve toplum örnekleminde %30-40 oranlarında belirtilmiş ve DEHB'ye eşlik eden anksiyetenin pek çok işlevsel bozulma ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (8-10,109,127,128). Mevcut çalışmada literatür ile tutarlı sonuçlar elde edilmiş, anksiyetesi daha yüksek olan grupta daha şiddetli DEHB belirtileri saptanmıştır.

Benzer şekilde, ebeveynlerden alınan DD güçlükleri, durumluk ve sürekli kaygı ölçümlerinde ÇATÖ pozitif grupta yer alan çocukların ebeveynleri, ÇATÖ negatif grupta yer alan çocukların ebeveynlerinden anlamlı olarak daha yüksek puanlar rapor etmişlerdir. Literatürde ebeveyn ve çocuk AB'lerinin gelişiminde aralarındaki ilişkiyi anlamak için yapılan pek çok inceleme ve meta analiz çalışması bulunmaktadır (370). 2019'da yapılan bir meta-analiz çalışması, anksiyeteye sahip ebeveynlerin çocuklarının anksiyetesi olmayan ebeveynlere kıyasla iki kat daha fazla anksiyete ile ilişkili güçlük yaşadığını ortaya koymuştur (371). Jewell ve ark.'na (158) göre, 29 çalışmadan elde edilen sonuçlar sadece ebeveyn anksiyetesine yönelik müdahalede bulunmanın, çocuk anksiyete semptomlarını azaltmada etkili olabileceğini ve bu iyileşmenin takip süresince de devam ettiğini göstermiştir. Bunun yanında, DD güçlükleri sıklıkla DEHB belirtileriyle ilişkilendirilmekte ve DEHB ile görülen anksiyete, depresyon gibi içselleştirme durumları da olmak üzere DEHB ile komorbid görülen pek çok sorun için artmış risk oluşturan potansiyel bir aracı mekanizma olarak ele alınmaktadır (216,217). Ayrıca, daha iyi ve destekleyici DD becerilerine sahip olan ebeveynlerin çocuklarında daha az içselleştirme sorunları görüldüğü bilinmektedir (228,229). Bütün bunlar gözetildiğinde, anksiyetesi yüksek olan grubun, düşük olan gruba göre daha fazla ebeveyn

DD güçlüğü, ebeveyn durumluk ve sürekli kaygısı göstermesi literatürdeki çalışmalar ile tutarlıdır.

Çocuk ile ilgili ölçümler karşılaştırıldığında, iki grup değişkenlik/olumsuzluk boyutu üzerinde anlamlı fark göstermiştir. ÇATÖ pozitif gruptaki katılımcılar, ÇATÖ negatif gruptaki çocuklara kıyasla daha yüksek düzeylerde değişkenlik/olumsuzluk skoru elde etmişlerdir. Bu da çocuğun anksiyete şiddeti arttıkça daha fazla DD güçlüğü gösterdiği anlamına gelmektedir. Literatürde duygusal değişkenlik/olumsuzluk hem klinik hem de toplum örnekleminde, DEHB'ye komorbid içselleştirme güçlükleri ile ilişkilendirilen bir mekanizma olmuştur (115,216,372,373). Geniş çaplı kesitsel bir çalışmada komorbid görülen içe yönelim ve dışa yönelim bozukluğuna sahip çocukların %64'ünde duygusal değişkenlik semptomları belirlenmiştir (192). Leaberry ve ark.'na (220) göre, duygusal değişkenlik seviyesinin yüksek oluşu DEHB'li çocukların komorbidite geliştirmeleri bakımından onları daha büyük bir risk altına sokmaktadır.

Çalışmada hem ebeveyn hem de çocuktan alınan fiziksel ve psikososyal sağlık değişkenlerinin hepsinde, ÇATÖ pozitif gruptaki katılımcılar ÇATÖ negatif gruptaki çocuklara göre daha düşük puanlar elde etmiştir. Beklenildiği üzere, yüksek anksiyete belirtileri çocuğun YK'sı üzerinde daha olumsuz etkilere sahiptir. Elde edilen bulgular ilgili literatür ile tutarlı olup, çalışmalarda AB kriterlerine sahip DEHB'li çocukların YK'larının, günlük işlevsellik düzeylerinin ve davranışlarının yalnız DEHB'li çocuklara göre daha olumsuz sonuçlar gösterdiği ve DEHB'li çocuklarda düşük YK'nın daha yüksek anksiyete şiddeti ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (10,128,301). DEHB tanısı alan çocuklarda anksiyete semptomları işlevselliğin pek çok alanında etkiye sahiptir. Örneğin daha zayıf dikkat becerileri ve yürütücü işlev performansı, gergin aile ortamı ve işlevselliği gibi (8,9,132,374).

5.6. ÇALIŞMA DEĞİŞKENLERİ ÜZERİNDE YORDAYICI ANALİZLERE YÖNELİK TARTIŞMA

DEHB ve anksiyetenin birlikte görülmesinin olası sebepleri üzerine yapılan çalışmalar giderek artmakta olup, nörobiyolojik sistemler, biyolojik, ailevi ve sosyal değişkenler gibi ortak risk faktörleri hem DEHB hem de anksiyetenin gelişiminde etkili görülmektedir (138,375). Kimi araştırmalar da anksiyetenin birincil veya ikincil mi olduğuna dikkat çekerek anksiyete semptomlarının DEHB'ye çoğunlukla ikincil olarak geliştiğini belirtmiştir (126). 2021'de yapılan bir çalışmada 3 yaşındaki çocukların DEHB

belirtilerinin 2 yıl sonraki anksiyete üzerine doğrudan etkileri belirlenmiş, bu da DEHB belirtilerinin erken dönemde görülmesinin gelecekteki anksiyetenin gelişimine katkıda bulunabileceğini düşündürmüştür (376). Bütün bunlara göre, DEHB semptomları daha sonraki anksiyete belirtilerine yol açabilir ve benzer şekilde anksiyete belirtileri de DEHB semptomlarının kötüleşmesine katkıda bulunabilir (154).

5.6.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Üzerinde Yordayıcı Analizlerin Tartışması

DEHB üzerinde yapılan basit regresyon analizleri bütün örneklem üzerinde ve ÇATÖ pozitif ile negatif gruplarında ayrı olarak üç kere tekrarlanmıştır. Bütün örneklem (201 kişi) üzerinde gerçekleştirilen regresyon sonuçlarında, ebeveyn DD güçlüklerinin yüksek DEHB puanlarını yordadığı görülmüş fakat durumluk ve sürekli kaygı değişkenleri anlamlı bulunmamıştır. Morelen ve ark. (25) ebeveynin duygular ile ilgili davranışlarının aracı rolünü inceledikleri çalışmada, annenin sağlıklı DD'sinin destekleyici olmayan ebeveyn duygu ve ilişkili davranışlar ile ters yönde ilişkili olduğunu, annenin duygu düzensizliğinin destekleyici olmayan ebeveynlik tutumları ile pozitif ilişkili olduğunu belirtmiştir. DEHB'li çocuklar normal gelişim gösteren yaşlıtlarına göre, ebeveynlerin isteklerine daha az olumlu tepki verme, daha muhalif ve olumsuz olma, daha çok yardım talep etme eğiliminde oldukları için DEHB'li çocukların ebeveynleri daha fazla zorluk yaşamaktadır (279,358). Bununla paralel şekilde, DEHB belirtileri gösteren çocuklar ebeveynlerini daha fazla strese sokan ve DEHB belirtilerinin daha da şiddetlenmesine neden olabilecek işlevsiz ebeveynlik uygulamaları döngüsü yaratabilmekte, sonrasında ise DEHB belirtileri ve olumsuz ebeveynlik uygulama ve tutumları karşılıklı bir kısır döngüye girmektedir (232,357). Literatürdeki bulgular ile tutarlı olarak mevcut çalışmada, ebeveynin yaşadığı DD güçlüklerinin bir etkileşim içinde çocuğun DEHB belirti şiddetini öngördüğü belirlenmiştir.

ÇATÖ negatif grubu üzerinde tekrarlanan analizlerde model anlamlıdır fakat herhangi bir yordayıcı değişken DEHB puanını anlamlı şekilde yordamamıştır. ÇATÖ pozitif üzerinde yürütülen regresyon sonucunda ise model anlamsız bulunmuştur. Her iki grupta yürütülen regresyon analizleri bilgi vermesi ve şeffaflık için paylaşılmıştır fakat örneklem büyüklüğü az olduğu için bulguların genellenebilirliği yanıltıcı olacaktır. Bu sebeple bulgular yorumlanmamış olup başka çalışmalarda bu ilişkiler tekrar incelenmelidir.

DEHB'nin ebeveyn değişkenleri tarafından yordanmasında anksiyete gruplarının olası etkilerini test edebilmek için yürütülen düzenleyici regresyon analizi sonucunda, ÇATÖ pozitif grubunda yer almanın yani negatif grupta yer almaya kıyasla, yüksek DEHB puanını anlamlı şekilde yordadığı görülmüştür. Sonuç olarak, DD güçlükleri DEHB'nin şiddetini her iki anksiyete grubunda da yordamış ve gruplar arasında bir farklılaşma görülmemiştir. Ebeveyn değişkenlerinin DEHB üzerindeki yordayıcı etkisinde anksiyete skorlarının uyumlu olup olmamasının düzenleyici etkisi incelendiğinde ise, sadece DD güçlüklerinin DEHB'yi anlamlı olarak yordadığı anlaşılmıştır. Ayrıca ikili olarak kodlanan anksiyete uyum değişkeni de DEHB'yi anlamlı şekilde yordamıştır. Buna göre ÇATÖ uyumlu grupta yer almanın yani uyumsuz gruba kıyasla, DEHB'nin düşük düzeylerini yordadığı bulunmuştur. Bir başka deyişle, uyumlu grup uyumsuz gruba göre daha düşük DEHB şiddetine sahiptir. Fakat ortak etki değişkenlerinin incelenmesi üzerine, anksiyete puanlarının ebeveyn ve çocuk ölçümlerinin uyumlu ya da uyumsuz olmasının DEHB'nin yordanmasına bir etkisi olmadığı anlaşılmıştır. Sonuç olarak, ebeveynin DD güçlükleri DEHB'yi öngörmekte olup uyumlu ve uyumsuz gruplar arasında yordayıcılık açısından bir farklılık görülmemiştir.

5.6.2. Anksiyete Üzerinde Yordayıcı Analizlerin Tartışması

Anksiyete (ÇATÖ) ortalama puanları üzerinde yapılan basit regresyon analizleri bütün örneklem ile ÇATÖ pozitif ve negatif gruplar üzerinde ayrı olarak üç defa gerçekleştirilmiştir. Bütün örneklem üzerinde yürütülen regresyon modelinde, durumluk kaygının ve DEHB'nin yüksek düzeylerinin anksiyetenin yüksek düzeylerini yordadığı görülmüştür. Elde edilen bu bulgular beklendiği gibidir. Fakat, çocuk anksiyetesi ile ebeveyn DD güçlüğü arasında anlamlı bir ilişki olmasına rağmen, regresyon analizlerinde bu ilişki anlamsız bulunmuş ve ebeveyn DD güçlüğünden ziyade ebeveynin durumluk kaygısının çocuktaki anksiyete semptomlarını yordadığı anlaşılmıştır. Bu durum diğer kaygı değişkenlerinin ebeveyn DD güçlüğü'nün varyansını aldığı şeklinde bir yorumlama ile açıklanabilir fakat daha net sonuçlar ve yorumlar için ileriki çalışmalarda bunun detaylandırılıp daha geniş örneklemelerde araştırılmasına büyük ölçüde ihtiyaç bulunmaktadır.

Ortak etkinin doğasını ortaya çıkarmak için yürütülen basit eğim analizlerinde, ÇATÖ pozitif ve negatif grupta yer almanın ilişkilerin doğasını değiştirmede ancak

gücünü etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Bir başka ifadeyle, ÇATÖ pozitif grupta ebeveynin durumluk kaygısındaki artışın çocuğun anksiyetesi üzerindeki etkisi ÇATÖ negatif gruba kıyasla daha güçlüdür. Anksiyete belirtileri belirgin olan çocukta ebeveynin durumluk kaygısı çocuğu daha olumsuz şekilde etkilemektedir. Ebeveynin kaygısı, ebeveyni model alma ya da ebeveynin aşırı koruyucu davranışları çocukların anksiyetesi üzerinde etkili olabilen ebeveyn faktörlerindendir (377,378). Ayrıca çocuklukta öğrenme deneyimleri ve ilişki biçimleri çocuğun kaygı duyarlılığı ile ilişkili olarak görülmektedir (379). Graham ve Weems (379), ebeveynin davranışlarının çocuğun kaygı duyarlılığına yönelik bir fikir sağlayabileceğini belirtmiştir. Ebeveynin tutum ve davranışlarına yansıyan kaygısı, çocuğun pek çok özelliği ile etkileşerek kaygı duyarlılığı ve anksiyete belirtilerini şiddetlendirebilen bir mekanizmaya dönüşebilir. Bu durumda, anksiyetesi yüksek olan çocukların ebeveynlerinin ipuçlarına, özellikle de kaygı bağlamında, daha duyarlı ve hassas oldukları düşünülürse bu bulgu daha da anlam kazanmaktadır.

Ortak etki analizinde, durumluk kaygı ile anksiyete uyum değişkeninin ortak etkisinin anlamlı olduğu görülmüş ve eğilimlerin test edildiği ileri karşılaştırmalar etkinin uyumlu grupta anlamlı olduğunu uyumsuz grupta ise anlamsız olduğunu göstermiştir. Buna göre, anksiyete uyumlu grupta yüksek ebeveyn durumluk kaygısı, çocuğun anksiyetesinin yüksek düzeylerini yordarken, anksiyete uyumsuz grupta ebeveyn durumluk kaygısı ile çocuk anksiyetesi arasında ilişki anlamsızdır. Çocuk ve ebeveynin anksiyete değerlerinin uyumlu olduğu grupta, ebeveynin durumluk kaygısı çocuğun anksiyetesini öngörmektedir. Teorik açıdan ele alındığında uyumsuz grupta da ebeveynin kaygısının çocuk anksiyetesini yordaması beklenebilirken, uyumsuz grupta böyle bir bulgu elde edilmemiştir. Elde edilen sonuçlar, uyumsuz grupta çocuğun bildirilen anksiyete değerlerinde yanlılık söz konusu olabileceğini düşündürmektedir fakat bunun nasıl ve kim tarafından olduğu bilinmediğinden, bunları detaylı araştırmak için ileri çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Eğim analizleri DEHB ve anksiyete uyum değişkenlerinin ortak etkisinin anksiyete uyumlu grupta anlamlı iken anksiyete uyumsuz grupta anlamsız olduğuna işaret etmiştir. Sonuçlara göre, anksiyete uyumlu grupta yüksek DEHB skorları düşük DEHB'ye göre, yüksek anksiyete düzeylerini yordarken, anksiyete uyumsuz grupta DEHB düzeyleri ile anksiyete arasındaki ilişki anlamsızdır. Bu bulgular, çalışma başında

bu uyumsuzluğun tespiti ile tasarım değişikliğine gidilmesinin ve anksiyete değerlerine göre uyumlu ve uyumsuz grupların oluşturulmasının ayrıca uyumsuz grubun temel örneklemden çıkarılmasının doğru bir karar olduğunu göstermektedir. Ortak etki bulguları ise ÇATÖ uyumlu grupta, durumluk kaygı ve DEHB'nin çocuğun anksiyetesini olumlu yönde yordadığı göstermiş ve bu ilişkiler ÇATÖ uyumsuz grupta yine anlamsız olarak elde edilmiştir.

5.7. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI VE SONRAKİ ÇALIŞMALARA DAİR GÖRÜŞLER

Mevcut çalışmanın ilgili alana sağladığı katkıların yanında belirli kısıtlılıkları ve gelecek çalışmalarda geliştirilebilecek alanlar bulunmaktadır. Bulgular ele alınırken bu sınırlamalar bağlamında yorumlanmalıdır. Çalışmanın ana kısıtlılıklarından ilki örneklem büyüklüğünün görece düşük ve gruplar arası sayıların dengesiz olmasıdır. Çalışma öncesinde GPower (304) programı kullanılarak çalışmanın örnekleme dair hesaplama yapılmış ve hedef sayıya göre aslında oldukça yüksek bir örneklem toparlanmıştır. Fakat çalışma tasarımını daha güvenilir hale getirmek için, anksiyete değerlendirmelerinin iki kaynağı olan ebeveyn ve çocuk arasındaki uyumsuzluk göz önünde bulundurularak bazı değişiklikler yapılmış ve örneklem sayısı düşmüştür. Klinik örneklem ile yapılacak gelecekteki çalışmalar daha geniş örnekleme tasarlanmalı ve olası değişiklikler göz önünde bulundurularak hedefin üstüne çıkılması önerilmektedir. Ayrıca 8-12 yaş aralığında yapılacak araştırmalarda, yaşlar daha küçük yaş gruplarına bölünebilir ve her bir yaş grubunda daha fazla katılımcı ile çalışma yürütebilir. Bunun dışında, çalışmanın örneklemini çoğunlukla erkeklerden oluşmaktadır. Bu durum, dışsallaştırma bozukluklarının erkekler arasında daha yaygın görülmesi ile tutarlılık gösterse de (380,381), bulguların kadınlara genellenebilirliği sınırlıdır. Bu sebeple DEHB'li çocuklar ile yapılacak çalışmalarda bu durum gözetilerek erkek-kız oranının dengelenmesi yararlı olacaktır. Ayrıca, çalışmada klinik bir örneklem kullanıldığı için daha ağır semptomatoloji ve daha fazla bozulmaya sahip çocuklar ve çocukların sorunlarından dolayı daha fazla yük taşıyan ve de çocukları ile benzer genetik özellikleri paylaşan ebeveynlerden verilerin toplanmış olduğu unutulmamalıdır.

Diğer bir kısıtlılık, sosyodemografik özelliklere bakıldığında ebeveynlerin eğitim seviyesi ve kişi başı üzerine düşen gelir miktarının genel popülasyona göre daha düşük olmasıdır. Ebeveynlerin görece daha düşük eğitim seviyelerine sahip olması,

değerlendirme ölçeklerindeki maddeleri anlamaları, ilişki kurabilmeleri ve yanıtlamaları konusunda problemlere neden olmuş olabilir. Örneklemin sosyodemografik özellikleri çalışmanın genellenebilirliği açısından sıkıntı yaratmaktadır. Ayrıca, çalışma içindeki ebeveynlerin çoğunluğu annelerden oluşmaktadır. Gelecekteki çalışmalarda daha dengeli ebeveyn dağılımının gözetilmesi, anne ve babanın farklı bir etkisinin olup olmadığının anlaşılmasına da olanak sağlayacaktır. Bunların yanında, ebeveynlerdeki aile psikiyatrik öyküsünün sosyodemografik formunda öğrenilmesine rağmen bunun bir psikiyatrik görüşme yolu ile elde edilmemiş olması diğer bir kısıtlılık olarak ele alınabilir. Gözden kaçabilecek bazı bilgilerin olabileceği düşünüldüğünde, ebeveynlerdeki psikiyatrik bozuklukların daha düşük bildirilmiş olma ihtimali bulunmaktadır.

Çalışmada DEHB tanısı çocuk/ergen psikiyatristleri tarafından konulmuş ve ebeveynlerden çocuğun DEHB'sine ilişkin iki ayrı ölçekten bilgi alınmıştır. İki ayrı ölçekten DEHB bilgisinin teyit edilmiş olması çalışmanın güçlü yanlarından biridir. Tanı sisteminde DEHB'li çocukların şiddetleri belirtilmediği için şiddet ayrımı çalışmada yer almamış olup DEHB belirtilerinin şiddeti ebeveynlerden alınan bilgilere göre süreklilik içinde değerlendirilmiştir. Mevcut çalışmanın kısıtlılıklarından bir diğeri, DEHB değerlendirmesinde ebeveynlerin tek bilgilendirici olmasıdır. Çocukların farklı ortamlarda ve farklı yetişkinler ile etkileşimlerinde semptomların değişebildiği düşünülerek öğretmen gibi çapraz bilgilendirici bir bakış açısının eksik olduğu belirtilebilir.

Çalışmada çocuğun anksiyete değerlendirmesi hem kendi bildirimine hem de ebeveyn beyanına dayanmaktadır ve bu durum çalışmanın güçlü yanlarından bir diğeridir. Bu sayede çocuk ve ebeveynin anksiyete bildirimlerinde farklılık olduğu anlaşılmış, farklılıklar analizlerden çıkarıldığı için anksiyete ile ilgili bulgular bu açıdan daha güvenilir ve genellenebilir bir hale gelmiştir. Dahası, bu farklılığın tesadüfi olmadığı ve belirli örüntüler gösterdiği tespit edilmiştir. Bu da bu tür çalışmalarda çoklu kaynaktan bilgi almanın önemini bir kez daha göstermiştir. Fakat, çalışmada çocukların anksiyete ölçümleri için değerlendirme ölçeği kullanılmış olup klinik gözlem ile belirtilerin teyit edilme ve taranma fırsatı elde edilmemiştir. Ayrıca, anksiyete için tanısal bir yaklaşım kullanılmamış ve semptomlara odaklanılmıştır. Bu sebeplerle çalışma bulgularını AB ve AB çeşitleri üzerinde genellemek doğru olmayacaktır. Bunun yanında, literatürde belirtildiği üzere ebeveyn-çocuk bildirimlerindeki uyumsuzluk düşünülerek yaşam

kalitesi ölçümü için hem ebeveyn hem de çocuktan bilgi alınmış olup bu husus da çalışmanın güçlü yanlarından biridir.

Çalışmayı sınırlayan bir diğer yön, çalışma örnekleminin büyük bir çoğunluğunun DEHB için farmakolojik tedavi alması olup bu durum kontrol edilmemiştir. Bu nedenle çalışma bulgularını bütün DEHB'li çocuklara genelleme konusunda temkinli olunmalıdır. Sınırlılıklardan bir diğeri, DEHB tanısına sahip çocuklarda anksiyete semptomları değerlendirilmiş olsa da çocukların %10'u başka komorbid bozukluklar göstermektedir. Komorbid psikopatolojiler gözetildiğinde bunların çoğunlukla öğrenme güçlüğü tanısı olduğu görülmüştür. Çalışmada öğrenme güçlüğüne etkisine dikkat edilmemiş ve bunun da karıştırıcı bir faktör olabileceği düşünülmüştür. Öğrenme güçlüğü özellikle çocukların akademik becerilerinde problemlere neden olduğundan, çocukların akademik performansları ile alakalı anksiyete gelişimini etkilemesi de söz konusu olabilir.

Çalışmada çocuğun DD belirtileri, nesnel veya fizyolojik ölçümden yoksun şekilde derecelendirme ölçeğine ve sadece ebeveyn beyanına dayanmaktadır. Dolayısı ile, çalışmada çocuğun DD özelliklerini doğrulayacak ya da çapraz bilgi sunacak bir kaynak mevcut değildir. Gelecekteki çalışmalarda daha nesnel ve fizyolojik ölçümlerin desteği ile örneğin, nöropsikolojik test bataryaları kullanılarak mevcut bulgular daha güvenilir ve geniş kapsamda ele alınabilir. Ayrıca, çalışmaya dahil olma kriterlerinden biri olan ortalama zekâ koşulu bütün çocuklarda gözetilmiş olsa da detaylı ölçüm sonuçlarına ulaşamamıştır. Bu durumda bazı çocuklar ortalama zekâ aralığının alt ucunda iken bazıları üst ucunda kümelenmiş olabilir.

Ayrıca, çalışma içinde anksiyete ile sık birliktelik gösteren çocuk ve ebeveyn depresyonu değerlendirilmemiştir. Kanıtlar depresif belirtileri olanların yaklaşık %75'inde eşlik eden anksiyete belirtileri olduğunu ve anksiyete belirtileri gösterenlerin %40'ından fazlasında depresyon belirtilerinin varlığını bildirmektedir (47,382-384). Depresyonun varlığında semptom görünümleri ve şiddetinin değişebileceği unutulmamalıdır. Bunun dışında, DEHB'ye eşlik eden anksiyetenin gelişiminde ortak bir süreç olarak ebeveyn DD becerilerine odaklanılsa da muhtemelen bu süreçte rol oynayan başka faktörler de bulunmaktadır. Örneğin akademik güçlükler veya akran ilişkileri DEHB ile ilişkili olabilecek kavramlardır ve eşlik eden semptomların risk faktörleri olarak işlev görebilir (24). İlerleyen çalışmalar bu diğer değişkenlere de odaklanmalı ve bunların hepsi gelişimsel bir bütünlük içinde değerlendirilmelidir. DEHB'de duygusal

belirtiler ve bunlar ile ilişkili yapılan çalışmalarda karşılaşılan zorluklardan biri, bunları tanımlamakta kullanılan terimlerin birbirinden farklı olması ve görülen tutarsızlıklar olup gelecek çalışmalarda bunları elimine etmeye yönelik şekilde tasarımlar yapılmalıdır (200).

Çalışmanın kesitsel doğası, DD güçlüklerinin DEHB'li çocuklarda anksiyete gelişiminin potansiyel uzunlamasına etkisinin anlaşılmasına izin vermemektedir. Ayrıca, DEHB-AB birlikteliği üzerinde yapılan çalışmaların çoğunun klinik örnekleme yürütüldüğü düşünüldüğünde, sonuçların daha sağlıklı genellenebilmesi için toplum örnekleminde yapılacak çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır (145). Bunun yanında, DEHB ve anksiyete birlikteliğini araştıran çalışmalarda anksiyete tanım ve kapsamının birbirinden farklılık gösterebileceği unutulmamalı ve bu durum dikkate alınarak çalışmalar tasarlanmalıdır (138).

Bahsedilen durumlar çalışmanın gücünü azaltmış olsa da; klinik örneklem kullanılarak çocuk-ebeveyn çiftlerinin çalışmaya dahil edilmesi, çiftlerde görülen anksiyete uyumsuzluğunun doğasının araştırılması, anksiyete ve yaşam kalitesi değerlendirmelerinin iki kaynak kullanılarak yapılması, DEHB'nin iki ölçek ile değerlendirilmesi, normal popülasyonda sadece semptom ölçerek araştırmanın yürütülmemesi, DEHB-anksiyete semptomları varlığında çocuk duygu düzenlemesi birlikteliğinin üstüne çıkarak ebeveyn duygu düzenlemesinin çalışmaya dahil edilmesi gibi etkenlerden dolayı mevcut çalışma ilgili alana önemli katkılar sunmaktadır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Tez çalışmasında ilk amaç, ebeveyn duygu düzenleme becerilerinin DEHB tanısı almış çocuklarda anksiyete belirtileri gelişimine yordayıcı etkisinin araştırılmasıdır. İkinci amaç, çocukların duygu düzenleme becerileri, DEHB şiddeti, anksiyete düzeyleri, ebeveynlerin kaygısı ve duygu düzenleme güçlükleri ve de sosyodemografik özelliklerin karşılıklı ilişkilerinin incelenmesidir. Mevcut çalışmanın diğer amacı ise, çocukların yaşam kalitesinin DEHB, anksiyete ve ebeveyn duygu düzenleme ve kaygısı gibi çalışma değişkenleri ile nasıl etkileşime girdiğinin araştırılmasıdır. DEHB'li çocuklarda anksiyete ve anksiyete bozukluklarının birlikteliği çocuk duygu düzenlemesi kapsamında ilgili literatürde daha sık araştırma konusu olmuştur. Mevcut çalışma, klinik örnekleme bahsedilen değişkenlere ek olarak ebeveyn duygu düzenleme özelliklerini de eklemiş ve literatüre daha geniş açıdan bir katkı sunmuştur.

Çalışmanın amaçları doğrultusunda ilerlenirken anksiyete değerleri bakımından çocuk-ebeveyn çiftlerinde tutarsızlıklar görüldüğü için bu tutarsızlıkların doğasını anlamak üzere keşifsel analizler yapılmıştır. Sonuçlara göre, uyumsuz gruptaki ebeveynlerin çocuklarının, uyumlu gruptaki çocuklara kıyasla daha az DEHB şiddeti gösterdiği, anksiyete belirtilerinin daha az ve yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu saptanmıştır. Ayrıca uyumlu ve uyumsuz grupta yer alan ebeveynlerin kendileri ile ilgili kaygı ve duygu düzenleme değerlendirmelerinde ve iki grupta yer alan çocukların kendileri hakkındaki değerlendirmelerinde anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Bütün bunlar, uyumsuz grupta yer alan ebeveynlerin, çocuklarının DEHB ve anksiyete düzeyleri ile ilgili bir yanlılığa sahip olabileceğine ve bu tür çalışmalarda çoklu kaynaktan bilgi almanın önemine işaret etmiştir.

Çalışmanın ilk amacı doğrultusunda elde edilen sonuçlar ise şöyledir: Anksiyete puanlarının ebeveyn ve çocuk ölçümlerinde uyumlu ya da uyumsuz olmasının DEHB'nin yordanmasına bir etkisi olmadığı anlaşılmıştır. Sonuç olarak, ebeveynin duygu düzenleme güçlükleri DEHB'yi yordamış ve uyumlu-uyumsuz gruplar arasında yordayıcılık açısından bir farklılık görülmemiştir. Ayrıca, anksiyete değerleri bakımından uyumlu grupta, ebeveynin durumluk kaygısı ve DEHB'nin, çocuğun anksiyetesini olumlu yönde yordadığı saptanmış ve bu ilişkiler anksiyete uyumsuz grupta anlamsız olarak elde edilmiştir.

Çalışmanın diğer amaçları doğrultusunda elde edilen sonuçlar ise aşağıda belirtilmiştir:

- Ebeveynler çocukları ile ilgili anksiyete, fiziksel ve psikososyal sağlık değerlendirmelerini, çocukların kendileri için bildirdiği anksiyete, fiziksel ve psikososyal sağlık değerlendirmelerinden daha düşük düzeyde belirtmiştir.
- Uyumlu ve uyumsuz gruplarda çocuklar, ebeveynlerine kıyasla, anksiyetelerini daha yüksek bildirmiştir fakat uyumsuz gruptaki bu farklılık anlamlı olarak daha yüksektir.
- Erkeklerde kızlardan daha yüksek hiperaktivite belirtileri görülmüştür.
- Erkek çocukların ebeveynleri kız çocukların ebeveynlerine kıyasla, çocukları için daha yüksek düzeylerde psikososyal ve fiziksel sağlık beyan etmiştir.
- Kızlarda erkeklerden daha yüksek düzeylerde anksiyete semptomları gözlenmiştir.
- Çocuğun yaşı DEHB ölçeklerinin hiperaktivite alt boyutları ile olumsuz yönde anlamlı bir ilişki göstermiştir.
- Çocuğun yaşı duygu ayarlama alt boyutu ile olumlu yönde anlamlı ilişki sergilemiştir.
- Hanedeki kişi başı gelir arttıkça bilişsel problemler/dikkatsizlik, ebeveyn duygu düzenleme güçlükleri, ebeveyn durumluk ve sürekli kaygı değerleri düşmüştür.
- Çocuğun DEHB belirtilerinin şiddeti ile ebeveyn ve çocuğun beyan ettiği anksiyete arasında olumlu yönde anlamlı ilişkiler elde edilmiştir.
- DEHB şiddeti ile ebeveyn duygu düzenleme güçlükleri olumlu yönde ilişki göstermiştir.
- Ebeveynin durumluk ve sürekli kaygısı DEHB şiddeti ile olumlu yönde ilişkilidir.

- DEHB şiddeti, ebeveyn ve çocuk bildirimlerindeki çocuğun yaşam kalitesi ile olumsuz yönde bir ilişki sergilemiştir.
- Çocuk duygu düzenleme ölçeğinin değişkenlik/olumsuzluk alt boyutu DEHB şiddeti ile olumlu yönde ilişki göstermiştir.
- Artan anksiyete değerleri çocuk ve ebeveynlerden alınan psikososyal ve fiziksel sağlık yaşam kalitesi alt boyutlarında, psikososyal alanda daha güçlü olmak üzere olumsuz sonuçlar ile ilişkili bulunmuştur.
- Anksiyete düzeyi ile değişkenlik/olumsuzluk alt boyutu arasında olumlu yönde anlamlı bir ilişki görülmüştür.
- Çocuktaki yüksek anksiyetenin yüksek ebeveyn duygu düzenleme güçlükleri ve ebeveynin durumluk ve sürekli kaygısı ile ilişkili olduğu anlaşılmıştır.
- Hem ebeveyn hem de çocuktan alınan fiziksel ve psikososyal sağlık puanları değişkenlik/olumsuzluk alt boyutu ile orta düzeyde olumsuz ilişki göstermiştir.
- Ebeveyn ifadesine dayalı çocuğun duygu ayarlama puanı, sadece ebeveynlerden alınan fiziksel ve psikososyal sağlık değişkenleri ile olumsuz yönde anlamlı ilişkiler sergilemiştir.
- Ebeveyn duygu düzenleme güçlüklerinin, ebeveynin hem durumluk hem de sürekli kaygısı ile olumlu yönde ilişkili olduğu görülmüştür.
- Değişkenlik/olumsuzluk boyutunun yüksek düzeyleri, ebeveyn duygu düzenleme güçlükleri, durumluk ve sürekli kaygının yüksek düzeyleri ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur.
- Ebeveynin çocuk için beyan ettiği anksiyete puanı DEHB ile anlamlı bir ilişki göstermiştir.
- Ortalama anksiyete puanı, anksiyete pozitif grupta DEHB ile ilişkili olarak saptanmıştır.

- Anksiyete pozitif grupta yer alan katılımcılar her iki DEHB ölçeği toplam puanı ve alt boyutlarının hepsinde, anksiyete negatif grupta yer alan katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksek puanlar beyan etmişlerdir.
- Ebeveynin duygu düzenleme güçlükleri, durumluk ve sürekli kaygı ölçümlerinde anksiyete pozitif grupta yer alan çocukların ebeveynleri, negatif grupta yer alan çocukların ebeveynlerinden anlamlı olarak daha yüksek puanlar göstermiştir.
- Anksiyete pozitif gruptaki katılımcılar negatif gruptaki çocuklara kıyasla daha yüksek düzeylerde değişkenlik/olumsuzluk skoru belirtmiştir.
- Hem ebeveyn hem de çocuktan alınan fiziksel ve psikososyal sağlık değişkenlerinin hepsinde, anksiyete pozitif gruptaki katılımcılar negatif gruptaki çocuklara göre daha düşük puanlar elde etmiştir.

Duygu düzenleme sorunları DEHB'ye özgü değildir fakat bu grupta yaygın şekilde görülmesi ve bu gruba etkileri düşünüldüğünde, DEHB tanısı düşünülen veya DEHB tanısı olan çocuklarda duygu düzenleme güçlüklerinin rutin olarak değerlendirilmesi oldukça faydalı olacaktır. Özellikle duygu düzenleme güçlükleri, yüksek düzeyde komorbidite ve bozukluklarla ilişkili daha ciddi bir klinik fenotipi çerçevelendirmede bir öncü işaret olarak ele alınabilir. Böylelikle DEHB'ye eşlik edecek içselleştirme ve diğer güçlüklerin birikimi aza indirilebilir ve bunları etkin şekilde yönetebilmeye yönelik daha özel müdahale yöntemleri tasarlanabilir. Ayrıca, tedaviden önce DEHB'li çocuklarda var olan belirli güçlüklerin ve eksikliklerin analiz edilmesi daha modüler bir tedavi yaklaşımı sağlayabilir (385). Bu noktada kritik olan soru ise duygu düzenleme kapsamında neyin değerlendirilecek olduğudur. Bu soruya daha net cevap verilebilmesi için duygu düzenlemenin bütün yönlerini daha detaylı ve daha kapsamlı şekilde ele alan çalışmalara ihtiyaç vardır.

DEHB'li çocukların ebeveynleri tarafından gözden kaçma ihtimali olan anksiyete semptomları uzmanlar tarafından daha dikkatli bir şekilde değerlendirilmeli ve DEHB tanısı düşünüldüğünde komorbidite ihtimali göz önüne alınarak tedavi ve süreçler şekillendirilmelidir. DEHB'li çocuklarda anksiyete belirtilerinin gelişimsel yörüngesi ve bu ilişkide koruyucu ve risk faktörlerinin ne olduğu da önem arz etmekte olup, örneğin

koruyucu faktörlerden olan akran ilişkileri gibi alanlar daha fazla çalışılmaya değer faktörler olabilir (154).

Ebeveyn davranışları çocuklarda önemli becerilerin oluşumunda çok kritiktir ve bunlar çocukları çeşitli risklere karşı koruyabilecek süreçlerdir. Ebeveynlik uygulama şekilleri ve ebeveyn duygu düzenleme becerileri, DEHB'ye eşlik eden bozukluk veya semptomların etkileri ve korelasyonları açısından müdahale çalışmalarına uygun bir zemin oluşturmaktadır. Gelecekteki araştırmalar, ortaya çıkan güçlüklerin gelişiminde veya hafiflemesinde ebeveyn duygu düzenleme ve davranışlarının rollerini ve bu faktörlerin tedavi sonuçlarını etkileyip etkilemediğini çocuğa özgü ve bağlamsal faktörler ile birlikte araştırabilir. Duygu düzenleme ve ebeveynlik tarzı DEHB ve DEHB'ye eşlik eden durumlar için muhtemelen aracı/ortak süreçler olduğundan, önleme ve müdahale çalışmaları için dikkat edilmesi önerilen unsurlardır. Gelecekteki çalışmalar müdahalelerde bu süreçleri hedeflemenin uygulanabilirliğini araştırabilir. Bunun yanında, ebeveyn eğitimi ve DEHB ile ilişkili davranışların yönetilmesi, sağlıklı duygu düzenleme becerilerinin öğretimi bu çalışmalar sonucunda katkı sağlayabilecek klinik pratiklerdir. Bu sebeplerle gelecekteki çalışmalar, ebeveyn ve çocuğun çift yönlü bu düzenleyici etkisini kapsayacak şekilde, genetik ve yetiştirme ortamı gibi diğer değişkenlerin de etkilerini düşünerek tasarlanabilir. Ayrıca, erkek ve kızlar arasındaki mizaç farklılıkları ve bunlar ile ilişkili olabilecek duygu düzenleme becerileri etiyolojik ve müdahale çalışmalarında daha dikkatli ele alınmalıdır (24). Çocuk-ebeveynlik etkileşimleri çocuğun cinsiyetine göre farklı şekillerde ortaya çıkabildiği için gelecekteki çalışmalar bu mekanizmaların cinsiyetler arasında nasıl tezahür ettiğini inceleyebilir ve buna yönelik müdahale çalışmaları tasarlanabilir. Ebeveynlik kapsamında ihtiyaç duyulan duygu düzenleme becerileri, yetişkinin kendi ihtiyaçlarına odaklandığında gerekli olanlardan daha farklı olabilmektedir. Bu sebeple ebeveynlik bağlamına odaklanılarak ebeveyne özel tedavilerin geliştirilmesi daha kıymetli olacaktır (184).

Dahası, ebeveyn ve çocuk bildirimlerindeki uyumsuzlukların varlığını daha iyi anlamak için bu uyumsuzluğun teorik nedenleri daha fazla incelenebilir. Bu gibi durumlarda çocukların gözlenebilir davranışlarını, kaynağın bildirdiği değerlendirmeler ile karşılaştırmak bu tür ön yargıların olup olmadığını kısmen de olsa anlamak için bir yol olabilir (138). Ayrıca ebeveynin algısı ve kültürel bağlamın, ebeveyn duygu düzenlemesi ve duygu ile ilişkili davranışlarda etkisi olduğu düşünülmektedir. Bu

sebeple, farklı popülasyonlarda değışen değer ve inanç sistemleri ile çalışılması, duygu ve duygu düzenleme ile ilişkili durumların incelenmesinde fayda sağlayabilir. Bütün bahsedilenler ışığında, DEHB'nin etkin bir şekilde yönetilmesi ve önlenmesi kişileri, aileleri, toplumu ve sağlık sistemini olumlu yönde etkileyecek önemli bir fırsattır.



KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association, 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Publishing, Arlington. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>.
2. Shenaar-Golan, V., Wald, N., & Yatzkar, U. (2017). Patterns of emotion regulation and emotion-related behaviors among parents of children with and without ADHD. *Psychiatry Research*, 258, 494–500. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.08.090>
3. Chorozoglou, M., Smith, E., Koerting, J., Thompson, M.J., Sayal, K., & Sonuga-Barke, E.J. (2015). Preschool hyperactivity is associated with long-term economic burden: evidence from a longitudinal health economic analysis of costs incurred across childhood, adolescence and young adulthood. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 56(9), 966–975. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12437>
4. Chen, J., Yang, X., Yang, Y., Li, R., Zang, X., Wu, J. (2024). Potential social-environmental factors affecting ADHD symptoms of 55528 children from Longhua district, Shenzhen, China. PREPRINT (Version 1) available at Research Square <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-4135215/v1>
5. Posner, J., Polanczyk, G.V., & Sonuga-Barke, E. (2020). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet (London, England)*, 395(10222), 450–462. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)33004-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)33004-1)
6. Hartman, C. (2023). Epidemiology of ADHD coming of age and a plea for prospective research on causes and consequences of ADHD throughout the lifespan in multidisciplinary team science. *JCPP Advances*, 3. [10.1002/jcv.2.12178](https://doi.org/10.1002/jcv.2.12178).
7. Anning, K.L., Langley, K., Hobson, C., De Sonnevile, L., & Van Goozen, S.H.M. (2024). Inattention symptom severity and cognitive processes in children at risk of ADHD: the moderating role of separation anxiety. *Child neuropsychology: a journal on normal and abnormal development in childhood and adolescence*, 30(2), 264–288. <https://doi.org/10.1080/09297049.2023.2190964>
8. Bowen, R., Chavira, D.A., Bailey, K., Stein, M.T., & Stein, M.B. (2008). Nature of anxiety comorbid with attention deficit hyperactivity disorder in children from a pediatric primary care setting. *Psychiatry research*, 157(1-3), 201–209. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.12.015>
9. Pfiffner, L.J., & McBurnett, K. (2006). Family correlates of comorbid anxiety disorders in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of abnormal child psychology*, 34(5), 725–735. <https://doi.org/10.1007/s10802-006-9060-9>
10. Sciberras, E., Lycett, K., Efron, D., Mensah, F., Gerner, B., Hiscock, H. (2014). Anxiety in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*, 133(5), 801-8. doi:10.1542/peds.2013-3686.
11. Settapani, C.A., O'Neil, K.A., Podell, J.L., Beidas, R.S., & Kendall, P.C. (2013). Youth anxiety and parent factors over time: directionality of change among youth treated for anxiety. *Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42(1), 9–21. <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.719459>
12. Mychailyszyn, M.P., Mendez, J.L., & Kendall, P.C. (2010). School functioning in youth with and without anxiety disorders: comparisons by diagnosis and comorbidity. *School Psychology Review*, 39(1), 106–121. <https://doi.org/10.1080/02796015.2010.12087793>
13. Bittner, A., Egger, H.L., Erkanli, A., Jane Costello, E., Foley, D.L., & Angold, A. (2007). What do childhood anxiety disorders predict?. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 48(12), 1174–1183. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01812.x>
14. Castagna, P.J., Calamia, M., & Davis, T.E., 3rd (2017). Childhood adhd and negative self-statements: important differences associated with subtype and anxiety symptoms. *Behavior therapy*, 48(6), 793–807. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.05.002>
15. Graziano, P.A., & Garcia, A. (2016). Attention-deficit hyperactivity disorder and children's emotion dysregulation: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 46, 106–123. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.011>
16. Gross, J.J., Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: an affective science perspective. *Clinical Psychological Science*, 2(4), 387–401. doi:10.1177/2167702614536164
17. Gross J.J. (Ed). (2014). *Handbook of Emotion Regulation*. (2nd ed.) New York: The Guilford Press.
18. Barkley, R.A., & Fischer, M. (2010). The unique contribution of emotional impulsiveness to impairment in major life activities in hyperactive children as adults. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(5), 503–513. <https://doi.org/10.1097/00004583-201005000-00011>
19. Yue, X., Liu, L., Chen, W., Preece, D.A., Liu, Q., Li, H., Wang, Y., & Qian, Q. (2022). Affective-cognitive-behavioral heterogeneity of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): emotional

- dysregulation as a sentinel symptom differentiating "ADHD-simplex" and "ADHD-complex" syndromes?. *Journal of affective disorders*, 307, 133–141. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.03.065>
20. Nigg, J.T., & Casey, B.J. (2005). An integrative theory of attention-deficit/ hyperactivity disorder based on the cognitive and affective neurosciences. *Development and psychopathology*, 17(3), 785–806. <https://doi.org/10.1017/S0954579405050376>
 21. Sagvolden, T., Johansen, E.B., Aase, H., & Russell, V.A. (2005). A dynamic developmental theory of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) predominantly hyperactive/impulsive and combined subtypes. *The Behavioral and brain sciences*, 28(3), 397–468. <https://doi.org/10.1017/S0140525X05000075>
 22. Eisenberg, N., Spinrad, T.L., & Eggum, N.D. (2010). Emotion-related self-regulation and its relation to children's maladjustment. *Annual review of clinical psychology*, 6, 495–525. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131208>
 23. Antony, E.M., Pihlajamäki, M., Speyer, L.G., & Murray, A.L. (2022). Does emotion dysregulation mediate the association between ADHD symptoms and internalizing problems? A longitudinal within-person analysis in a large population-representative study. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 63(12), 1583–1590. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13624>
 24. Steinberg, E.A., & Drabick, D.A. (2015). A developmental psychopathology perspective on adhd and comorbid conditions: the role of emotion regulation. *Child psychiatry and human development*, 46(6), 951–966. <https://doi.org/10.1007/s10578-015-0534-2>
 25. Morelen, D., Shaffer, A., Suveg, C. (2014). Maternal emotion regulation: links to emotion parenting and child emotion regulation. *Journal of Family Issues*, 37(13). [10.1177/0192513X14546720](https://doi.org/10.1177/0192513X14546720)
 26. Herbert, S.D., Harvey, E.A., Roberts, J.L., Wichowski, K., & Lugo-Candelas, C.I. (2013). A randomized controlled trial of a parent training and emotion socialization program for families of hyperactive preschool-aged children. *Behavior therapy*, 44(2), 302–316. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.10.004>
 27. Deater-Deckard K. (2014). Family matters: intergenerational and interpersonal processes of executive function and attentive behavior. *Current directions in psychological science*, 23(3), 230–236. <https://doi.org/10.1177/0963721414531597>
 28. Morris, A.S., Criss, M.M., Silk, J.S., & Houlberg, B.J. (2017). The impact of parenting on emotion regulation during childhood and adolescence. *Child Development Perspectives*, 11(4), 233–238. [doi:10.1111/cdep.12238](https://doi.org/10.1111/cdep.12238)
 29. Crespo, L.M., Trentacosta, C.J., Aikins, D., & Wargo-Aikins, J. (2017). Maternal emotion regulation and children's behavior problems: the mediating role of child emotion regulation. *Journal of Child and Family Studies*, 26(10), 2797–2809. [doi:10.1007/s10826-017-0791-8](https://doi.org/10.1007/s10826-017-0791-8)
 30. Li, D., Li, D., Wu, N., & Wang, Z. (2019). Intergenerational transmission of emotion regulation through parents' reactions to children's negative emotions: Tests of unique, actor, partner, and mediating effects. *Children and Youth Services Review*, 101, 113–122. [doi:10.1016/j.chidyouth.2019.03.038](https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2019.03.038)
 31. Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. (2014). Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *The American journal of psychiatry*, 171(3), 276–293. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070966>
 32. Stringaris, A., Maughan, B., & Goodman, R. (2010). What's in a disruptive disorder? temperamental antecedents of oppositional defiant disorder: findings from the avon longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(5), 474–483. <https://doi.org/10.1097/00004583-201005000-00008>
 33. Peris, T.S., & Baker, B.L. (2000). Applications of the expressed emotion construct to young children with externalizing behavior: stability and prediction over time. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(4), 457–462. [doi:10.1111/1469-7610.00630](https://doi.org/10.1111/1469-7610.00630)
 34. Eriksson, M., & Lindström, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health promotion international*, 23(2), 190–199. <https://doi.org/10.1093/heapro/dan014>
 35. Zambrano-Sánchez, E., Martínez-Cortéz, J.A., Dehesa-Moreno, M., Del Río-Carlos, Y., Sánchez-Cortés, N.A., Villalpando-Hernández, J., & Martínez-Wbaldo, M.D.C. (2023). Manifest anxiety and quality of life in school children with ADHD during confinement due to the COVID-19 pandemic. *Actas espanolas de psiquiatria*, 51(4), 148–156.
 36. Chan, E., Zhan, C., & Homer, C.J. (2002). Health care use and costs for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: national estimates from the medical expenditure panel survey. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 156(5), 504–511. <https://doi.org/10.1001/archpedi.156.5.504>
 37. Zhao, X., Page, T.F., Altszuler, A.R., Pelham, W.E., 3rd, Kipp, H., Gnagy, E.M., Coxe, S., Schatz, N.K., Merrill, B.M., Macphee, F.L., & Pelham, W.E., Jr (2019). Family burden of raising a child with

- adhd. *Journal of abnormal child psychology*, 47(8), 1327–1338. <https://doi.org/10.1007/s10802-01900518-5>
38. Ayano, G., Demelash, S., Gizachew, Y., Tsegay, L., & Alati, R. (2023). The global prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: An umbrella review of meta-analyses. *Journal of affective disorders*, 339, 860–866. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.07.071>
39. Rafalovich, A. (2001). The conceptual history of attention deficit hyperactivity disorder: idiocy, imbecility, encephalitis and the child deviant, 1877–1929. *Deviant Behavior*, 22(2), 93–115. [10.1080/016396201750065009](https://doi.org/10.1080/016396201750065009).
40. Al-Bayati, M.B.A. (2021). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (Dehb) ve Anksiyete Bozukluğu Tanısı Almış Çocuklarda Uyku Alışkanlıklarının Karşılaştırılması ve Uykunun Yaşam Kalitesi ile İlişisinin İncelenmesi*. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
41. Barry, T., Lyman, R., Klinger, L.G. (2002). Academic underachievement and attention-deficit/hyperactivity disorder: the negative impact of symptom severity on school performance. *Journal of School Psychology*, 40(3), 259–283. [https://doi.org/10.1016/S0022-4405\(02\)00100-0](https://doi.org/10.1016/S0022-4405(02)00100-0)
42. Rapport, M.D., Bolden, J., Kofler, M.J., Sarver, D.E., Raiker, J.S., & Alderson, R.M. (2009). Hyperactivity in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a ubiquitous core symptom or manifestation of working memory deficits?. *Journal of abnormal child psychology*, 37(4), 521–534. <https://doi.org/10.1007/s10802-008-9287-8>
43. Barbaresi, W.J., Campbell, L., Diekroger, E.A., Froehlich, T.E., Liu, Y.H., O'Malley, E., Pelham, W.E., Jr, Power, T.J., Zinner, S.H., & Chan, E. (2020). Society for developmental and behavioral pediatrics clinical practice guideline for the assessment and treatment of children and adolescents with complex attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP*, 41 Suppl 2S, S35–S57. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000770>
44. Wolraich, M.L., Hagan, J.F., Jr, Allan, C., Chan, E., Davison, D., Earls, M., Evans, S.W., Flinn, S.K., Froehlich, T., Frost, J., Holbrook, J.R., Lehmann, C.U., Lessin, H.R., Okechukwu, K., Pierce, K.L., Winner, J.D., Zurhellen, W., & subcommittee on children and adolescents with attention-deficit/hyperactive disorder (2019). Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, 144(4), e20192528. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-2528>
45. Velő, S., Keresztény, Á., Ferenczi-Dallos, G., & Balázs, J. (2019). Long-term effects of multimodal treatment on psychopathology and health-related quality of life of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Frontiers in psychology*, 10, 2037. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02037>
46. Nigg, J.T., Karalunas, S.L., Feczko, E., & Fair, D.A. (2020). Toward a revised nosology for attention-deficit/hyperactivity disorder heterogeneity. *Biological psychiatry. Cognitive neuroscience and neuroimaging*, 5(8), 726–737. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2020.02.005>
47. Ayano, G., Betts, K., Tait, R., Dachew, B.A., & Alati, R. (2021). Maternal depressive and anxiety symptoms and the risk of attention deficit hyperactivity disorder symptoms in offspring aged 17: Findings from the Raine Study. *Journal of affective disorders*, 284, 149–156. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.024>
48. Berger, I. (2011). Diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder: much ado about something. *The Israel Medical Association journal: IMAJ*, 13(9), 571–574.
49. Harpin, V.A. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Archives of disease in childhood*, 90 Suppl 1(Suppl 1), i2–i7. <https://doi.org/10.1136/adc.2004.059006>
50. McKenna, K., Wanni Arachchige Dona, S., Gold, L., Dew, A., & Le, H.N.D. (2024). Barriers and enablers of service access and utilization for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review. *Journal of attention disorders*, 28(3), 259–278. <https://doi.org/10.1177/10870547231214002>
51. Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T., & Coghill, D. (2018). ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *The Lancet. Psychiatry*, 5(2), 175–186. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30167-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30167-0)
52. Betancourt, J.L., Alderson, R.M., Roberts, D.K., & Bullard, C.C. (2024). Self-esteem in children and adolescents with and without attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 108, 102394. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102394>
53. Davoody, S., Goeschl, S., Dolatshahi, M., Davari-Ashtiani, R., Saffarpour, R., Sodeifian, F., & Brand, S. (2022). Relation between ADHD and COVID-19: a narrative review to guide advancing clinical research and therapy. *Iranian journal of psychiatry*, 17(1), 110–117. <https://doi.org/10.18502/ijps.v17i1.8055>

54. Polanczyk, G., de Lima, M.S., Horta, B.L., Biederman, J., & Rohde, L.A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta regression analysis. *The American journal of psychiatry*, 164(6), 942–948. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.942>
55. Ayano, G., Yohannes, K., & Abraha, M. (2020). Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Annals of general psychiatry*, 19, 21. <https://doi.org/10.1186/s12991-020-00271-w>
56. Montano, B. (2004). Diagnosis and treatment of ADHD in adults in primary care. *The Journal of clinical psychiatry*, 65 Suppl 3, 18–21.
57. Salari, N., Ghasemi, H., Abdoli, N., Rahmani, A., Shiri, M.H., Hashemian, A.H., Akbari, H., & Mohammadi, M. (2023). The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Italian journal of pediatrics*, 49(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s13052-023-01456-1>
58. Polanczyk, G.V., Salum, G.A., Sugaya, L.S., Caye, A., & Rohde, L.A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 56(3), 345–365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
59. Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E., & Glasziou, P. (2015). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 135(4), e994–e1001. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3482>
60. Vasileva, M., Graf, R.K., Reinelt, T., Petermann, U., & Petermann, F. (2021). Research review: a meta-analysis of the international prevalence and comorbidity of mental disorders in children between 1 and 7 years. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 62(4), 372–381. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13261>
61. Bitsko, R.H., Claussen, A.H., Lichstein, J., Black, L.I., Jones, S.E., Danielson, M.L., Hoenig, J.M., Davis Jack, S.P., Brody, D.J., Gyawali, S., Maenner, M.J., Warner, M., Holland, K.M., Perou, R., Crosby, A.E., Blumberg, S.J., Avenevoli, S., Kaminski, J.W., Ghandour, R.M., & Contributor (2022). Mental health surveillance among children - United States, 2013-2019. *MMWR supplements*, 71(2), 1–42. <https://doi.org/10.15585/mmwr.su7102a1>
62. Faraone, S.V., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J.K., Ramos-Quiroga, J.A., Rohde, L.A., Sonuga-Barke, E.J., Tannock, R., & Franke, B. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature reviews. Disease primers*, 1, 15020. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.20>
63. Hinshaw, S.P., Nguyen, P.T., O'Grady, S.M., & Rosenthal, E.A. (2022). Annual research review: Attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women: underrepresentation, longitudinal processes, and key directions. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 63(4), 484–496. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13480>
64. Antshel, K.M., & McBride, H.L. (2023). This is an update of K.M. Antshel, R.A. Barkley, Attention deficit/hyperactivity disorder, Editor(s): B. Bradford Brown, Mitchell J. Prinstein, *Encyclopedia of Adolescence*, Academic Press, 2011, 56-61, <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-373951-3.00100-9>.
65. Biederman, J., Faraone, S.V., & Monuteaux, M.C. (2002). Differential effect of environmental adversity by gender: Rutter's index of adversity in a group of boys and girls with and without ADHD. *The American journal of psychiatry*, 159(9), 1556–1562. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.9.1556>
66. Skounti, M., Philalithis, A., & Galanakis, E. (2007). Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *European journal of pediatrics*, 166(2), 117–123. <https://doi.org/10.1007/s00431-006-0299-5>
67. Thapar, A., & Cooper, M. (2016). Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet (London, England)*, 387(10024), 1240–1250. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00238-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00238-X)
68. Marco, P., Maddalena, M., Silvana, B., Erika, G., Maria, N. (2022). Attention deficit hyperactivity disorder. *Comprehensive Pharmacology*, 256-285. [10.1016/B978-0-12-820472-6.00164-X](https://doi.org/10.1016/B978-0-12-820472-6.00164-X).
69. Faraone, S.V., & Larsson, H. (2019). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular psychiatry*, 24(4), 562–575. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0070-0>
70. Gaidamowicz, R., Deksnytė, A., Palinauskaitė, K., Aranauskas, R., Kasiulevičius, V., Šapoka, V., & Aranauskas, L. (2018). ADHD - the scourge of the 21st century?. ADHD – plaga XXI wieku?. *Psychiatria polska*, 52(2), 287–307. <https://doi.org/10.12740/PP/67111>
71. Foley, M. (2011). A comparison of family adversity and family dysfunction in families of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and families of children without ADHD. *Journal for specialists in pediatric nursing: JSPN*, 16(1), 39–49. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2010.00269.x>
72. Kohn, M., & Griffiths, K. (2023). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Encyclopedia of Child and Adolescent Health*, 1, 1021-1033. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818872-9.00016-9>.

73. Cortese, S., Kelly, C., Chabernaud, C., Proal, E., Di Martino, A., Milham, M.P., & Castellanos, F.X. (2012). Toward systems neuroscience of ADHD: a meta-analysis of 55 fMRI studies. *The American journal of psychiatry*, 169(10), 1038–1055. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.11101521>
74. Gustavson, K., Ystrom, E., Stoltenberg, C., Susser, E., Surén, P., Magnus, P., Knudsen, G.P., Smith, G.D., Langley, K., Rutter, M., Aase, H., & Reichborn-Kjennerud, T. (2017). Smoking in pregnancy and child ADHD. *Pediatrics*, 139(2), e20162509. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-2509>
75. Zayed, A., & Robinson, G.E. (2012). Understanding the relationship between brain gene expression and social behavior: lessons from the honey bee. *Annual review of genetics*, 46, 591–615. <https://doi.org/10.1146/annurev-genet-110711-155517>
76. Boukhris, T., Sheehy, O., & Bérard, A. (2017). Antidepressant use in pregnancy and the risk of attention deficit with or without hyperactivity disorder in children. *Pediatric and perinatal epidemiology*, 31(4), 363–373. <https://doi.org/10.1111/ppe.12378>
77. Galéra, C., Côté, S.M., Bouvard, M.P., Pingault, J.B., Melchior, M., Michel, G., Boivin, M., & Tremblay, R.E. (2011). Early risk factors for hyperactivity-impulsivity and inattention trajectories from age 17 months to 8 years. *Archives of general psychiatry*, 68(12), 1267–1275. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.138>
78. Langley, K., Holmans, P.A., van den Bree, M.B., & Thapar, A. (2007). Effects of low birth weight, maternal smoking in pregnancy and social class on the phenotypic manifestation of attention deficit hyperactivity disorder and associated antisocial behavior: investigation in a clinical sample. *BMC psychiatry*, 7, 26. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-7-26>
79. Joelsson, P., Chudal, R., Uotila, J., Suominen, A., Sucksdorff, D., Gyllenberg, D., & Sourander, A. (2017). Parental psychopathology and offspring attention-deficit/hyperactivity disorder in a nationwide sample. *Journal of psychiatric research*, 94, 124–130. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.07.004>
80. Şair, Y.B., Sevinçok, D., Kutlu, A., Çakaloğlu, B., & Sevinçok, L. (2020). The affective temperament traits and pregnancy-related depression in mothers may constitute risk factors for their children with attention deficit and hyperactivity disorder. *Journal of obstetrics and gynaecology: the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*, 40(8), 1079–1084. <https://doi.org/10.1080/01443615.2019.1679741>
81. Vizzini, L., Popovic, M., Zugna, D., Vitiello, B., Trevisan, M., Pizzi, C., Rusconi, F., Gagliardi, L., Merletti, F., & Richiardi, L. (2019). Maternal anxiety, depression and sleep disorders before and during pregnancy, and preschool ADHD symptoms in the NINFEA birth cohort study. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 28(5), 521–531. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000185>
82. Sonuga-Barke, E., Bitsakou, P., & Thompson, M. (2010). Beyond the dual pathway model: evidence for the dissociation of timing, inhibitory, and delay-related impairments in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(4), 345–355. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2009.12.018>
83. Faraone, S.V., Biederman, J., & Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological medicine*, 36(2), 159–165. <https://doi.org/10.1017/S003329170500471X>
84. Rucklidge, J.J. (2010). Gender differences in attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Psychiatric clinics of North America*, 33(2), 357–373. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.01.006>
85. Duyan, M.J. (2024). An investigation into the role of music therapy in reducing anxiety and promoting emotional regulation in children with ADHD. *International Journal of Research Publications*, 140(1). 10.47119/IJRP1001401120246008.
86. Kooij, J.J.S., Bijlenga, D., Salerno, L., Jaeschke, R., Bitter, I., Balázs, J., Thome, J., Dom, G., Kasper, S., Nunes Filipe, C., Stes, S., Mohr, P., Leppämäki, S., Casas, M., Bobes, J., McCarthy, J.M., Richarte, V., Kjemps Philipsen, A., Pehlivanidis, A., Niemela, A., ... Asherson, P. (2019). Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 56, 14–34. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.11.001>
87. Lesch, K.P. (2018). 'Shine bright like a diamond!': is research on high-functioning ADHD at last entering the mainstream?. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 59(3), 191–192. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12887>
88. World Health Organization. (2021). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th ed.; ICD-11)*. <https://icd.who.int/>
89. Balázs, J., & Keresztény, A. (2014). Subthreshold attention deficit hyperactivity in children and adolescents: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry*, 23(6), 393–408. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0514-7>
90. Larsson, H., Anckarsater, H., Råstam, M., Chang, Z., & Lichtenstein, P. (2012). Childhood attention-deficit hyperactivity disorder as an extreme of a continuous trait: a quantitative genetic study of 8,500 twin

- pairs. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 53(1), 73–80. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02467.x>
91. Ribasés, M., Mitjans, M., Hartman, C.A., Soler Artigas, M., Demontis, D., Larsson, H., Ramos-Quiroga, J.A., Kuntsi, J., Faraone, S.V., Børglum, A.D., Reif, A., Franke, B., & Cormand, B. (2023). Genetic architecture of ADHD and overlap with other psychiatric disorders and cognition-related phenotypes. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 153, 105313. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2023.105313>
 92. Willcutt, E.G., Nigg, J.T., Pennington, B.F., Solanto, M.V., Rohde, L.A., Tannock, R., Loo, S.K., Carlson, C.L., McBurnett, K., & Lahey, B.B. (2012). Validity of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder symptom dimensions and subtypes. *Journal of abnormal psychology*, 121(4), 991–1010. <https://doi.org/10.1037/a0027347>
 93. Lahey, B.B., Applegate, B., Barkley, R.A., Garfinkel, B., McBurnett, K., Kerdyk, L., Greenhill, L., Hynd, G.W., Frick, P.J., & Newcorn, J. (1994). DSM-IV field trials for oppositional defiant disorder and conduct disorder in children and adolescents. *The American journal of psychiatry*, 151(8), 1163–1171. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.8.1163>
 94. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
 95. Milich, R. (2001). ADHD combined type and ADHD predominantly inattentive type are distinct and unrelated disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(4), 463–488. [10.1093/clipsy/8.4.463](https://doi.org/10.1093/clipsy/8.4.463)
 96. Reale, L., Bartoli, B., Cartabia, M., Zanetti, M., Costantino, M.A., Canevini, M.P., Termine, C., Bonati, M., & Lombardy ADHD Group (2017). Comorbidity prevalence and treatment outcome in children and adolescents with ADHD. *European child & adolescent psychiatry*, 26(12), 1443–1457. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1005-z>
 97. Mayes, S.D., Calhoun, S.L., Bixler, E.O., Vgontzas, A.N., Mahr, F., Hillwig-Garcia, J., Elamir, B., Edhere-Ekezie, L., & Parvin, M. (2009). ADHD subtypes and comorbid anxiety, depression, and oppositional-defiant disorder: differences in sleep problems. *Journal of pediatric psychology*, 34(3), 328–337. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsn083>
 98. Loflin, M., Earleywine, M., De Leo, J., & Hobkirk, A. (2014). Subtypes of attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) and cannabis use. *Substance use & misuse*, 49(4), 427–434. <https://doi.org/10.3109/10826084.2013.841251>
 99. Melegari, M.G., Bruni, O., Sacco, R., Barni, D., Sette, S., & Donfrancesco, R. (2018). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder and generalized anxiety disorder in children and adolescents. *Psychiatry research*, 270, 780–785. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.10.078>
 100. Reimherr, F.W., Marchant, B.K., Gift, T.E., & Steans, T.A. (2017). ADHD and anxiety: clinical significance and treatment implications. *Current psychiatry reports*, 19(12), 109. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0859-6>
 101. Koyuncu, A., Çelebi, F., Ertekin, E., Kök, B.E., & Tükel, R. (2019). Clinical effects of ADHD subtypes in patients with social anxiety disorder. *Journal of attention disorders*, 23(12), 1464–1469. <https://doi.org/10.1177/1087054715617533>
 102. Wu, Z.M., Wang, P., Liu, L., Liu, J., Cao, X.L., Sun, L., Cao, Q.J., Yang, L., Wang, Y.F., & Yang, B.R. (2022). ADHD-inattentive versus ADHD-combined subtypes: a severity continuum or two distinct entities? a comprehensive analysis of clinical, cognitive and neuroimaging data. *Journal of psychiatric research*, 149, 28–36. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.02.012>
 103. Shi, X., Ji, Y., Cai, S., Wu, Y., Zhang, L., Shen, L., Jiang, Z., & Chen, Y. (2021). Comorbidities and functional impairments in children with attention deficit hyperactivity disorder in China: a hospital-based retrospective cross-sectional study. *BMJ open*, 11(3), e042196. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042196>
 104. Jensen, P.S., Martin, D., & Cantwell, D.P. (1997). Comorbidity in ADHD: implications for research, practice, and DSM-V. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1065–1079. <https://doi.org/10.1097/00004583-199708000-00014>
 105. Read, N., Mulraney, M., McGillivray, J., & Sciberras, E. (2020). Comorbid anxiety and irritability symptoms and their association with cognitive functioning in children with ADHD. *Journal of abnormal child psychology*, 48(8), 1035–1046. <https://doi.org/10.1007/s10802-020-00658-z>
 106. Usami, M. (2016). Functional consequences of attention-deficit hyperactivity disorder on children and their families. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 70(8), 303–317. <https://doi.org/10.1111/pcn.12393>
 107. Rimal, H., & Pokharel, A. (2016). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among school children and associated co-morbidities - a hospital based descriptive study. *Kathmandu University medical journal (KUMJ)*, 14(55), 226–230.

108. Jerrell, J.M., McIntyre, R.S., & Park, Y.M. (2015). Risk factors for incident major depressive disorder in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *European child & adolescent psychiatry*, 24(1), 65–73. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0541-z>
109. Elia, J., Ambrosini, P., & Berrettini, W. (2008). ADHD characteristics: I. concurrent co-morbidity patterns in children & adolescents. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 2(1), 15. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-2-15>
110. Yoshimasu, K., Barbaresi, W.J., Colligan, R.C., Voigt, R.G., Killian, J.M., Weaver, A.L., & Katusic, S.K. (2012). Childhood ADHD is strongly associated with a broad range of psychiatric disorders during adolescence: a population-based birth cohort study. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 53(10), 1036–1043. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02567.x>
111. Biederman, J., Petty, C.R., Clarke, A., Lomedico, A., & Faraone, S.V. (2011). Predictors of persistent ADHD: an 11-year follow-up study. *Journal of psychiatric research*, 45(2), 150–155. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.06.009>
112. Young, S., Sedgwick, O., Fridman, M., Gudjonsson, G., Hodgkins, P., Lantigua, M., & González, R.A. (2015). Co-morbid psychiatric disorders among incarcerated ADHD populations: a meta-analysis. *Psychological medicine*, 45(12), 2499–2510. <https://doi.org/10.1017/S0033291715000598>
113. Bloemsma, J.M., Boer, F., Arnold, R., Banaschewski, T., Faraone, S.V., Buitelaar, J.K., Sergeant, J.A., Rommelse, N., & Oosterlaan, J. (2013). Comorbid anxiety and neurocognitive dysfunctions in children with ADHD. *European child & adolescent psychiatry*, 22(4), 225–234. <https://doi.org/10.1007/s00787-012-0339-9>
114. Biederman, J., Petty, C.R., Dolan, C., Hughes, S., Mick, E., Monuteaux, M.C., & Faraone, S.V. (2008). The long-term longitudinal course of oppositional defiant disorder and conduct disorder in ADHD boys: findings from a controlled 10-year prospective longitudinal follow-up study. *Psychological medicine*, 38(7), 1027–1036. <https://doi.org/10.1017/S0033291707002668>
115. Seymour, K.E., Chronis-Tuscano, A., Halldorsdottir, T., Stupica, B., Owens, K., & Sacks, T. (2012). Emotion regulation mediates the relationship between ADHD and depressive symptoms in youth. *Journal of abnormal child psychology*, 40(4), 595–606. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9593-4>
116. Kessler, R.C., Adler, L.A., Berglund, P., Green, J.G., McLaughlin, K.A., Fayyad, J., Russo, L.J., Sampson, N.A., Shahly, V., & Zaslavsky, A.M. (2014). The effects of temporally secondary co-morbid mental disorders on the associations of DSM-IV ADHD with adverse outcomes in the US National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement (NCS-A). *Psychological medicine*, 44(8), 1779–1792. <https://doi.org/10.1017/S0033291713002419>
117. Willoughby, M.T. (2003). Developmental course of ADHD symptomatology during the transition from childhood to adolescence: a review with recommendations. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 44(1), 88–106. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.t01-1-00104>
118. Roy, A., Hechtman, L., Arnold, L.E., Sibley, M.H., Molina, B.S., Swanson, J.M., Howard, A.L., & MTA Cooperative Group (2016). Childhood factors affecting persistence and desistence of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in adulthood: results from the MTA. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(11), 937–944.e4. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.05.027>
119. Lara, C., Fayyad, J., de Graaf, R., Kessler, R.C., Aguilar-Gaxiola, S., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., de Girolamo, G., Haro, J.M., Jin, R., Karam, E.G., Lépine, J.P., Mora, M.E., Ormel, J., Posada-Villa, J., & Sampson, N. (2009). Childhood predictors of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: results from the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Biological psychiatry*, 65(1), 46–54. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.10.005>
120. Dalsgaard, S., Østergaard, S.D., Leckman, J.F., Mortensen, P.B., & Pedersen, M.G. (2015). Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. *Lancet (London, England)*, 385(9983), 2190–2196. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61684-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61684-6)
121. Elwin, M., Elvin, T., & Larsson, J.O. (2020). Symptoms and level of functioning related to comorbidity in children and adolescents with ADHD: a cross-sectional registry study. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 14, 30. <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00336-4>
122. Caye, A., Leffa, D.T., & Rohde, L.A. (2021). The influence of comorbidities on the trajectories of ADHD throughout development. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 130, 31–32. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.07.032>
123. Jensen, C.M., & Steinhausen, H.C. (2015). Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, 7(1), 27–38. <https://doi.org/10.1007/s12402-014-0142-1>

124. Kessler, R.C., Birnbaum, H., Demler, O., Falloon, I.R., Gagnon, E., Guyer, M., Howes, M.J., Kendler, K.S., Shi, L., Walters, E., & Wu, E.Q. (2005). The prevalence and correlates of nonaffective psychosis in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Biological psychiatry*, 58(8), 668–676. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.04.034>
125. Nigg, J.T., Sibley, M.H., Thapar, A., & Karalunas, S.L. (2020). Development of ADHD: etiology, heterogeneity, and early life course. *Annual review of developmental psychology*, 2(1), 559–583. <https://doi.org/10.1146/annurev-devpsych-060320-093413>
126. Bubier, J.L., & Drabick, D.A. (2009). Co-occurring anxiety and disruptive behavior disorders: the roles of anxious symptoms, reactive aggression, and shared risk processes. *Clinical psychology review*, 29(7), 658–669. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.005>
127. Jarrett, M.A., Wolff, J.C., Davis, T.E., 3rd, Cowart, M.J., & Ollendick, T.H. (2016). Characteristics of children with ADHD and comorbid anxiety. *Journal of attention disorders*, 20(7), 636–644. <https://doi.org/10.1177/1087054712452914>
128. Ilipilla, G., Prackun, Z., Wernick, H., Unsal, G., Elia, J. (2018). Attention deficit hyperactivity disorder and anxiety. İçinde Driver, D., & Thomas, S. (Ed.), *Complex Disorders in Pediatric Psychiatry*. Elsevier Health Sciences; 23-35. 10.1016/B978-0-323-51147-6.00003-X
129. Caye, A., Swanson, J., Thapar, A., Sibley, M., Arseneault, L., Hechtman, L., Arnold, L.E., Niclasen, J., Moffitt, T., & Rohde, L.A. (2016). Life span studies of ADHD-conceptual challenges and predictors of persistence and outcome. *Current psychiatry reports*, 18(12), 111. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0750-x>
130. Newcorn, J.H., Miller, S.R., Ivanova, I., Schulz, K.P., Kalmar, J., Marks, D.J., & Halperin, J.M. (2004). Adolescent outcome of ADHD: impact of childhood conduct and anxiety disorders. *CNS spectrums*, 9(9), 668–678. <https://doi.org/10.1017/s1092852900001942>
131. March, J.S., Swanson, J.M., Arnold, L.E., Hoza, B., Conners, C.K., Hinshaw, S.P., Hechtman, L., Kraemer, H.C., Greenhill, L.L., Abikoff, H.B., Elliott, L.G., Jensen, P.S., Newcorn, J.H., Vitiello, B., Severe, J., Wells, K.C., & Pelham, W.E. (2000). Anxiety as a predictor and outcome variable in the multimodal treatment study of children with ADHD (MTA). *Journal of abnormal child psychology*, 28(6), 527–541. <https://doi.org/10.1023/a:1005179014321>
132. Newcorn, J.H., Halperin, J.M., Jensen, P.S., Abikoff, H.B., Arnold, L.E., Cantwell, D.P., Conners, C.K., Elliott, G.R., Epstein, J.N., Greenhill, L.L., Hechtman, L., Hinshaw, S.P., Hoza, B., Kraemer, H.C., Pelham, W.E., Severe, J.B., Swanson, J.M., Wells, K.C., Wigal, T., & Vitiello, B. (2001). Symptom profiles in children with ADHD: effects of comorbidity and gender. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(2), 137–146. <https://doi.org/10.1097/00004583-200102000-00008>
133. Yüce, M., Zoroglu, S.S., Ceylan, M.F., Kandemir, H., & Karabekiroglu, K. (2013). Psychiatric comorbidity distribution and diversities in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder: a study from Turkey. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 9, 1791–1799. <https://doi.org/10.2147/NDT.S54283>
134. Mitchison, G.M., & Njardvik, U. (2019). Prevalence and gender differences of ODD, anxiety, and depression in a sample of children with ADHD. *Journal of attention disorders*, 23(11), 1339–1345. <https://doi.org/10.1177/1087054715608442>
135. Tai, Y.M., Gau, C.S., Gau, S.S., & Chiu, H.W. (2013). Prediction of ADHD to anxiety disorders: an 11-year national insurance data analysis in Taiwan. *Journal of attention disorders*, 17(8), 660–669. <https://doi.org/10.1177/1087054712437581>
136. Manassis, K., Tannock, R., Young, A., & Francis-John, S. (2007). Cognition in anxious children with attention deficit hyperactivity disorder: a comparison with clinical and normal children. *Behavioral and brain functions: BBF*, 3, 4. <https://doi.org/10.1186/1744-9081-3-4>
137. Pliszka, S.R. (2000). Patterns of psychiatric comorbidity with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 9(3), 525–vii.
138. Jarrett, M.A., & Ollendick, T.H. (2008). A conceptual review of the comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder and anxiety: implications for future research and practice. *Clinical psychology review*, 28(7), 1266–1280. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.05.004>
139. Biederman, J., Petty, C., Fried, R., Fontanella, J., Doyle, A.E., Seidman, L.J., & Faraone, S.V. (2006). Impact of psychometrically defined deficits of executive functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *The American journal of psychiatry*, 163(10), 1730–1738. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.10.1730>
140. Ghanizadeh, A. (2009). Psychiatric comorbidity differences in clinic-referred children and adolescents with ADHD according to the subtypes and gender. *Journal of child neurology*, 24(6), 679–684. <https://doi.org/10.1177/0883073808331086>

141. D'Agati, E., Curatolo, P., & Mazzone, L. (2019). Comorbidity between ADHD and anxiety disorders across the lifespan. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 23(4), 238–244. <https://doi.org/10.1080/13651501.2019.1628277>
142. Golubchik, P., Sever, J., & Weizman, A. (2014). Methylphenidate treatment in children with attention deficit hyperactivity disorder and comorbid social phobia. *International clinical psychopharmacology*, 29(4), 212–215. <https://doi.org/10.1097/YIC.0000000000000029>
143. Ramos, R., Freire, C., Julvez, J., Fernández, M.F., García-Esteban, R., Torrent, M., Sunyer, J., & Olea, N. (2013). Association of ADHD symptoms and social competence with cognitive status in preschoolers. *European child & adolescent psychiatry*, 22(3), 153–164. <https://doi.org/10.1007/s00787-012-0334-1>
144. Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S.V., Murphy, J., & Tsuang, M.T. (1995). Attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disorders: issues of overlapping symptoms. *The American journal of psychiatry*, 152(12), 1793–1799. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.12.1793>
145. Speyer, L.G., Eisner, M., Ribeaud, D., Luciano, M., Auyeung, B., & Murray, A.L. (2021). Developmental relations between internalizing problems and ADHD in childhood: a symptom level perspective. *Research on child and adolescent psychopathology*, 49(12), 1567–1579. <https://doi.org/10.1007/s10802-021-00856-3>
146. Golubchik, P., & Weizman, A. (2021). Management of anxiety disorders in children with attention-deficit hyperactivity disorder: a narrative review. *International clinical psychopharmacology*, 36(1), 1–11. <https://doi.org/10.1097/YIC.0000000000000338>
147. Chen, T.J., Ji, C.Y., Wang, S.S., Lichtenstein, P., Larsson, H., & Chang, Z. (2016). Genetic and environmental influences on the relationship between ADHD symptoms and internalizing problems: A Chinese twin study. *American journal of medical genetics. Part B, Neuropsychiatric genetics: the official publication of the International Society of Psychiatric Genetics*, 171(7), 931–937. <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.32411>
148. Hammerness, P., Geller, D., Petty, C., Lamb, A., Bristol, E., & Biederman, J. (2010). Does ADHD moderate the manifestation of anxiety disorders in children?. *European child & adolescent psychiatry*, 19(2), 107–112. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0041-8>
149. Gnanavel, S., Sharma, P., Kaushal, P., & Hussain, S. (2019). Attention deficit hyperactivity disorder and comorbidity: a review of literature. *World journal of clinical cases*, 7(17), 2420–2426. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v7.i17.2420>
150. Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D.S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *The Psychiatric clinics of North America*, 32(3), 483–524. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2009.06.002>
151. McCathie, H., & Spence, S.H. (1991). What is the revised Fear Survey Schedule for Children measuring?. *Behaviour research and therapy*, 29(5), 495–502. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(91\)90134-o](https://doi.org/10.1016/0005-7967(91)90134-o)
152. Kendall, P.C., Compton, S.N., Walkup, J.T., Birmaher, B., Albano, A.M., Sherrill, J., Ginsburg, G., Rynn, M., McCracken, J., Gosch, E., Keeton, C., Bergman, L., Sakolsky, D., Suveg, C., Iyengar, S., March, J., & Piacentini, J. (2010). Clinical characteristics of anxiety disordered youth. *Journal of anxiety disorders*, 24(3), 360–365. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.01.009>
153. Khakpoor, S. & Saed, O. (2018). Transdiagnostic cognitive behavioral therapy based on unified protocol: new approach to emotional disorders. *Asia Pacific Journal of Clinical Trials: Nervous System Diseases*, 3(4), 10.4103/2542-3932.245225.
154. Havewala, M., Lorenzo, N.E., Seddio, K., Oddo, L.E., Novick, D.R., Fox, N.A., & Chronis-Tuscano, A. (2022). Understanding co-occurring ADHD and Anxiety symptoms within a developmental framework: risk and protective factors of early temperament and peer relations. *Research on child and adolescent psychopathology*, 50(7), 853–866. <https://doi.org/10.1007/s10802-021-00891-0>
155. Cartwright-Hatton, S., McNicol, K., & Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical psychology review*, 26(7), 817–833. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.12.002>
156. Chapman, L., Hutson, R., Dunn, A., Brown, M., Savill, E., & Cartwright-Hatton, S. (2022). The impact of treating parental anxiety on children's mental health: An empty systematic review. *Journal of anxiety disorders*, 88, 102557. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2022.102557>
157. Rapee, R.M., Schniering, C.A., & Hudson, J.L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: origins and treatment. *Annual review of clinical psychology*, 5, 311–341. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153628>

158. Jewell, C., Wittkowski, A., & Pratt, D. (2022). The impact of parent-only interventions on child anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 309, 324–349. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.082>
159. Wittchen, H.U., Lieb, R., Pfister, H., & Schuster, P. (2000). The waxing and waning of mental disorders: evaluating the stability of syndromes of mental disorders in the population. *Comprehensive psychiatry*, 41(2 Suppl 1), 122–132. [https://doi.org/10.1016/s0010-440x\(00\)80018-8](https://doi.org/10.1016/s0010-440x(00)80018-8)
160. Wehry, A.M., Beesdo-Baum, K., Hennelly, M.M., Connolly, S.D., & Strawn, J.R. (2015). Assessment and treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Current psychiatry reports*, 17(7), 52. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0591-z>
161. Tesfaye, M., Jaholkowski, P., Shadrin, A.A., van der Meer, D., Hindley, G.F.L., Holen, B., Parker, N., Parekh, P., Birkenæs, V., Rahman, Z., Bahrami, S., Kutrolli, G., Frei, O., Djurovic, S., Dale, A.M., Smeland, O.B., O'Connell, K.S., & Andreassen, O.A. (2024). Identification of novel genomic loci for anxiety and extensive genetic overlap with psychiatric disorders. *medRxiv: the preprint server for health sciences*, 2023.09.01.23294920. <https://doi.org/10.1101/2023.09.01.23294920>
162. Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, J.P., Angermeyer, M.C., Bernert, S., de Girolamo, G., Morosini, P., Polidori, G., Kikkawa, T., Kawakami, N., Ono, Y., Takeshima, T., Uda, H., Karam, E.G., Fayyad, J.A., Karam, A.N., Mneimneh, Z.N., ... WHO World Mental Health Survey Consortium (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 291(21), 2581–2590. <https://doi.org/10.1001/jama.291.21.2581>
163. Ezpeleta, L., Keeler, G., Erkanli, A., Costello, E.J., & Angold, A. (2001). Epidemiology of psychiatric disability in childhood and adolescence. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 42(7), 901–914. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00786>
164. Keller, M.B., Lavori, P.W., Wunder, J., Beardslee, W.R., Schwartz, C.E., & Roth, J. (1992). Chronic course of anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(4), 595–599. <https://doi.org/10.1097/00004583-199207000-00003>
165. O'Neil, K.A., Puleo, C.M., Benjamin, C.L., Podell, J.L., & Kendall, P.C. (2012). Suicidal ideation in anxiety-disordered youth. *Suicide & life-threatening behavior*, 42(3), 305–317. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.00091.x>
166. Woodward, L.J., & Fergusson, D.M. (2001). Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(9), 1086–1093. <https://doi.org/10.1097/00004583-200109000-00018>
167. Copeland, W.E., Shanahan, L., Costello, E.J., & Angold, A. (2009). Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Archives of general psychiatry*, 66(7), 764–772. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.85>
168. Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., & Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
169. Becker, E.S., Rinck, M., Türke, V., Kause, P., Goodwin, R., Neumer, S., & Margraf, J. (2007). Epidemiology of specific phobia subtypes: findings from the Dresden Mental Health Study. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 22(2), 69–74. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2006.09.006>
170. Merikangas, K.R., He, J.P., Burstein, M., Swanson, S.A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K., & Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication--Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980–989. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.05.017>
171. Wittchen, H.U., Nelson, C.B., & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological medicine*, 28(1), 109–126. <https://doi.org/10.1017/s0033291797005928>
172. Costello, E.J., Copeland, W., & Angold, A. (2011). Trends in psychopathology across the adolescent years: what changes when children become adolescents, and when adolescents become adults?. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 52(10), 1015–1025. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02446.x>
173. Rutter, M. (2002). The interplay of nature, nurture, and developmental influences: the challenge ahead for mental health. *Archives of general psychiatry*, 59(11), 996–1000. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.11.996>

174. De Rosnay, M., Cooper, P.J., Tsigaras, N., & Murray, L. (2006). Transmission of social anxiety from mother to infant: an experimental study using a social referencing paradigm. *Behaviour research and therapy*, 44(8), 1165–1175. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.09.003>
175. Penninx, B.W., Pine, D.S., Holmes, E.A., & Reif, A. (2021). Anxiety disorders. *Lancet (London, England)*, 397(10277), 914–927. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00359-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00359-7)
176. Hettema, J.M., Neale, M.C., & Kendler, K.S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *The American journal of psychiatry*, 158(10), 1568–1578. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.10.1568>
177. Ohi, K., Otowa, T., Shimada, M., Sasaki, T., & Tani, H. (2020). Shared genetic etiology between anxiety disorders and psychiatric and related intermediate phenotypes. *Psychological medicine*, 50(4), 692–704. <https://doi.org/10.1017/S003329171900059X>
178. Gross, J.J. (2015). Emotion regulation: current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1–26. doi:10.1080/1047840x.2014.940781
179. Christiansen, H., Hirsch, O., Albrecht, B., & Chavanon, M.L. (2019). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and emotion regulation over the life span. *Current psychiatry reports*, 21(3), 17. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1003-6>
180. Sheppes, G., Suri, G., & Gross, J.J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annual review of clinical psychology*, 11, 379–405. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112739>
181. Thompson, R.A. (1994). Emotion regulation: a theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25–52.
182. Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
183. Koole, S.L. (2009). The psychology of emotion regulation: an integrative review. *Cognition & Emotion*, 23(1), 4–41. doi:10.1080/02699930802619031
184. Rutherford, H.J., Wallace, N.S., Laurent, H.K., & Mayes, L.C. (2015). Emotion regulation in parenthood. *Developmental review: DR*, 36, 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2014.12.008>
185. Etkin, A., Prater, K.E., Hoef, F., Menon, V., & Schatzberg, A.F. (2010). Failure of anterior cingulate activation and connectivity with the amygdala during implicit regulation of emotional processing in generalized anxiety disorder. *The American journal of psychiatry*, 167(5), 545–554. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09070931>
186. Li, C.S., & Sinha, R. (2008). Inhibitory control and emotional stress regulation: neuroimaging evidence for frontal-limbic dysfunction in psycho-stimulant addiction. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 32(3), 581–597. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2007.10.003>
187. Gross, J.J., & Muñoz, R.F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(2), 151–164. doi:10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x
188. Mennin, D.S., Heimberg, R.G., Turk, C.L., & Fresco, D.M. (2002). Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 85–90. doi:10.1093/clipsy.9.1.85
189. Hoge, E., Bickham, D., & Cantor, J. (2017). Digital media, anxiety, and depression in children. *Pediatrics*, 140(Suppl 2), S76–S80. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1758G>
190. Southam-Gerow, M.A., & Kendall, P.C. (2002). Emotion regulation and understanding: implications for child psychopathology and therapy. *Clinical psychology review*, 22(2), 189–222. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(01\)00087-3](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(01)00087-3)
191. Rothbart, M.K., & Bates, J.E. (2007). Temperament. *Handbook of Child Psychology*. doi:10.1002/9780470147658.chpsy0303.
192. Stringaris, A., & Goodman, R. (2009). Mood lability and psychopathology in youth. *Psychological medicine*, 39(8), 1237–1245. <https://doi.org/10.1017/S0033291708004662>
193. Olson, S.L., Bates, J.E., Sandy, J.M., & Schilling, E.M. (2002). Early developmental precursors of impulsive and inattentive behavior: from infancy to middle childhood. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 43(4), 435–447. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00035>
194. Yap, M.B., Allen, N.B., O'Shea, M., di Parsia, P., Simmons, J.G., & Sheeber, L. (2011). Early adolescents' temperament, emotion regulation during mother-child interactions, and depressive symptomatology. *Development and psychopathology*, 23(1), 267–282. <https://doi.org/10.1017/S0954579410000787>
195. Maedgen, J.W., & Carlson, C.L. (2000). Social functioning and emotional regulation in the attention deficit hyperactivity disorder subtypes. *Journal of clinical child psychology*, 29(1), 30–42. https://doi.org/10.1207/S15374424jccp2901_4

196. Samyn, V., Roeyers, H., Bijttebier, P., & Wiersema, J.R. (2017). Attentional networks in boys with ADHD or autism spectrum disorder and the relationship with effortful control. *Journal of attention disorders*, 21(3), 228–239. <https://doi.org/10.1177/1087054712473183>
197. Walcott, C.M., & Landau, S. (2004). The relation between disinhibition and emotion regulation in boys with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 33(4), 772–782. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3304_12
198. Martel, M.M., & Nigg, J.T. (2006). Child ADHD and personality/temperament traits of reactive and effortful control, resiliency, and emotionality. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 47(11), 1175–1183. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01629.x>
199. De Pauw, S.S., & Mervielde, I. (2010). Temperament, personality and developmental psychopathology: a review based on the conceptual dimensions underlying childhood traits. *Child psychiatry and human development*, 41(3), 313–329. <https://doi.org/10.1007/s10578-009-0171-8>
200. Faraone, S.V., Rostain, A.L., Blader, J., Busch, B., Childress, A.C., Connor, D.F., & Newcorn, J.H. (2019). Practitioner review: emotional dysregulation in attention-deficit/hyperactivity disorder - implications for clinical recognition and intervention. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 60(2), 133–150. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12899>
201. Eisenberg, N. & Fabes, R. (2006). Emotion regulation and children's socioemotional competence. În: Balter, L. & Tamis-LeMonda C.S. (Ed.), *Childs Psychology: A Handbook of Contemporary Issues*. New York: Taylor & Francis Group; 357-381.
202. Carlson, S.M., & Wang, T.S. (2007). Inhibitory control and emotion regulation in preschool children. *Cognitive Development*, 22(4), 489–510. doi:10.1016/j.cogdev.2007.08.002.
203. Morris, A.S., Silk, J.S., Steinberg, L., Sessa, F.M., Avenevoli, S., & Essex, M.J. (2002). Temperamental vulnerability and negative parenting as interacting predictors of child adjustment. *Journal of Marriage and Family*, 64(2), 461–471. doi:10.1111/j.1741-3737.2002.00461.x
204. Fox, N.A., Henderson, H.A., Rubin, K.H., Calkins, S.D., & Schmidt, L.A. (2001). Continuity and discontinuity of behavioral inhibition and exuberance: psychophysiological and behavioral influences across the first four years of life. *Child development*, 72(1), 1–21. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00262>
205. Bates, J.E., Pettit, G.S., Dodge, K.A., & Ridge, B. (1998). Interaction of temperamental resistance to control and restrictive parenting in the development of externalizing behavior. *Developmental psychology*, 34(5), 982-995. <https://doi.org/10.1037//0012-1649.34.5.982>
206. Bradley, R.H., & Corwyn, R.F. (2007). Externalizing problems in fifth grade: relations with productive activity, maternal sensitivity, and harsh parenting from infancy through middle childhood. *Developmental psychology*, 43(6), 1390–1401. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.43.6.1390>
207. Essau, C., Leblanc, S., Ollendick, T.H. (Ed). (2017). *Emotion Regulation and Psychopathology in Children and Adolescents*. Oxford: Oxford University Press.
208. Melnick, S.M., & Hinshaw, S.P. (2000). Emotion regulation and parenting in AD/HD and comparison boys: linkages with social behaviors and peer preference. *Journal of abnormal child psychology*, 28(1), 73–86. <https://doi.org/10.1023/a:1005174102794>
209. Sobanski, E., Banaschewski, T., Asherson, P., Buitelaar, J., Chen, W., Franke, B., Holtmann, M., Krumm, B., Sergeant, J., Sonuga-Barke, E., Stringaris, A., Taylor, E., Anney, R., Ebstein, R.P., Gill, M., Miranda, A., Mulas, F., Oades, R.D., Roeyers, H., Rothenberger, A., ... Faraone, S.V. (2010). Emotional lability in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): clinical correlates and familial prevalence. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 51(8), 915–923. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02217.x>
210. Althoff, R.R., Copeland, W.E., Stanger, C., Derks, E.M., Todd, R.D., Neuman, R.J., Van Beijsterveldt, T.C., Boomsma, D.I., & Hudziak, J.J. (2006). The latent class structure of ADHD is stable across informants. *Twin research and human genetics: the official journal of the International Society for Twin Studies*, 9(4), 507–522. <https://doi.org/10.1375/183242706778025008>
211. Langner, R., Leiberg, S., Hoffstaedter, F., & Eickhoff, S.B. (2018). Towards a human self-regulation system: common and distinct neural signatures of emotional and behavioral control. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 90, 400–410. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.04.022>
212. Biederman, J., Spencer, T., Lomedico, A., Day, H., Petty, C.R., & Faraone, S.V. (2012). Deficient emotional self-regulation and pediatric attention deficit hyperactivity disorder: a family risk analysis. *Psychological medicine*, 42(3), 639–646. <https://doi.org/10.1017/S0033291711001644>
213. Surman, C.B., Biederman, J., Spencer, T., Yorks, D., Miller, C.A., Petty, C.R., & Faraone, S.V. (2011). Deficient emotional self-regulation and adult attention deficit hyperactivity disorder: a family risk

- analysis. *The American journal of psychiatry*, 168(6), 617–623. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10081172>
214. Nigg, J.T., Karalunas, S.L., Gustafsson, H.C., Bhatt, P., Ryabinin, P., Mooney, M.A., Faraone, S.V., Fair, D.A., & Wilmot, B. (2020). Evaluating chronic emotional dysregulation and irritability in relation to ADHD and depression genetic risk in children with ADHD. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 61(2), 205–214. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13132>
 215. Hulvershorn, L.A., Mennes, M., Castellanos, F.X., Di Martino, A., Milham, M.P., Hummer, T.A., & Roy, A.K. (2014). Abnormal amygdala functional connectivity associated with emotional lability in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(3), 351–61.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.11.012>
 216. Anastopoulos, A.D., Smith, T.F., Garrett, M.E., Morrissey-Kane, E., Schatz, N.K., Sommer, J.L., Kollins, S.H., & Ashley-Koch, A. (2011). Self-regulation of emotion, functional impairment, and comorbidity among children with AD/HD. *Journal of attention disorders*, 15(7), 583–592. <https://doi.org/10.1177/1087054710370567>
 217. Rosen, P.J., & Factor, P.I. (2015). Emotional impulsivity and emotional and behavioral difficulties among children with ADHD: an ecological momentary assessment study. *Journal of attention disorders*, 19(9), 779–793. <https://doi.org/10.1177/1087054712463064>
 218. Balázs, J., & Keresztény, A. (2014). Subthreshold attention deficit hyperactivity in children and adolescents: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry*, 23(6), 393–408. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0514-7>
 219. Murray, A.L., Caye, A., McKenzie, K., Auyeung, B., Murray, G., Ribeaud, D., Freeston, M., & Eisner, M. (2022). Reciprocal developmental relations between ADHD and anxiety in adolescence: a within-person longitudinal analysis of commonly co-occurring symptoms. *Journal of attention disorders*, 26(1), 109–118. <https://doi.org/10.1177/1087054720908333>
 220. Leaberry, K.D., Rosen, P.J., Fogleman, N.D., Walerius, D.M., & Slaughter, K.E. (2020). Comorbid internalizing and externalizing disorders predict lability of negative emotions among children with ADHD. *Journal of attention disorders*, 24(14), 1989–2001. <https://doi.org/10.1177/1087054717734647>
 221. Hirsch, O., Chavanon, M., Riechmann, E., & Christiansen, H. (2018). Emotional dysregulation is a primary symptom in adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of affective disorders*, 232, 41–47. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.007>
 222. Macklem, G.L. (2008). *Practitioner's Guide to Emotion Regulation in School-Aged Children*. US: Springer. <http://dx.doi.org/10.1007/978-0-387-73851-2>
 223. Zeman, J., Cassano, M., Perry-Parrish, C., & Stegall, S. (2006). Emotion regulation in children and adolescents. *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP*, 27(2), 155–168. <https://doi.org/10.1097/00004703-200604000-00014>
 224. Morris, A.S., Silk, J.S., Steinberg, L., Myers, S.S., & Robinson, L.R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social development (Oxford, England)*, 16(2), 361–388. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00389.x>
 225. Spinrad, T., Stifter, C., Donelan-McCall, N. & Turner, L. (2004). Mothers' regulation strategies in response to toddlers' affect: links to later emotion self-regulation. *Review of Social Development*, 13(1). <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2004.00256.x>
 226. Bridgett, D.J., Burt, N.M., Edwards, E.S., & Deater-Deckard, K. (2015). Intergenerational transmission of self-regulation: a multidisciplinary review and integrative conceptual framework. *Psychological bulletin*, 141(3), 602–654. <https://doi.org/10.1037/a0038662>
 227. Eisenberg, N., Cumberland, A., & Spinrad, T.L. (1998). Parental socialization of emotion. *Psychological inquiry*, 9(4), 241–273. https://doi.org/10.1207/s15327965pli0904_1
 228. Stocker, C.M., Richmond, M.K., Rhoades, G.K., & Kiang, L. (2007). Family emotional processes and adolescents' adjustment. *Social Development*, 16(2), 310–325. doi:10.1111/j.1467-9507.2007.00386.x
 229. Cheung, R.Y.M., Chan, L.Y., & Chung, K.K.H. (2020). Emotion dysregulation between mothers, fathers, and adolescents: implications for adolescents' internalizing problems. *Journal of adolescence*, 83, 62–71. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2020.07.001>
 230. McDowell, D.J., Kim, M., O'neil, R., & Parke, R.D. (2002). Children's emotional regulation and social competence in middle childhood: the role of maternal and paternal interactive style. *Marriage & Family Review*, 34(3–4), 345–364. https://doi.org/10.1300/J002v34n03_07
 231. Gottman, J.M., Katz, L.F., & Hooven, C. (1996). Parental meta-emotion philosophy and the emotional life of families: theoretical models and preliminary data. *Journal of Family Psychology*, 10(3), 243–268. doi:10.1037/0893-3200.10.3.243

232. Johnston, C., & Mash, E.J. (2001). Families of children with attention deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clinical child and family psychology review*, 4(3), 183–207. <https://doi.org/10.1023/a:1017592030434>
233. Gadow, K.D., Drabick, D.A., Loney, J., Sprafkin, J., Salisbury, H., Azizian, A., & Schwartz, J. (2004). Comparison of ADHD symptom subtypes as source-specific syndromes. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 45(6), 1135–1149. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00306.x>
234. Lanza, H.I., & Drabick, D.A. (2011). Family routine moderates the relation between child impulsivity and oppositional defiant disorder symptoms. *Journal of abnormal child psychology*, 39(1), 83–94. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9447-5>
235. Chronis, A.M., Lahey, B.B., Pelham, W.E., Jr, Williams, S.H., Baumann, B.L., Kipp, H., Jones, H.A., & Rathouz, P.J. (2007). Maternal depression and early positive parenting predict future conduct problems in young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Developmental psychology*, 43(1), 70–82. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.43.1.70>
236. Johnson, J.G., Cohen, P., Kasen, S., Smailes, E., & Brook, J.S. (2001). Association of maladaptive parental behavior with psychiatric disorder among parents and their offspring. *Archives of general psychiatry*, 58(5), 453–460. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.5.453>
237. Leon-Carrion, J., García-Orza, J., & Pérez-Santamaría, F.J. (2004). Development of the inhibitory component of the executive functions in children and adolescents. *The International journal of neuroscience*, 114(10), 1291–1311. <https://doi.org/10.1080/00207450490476066>
238. Frick, P.J., & Morris, A.S. (2004). Temperament and developmental pathways to conduct problems. *Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 33(1), 54–68. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3301_6
239. Jaffe, M., Gullone, E. & Hughes, E. (2010). The roles of temperamental dispositions and perceived parenting behaviours in the use of two emotion regulation strategies in late childhood. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 31, 47-59. [10.1016/j.appdev.2009.07.008](https://doi.org/10.1016/j.appdev.2009.07.008).
240. Gullone, E., Hughes, E.K., King, N.J., & Tonge, B. (2010). The normative development of emotion regulation strategy use in children and adolescents: a 2-year follow-up study. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 51(5), 567–574. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02183.x>
241. Derryberry, D., & Rothbart, M.K. (1997). Reactive and effortful processes in the organization of temperament. *Development and psychopathology*, 9(4), 633–652. <https://doi.org/10.1017/s0954579497001375>
242. Suveg, C., & Zeman, J. (2004). Emotion regulation in children with anxiety disorders. *Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 33(4), 750–759. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3304_10
243. Schatz, D.B., & Rostain, A.L. (2006). ADHD with comorbid anxiety: a review of the current literature. *Journal of attention disorders*, 10(2), 141–149. <https://doi.org/10.1177/1087054706286698>
244. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality-of-Life assessment instrument (WHOQOL). (1993). *Quality of life research: An international journal of quality-of-life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 2(2), 153–159.
245. Eriksson, M., & Lindström, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health promotion international*, 23(2), 190–199. <https://doi.org/10.1093/heapro/dan014>
246. Leidy, N.K., Revicki, D.A., & Genesté, B. (1999). Recommendations for evaluating the validity of quality-of-life claims for labeling and promotion. *Value in health: the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 2(2), 113–127. <https://doi.org/10.1046/j.1524-4733.1999.02210.x>
247. Coghill, D. (2010). The impact of medications on quality of life in attention-deficit hyperactivity disorder: a systematic review. *CNS drugs*, 24(10), 843–866. <https://doi.org/10.2165/11537450-000000000-00000>
248. Lu, Z., MacDermid, J.C., & Rosenbaum, P. (2020). A narrative review and content analysis of functional and quality of life measures used to evaluate the outcome after TSA: an ICF linking application. *BMC musculoskeletal disorders*, 21(1), 228. <https://doi.org/10.1186/s12891-020-03238-w>
249. Coghill, D., Danckaerts, M., Sonuga-Barke, E., Sergeant, J., & ADHD European Guidelines Group (2009). Practitioner review: quality of life in child mental health--conceptual challenges and practical choices. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 50(5), 544–561. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02008.x>

250. Fidaner, H., Fidaner, C., Elbi, H., Eser, E. & Göker, E. (1999). Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. *3P Dergisi*, 7, 5-13.
251. Fidaner, C. (2004). Sağlıkta yaşam kalitesi kavramı. *1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Program ve Özet Kitabı*, s:1-3.
252. Coghill, D.R., Banaschewski, T., Soutullo, C., Cottingham, M.G., & Zuddas, A. (2017). Systematic review of quality of life and functional outcomes in randomized placebo-controlled studies of medications for attention deficit/hyperactivity disorder. *European child & adolescent psychiatry*, 26(11), 1283–1307. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-0986-y>
253. Danckaerts, M., Sonuga-Barke, E.J., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Döpfner, M., Hollis, C., Santosh, P., Rothenberger, A., Sergeant, J., Steinhausen, H.C., Taylor, E., Zuddas, A., & Coghill, D. (2010). The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry*, 19(2), 83–105. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0046-3>
254. Puka, K., Conway, L., & Smith, M.L. (2020). Quality of life of children and families. *Handbook of clinical neurology*, 174, 379–388. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64148-9.00028-4>
255. Galloway, H., & Newman, E. (2017). Is there a difference between child self-ratings and parent proxy-ratings of the quality of life of children with a diagnosis of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD)? A systematic review of the literature. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, 9(1), 11–29. <https://doi.org/10.1007/s12402-016-0210-9>
256. Wehmeier, P.M., Schacht, A., & Barkley, R.A. (2010). Social and emotional impairment in children and adolescents with ADHD and the impact on quality of life. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 46(3), 209–217. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.09.009>
257. Klassen, A.F. (2005). Quality of life of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, 5(1), 95–103. <https://doi.org/10.1586/14737167.5.1.95>
258. Lee, Y.C., Yang, H.J., Chen, V.C., Lee, W.T., Teng, M.J., Lin, C.H., & Gossop, M. (2016). Meta-analysis of quality of life in children and adolescents with ADHD: by both parent proxy-report and child self-report using PedsQL™. *Research in developmental disabilities*, 51-52, 160–172. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2015.11.009>
259. Kolsteren, M.M., Koopman, H.M., Schalekamp, G., & Mearin, M.L. (2001). Health-related quality of life in children with celiac disease. *The Journal of pediatrics*, 138(4), 593–595. <https://doi.org/10.1067/mpd.2001.111504>
260. Eiser, C., & Morse, R. (2001). Can parents rate their child's health-related quality of life? results of a systematic review. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 10(4), 347–357. <https://doi.org/10.1023/a:1012253723272>
261. Varni, J.W., Seid, M., & Kurtin, P.S. (2001). PedsQL 4.0: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations. *Medical care*, 39(8), 800–812. <https://doi.org/10.1097/00005650-200108000-00006>
262. Ronen, G.M., Fayed, N., & Rosenbaum, P.L. (2011). Outcomes in pediatric neurology: a review of conceptual issues and recommendations, The 2010 Ronnie Mac Keith Lecture. *Developmental medicine and child neurology*, 53(4), 305–312. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2011.03919.x>
263. Cremeens, J., Eiser, C., & Blades, M. (2006). Characteristics of health-related self-report measures for children aged three to eight years: a review of the literature. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 15(4), 739–754. <https://doi.org/10.1007/s11136-005-4184-x>
264. Lee, Y.C., Yang, H.J., Lee, W.T., & Teng, M.J. (2019). Do parents and children agree on rating a child's HRQOL? a systematic review and meta-analysis of comparisons between children with attention deficit hyperactivity disorder and children with typical development using the PedsQL™. *Disability and rehabilitation*, 41(3), 265–275. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1391338>
265. Dey, M., Landolt, M.A., & Mohler-Kuo, M. (2012). Health-related quality of life among children with mental disorders: a systematic review. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 21(10), 1797–1814. <https://doi.org/10.1007/s11136-012-0109-7>
266. Jonsson, U., Alaie, I., Löfgren Willeus, A., Zander, E., Marschik, P.B., Coghill, D., & Bölte, S. (2017). Annual research review: quality of life and childhood mental and behavioural disorders - a critical review of the research. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 58(4), 439–469. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12645>

267. Eiser, C., & Varni, J.W. (2013). Health-related quality of life and symptom reporting: similarities and differences between children and their parents. *European journal of pediatrics*, 172(10), 1299–1304. <https://doi.org/10.1007/s00431-013-2049-9>
268. Wanni Arachchige Dona, S., Badloe, N., Sciberras, E., Gold, L., Coghill, D., & Le, H.N.D. (2023). The impact of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) on children's health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Journal of attention disorders*, 27(6), 598–611. <https://doi.org/10.1177/10870547231155438>
269. Klassen, A.F., Miller, A., & Fine, S. (2006). Agreement between parent and child report of quality of life in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child: care, health and development*, 32(4), 397–406. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2006.00609.x>
270. Waters, E., Stewart-Brown, S., & Fitzpatrick, R. (2003). Agreement between adolescent self-report and parent reports of health and well-being: results of an epidemiological study. *Child: care, health and development*, 29(6), 501–509. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2214.2003.00370.x>
271. De Los Reyes, A., & Kazdin, A.E. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: a critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological bulletin*, 131(4), 483–509. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.4.483>
272. Owens, J.S., Goldfine, M.E., Evangelista, N.M., Hoza, B., & Kaiser, N.M. (2007). A critical review of self-perceptions and the positive illusory bias in children with ADHD. *Clinical child and family psychology review*, 10(4), 335–351. <https://doi.org/10.1007/s10567-007-0027-3>
273. De Los Reyes, A., Augenstein, T.M., Wang, M., Thomas, S.A., Drabick, D.A.G., Burgers, D.E., & Rabinowitz, J. (2015). The validity of the multi-informant approach to assessing child and adolescent mental health. *Psychological bulletin*, 141(4), 858–900. <https://doi.org/10.1037/a0038498>
274. Bastiaansen, D., Koot, H.M., Ferdinand, R.F., & Verhulst, F.C. (2004). Quality of life in children with psychiatric disorders: self-, parent, and clinician report. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(2), 221–230. <https://doi.org/10.1097/00004583-200402000-00019>
275. De Los Reyes, A. (2011). Introduction to the special section: more than measurement error: discovering meaning behind informant discrepancies in clinical assessments of children and adolescents. *Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 40(1), 1–9. <https://doi.org/10.1080/15374416.2011.533405>
276. Ronen, G.M., Rosenbaum, P.L., Boyle, M.H., & Streiner, D.L. (2018). Patient-reported quality of life and biopsychosocial health outcomes in pediatric epilepsy: an update for healthcare providers. *Epilepsy & behavior: E&B*, 86, 19–24. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2018.05.009>
277. Kumar, K., Sharma, R., Mehra, A., Saini, L., Shah, R. & Sharma, A. (2020). Quality of life, adjustment, and associative comorbid conditions in children diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder: a comparative study. *Industrial Psychiatry Journal*, 29, 123. 10.4103/ipj.ipj_119_20.
278. Cussen, A., Sciberras, E., Ukoumunne, O.C., & Efron, D. (2012). Relationship between symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and family functioning: a community-based study. *European journal of pediatrics*, 171(2), 271–280. <https://doi.org/10.1007/s00431-011-1524-4>
279. Theule, J., Wiener, J., Tannock, R. & Jenkins, J. (2013). Parenting stress in families of children with ADHD: a meta-analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 21, 3–17. 10.1177/1063426610387433.
280. Breaux, R.P., & Harvey, E.A. (2019). A longitudinal study of the relation between family functioning and preschool ADHD symptoms. *Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 48(5), 749–764. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1437737>
281. Margari, F., Craig, F., Petruzzelli, M.G., Lamanna, A., Matera, E., & Margari, L. (2013). Parents psychopathology of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Research in developmental disabilities*, 34(3), 1036–1043. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.12.001>
282. Rocco, I., Bonati, M., Corso, B., & Minicuci, N. (2021). Quality of life improvement in children with attention-deficit hyperactivity disorder reduces family's strain: a structural equation model approach. *Child: care, health and development*, 47(5), 667–674. <https://doi.org/10.1111/cch.12874>
283. Dey, M., Paz Castro, R., Haug, S., & Schaub, M.P. (2019). Quality of life of parents of mentally-ill children: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 28(5), 563–577. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000409>
284. De Civita, M., Regier, D., Alamgir, A.H., Anis, A.H., Fitzgerald, M.J., & Marra, C.A. (2005). Evaluating health-related quality-of-life studies in pediatric populations: some conceptual, methodological and developmental considerations and recent applications. *PharmacoEconomics*, 23(7), 659–685. <https://doi.org/10.2165/00019053-200523070-00003>

285. Larsen, L.B., Daley, D., Lange, A.M., Sonuga-Barke, E., Thomsen, P.H., Jensen, J.S., & Rask, C.U. (2023). Functional somatic symptoms in preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: a secondary analysis of data from a randomized controlled trial of parent training. *European child & adolescent psychiatry*, 32(10), 1979–1988. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-020253>
286. Tai, Y.M., Gau, S.S., & Gau, C.S. (2013). Injury-proneness of youth with attention-deficit hyperactivity disorder: a national clinical data analysis in Taiwan. *Research in developmental disabilities*, 34(3), 1100–1108. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.11.027>
287. Bauermeister, J.J., Shrout, P.E., Ramírez, R., Bravo, M., Alegría, M., Martínez-Taboas, A., Chávez, L., Rubio-Stipec, M., García, P., Ribera, J.C., & Canino, G. (2007). ADHD correlates, comorbidity, and impairment in community and treated samples of children and adolescents. *Journal of abnormal child psychology*, 35(6), 883–898. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9141-4>
288. Greenhill, L., Kollins, S., Abikoff, H., McCracken, J., Riddle, M., Swanson, J., McGough, J., Wigal, S., Wigal, T., Vitiello, B., Skrobala, A., Posner, K., Ghuman, J., Cunningham, C., Davies, M., Chuang, S., & Cooper, T. (2006). Efficacy and safety of immediate-release methylphenidate treatment for preschoolers with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(11), 1284–1293. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000235077.32661.61>
289. Dallos, G., Miklósi, M., Keresztény, Á., Velő, S., Szentiványi, D., Gáboros, J., & Balázs, J. (2017). Self- and parent-rated quality of life of a treatment naïve sample of children with ADHD: the impact of age, gender, type of ADHD, and comorbid psychiatric conditions according to both a categorical and a dimensional approach. *Journal of attention disorders*, 21(9), 721–730. <https://doi.org/10.1177/1087054714542003>
290. Cappe, E., Bolduc, M., Rougé, M.C., Saiag, M.C., & Delorme, R. (2017). Quality of life, psychological characteristics, and adjustment in parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 26(5), 1283–1294. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1446-8>
291. Larsen, L.B., Daley, D., Lange, A.M., Sonuga-Barke, E., Thomsen, P.H., & Rask, C.U. (2021). Effect of parent training on health-related quality of life in preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: a secondary analysis of data from a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 60(6), 734–744.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.04.014>
292. Heath, C.L., Curtis, D.F., Fan, W., & McPherson, R. (2015). The association between parenting stress, parenting self-efficacy, and the clinical significance of child ADHD symptom change following behavior therapy. *Child psychiatry and human development*, 46(1), 118–129. <https://doi.org/10.1007/s10578-014-0458-2>
293. Azazy, S., Nour-Eldein, H., Salama, H., & Ismail, M. (2018). Quality of life and family function of parents of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Eastern Mediterranean health journal = La revue de sante de la Mediterranee orientale = al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit*, 24(6), 579–587. <https://doi.org/10.26719/2018.24.6.579>
294. Owens, J. (2020). Social class, diagnoses of attention-deficit/hyperactivity disorder, and child well-being. *Journal of health and social behavior*, 61(2), 134–152. <https://doi.org/10.1177/0022146520924810>
295. D'Amico, F., Knapp, M., Beecham, J., Sandberg, S., Taylor, E., & Sayal, K. (2014). Use of services and associated costs for young adults with childhood hyperactivity/conduct problems: 20-year follow-up. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 204(6), 441–447. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.131367>
296. Barkley, R.A. (2014). *Attention-deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. (4th ed.). New York: Guilford Press.
297. Lebowitz, M.S. (2016). Stigmatization of ADHD: a developmental review. *Journal of attention disorders*, 20(3), 199–205. <https://doi.org/10.1177/1087054712475211>
298. Romero, M., Vivas-Consuelo, D., & Alvis-Guzman, N. (2013). Is health related quality of life (HRQoL) a valid indicator for health systems evaluation?. *SpringerPlus*, 2(1), 664. <https://doi.org/10.1186/2193-1801-2-664>
299. Sharpe, H., Patalay, P., Fink, E., Vostanis, P., Deighton, J., & Wolpert, M. (2016). Exploring the relationship between quality of life and mental health problems in children: implications for measurement and practice. *European child & adolescent psychiatry*, 25(6), 659–667. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0774-5>
300. Wilens, T.E., Biederman, J., Brown, S., Tanguay, S., Monuteaux, M.C., Blake, C., & Spencer, T.J. (2002). Psychiatric comorbidity and functioning in clinically referred preschool children and school-age youths with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(3), 262–268. <https://doi.org/10.1097/00004583-200203000-00005>

301. Zambrano-Sánchez, E., Martínez-Cortés, J.A., del Río-Carlos, Y., Dehesa-Moreno, M., & Poblano, A. (2012). Low quality of life scores in school children with attention deficit-hyperactivity disorder related to anxiety. *Archivos de neuro-psiquiatria*, 70(3), 180–184. <https://doi.org/10.1590/s0004-282x2012000300005>
302. Pliszka, S.R. (1992). Comorbidity of attention-deficit hyperactivity disorder and overanxious disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(2), 197–203. <https://doi.org/10.1097/00004583-199203000-00003>
303. Bishop, C., Mulraney, M., Rinehart, N., & Sciberras, E. (2019). An examination of the association between anxiety and social functioning in youth with ADHD: a systematic review. *Psychiatry research*, 273, 402–421. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.039>
304. Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41, 1149–1160.
305. Conners, C.K., Sitarenios, G., Parker, J.D., & Epstein, J.N. (1998). The revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R): factor structure, reliability, and criterion validity. *Journal of abnormal child psychology*, 26(4), 257–268. <https://doi.org/10.1023/a:1022602400621>
306. Pendergast, L.L., Vandiver, B.J., Schaefer, B.A., Cole, P.M., Murray-Kolb, L.M., & Christian, P. (2014). Factor structure of scores from the Conners' Rating Scales-Revised among Nepali children. *International journal of school & educational psychology*, 24, 261–270. <https://doi.org/10.1080/21683603.2013.878678>
307. Kaner, S., Buyukozturk, Ş., & İşeri, E. (2003). Conners parent Rating Scale-revised short: Turkish standardization study/Conners anababa dereceleme ölçeği yenilenmiş kısa: Türkiye standardizasyon çalışması. *Archives of Neuropsychiatry*, 50(2), 100–110.
308. Ercan, E.S., Amado, S., Somer, O. ve ark. (2001). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve yıkıcı davranım bozuklukları için bir test bataryası geliştirme çalışması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 8, 132–138.
309. Senol, V., Unalan, D., Akca, R.P., & Basturk, M. (2018). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity and other disruptive behaviour disorder symptoms among primary school-age children in Kayseri, Turkey. *Journal of International Medical Research*, 46(1), 122–134. doi:10.1177/0300060517712865.
310. Gratz, K.L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41–54. doi: 10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94
311. Hallion, L.S., Steinman, S.A., Tolin, D.F., & Diefenbach, G.J. (2018). Psychometric properties of the difficulties in emotion regulation scale (DERS) and its short forms in adults with emotional disorders. *Frontiers in psychology*, 9, 539. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00539>
312. Bjureberg, J., Ljótsson, B., Tull, M.T., Hedman, E., Sahlin, H., Lundh, L.G., Bjärehed, J., DiLillo, D., Messman-Moore, T., Gumpert, C.H., & Gratz, K.L. (2016). Development and validation of a brief version of the difficulties in emotion regulation scale: the DERS-16. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 38(2), 284–296. <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9514-x>
313. Fekih-Romdhane, F., Kanj, G., Obeid, S., & Hallit, S. (2023). Psychometric properties of an Arabic translation of the brief version of the difficulty in emotion regulation scale (DERS-16). *BMC psychology*, 11(1), 72. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01117-2>
314. Yiğit, İ., & Guzey Yiğit, M. (2019). Psychometric properties of Turkish version of difficulties in emotion regulation scale-brief form (DERS-16). *Current Psychology*, 38, 1503–1511.
315. Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R., Vagg, P.R., & Jacobs, G.A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
316. Öner, N., & Le Compte, W.A. (1983). *Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri: El Kitabı*. Boğaziçi Üniversitesi Eğitim Fakültesi, İstanbul.
317. Shields, A., & Cicchetti, D. (1997). Emotion regulation among school-age children: the development and validation of a new criterion Q-sort scale. *Developmental Psychology*, 33, 906–916.
318. Kapçı, E.G., Uslu, R.I., Akgün, E., & Acer, D. (2009). İlköğretim çağı çocuklarında duygu ayarlama: bir ölçek uyarlama çalışması ve duygu ayarlamayla ilişkili etmenlerin belirlenmesi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 16, 13–20.
319. Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J., & Neer, S.M. (1997). The screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(4), 545–553. <https://doi.org/10.1097/00004583-199704000-00018>

320. Karaceylan Çakmakçı, F. (2004). *Çocuklarda anksiyete bozukluklarını tarama ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışması*. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Kocaeli.
321. Behrens, B., Swetlitz, C., Pine, D.S., & Pagliaccio, D. (2019). The screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): informant discrepancy, measurement invariance, and test-retest reliability. *Child psychiatry and human development*, 50(3), 473–482. <https://doi.org/10.1007/s10578-018-0854-0>
322. Varni, J.W., Seid, M., & Rode, C.A. (1999). The PedsQL: measurement model for the pediatric quality of life inventory. *Medical care*, 37(2), 126–139. <https://doi.org/10.1097/00005650-199902000-00003>
323. Memik, N.Ç., Ağaoğlu, B., Coşkun, A., & Karakaya, I. (2008). Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeğinin 8-12 yaş çocuk formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 15 (2).
324. IBM Corp. (2023). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 29.0.2.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
325. Preacher, K.J., & Hayes, A.F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior research methods*, 40(3), 879-891.
326. Bolin, J.H. (2014). Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: a regression-based approach.
327. Danielson, M.L., Bitsko, R.H., Ghandour, R.M., Holbrook, J.R., Kogan, M.D., & Blumberg, S.J. (2018). Prevalence of parent-reported ADHD diagnosis and associated treatment among U.S. children and adolescents, 2016. *Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 47(2), 199–212. <https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1417860>
328. Ushijima, H., Usami, M., Saito, K., Kodaira, M., & Ikeda, M. (2012). Time course of the development of depressive mood and oppositional defiant behavior among boys with attention deficit hyperactivity disorder: differences between subtypes. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 66(4), 285–291. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2012.02340.x>
329. Lilienfeld, S.O. (2003). Comorbidity between and within childhood externalizing and internalizing disorders: reflections and directions. *Journal of abnormal child psychology*, 31(3), 285–291. <https://doi.org/10.1023/a:1023229529866>
330. McGrath, A.M., Handwerk, M.L., Armstrong, K.J., Lucas, C.P., & Friman, P.C. (2004). The validity of the ADHD section of the diagnostic interview schedule for children. *Behavior Modification*, 28(3), 349–374. <https://doi.org/10.1177/0145445503258987>
331. Volpe, R.J., Dupaul, G.J., Loney, J., & Salisbury, H. (1999). Alternative selection criteria for identifying children with ADHD: observed behavior and self-reported internalizing symptoms. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 7(2), 103-109. doi:10.1177/106342669900700205
332. Jarrett, M.A., Wolff, J.C. & Ollendick, T.H. (2007). Concurrent validity and informant agreement of the ADHD module of the anxiety disorders interview schedule for DSM-IV. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29, 159–168. <https://doi.org/10.1007/s10862-006-9041-x>
333. Mitsis, E.M., McKay, K.E., Schulz, K.P., Newcorn, J.H., & Halperin, J.M. (2000). Parent-teacher concordance for DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder in a clinic-referred sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(3), 308–313. <https://doi.org/10.1097/00004583-200003000-00012>
334. Jensen, P.S. (2003). Comorbidity and child psychopathology: recommendations for the next decade. *Journal of abnormal child psychology*, 31(3), 293–300. <https://doi.org/10.1023/a:1023281513936>
335. Youngstrom, E.A., Findling, R.L., & Calabrese, J.R. (2003). Who are the comorbid adolescents? Agreement between psychiatric diagnosis, youth, parent, and teacher report. *Journal of abnormal child psychology*, 31(3), 231–245. <https://doi.org/10.1023/a:1023244512119>
336. Cusi, S., Canals, J., Hernández-Martínez, C., & Vigil-Colet, A. (2010). Parent-child agreement in SCARED and its relationship to anxiety symptoms. *Journal of anxiety disorders*, 24(1), 129–133. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.09.008>
337. Nauta, M.H., Scholing, A., Rapee, R.M., Abbott, M., Spence, S.H., & Waters, A. (2004). A parent-report measure of children's anxiety: psychometric properties and comparison with child-report in a clinic and normal sample. *Behaviour research and therapy*, 42(7), 813–839. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00200-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00200-6)
338. Gökçe, S., Ayaz, A.B., Rodopman Arman, A., & Kayan, E. (2015). The interaction between attention deficit hyperactivity disorder and anxiety symptoms. *Dusunen Adam Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 28(2), 103-111. DOI: 10.5350/DAJPN2015280202
339. Monga, S., Birmaher, B., Chiappetta, L., Brent, D., Kaufman, J., Bridge, J., & Cully, M. (2000). Screen for child anxiety-related emotional disorders (SCARED): convergent and divergent

- validity. *Depression and anxiety*, 12(2), 85–91. [https://doi.org/10.1002/1520-6394\(2000\)12:2<85::AID-DA4>3.0.CO;2-2](https://doi.org/10.1002/1520-6394(2000)12:2<85::AID-DA4>3.0.CO;2-2)
340. Shephard, E., Zuccolo, P.F., Idrees, I., Godoy, P.B.G., Salomone, E., Ferrante, C., Sorgato, P., Catão, L.F.C.C., Goodwin, A., Bolton, P.F., Tye, C., Groom, M.J., Polanczyk, G.V., & Drs. Shepard and Zuccolo are co-first authors of this work. (2022). Systematic review and meta-analysis: the science of early-life precursors and interventions for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 61(2), 187–226. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.03.016>
341. Weiss, M., Worling, D., & Wasdell, M. (2003). A chart review study of the inattentive and combined types of ADHD. *Journal of attention disorders*, 7(1), 1–9. <https://doi.org/10.1177/108705470300700101>
342. Biederman, J., Mick, E., Faraone, S.V., Braaten, E., Doyle, A., Spencer, T., Wilens, T.E., Frazier, E., & Johnson, M.A. (2002). Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *The American journal of psychiatry*, 159(1), 36–42. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.1.36>
343. Gaub, M., & Carlson, C.L. (1997). Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1036–1045. <https://doi.org/10.1097/00004583-199708000-00011>
344. Faraone, S.V., Biederman, J., Mick, E., Doyle, A.E., Wilens, T., Spencer, T., Frazier, E., & Mullen, K. (2001). A family study of psychiatric comorbidity in girls and boys with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*, 50(8), 586–592. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(01\)01146-5](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(01)01146-5)
345. Bunford, N., Evans, S.W., & Langberg, J.M. (2018). Emotion dysregulation is associated with social impairment among young adolescents with ADHD. *Journal of attention disorders*, 22(1), 66–82. <https://doi.org/10.1177/1087054714527793>
346. Fujiki, M., Brinton, B., & Clarke, D. (2002). Emotion regulation in children with specific language impairment. *Language, speech, and hearing services in schools*, 33(2), 102–111. [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2002/008\)](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2002/008))
347. Biederman, J., Mick, E., & Faraone, S.V. (2000). Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *The American journal of psychiatry*, 157(5), 816–818. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.5.816>
348. López-Pérez, B., Gummerum, M., Wilson, E., & Dellaria, G. (2016). Studying children's intrapersonal emotion regulation strategies from the process model of emotion regulation. *The Journal of Genetic Psychology*, 178(2), 73–88. <https://doi.org/10.1080/00221325.2016.1230085>
349. Sousa, M., Cruz, S., & Cruz, O. (2020). The relationship of emotion regulation and negative lability with socioemotional adjustment in institutionalized and non-institutionalized children. *British Journal of Developmental Psychology*, 39(1), 169–189. <https://doi.org/10.1111/bjdp.12361>
350. Brown, N.M., Brown, S.N., Briggs, R.D., Germán, M., Belamarich, P.F., & Oyeku, S.O. (2017). Associations between adverse childhood experiences and ADHD diagnosis and severity. *Academic pediatrics*, 17(4), 349–355. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2016.08.013>
351. Guevara, J.P., Feudtner, C., Romer, D., Power, T., Eiraldi, R., Nihtianova, S., Rosales, A., Ohene-Frempong, J., & Schwarz, D.F. (2005). Fragmented care for inner-city minority children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 116(4), e512–e517. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-0243>
352. Sagiv, S.K., Epstein, J.N., Bellinger, D.C., & Korrick, S.A. (2013). Pre- and postnatal risk factors for ADHD in a nonclinical pediatric population. *Journal of attention disorders*, 17(1), 47–57. <https://doi.org/10.1177/1087054711427563>
353. Swensen, A.R., Birnbaum, H.G., Secnik, K., Marynchenko, M., Greenberg, P., & Claxton, A. (2003). Attention-deficit/hyperactivity disorder: increased costs for patients and their families. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(12), 1415–1423. <https://doi.org/10.1097/00004583-200312000-00008>
354. Wu, Z.M., Wang, P., Liu, J., Liu, L., Cao, X.L., Sun, L., Cao, Q.J., Yang, L., Wang, Y.F., & Yang, B.R. (2022). Behavioral and brain functional characteristics of children with attention-deficit/hyperactivity disorder and anxiety trait. *Brain imaging and behavior*, 16(6), 2657–2665. <https://doi.org/10.1007/s11682-022-00722-w>
355. Saccaro, L.F., Schilliger, Z., Perroud, N., & Pigué, C. (2021). Inflammation, anxiety, and stress in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biomedicine*, 9(10), 1313. <https://doi.org/10.3390/biomedicine9101313>
356. Craig, F., Operto, F.F., De Giacomo, A., Margari, L., Frolli, A., Conson, M., Ivagnes, S., Monaco, M., & Margari, F. (2016). Parenting stress among parents of children with neurodevelopmental disorders. *Psychiatry research*, 242, 121–129. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.05.016>

357. Lowry, L.S., Schatz, N.K., & Fabiano, G.A. (2018). Exploring parent beliefs and behavior: the contribution of ADHD symptomology within mothers and fathers. *Journal of attention disorders*, 22(13), 1255–1265. <https://doi.org/10.1177/1087054714562587>
358. Pimentel, M.J., Vieira-Santos, S., Santos, V., & Vale, M.C. (2011). Mothers of children with attention deficit/hyperactivity disorder: relationship among parenting stress, parental practices and child behaviour. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, 3(1), 61–68. <https://doi.org/10.1007/s12402-011-0053-3>
359. Laugesen, B., Lauritsen, M.B., Jørgensen, R., Sørensen, E.E., Rasmussen, P., & Grønkjær, M. (2016). Living with a child with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review. *International journal of evidence-based healthcare*, 14(4), 150–165. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000079>
360. Liu, T.L., Hsiao, R.C., Chou, W.J., & Yen, C.F. (2023). Hopelessness in caregivers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: associations with depression and anxiety and multidimensionally related factors. *Journal of the Formosan Medical Association = Taiwan yi zhi*, 122(11), 1158–1164. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2023.05.011>
361. Van Batenburg-Eddes, T., Brion, M.J., Henrichs, J., Jaddoe, V.W., Hofman, A., Verhulst, F.C., Lawlor, D.A., Davey Smith, G., & Tiemeier, H. (2013). Parental depressive and anxiety symptoms during pregnancy and attention problems in children: a cross-cohort consistency study. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 54(5), 591–600. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12023>
362. Childress, A.C., & Sallee, F.R. (2015). Emotional lability in patients with attention-deficit/hyperactivity disorder: impact of pharmacotherapy. *CNS drugs*, 29(8), 683–693. <https://doi.org/10.1007/s40263-015-0264-9>
363. Brocki, K.C., Forslund, T., Frick, M., & Bohlin, G. (2017). Do individual differences in early affective and cognitive self-regulation predict developmental change in ADHD symptoms from preschool to adolescence?. *Journal of attention disorders*, 23(13), 1656–1666. <https://doi.org/10.1177/1087054717693372>
364. Piffner, L.J., McBurnett, K., Lahey, B.B., Loeber, R., Green, S., Frick, P.J., & Rathouz, P.J. (1999). Association of parental psychopathology to the comorbid disorders of boys with attention deficit-hyperactivity disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(6), 881–893. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.6.881>
365. Glasheen, C., Richardson, G.A., & Fabio, A. (2010). A systematic review of the effects of postnatal maternal anxiety on children. *Archives of women's mental health*, 13(1), 61–74. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0109-y>
366. Sweeney, S., & Wilson, C. (2023). Parental anxiety and offspring development: a systematic review. *Journal of affective disorders*, 327, 64–78. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.128>
367. Selles, R.R., Franklin, M., Sapyta, J., Compton, S.N., Tommet, D., Jones, R.N., Garcia, A., & Freeman, J. (2018). Children's and parents' ability to tolerate child distress: impact on cognitive behavioral therapy for pediatric obsessive compulsive disorder. *Child psychiatry and human development*, 49(2), 308–316. <https://doi.org/10.1007/s10578-017-0748-6>
368. Casline, E., Patel, Z.S., Timpano, K.R., & Jensen-Doss, A. (2021). Exploring the link between transdiagnostic cognitive risk factors, anxiogenic parenting behaviors, and child anxiety. *Child psychiatry and human development*, 52(6), 1032–1043. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01078-2>
369. Crandall, A., Ghazarian, S.R., Day, R.D., & Riley, A.W. (2016). Maternal emotion regulation and adolescent behaviors: the mediating role of family functioning and parenting. *Journal of youth and adolescence*, 45(11), 2321–2335. <https://doi.org/10.1007/s10964-015-0400-3>
370. Murray, L., Creswell, C., & Cooper, P.J. (2009). The development of anxiety disorders in childhood: an integrative review. *Psychological medicine*, 39(9), 1413–1423. <https://doi.org/10.1017/S0033291709005157>
371. Lawrence, P.J., Murayama, K., & Creswell, C. (2019). Systematic review and meta-analysis: anxiety and depressive disorders in offspring of parents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 58(1), 46–60. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.07.898>
372. Bunford, N., Evans, S.W., Becker, S.P., & Langberg, J.M. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder and social skills in youth: a moderated mediation model of emotion dysregulation and depression. *Journal of abnormal child psychology*, 43(2), 283–296. <https://doi.org/10.1007/s10802-014-9909-2>
373. Seymour, K.E., Chronis-Tuscano, A., Iwamoto, D.K., Kurdziel, G., & Macpherson, L. (2014). Emotion regulation mediates the association between ADHD and depressive symptoms in a community sample of youth. *Journal of abnormal child psychology*, 42(4), 611–621. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9799-8>

374. Tannock, R., Ickowicz, A., & Schachar, R. (1995). Differential effects of methylphenidate on working memory in ADHD children with and without comorbid anxiety. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(7), 886–896. <https://doi.org/10.1097/00004583-199507000-00012>
375. Levy, F. (2004). Synaptic gating and ADHD: a biological theory of comorbidity of ADHD and anxiety. *Neuropsychopharmacology: official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 29(9), 1589–1596. <https://doi.org/10.1038/sj.npp.1300469>
376. Gair, S.L., Brown, H.R., Kang, S., Grabell, A.S., & Harvey, E.A. (2021). Early development of comorbidity between symptoms of ADHD and anxiety. *Research on child and adolescent psychopathology*, 49(3), 311–323. <https://doi.org/10.1007/s10802-020-00724-6>
377. Rapee, R.M. (2012). Family factors in the development and management of anxiety disorders. *Clinical child and family psychology review*, 15(1), 69–80. <https://doi.org/10.1007/s10567-011-0106-3>
378. Stassart, C., Dardenne, B., & Etienne, A.M. (2017). The role of parental anxiety sensitivity and learning experiences in children's anxiety sensitivity. *The British journal of developmental psychology*, 35(3), 359–375. <https://doi.org/10.1111/bjdp.12172>
379. Graham, R.A., & Weems, C.F. (2015). Identifying moderators of the link between parent and child anxiety sensitivity: the roles of gender, positive parenting, and corporal punishment. *Journal of abnormal child psychology*, 43(5), 885–893. <https://doi.org/10.1007/s10802-014-9945-y>
380. Copeland, W., Shanahan, L., Costello, E.J., & Angold, A. (2011). Cumulative prevalence of psychiatric disorders by young adulthood: a prospective cohort analysis from the Great Smoky Mountains Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(3), 252–261. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.12.014>
381. Merikangas, K.R., He, J.P., Brody, D., Fisher, P.W., Bourdon, K., & Koretz, D.S. (2010). Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001–2004 NHANES. *Pediatrics*, 125(1), 75–81. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-2598>
382. Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K.R., Rush, A.J., Walters, E.E., Wang, P.S., & National Comorbidity Survey Replication (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289(23), 3095–3105. <https://doi.org/10.1001/jama.289.23.3095>
383. Lamers, F., van Oppen, P., Comijs, H.C., Smit, J.H., Spinhoven, P., van Balkom, A.J., Nolen, W.A., Zitman, F.G., Beekman, A.T., & Penninx, B.W. (2011). Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *The Journal of clinical psychiatry*, 72(3), 341–348. <https://doi.org/10.4088/JCP.10m06176blu>
384. Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Figueiredo, B., Deeds, O., Ascencio, A., Schanberg, S., & Kuhn, C. (2010). Comorbid depression and anxiety effects on pregnancy and neonatal outcome. *Infant behavior & development*, 33(1), 23–29. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.10.004>
385. Weisz, J.R., Chorpita, B.F., Palinkas, L.A., Schoenwald, S.K., Miranda, J., Bearman, S.K., Daleiden, E.L., Ugueto, A.M., Ho, A., Martin, J., Gray, J., Alleyne, A., Langer, D.A., Southam-Gerow, M.A., Gibbons, R.D., & Research Network on Youth Mental Health (2012). Testing standard and modular designs for psychotherapy treating depression, anxiety, and conduct problems in youth: a randomized effectiveness trial. *Archives of general psychiatry*, 69(3), 274–282. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.147>

EKLER

EK-1.Etik Kurul Onayı



EK-2.Bilgilendirilmiş Onam Formu /Ebeveyn

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM EBEVEYN FORMU

Bu çalışmada dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve/veya anksiyete bozukluğu tanısı bulunan çocuklarda, ebeveyn ve çocukların duygu düzenleme becerilerinin ve kaygı seviyelerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca bu çalışma, duygu düzenleme becerilerinin ve eş tanıların yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmeye yönelik olan ve yaklaşık 200 gönüllü çocuk ve ebeveynin katılacağı bilimsel bir araştırmadır.

Araştırmanın adı: 'Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Çocuklarda Ebeveyn Duygu Düzenleme Becerilerinin Anksiyete Bozukluğu Komorbiditesi Gelişimine ve Yaşam Kalitesine Etkisi'

Araştırma; sizin ve çocuğunuzun yaş, eğitim durumu gibi bazı demografik bilgileri; çocuğunuzla ilgili deneyimlerinizi; sizin ve çocuğunuzun günlük hayatta karşılaştığı durumları, duyguları ve davranışları sorgulayan çeşitli anket ve sorular içermektedir. Sizden ve çocuğunuzdan beklenen; soruları ve yönergeleri okuyarak, maddeleri sizlere uygun veya en yakın şekilde cevaplandırmanızdır.

Çalışmayı Uygulayan Kişiler:

Klinik Psikolog Merve YILMAZ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Klinik Psikoloji Doktora Programı

Prof. Dr. Özalp EKİNCİ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı
Anabilim Dalı

Sizin çocuğunuz ile bu araştırmaya katılmanızı istiyoruz ancak bu araştırmaya katılıp katılmamak tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayabilirsiniz.

Bu araştırmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek olup araştırmaya katılmanız ile ilgili öngörülen bir risk bulunmamaktadır. Araştırmada sizden ve çocuğunuzdan yapmanız beklenen verilecek olan anket formlarını doldurmaktır. Anketleri doldururken adınız, soyadınız, telefon numaranız gibi kişisel bilgilerinizi yazmanız gerekmemektedir. Anket formlarını doldurmanız yaklaşık 25-30 dakika sürecek, çocuğunuzun anketler için harcayacağı süre ise yaklaşık 5-10 dakika olacaktır. Bize verdiğiniz cevaplar yalnızca akademik amaçla kullanılacak ve verdiğiniz bütün bilgilerin gizliliğine büyük özen ve saygı gösterilecektir.

Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır, isterseniz araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Araştırmanın herhangi bir aşamasında, istediğiniz zaman hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin onayınızı çekme hakkına da sahipsiniz. Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz durumunda tedavinizde ve klinik izlemlerinizde hiçbir değişiklik olmayacak, her zaman olduğu gibi aynı özenle hastalığınızın tedavisi sürdürülecektir. Katılımınız durumunda ise dürüst ve içten yanıtlarınız, araştırmanın güvenilirliği açısından büyük önem taşımaktadır.

Katılımcı Beyanı

Bilgilendirilmiş gönüllü onam formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama, yukarıda adı belirtilen Klinik Psikolog Merve Yılmaz tarafından yapıldı. Araştırmaya yasal temsilcisi olduğum çocuğum ile birlikte gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Ebeveyn / Sağlıklı gönüllü

Adı, soyadı: _____

Tarih: ____/____/ 2022

Telefon: _____

İmza: _____

EK-3.Bilgilendirilmiş Onam Formu /Çocuk

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM ÇOCUK FORMU

Araştırmacının Açıklaması

Bu çalışmada dikkat eksikliği hiperaktivite ve kaygı belirtileri yaşayan çocuklar ve anne/babaların davranış ve duygularının incelenmesi amaçlanmaktadır. Ayrıca bu çalışma, okul, arkadaşlık vb. günlük hayata dair bilgiler toplayan ve senin gibi yaklaşık 200 gönüllü çocuğun anne/babası ile birlikte katılacağı bilimsel bir araştırmadır.

Araştırmanın adı: ‘Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Çocuklarda Ebeveyn Duygu Düzenleme Becerilerinin Anksiyete Bozukluğu Komorbiditesi Gelişimine ve Yaşam Kalitesine Etkisi’

Çalışmayı Uygulayan Kişiler:

Klinik Psikolog Merve YILMAZ	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Klinik Psikoloji Doktora Programı
Prof. Dr. Özalp EKİNCİ	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı

Senin de bu araştırmaya ebeveynin ile birlikte katılmanı istiyoruz ancak bu araştırmaya katılıp katılmamak tamamen senin isteğine bağlıdır. Bu bilgileri dinleyip/okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isteyip istemediğini rahatlıkla söyleyebilirsin.

Araştırma; senin ve ebeveyninin günlük hayatta karşılaştığınız durumları, davranış ve duygularınızı anlamaya çalışan çeşitli sorular içermektedir.

Çalışmada senden beklenen; soruları ve açıklamaları okuyarak, maddeleri sana uygun veya en yakın şekilde cevaplandırmandır. Anketleri doldururken adın, soyadın gibi bilgilerini yazmana gerek yoktur. Anketleri doldurman yaklaşık 5-10 dakikanı alacaktır. Bize verdiğin cevaplar yalnızca eğitim amacıyla kullanılacak ve verdiğin bütün bilgiler gizli kalacaktır.

Bu araştırmaya katılmak tamamen senin isteğine bağlıdır, istersen araştırmaya katılmayı reddedebilirsin. Araştırmanın herhangi bir aşamasında, istediğin zaman onayını çekme hakkına da sahipsin.

Çalışmaya katılmayı kabul etmemen durumunda tedavinde hiçbir değişiklik olmayacaktır. Katılımın durumunda ise dürüst ve içten yanıtların, araştırma açısından büyük önem taşımaktadır.

Katılımcı Beyanı

Bilgilendirilmiş gönüllü onam formundaki tüm açıklamaları dinledim/okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama, Klinik Psikolog Merve Yılmaz tarafından yapıldı.

Araştırmaya katıldığımı, istediğim zaman araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Bu çalışmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi isteğimle katılmayı kabul ediyorum.

EK-4.Sosyodemografik Bilgi Formu

Sosyodemografik Bilgi Formu

Çocuğunuzun Adı Soyadı: Tarih:/...../2022

Çocuğunuzun doğum tarihi:/...../..... Cinsiyeti: ☐Kız ☐Erkek

Çocuğunuzun okuduğu sınıf:

Çocuğunuz kimlerle yaşıyor: ☐Ebeveynleri ile ☐Yakınları ile ☐Yalnız ☐Sosyal Kurum

Yaşanılan evdeki birey sayısı:

Kardeş sayısı: Kaçınıcı çocuk:

Ailede kişi başına düşen aylık gelir miktarı: (toplam aylık gelir/evdeki kişi sayısı)

Annenin Yaşı: Mesleği: ☐ Çalışıyor ☐ Çalışmıyor

Eğitim seviyesi: ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Yok

Psikiyatrik tanısı: ☐ Yok ☐ Var Varsa tanısı nedir?

Babanın Yaşı: Mesleği: ☐ Çalışıyor ☐ Çalışmıyor

Eğitim seviyesi: ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Yok

Psikiyatrik tanısı: ☐ Yok ☐ Var Varsa tanısı nedir?

Ebeveyn medeni durumu: ☐ Evli ☐ Boşanmış ☐ Ayrı yaşıyor

Çocuğunuzun tanı aldığı zaman:/..... (ay/yıl)

Tanı aldıktan sonra tedavisiz geçen süre:/ay

Çocuğunuz şu an DEHB'ye yönelik ilaç tedavisi alıyor mu? ☐ Evet ☐ Hayır

DEHB'ye yönelik ilaç tedavisi dışında, ek bir destek alıyor mu? ☐ Psikoterapi
☐ Nörobilişsel çalışmalar
☐ Psikososyal müdahaleler

Çocuğunuz DEHB dışında başka bir ilaç tedavisi alıyor mu? ☐ Evet ☐ Hayır

Bu tedavi kaygı tedavisi mi? ☐ Evet ☐ Hayır

Kaygıya yönelik ilaç tedavisi dışında, psikoterapi desteği alıyor mu? ☐ Evet ☐ Hayır

Çocuğunuzun DEHB ve Kaygı Bozukluğu dışında başka bir tanısı var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

Evet ise nedir?

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olan var mı? ☐ Yok ☐ Var

Var ise kimde? Hastalığı nedir?

Çocuğunuzun işlevselliğini ciddi düzeyde bozan kronik tıbbi bir hastalığı var mı? ☐ Yok ☐ Var

Varsa nedir?.....

Geçirilmiş kafa travması öyküsü var mıdır? ☐ Yok ☐ Var

Çocuğunuzun nörolojik hastalığı var mıdır? ☐ Yok ☐ Var Varsa nedir?.....

EK-5.Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa Form (CADÖ-YK)

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 görülüyorsa 0’ı işaretleyiniz. Eğer çok sık 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)	BİRAZ DOĞRU (Bazen)	OLDUKÇA DOĞRU (Çoğu kez, Sık sık)	ÇOK DOĞRU (Pek çok kez, Her zaman)
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

EK-5.Devam

		HİÇ DOĞRU DEĞİL (Hiçbir zaman)	BİRAZ DOĞRU (Bazen)	OLDUKÇA DOĞRU (Çoğu kez, Sık sık)	ÇOK DOĞRU (Pek çok kez, Her zaman)
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.Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin DSM-IV’e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği

Aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyunuz ve çocuğunuzun şu anki durumunu en iyi ifade eden rakamı işaretleyiniz.

		Hiç	Biraz	Sıklıkla	Çok sık
	DİKKAT EKSİKLİĞİ				
1.	Ayrıntılara dikkat etmekte zorluk ya da okul, iş ve diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapma	0	1	2	3
2.	Dikkat gerektiren görevler ya da işlerde dikkati sürdürme güçlüğü	0	1	2	3
3.	Birisiyle yüz yüze konuşurken dinlemede güçlük çekme	0	1	2	3
4.	Okul ödevlerini ya da verilen görevleri bitirmekte zorlanma, verilen yönergeleri izlemekte zorluk çekme (işleri anlama güçlüğüne ya da inatlaşmaya bağlı değildir)	0	1	2	3
5.	Görevleri ve etkinlikleri düzenleme / organize etme güçlüğü	0	1	2	3
6.	Uzun zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınma, bu işlerden hoşlanmama ya da bu işlere karşı isteksizlik	0	1	2	3
7.	Görev ve etkinlikler için gereken eşyaları kaybetme (örn: oyuncak, okul ödevleri, kalem, kitap ya da araç gereç)	0	1	2	3
8.	Dikkatin kolayca dağılması	0	1	2	3
9.	Günlük etkinliklerde unutkanlık	0	1	2	3
	HİPERAKTİVİTE				
1.	El ve ayakların kıpır kıpır olması, oturduğu yerde duramama	0	1	2	3
2.	Oturulması gereken durumlarda yerinden kalkma	0	1	2	3
3.	Koşuşturup durma ya da huzursuzluk hissi	0	1	2	3
4.	Boş zaman faaliyetlerini sessizce yapmakta güçlük	0	1	2	3
5.	Sürekli hareket halinde olma ya da sanki motor takılıymış gibi hareket etme	0	1	2	3
6.	Çok konuşma	0	1	2	3
7.	Sorulan soru tamamlanmadan yanıt verme	0	1	2	3
8.	Sıra beklemekte zorluk çekme	0	1	2	3
9.	Başkalarının işine karışma ya da konuşmalarını bölme	0	1	2	3

EK-7.Duygu Düzenleme G  l kl r   l   -Kısa Form (DDGÖ-KF)

Aşağıdaki ifadelerin size ne sıklıkla uyduğunu (kendinize göre), her ifadenin yanında yer alan 5 dereceli ölçek üzerinden değerlendiriniz. Her bir ifadenin altındaki 5 noktalı ölçekten, size uygunluk yüzdesini de dikkate alarak, yalnızca bir tek rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.

	Hemen hemen hi� (%0- %10)	Bazen (%11- %35)	Yakla�ık yarı yarıya (%36- %65)	�o�u zaman (%66- %90)	Hemen her zaman (%91- %100)
1. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.	0	1	2	3	4
2. Ne hissetti�im konusunda karma�a ya�arım.	0	1	2	3	4
3. Kendimi k�t� hissetti�imde i�lerimi bitirmekte zorlanırım.	0	1	2	3	4
4. Kendimi k�t� hissetti�imde kontrolden �ıkarım.	0	1	2	3	4
5. Kendimi k�t� hissetti�imde uzun s�re b�yle kalaca�ına inanırım.	0	1	2	3	4
6. Kendimi k�t� hissetmenin yo�un depresif duyguyla sonu�lanaca�ına inanırım.	0	1	2	3	4
7. Kendimi k�t� hissederken ba�ka �eylere odaklanmakta zorlanırım.	0	1	2	3	4
8. Kendimi k�t� hissederken kontrolden �ıktı�ım korkusu ya�arım.	0	1	2	3	4
9. Kendimi k�t� hissetti�imde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.	0	1	2	3	4
10. Kendimi k�t� hissetti�imde zayıf biri oldu�um duygusuna kapılırım.	0	1	2	3	4
11. Kendimi k�t� hissetti�imde davranı�larımı kontrol etmekte zorlanırım.	0	1	2	3	4
12. Kendimi k�t� hissetti�imde daha iyi hissetmem i�in yapabilece�im hi�bir �ey olmadı�ına inanırım.	0	1	2	3	4
13. Kendimi k�t� hissetti�imde b�yle hissetti�im i�in kendimden rahatsız olurum.	0	1	2	3	4
14. Kendimi k�t� hissetti�imde kendimle ilgili olarak �ok fazla endi�elenmeye ba�larım.	0	1	2	3	4
15. Kendimi k�t� hissetti�imde ba�ka bir �ey d���nmekte zorlanırım.	0	1	2	3	4
16. Kendimi k�t� hissetti�imde duygularım dayanılmaz olur.	0	1	2	3	4

EK-8.Durumluk Kaygı Envanteri (STAI FORM TX-1)

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyunuz, sonra da **o anda nasıl hissettiğinizi (kendinize göre)** ifadelerin sağ tarafındaki sayılardan uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtiniz. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyiniz.

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMİYLE
1.	Şu anda sakinim	1	2	3	4
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	1	2	3	4
3.	Şu anda sinirlerim gergin	1	2	3	4
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim	1	2	3	4
5.	Şu anda huzur içindeyim	1	2	3	4
6.	Şu anda hiç keyfim yok	1	2	3	4
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	1	2	3	4
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	1	2	3	4
9.	Şu anda kaygılıyım	1	2	3	4
10.	Kendimi rahat hissediyorum	1	2	3	4
11.	Kendime güvenim var	1	2	3	4
12.	Şu anda asabım bozuk	1	2	3	4
13.	Çok sinirliyim	1	2	3	4
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	1	2	3	4
15.	Kendimi rahatlatmış hissediyorum	1	2	3	4
16.	Şu anda halimden memnunum	1	2	3	4
17.	Şu anda endişeliyim	1	2	3	4
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	1	2	3	4
19.	Şu anda sevinçliyim	1	2	3	4
20.	Şu anda keyfim yerinde	1	2	3	4

EK-9.Sürekli Kaygı Envanteri (STAI FORM TX-2)

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyunuz, sonra da **genellikle nasıl hissettiğinizi (kendinize göre)** ifadelerin sağ tarafındaki sayılardan uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtiniz. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin **genellikle** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyiniz.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Hemen hemen her zaman
1.	Genellikle keyfim yerindedir	1	2	3	4
2.	Genellikle çabuk yorulurum	1	2	3	4
3.	Genellikle kolay ağlarım	1	2	3	4
4.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	1	2	3	4
5.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	1	2	3	4
6.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	1	2	3	4
7.	Genellikle sakın, kendine hâkim ve soğukkanlıyım	1	2	3	4
8.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	1	2	3	4
9.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	1	2	3	4
10.	Genellikle mutluyum	1	2	3	4
11.	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	1	2	3	4
12.	Genellikle kendime güvenim yoktur	1	2	3	4
13.	Genellikle kendimi emniyette hissederim	1	2	3	4
14.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	1	2	3	4
15.	Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	1	2	3	4
16.	Genellikle hayatımdan memnunum	1	2	3	4
17.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	1	2	3	4
18.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	1	2	3	4
19.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	1	2	3	4
20.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	1	2	3	4

EK-10.Duygu Ayarlama Ölçeği (DAÖ)

	Çocuğum;	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Hemen her zaman
1.	Neşeli bir çocuktur.	1	2	3	4
2.	Duygularında aşırı değişiklikler gösterir (Olumlu duygulardan olumsuz duygulara hızla geçtiği için duygusal durumunu önceden tahmin etmek güçtür).	1	2	3	4
3.	Yetişkinlerin sıradan ya da dostça yakınlık kurma çabalarına olumlu tepki verir.	1	2	3	4
4.	Bir etkinlikten başka bir etkinliğe kolayca geçer; bunu yaparken kaygı, öfke, sıkıntı ya da aşırı heyecan belirtileri göstermez.	1	2	3	4
5.	Üzüntüsünden ya da sıkıntısından kolayca kurtulabilir (Örneğin, onu üzen bir olaydan sonra kırılganlığını, kaygısını ya da üzüntüsünü uzun süre sürdürmez).	1	2	3	4
6.	Bir engelle karşılaştığında kolayca vazgeçer.	1	2	3	4
7.	Yaşlılarının sıradan ya da dostça yakınlık kurma çabalarına olumlu tepki verir.	1	2	3	4
8.	Kolayca öfke patlamaları ya da öfke krizleri geçirir.	1	2	3	4
9.	İsteddiği bir şeye kavuşmayı erteleyebilir.	1	2	3	4
10.	Başkalarının sıkıntısından ya da acısından keyif alır (Örneğin, birisinin canı yandığında ya da birisi cezalandırıldığında güler; başkalarını kızdırmaktan hoşlanır).	1	2	3	4
11.	Heyecan verici durumlarda coşkusunu denetleyebilir (Örneğin, hareketli oyunlarda kendini kaybetmez; ya da uygun olmayan ortamlarda azmaz).	1	2	3	4
12.	Yetişkinlere yapışır ya da mızız davranır.	1	2	3	4
13.	Taşkınlık yapmaya ve enerjisini yıkıp dökerek boşaltmaya yatkındır.	1	2	3	4
14.	Yetişkinlerin kural ya da sınır koymalarına öfkeyle tepki verir.	1	2	3	4
15.	Üzüldüğünde, kızdığında ya da korktuğunda duygularını anlatır.	1	2	3	4
16.	Üzgün ya da cansız görünür.	1	2	3	4
17.	Başkalarıyla oyun başlatmaya çalışırken aşırı taşkın davranır.	1	2	3	4
18.	Duygusal olarak donuk görünür (yüz ifadesi boş ve anlamsızdır; olaylara duygusal olarak katılmıyor gibidir).	1	2	3	4
19.	Yaşlılarının sıradan ya da dostça yakınlık kurma çabalarına olumsuz tepki verir (Örneğin, öfkeli bir sesle konuşur ya da ürkek bir tepki verir).	1	2	3	4
20.	Dürtüseldir (Aklına eseni düşünmeden yapar).	1	2	3	4
21.	Başkalarının duygularını anlar; başkaları üzgün ya da sıkıntılıken onlarla ilgilenir.	1	2	3	4
22.	Başkalarının işine karışacak ya da onları rahatsız edecek biçimde taşkınlık yapar.	1	2	3	4
23.	Yaşlılarının düşmanca, saldırgan ya da müdahaleci davranışlarına karşı öfke, korku, düş kırıklığı ya da sıkıntı gibi uygun olumsuz duygularını gösterir.	1	2	3	4
24.	Başkalarıyla oyun başlatmaya çalışırken olumsuz duygular gösterir.	1	2	3	4

EK-11.Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ) /Ebeveyn Formu

Aşağıda, insanların kendilerini nasıl hissettiklerini tanımlayan maddelerden oluşan bir liste bulunmaktadır. Şu anı ya da son 3 ayı göz önüne alarak çocuğunuza en çok uyan seçeneğin altındaki kutuyu işaretleyiniz. Bazı maddelerin çocuğunuza uymadığını düşünüseniz de mümkün olduğunca her ifade için bir yanıt veriniz.

		Doğru Değil	Bazen Doğru	Çok Doğru
1.	Çocuğum korktuğu zaman nefes almakta zorlanır.	0	1	2
2.	Çocuğum okuldayken başı ağrır.	0	1	2
3.	Çocuğum iyi tanımadığı insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmaz.	0	1	2
4.	Çocuğum evden uzak bir yerde uyursa korkar.	0	1	2
5.	Çocuğum diğer insanların kendisini sevip sevmediğinden endişe (kaygı) duyar.	0	1	2
6.	Çocuğum korktuğu zaman bayılacak gibi hisseder.	0	1	2
7.	Çocuğum gergindir (huzursuzdur).	0	1	2
8.	Çocuğum nereye gitsem (sanki gölgem gibi) beni izler, peşimden gelir.	0	1	2
9.	İnsanlar çocuğumun huzursuz (gergin) göründüğünü söyler.	0	1	2
10.	Çocuğum iyi tanımadığı insanların yanında kendisini huzursuz hisseder.	0	1	2
11.	Çocuğumun okuldayken karnı ağrır.	0	1	2
12.	Çocuğum korktuğu zaman aklını kayıracakmış gibi hisseder.	0	1	2
13.	Çocuğum yalnız uymaktan korkar.	0	1	2
14.	Çocuğum diğer çocuklar kadar iyi olup olmadığı konusunda endişelenir.	0	1	2
15.	Çocuğum korktuğunda çevresindekileri gerçek değilmiş gibi hisseder.	0	1	2
16.	Çocuğum, anne ve babasının başına kötü şeylerin geldiği kabuslar görür.	0	1	2
17.	Çocuğum okula gitmekten endişe duyar.	0	1	2
18.	Çocuğum korktuğunda kalbi hızlı çarpar.	0	1	2
19.	Çocuğumda titremeler olur.	0	1	2
20.	Çocuğum, başına kötü şeylerin geldiği kabuslar görür.	0	1	2
21.	Çocuğum işlerin kendisi için yolunda gidip gitmeyeceği konusunda endişelenir.	0	1	2
22.	Çocuğum korktuğu zaman çok terler.	0	1	2
23.	Çocuğum her şeyi kendine dert eder.	0	1	2
24.	Çocuğumun, hiçbir nedeni olmadığı halde çok korktuğu olur.	0	1	2
25.	Çocuğum evde yalnız kalmaktan korkar.	0	1	2
26.	Çocuğum fazla tanımadığı insanlarla konuşmakta zorlanır.	0	1	2
27.	Çocuğum korktuğu zaman boğuluyormuş gibi hisseder.	0	1	2
28.	İnsanlar çocuğuma, çok fazla endişelendiğini söyler.	0	1	2

EK-11.Devam

		Doğru Değil	Bazen Doğru	Çok Doğru
29.	Çocuğum ailesinden uzakta olmaktan hoşlanmaz.	0	1	2
30.	Çocuğum, sıkıntı (ya da panik) atakları geçirmekten korkar.	0	1	2
31.	Çocuğum, anne ya da babasının başına kötü bir şeyler gelmesinden korkar.	0	1	2
32.	Çocuğum fazla tanımadığı insanlarla birlikteyken çekingen olur.	0	1	2
33.	Çocuğum, gelecekte neler olacağı konusunda endişelenir.	0	1	2
34.	Çocuğum korktuğu zaman kusacakmış gibi hisseder.	0	1	2
35.	Çocuğum işleri ne kadar iyi yaptığı konusunda endişelenir.	0	1	2
36.	Çocuğum okula gitmekten korkar.	0	1	2
37.	Çocuğum, olmuş bitmiş şeyler için endişelenir.	0	1	2
38.	Çocuğumun korktuğu zaman başı döner.	0	1	2
39.	Çocuğum diğer çocuklarla veya yetişkinlerle beraberken ve onlar kendisini izlerken, bir şeyler yapması gerektiğinde (örneğin: sesli okumak, konuşmak, oyun oynamak) gergin ya da huzursuz olur.	0	1	2
40.	Çocuğum bir partiye, eğlenceye ya da fazla tanımadığı insanların olacağı herhangi bir yere gideceği zaman gergin (huzursuz) olur.	0	1	2
41.	Çocuğum çekingen (utangaç) birisidir.	0	1	2

EK-12.Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) /Ebeveyn Formu

Aşağıda çocuğunuz için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır. Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin çocuğunuz için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz. Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur. Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

Son bir ay içinde aşağıdakiler çocuğunuz için ne kadar sorun yarattı?

Fiziksel işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Bir bloktan (bitişik binalar) fazla yürümek	0	1	2	3	4
2. Koşmak	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak	0	1	2	3	4
5. Kendi başıma duş ya da banyo yapmak	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak	0	1	2	3	4
7. Acısının ya da ağrısının olması	0	1	2	3	4
8. Düşük enerji düzeyi	0	1	2	3	4
Duygusal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissetmek	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissetmek	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissetmek	0	1	2	3	4
4. Uyku ile ilgili zorluklar	0	1	2	3	4
5. Kendisine ne olacağı konusunda endişe duymak	0	1	2	3	4
Sosyal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Yaşıtları ile geçimi	0	1	2	3	4
2. Yaşıtlarının onunla arkadaş olmak istememesi	0	1	2	3	4
3. Yaşıtları tarafından alay edilmesi	0	1	2	3	4
4. Yaşıtlarının yapabildiği şeyleri yapamaması	0	1	2	3	4
5. Yaşıtları ile oyun oynarken geri kalması	0	1	2	3	4
Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Sınıfta dikkatimi toplayamaması	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unutması	0	1	2	3	4
3. Derslerinde geri kalması	0	1	2	3	4
4. Kendini iyi hissetmediği için okula gidememesi	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiği için okula gidememesi	0	1	2	3	4

EK-13.Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) /Çocuk Formu

Aşağıda senin için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır. Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin **senin için ne kadar sorun oluşturduğunu** daire içine alarak belirt. Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur. Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsan lütfen yardım iste.

Son bir ay içinde aşağıdakiler senin için ne kadar sorun yarattı?

Sağlığım ve aktivitelerim ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Bir bloktan (bitişik binalar) fazla yürümek bana zor gelir	0	1	2	3	4
2. Koşmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
5. Kendi başıma duş ya da banyo yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
7. Bir yerim acır ya da ağrır	0	1	2	3	4
8. Enerjim azdır	0	1	2	3	4
Duygularımla ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissedirim	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissedirim	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissedirim	0	1	2	3	4
4. Uyumakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4
5. Bana ne olacağı konusunda endişelenirim	0	1	2	3	4
Başkaları ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Yaşıtlarımla geçinmekte sorun yaşıyorum	0	1	2	3	4
2. Yaşıtlarım benimle arkadaş olmak istemezler	0	1	2	3	4
3. Yaşıtlarım benimle alay eder	0	1	2	3	4
4. Yaşıtlarımın yapabildikleri şeyleri yapamam	0	1	2	3	4
5. Yaşıtlarımla oyun oynarken geri kalırım	0	1	2	3	4
Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Sınıfta dikkatimi toplamakta zorlanırım	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unuturum	0	1	2	3	4
3. Derslerimden geri kalmamak için zorluk çekerim	0	1	2	3	4
4. Kendimi iyi hissetmediğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4

EK-14.Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ) /Çocuk Formu

Aşağıda, insanların kendilerini nasıl hissettiklerini tanımlayan maddelerden oluşan bir liste bulunmaktadır. Şu anı ya da son 3 ayı göz önüne alarak **sana** en çok uyan seçeneğin altındaki kutuyu işaretleyin. Bazı maddelerin sana uymadığını düşünsen de mümkün olduğunca her ifade için lütfen bir yanıt verin.

		Doğru Değil	Bazen Doğru	Çok Doğru
1.	Korktuğum zaman nefes almakta zorlanırım.	0	1	2
2.	Okulda başım ağrır.	0	1	2
3.	Fazla tanımadığım insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.	0	1	2
4.	Ev dışında bir yerde uyduğumda korkarım.	0	1	2
5.	Diğer insanların beni sevip sevmediğinden endişe (kaygı) duyarım.	0	1	2
6.	Korktuğumda bayılacak gibi hissederim.	0	1	2
7.	Gerginim (huzursuzum).	0	1	2
8.	Annem ya da babam nereye gitseler izlerim.	0	1	2
9.	İnsanlar gergin (huzursuz) göründüğümü söyler.	0	1	2
10.	Fazla tanımadığım insanlarla birlikteyken kendimi gergin (huzursuz) hissederim.	0	1	2
11.	Okulda iken karnım ağrır.	0	1	2
12.	Korktuğumda delirecekmiş gibi hissederim.	0	1	2
13.	Yalnız uyumaktan korkarım.	0	1	2
14.	Diğer çocuklar kadar iyi olup olmadığım beni endişelendirir (kaygılandırır).	0	1	2
15.	Korktuğumda çevremdekileri gerçek değilmiş gibi hissederim.	0	1	2
16.	Anneme ve babama kötü şeylerin olduğu kabuslar görürüm.	0	1	2
17.	Okula gitmek konusunda endişelenirim (kaygılanırım).	0	1	2
18.	Korktuğumda kalbim hızlı çarpar.	0	1	2
19.	Titremelerim olur.	0	1	2
20.	Başıma kötü şeylerin geldiği kabuslar görürüm.	0	1	2
21.	İşlerin benim için yolunda gidip gitmeyeceği konusunda endişe (kaygı) duyarım.	0	1	2
22.	Korktuğumda çok terlerim.	0	1	2
23.	Endişeli (kaygılı) biriyim.	0	1	2
24.	Hiçbir nedeni olmayan (sebepsiz) korkularım var.	0	1	2
25.	Evde yalnız kalmaktan korkarım.	0	1	2
26.	Fazla tanımadığım insanlarla konuşmakta zorlanırım.	0	1	2
27.	Korktuğum zaman boğulacakmış gibi hissederim.	0	1	2
28.	İnsanlar çok fazla endişelendiğimi (kaygılandığımı) söyler.	0	1	2
29.	Ailemden uzakta olmaktan hoşlanmam.	0	1	2

EK-14.Devam

		Doğru Değil	Bazen Doğru	Çok Doğru
30.	Sıkıntı (ya da panik) atakları geçireceğimden korkarım.	0	1	2
31.	Annemin ve babamın başına kötü bir şeyler gelmesinden korkarım.	0	1	2
32.	Fazla tanımadığım insanlarla birlikteyken çekingen (utangaç) olurum.	0	1	2
33.	Gelecekte neler olacağı konusunda endişelenirim (kaygılanırım).	0	1	2
34.	Korktuğumda kusacakmış gibi hissederim.	0	1	2
35.	İşleri ne kadar iyi yaptığım konusunda endişelenirim (kaygılanırım).	0	1	2
36.	Okula gitmekten korkarım.	0	1	2
37.	Olmuş bitmiş şeyler için endişelenirim (kaygılanırım).	0	1	2
38.	Korktuğumda başım döner.	0	1	2
39.	Diğer çocuklarla veya yetişkinlerle beraberken ve onlar beni izlerken bir şeyler yapmam gerektiğinde (örneğin: sesli okumak, konuşmak, bir oyun oynamak) gergin (huzursuz) olurum.	0	1	2
40.	Bir partiye, eğlenceye (dansa) ya da fazla tanımadığım insanların olacağı herhangi bir yere gideceğim zaman gergin (huzursuz) olurum.	0	1	2
41.	Çekingen (utangaç) biriyim.	0	1	2