



**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**OTİZM ÖZELLİKLERİ GÖSTEREN VE GÖSTERMEYEN
DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANILI
ÇOCUK VE ERGENLERİN DUYGU DÜZENLEME, YAŞAM
KALİTESİ VE KLİNİK ÖZELLİKLER BAKIMINDAN
KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Buket KILIÇ

**UZMANLIK TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır**

**ANKARA
2023**



**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**OTİZM ÖZELLİKLERİ GÖSTEREN VE GÖSTERMEYEN
DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANILI
ÇOCUK VE ERGENLERİN DUYGU DÜZENLEME, YAŞAM
KALİTESİ VE KLİNİK ÖZELLİKLER BAKIMINDAN
KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Buket KILIÇ

UZMANLIK TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Sadriye Ebru ÇENGEL KÜLTÜR**

**ANKARA
2023**

TEŞEKKÜR

Tez çalışması ve uzmanlık eğitimi sürecimin her aşamasında tecrübesini, bilgisini, ilgisini ve şefkatini cömertçe paylaşan, tanımaktan ve öğrencisi olmaktan büyük onur duyduğum değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Sadriye Ebru Çengel Kültür'e,

Uzmanlık eğitimi süresince mesleki kimliğimin oluşumunda çok değerli katkıları olan; bilgileri, tecrübeleri, mesleklerine duydukları saygı ve içtenlikli bağlılık ile bana her zaman örnek olmuş değerli hocalarım Prof. Dr. Füsün Çuhadaroğlu Çetin, Prof. Dr. Mehmet Fatih Ünal, Prof. Dr. Devrim Akdemir, Prof. Dr. Dilşad Foto Özdemir, Doç. Dr. Tuna Çak Esen, Doç. Dr. Dilek Ünal, Doç. Dr. Şükran Gülin Evinç, Dr. Öğr. Üyesi Burcu Ersöz Alan, Öğr. Gör. Kevser Nalbant, Öğr. Gör. Cihan Aslan, Öğr. Gör. Hacer Şeniz Özusta'ya,

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ile Çocuk Nöroloji rotasyonlarım sırasında mesleki bilgimi ve pratiğimi geliştirmeme katkı sağlayan tüm değerli hocalarıma,

Mesleği birlikte öğrenerek büyüdüğümüz sevgili arkadaşlarım ve meslektaşlarım Dr. Mine Aybı Turanoğlu, Dr. Ekin Günal Mısır, Dr. Beyza Yaradanakul Ergül, Dr. Ayşe Selma Yenen Menderes, Dr. Yusuf Selman Çelik ve ismini yer kısıtlılığı nedeniyle burada sayamadığım birlikte çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma,

Sıcak kalbi ve şefkati ile annesel yatıştırıcılığını her daim hissettiğimiz anabilim dalı sekreterimiz sevgili Ayşe Mert'e; yardımseverlikleri ve sıcak kalpleriyle birlikte çalışmaktan memnuniyet duyduğum çalışkan poliklinik sekreterlerimiz sevgili Sevim Tombaş ve Erhan Madenoğlu'na; bölümümüzün her ihtiyacına koşan, saygıdeğer ağabeyimiz Erdal Börekçi'ye,

Birlikte çalışmaktan memnuniyet duyduğum sosyal hizmet uzmanlarımız sevgili Ferda Karadağ ve sevgili Yaşar Çavdar Kolbüken'e,

Tezimin istatistiksel analizlerini sağlayan, titiz çalışma biçimine saygı duyduğum değerli Araş Gör Hanife Avcı'ya,

Asistanlığım sürecinde bana çok şey öğreten sevgili çocuklar, ergenler ve onların değerli ailelerine,

Sevgilerini ve desteklerini her koşulda hissettiğim canım aileme teşekkür ederim.

Dr. Buket KILIÇ

ÖZET

Kılıç, B. Otizm Özellikleri Gösteren ve Göstermeyen Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Çocuk ve Ergenlerin Duygu Düzenleme, Yaşam Kalitesi ve Klinik Özellikler Bakımından Karşılaştırılması. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, 2023. Bu çalışmada Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı konan çocuk ve ergenlerden otizm özellikleri gösterenlerin bu özelliği göstermeyenlere göre; duygu düzenleme becerileri, klinik özellikleri, yaşam kaliteleri ve işlevsellik düzeyi bakımından farklı bir grubu temsil edebileceğinin gösterilmesi amaçlanmıştır. Çalışmada nörolojik ve/veya işlevselliği bozabilecek seviyede ciddi bir kronik hastalığı olmayan, Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB), anlksal yetersizlik, şizofreni açılımı kapsamında bozukluklar, iki uçlu duygudurum bozukluğu tanılarında herhangi birini karşılamayan, 8-16 yaş aralığındaki DEHB tanılı katılımcılardan otizm özellikleri gösteren grupta 50 katılımcı ve otizm özellikleri göstermeyen grupta ise 64 katılımcı bulunmaktadır. Psikopatolojileri saptamak amacıyla Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY-T) kullanılarak yarı yapılandırılmış klinik görüşme yapılmıştır. Otizm özelliklerini belirlemek amacıyla ebeveynlerin doldurduğu Sosyal Cevaplılık Ölçeği (SCÖ) kullanılmıştır. Sosyoekonomik-sosyokültürel düzey, Hollingshead-Redlich ölçeği ile sınıflanmıştır. Katılımcılar duygu düzenleme becerisi, klinik özellikler, yaşam kalitesi ve işlevsellik düzeyi bakımından çocukların doldurduğu Çocuklar İçin Anksiyete Duyarlılık İndeksi (CADİ), Duygusal Reaktivite İndeksi (DRİ), Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ)- Çocuk / Ergen Formu ve ebeveynlerin doldurduğu Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA), Duygusal Reaktivite İndeksi- Aile Formu (DRİ-A), Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği (WİBÖ)-Ebeveyn Formu, Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ)-Ebeveyn Formu, Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) ile değerlendirilmiştir. Çalışmada DEHB tanılı çocuklardan otizm özellikleri gösterenlerin, göstermeyenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek irritabilite düzeyi ve daha fazla ayrılık anksiyetesi eş tanısı olduğu, psikososyal yaşam kalitesinin ve sosyal işlevselliğinin anlamlı düzeyde daha fazla bozulduğu,

güncel olarak bildirilen dil-konuşma becerilerinin anlamlı düzeyde daha zayıf olduğu bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), otizm özellikleri, duygu düzenleme, yaşam kalitesi, işlevsellik



ABSTRACT

Kilic, B. Comparison of Emotion Regulation, Quality of Life, and Clinical Characteristics of Children and Adolescents Diagnosed as Attention Deficit Hyperactivity Disorder with and without Autism Traits. Hacettepe University Faculty of Medicine, Thesis in Child and Adolescent Psychiatry, Ankara, 2023.

In this study, the investigator aimed to show that children and adolescents diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) with autism traits may represent a different group of ADHD cases in terms of emotion regulation skills, clinical features, quality of life, and functionality level compared to children and adolescents with ADHD who do not show this trait. Exclusion criteria were to have a neurological disease or severe chronic disease that may impair functionality or have at least one of the diagnoses of Autism Spectrum Disorder (ASD), intellectual disability, schizophrenia spectrum disorders, and bipolar mood disorder. The ADHD group with autism traits consisted of 50 participants, and the ADHD group without autism traits had 64 participants. The investigator used the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children- Present and Lifetime version (K-SADS-PL) to screen psychopathology, parent-reported Social Responsiveness Scale (SRS) to differentiate autism traits, and the Hollingshead-Redlich scale to classify the socioeconomic-sociocultural level of the family. The investigator evaluated all subjects with child-reported Childhood Anxiety Sensitivity Index (CASI), Affective Reactivity Index (ARI), Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL), parent-reported Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), Affective Reactivity Index-Parent Report (ARI-P), Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL)-Proxy Report, Family Assessment Device (FAD), Weiss Functional Impairment Rating Scale-Parent Report (WFIRS-P) to evaluate emotion regulation skills, clinical features, quality of life, and functionality level. The main findings of the study are that the ADHD group with autism traits, compared to the group without autism traits, had a significantly higher level of irritability and the comorbidity of separation anxiety and a significantly worse level of the parent-reported current language-speech skills, and significantly lower level of psychosocial quality of life and social functionality.

Keywords: attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD), autism traits, emotion regulation, quality of life, functionality.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET	ii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	ix
TABLolar DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Konunun Önemi.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu.....	3
2.1.1. Tanım ve Tarihçe.....	3
2.1.2. Epidemiyoloji	5
2.1.3. Klinik özellikler.....	5
2.1.4. Etiyoloji	6
2.1.4.1. Genetik Çalışmalar	6
2.1.4.2. Çevresel Etkenlerle İlgili Çalışmalar.....	7
2.1.4.3. Nörogörüntüleme Çalışmaları	8
2.1.4.4. Nöropsikolojik Çalışmalar.....	9
2.1.5. DEHB'ye Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar	9
2.1.6. DEHB ve OSB'de Görülen Benzer Özellikler	10
2.2. Otizm Özellikleri.....	12
2.2.1. DEHB'de Otizm Özellikleri ile İlgili Çalışmalar	12
2.3. Duygu Düzenleme.....	15
2.3.1. Duygu Düzenlemeyle İlişkili Etkenler	16
2.3.2. DEHB ve Duygu Düzenleme Güçlüğü.....	18
2.3.3. OSB'de Duygu Düzenleme Güçlükleri	22
2.3.4. Otizm Özellikleri ve Duygu Düzenleme Güçlükleri	22
2.4. Yaşam Kalitesi	24
2.4.1. DEHB'de Yaşam Kalitesi	24

2.4.2. OSB’de Yaşam Kalitesi	26
2.4.3. Otizm Özellikleri ve Yaşam Kalitesi	27
2.5. İşlevsellik	28
2.5.1. DEHB’de İşlevsellik	28
2.5.2. Otizm Özellikleri ve İşlevsellik	28
2.6. Araştırmanın Amacı ve Hipotezleri	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM	31
3.1. Araştırmanın Örnekleme	31
3.2. Araştırmanın Deseni	32
3.3. Örneklemin Seçimi	32
3.4. Uygulama	33
3.5. Araştırmada Kullanılan Gereçler	34
3.5.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	34
3.5.2. Hollingshead-Redlich Ölçeği	34
3.5.3. Klinik Bilgi Formu	35
3.5.4. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY-T; Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version, K-SADS-PL)	35
3.5.5. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA; The Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ)	36
3.5.6. Sosyal Cevaplılık Ölçeği (SCÖ; Social Reciprocity Scale, SRS)	36
3.5.7. Duygusal Reaktivite İndeksi (DRİ; Affective Reactivity Index, ARI) ve Duygusal Reaktivite İndeksi-Aile Formu (DRİ-A; Affective Reactivity Index-Parent Report, ARI-P)	37
3.5.8. Çocuklar İçin Anksiyete Duyarlılığı İndeksi (ÇADİ; Childhood Anxiety Sensitivity Index, CASI)	38
3.5.9. Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği-Ebeveyn Formu(WİBÖ-E; Weiss Functional Impairment Rating Scale-Parent Report, WFIRS-P)	38

3.5.10. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği-Çocuk/Ergen Formu (ÇİYKÖ; The Pediatric Quality of Life Inventory, PedsQL) ve Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği-Ebeveyn Formu (ÇİYKÖ-E; The Pediatric Quality of Life Inventory- Proxy Report, PedsQL-P).....	39
3.5.11. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ; Family Assessment Device, FAD).....	40
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistikler.....	40
4. BULGULAR.....	42
4.1. Otizm Özelliği Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarının Sosyodemografik Özellikleri	42
4.2. Otizm Özellikleri Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarının Gelişimsel ve Psikiyatrik Özellikleri	44
4.3. Otizm Özellikleri Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarının Diğer Klinik Özellikleri	51
4.4. Otizm Özellikleri Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarında Prenatal, Natal ve Postnatal Özellikler.....	52
4.5. Otizm Özellikleri Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarında Bebeklik ve Erken Çocukluk Dönemi Özellikleri	54
4.6. Otizm Özellikleri Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarında Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY-T)'nden Elde Edilen Bulgular	56
4.7. Otizm Özelliği Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarının Sosyal Cevaplılık Ölçeği (SCÖ) ve Güçler Güçlükler Anketi (GGA)'nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	62
4.8. Otizm Özelliği Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarında Duygusal Reaktivite İndeksi (DRİ) ve Duygusal Reaktivite İndeksi-Aile (DRİ-A) Ölçekleri ile Çocuklar İçin Anksiyete Duyarlılığı İndeksi (ÇADİ) Ölçeklerinden Alınan Puanların Karşılaştırılması	63

4.9. Otizm Özelliği Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarının Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)'nden Alınan Puanlara Göre Karşılaştırılması	65
4.10. Otizm Özelliği Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarının Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği-Ebeveyn Formu (ÇİYKÖ-EF) ve Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği-Çocuk Formu (ÇİYKÖ-ÇF) Ölçeklerinden Alınan Puanlara Göre Karşılaştırılması.....	66
4.11. Otizm Özelliği Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarının Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği (WİBÖ)'nden Alınan Puanlara Göre Karşılaştırılması	68
4.12. DEHB Tanılı Çocuklarda Otizm Özellikleri ile İlgisi Olabileceği Düşünülen Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analiziyle İncelenmesi	70
5. TARTIŞMA	73
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	88
7. KAYNAKLAR	90
8. EKLER.....	108
Ek-1: Sosyodemografik Bilgi Formu	108
Ek-2: Hollingshead-Redich Ölçeği	109
Ek-3: Klinik Bilgi Formu	110
Ek-4: Güçler ve Güçlükler Anketi (SDQ-Tur)	115
Ek-5: Sosyal Cevaplılık Ölçeği.....	117
Ek-6: Duygusal Reaktivite İndeksi (DRİ).....	121
Ek-7: Duygusal Reaktivite İndeksi Aile (DRİ-A).....	122
Ek-8: Çocuklar için Anksiyete Duyarlılığı Ölçeği (ÇADÖ; Childhood Anxiety Sensitivity Index, CASI) 8-15 yaş.....	123
Ek-9: Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği Ebeveyn Formu (WİBÖ-E).....	124
Ek-10: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Çocuk Formu (8-12 Yaş)	127
Ek-11: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Ebeveyn Formu (8-12 Yaş).....	131
Ek-12: Aile Değerlendirme Ölçeği	135

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AAB:	Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu
CA:	Kanser
C/S:	Sezaryen ile doğum
DAMP:	Deficits in Attention, Motor Control and Perception
DB:	Davranım Bozukluğu
DM:	Diyabetes Mellitus
DSM:	Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 5.basım (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition)
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
f-MRG:	Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme
HT:	Hipertansiyon
ICD:	International Classification of Diseases
KAH:	Koroner Arter Hastalığı
KOKGB:	Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu
KVS:	Kardiyovasküler Sistem
MRG:	Manyetik Rezonans Görüntüleme
NSVY:	Normal spontan vajinal yol ile doğum
OKB:	Obsesif Kompulsif Bozukluk
ÖÖB:	Özgül Öğrenme Bozukluğu
SAB:	Sosyal Anksiyete Bozukluğu
SED:	Sosyoekonomik Düzey
SSGİ:	Selektif Serotonin Gerilim İnhibitörü
TSSB:	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
YAB:	Yaygın Anksiyete Bozukluğu
YDDB:	Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu
bj:	Regresyon katsayısı
d:	Cohen'in d değeri
Exp (bj):	Odds oranı
Φ:	Phi değeri
p:	p değeri

r:	r etki büyüklüğü değeri
S (bj):	Regresyon katsayısının standart hatası
Sd:	Serbest veri
t:	t test değeri
Wald:	Test değeri
X²:	Ki-kare değeri
Z:	Z test istatistiği değeri



TABLOLAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa
Tablo 4.1. Otizm Özellikleri Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarının Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	43
Tablo 4.2. Otizm Özellikleri Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarının Gelişimsel ve Psikiyatrik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	47
Tablo 4.3. Otizm Özellikleri Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarının Diğer Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	51
Tablo 4.4. Otizm Özellikleri Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarında Prenatal, Natal ve Postnatal Özelliklerin Karşılaştırılması.....	53
Tablo 4.5. Otizm Özellikleri Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarında Bebeklik ve Erken Çocukluk Dönemi Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	55
Tablo 4.6. Otizm Özellikleri Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarında Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY-T)'nden Elde Edilen Bulguların Karşılaştırılması.....	60
Tablo 4.7. Otizm Özelliği Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarında Sosyal Cevaplılık Ölçeği (SCÖ) ve Güçler Güçlükler Anketi (GGA)'nden Alınan Puanların Karşılaştırılması.....	63
Tablo 4.8. Otizm Özelliği Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarında Duygusal Reaktivite İndeksi (DRİ) ve Duygusal Reaktivite İndeksi-Aile (DRİ-A) Ölçekleri ile Çocuklar İçin Anksiyete Duyarlılığı İndeksi (ÇADİ) Ölçeklerinden Alınan Puanların Karşılaştırılması.....	64
Tablo 4.9. Otizm Özelliği Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarında Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)'nden Alınan Puanların Karşılaştırılması.....	66

Tablo 4.10. Otizm Özelliği Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarında Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği-Ebeveyn Formu (ÇİYKÖ-EF) ve Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği-Çocuk Formu (ÇİYKÖ-ÇF) Ölçeklerinden Alınan Ölçek Toplam Puanı (ÖTP), Fiziksel Sağlık Toplam Puanı (FSTP) ve Psikososyal Toplam Puanı (PSTP)'nin Karşılaştırılması.....	67
Tablo 4.11. Otizm Özelliği Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanılı Gruplarda Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği (WİBÖ)'nden Alınan Puanların Karşılaştırılması.....	70
Tablo 4.12. Otizm Özellikleri ile İlgisi Olabileceği Düşünülen Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analiziyle İncelenmesi (Geriye Dönük Eleme Yöntemi Sonuçları).....	72

1. GİRİŞ

1.1. Konunun Önemi

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB); dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinin bulunduğu, çocukluk çağında başlayan nörogelişimsel bir bozukluktur (1).

Biyolojik risk faktörleri, nöropsikolojik bulgular ve beyin görüntüleme çalışmalarından elde edilen bulgulara göre DEHB ve Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) hastalık özellikleri arasında pek çok örtüşme olduğu görülmektedir. DEHB ve OSB için çekirdek tanısal semptomların örtüşmesinin ötesinde bu iki tanının çeşitli endofenotipleri paylaştıklarına dair kanıtlar vardır (2). DEHB tanılı çocukların %30'a varan oranda OSB tanısı almadığı halde otizm özellikleri gösterdiği belirtilmektedir (3).

Otizm özellikleri gösteren DEHB tanılı çocukların daha kötü seyirli bir klinik gidiş gösterdiği; hastaların önemli bir çoğunluğunda izlemlerinde bu özelliklerin devam ettiği, akran ilişkileri, okul, boş zaman etkinlikleri, aile ilişkileri gibi farklı işlevsellik alanlarında sorunlar yaşadıkları; bununla birlikte Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB), Davranım Bozukluğu (DB), duygudurum ve anksiyete bozukluklarının belirti ve tanı düzeyinde daha sık eşlik ettiği, gelişimsel öykülerinde özellikle motor ve dil alanında sorunların daha fazla olduğu gösterilmiştir (4,5,6,7).

Duygu düzenleme güçlükleri, DEHB'de yaşam boyu gözlemlenen bir durumdur. Duygu düzenleme güçlükleri, DEHB tanılı çocukların %25-45'inde, DEHB tanılı erişkinlerin %30-70'inde bulunur. DEHB ve duygu düzenleme güçlüğü'nün birlikte bulunması, çeşitli işlevsellik alanlarında önemli düzeyde bozulmaya neden olur (8). Bununla birlikte DEHB tanılı çocukların otizm özellikleri gösterdiğinde, bu özelliği taşımayan DEHB tanılı çocuklara göre; anlamlı düzeyde daha fazla duygu düzenleme güçlükleri yaşadıkları, KOKGB gibi duygu düzenlemede güçlüğü işaret edebilecek eş tanılar aldıkları gösterilmiştir (6,9).

Yaşam kalitesi ve işlevsellik ise birbiri ile yakından ilişkili; ancak ayrı ele alınması gereken kavramlardır (10). DEHB tanılı çocuklarda sağlıklı kontrollere göre özellikle de psikososyal alanda olmak üzere anlamlı olarak daha düşük yaşam

kalitesi bildirildiği ve işlevsellik alanlarında bozulmalar olduğu gösterilmiştir (11,12,13). Otizm özelliklerinin eşlik ettiği DEHB olgularında ise yaşam kalitesi ve işlevsellik düzeyi ile ilgili çalışmaların son birkaç yıldır arttığı; bu çalışmalarda özellikle psikososyal alanda olmak üzere daha düşük yaşam kalitesinin bildirildiği ve okul, akran ilişkileri, aile ilişkileri gibi pek çok işlevsellik alanında daha fazla bozulma olduğu bildirilmektedir (6,14,15).

DEHB tanısı olan çocuk ve ergenlerde otizm özelliklerinin bulunmasının; bu hastalarda klinik görünüm, eşlik eden tanılar, yaşam kalitesi, işlevsellik alanları ve prognoz açısından daha farklı bir hastalık gidişatı ile ilişkili olduğu klinik gözlemlerimizde de fark edilmektedir. Duygu düzenleme becerileri, yaşam kalitesi ve işlevsellik alanları ile ilgili DEHB tanılı çocuklarda birçok çalışma yapıldığı görülmekle birlikte otizm özelliklerinin eşlik ettiği DEHB olgularında daha az sayıda çalışma olduğu ve bu konuya olan ilginin giderek arttığı fark edilmiştir.

Otizm özelliklerinin eşlik ettiği DEHB tanılı olguların daha iyi anlaşılıp daha özgül bir hasta grubunun tanımlanması; etiyolojiyi aydınlatmada yapılacak olan genetik ve biyolojik çalışmalar ile tedavi stratejileri açısından uygun müdahalelerin belirlenebilmesi için yapılacak çalışmalara ışık tutması ve hastaların klinik izlemine katkısı bakımından önemlidir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

2.1.1 Tanım ve Tarihçe

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB); ana semptomları dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik olan, çocukluk çağında başlayan nörogelişimsel bir bozukluktur. Hastalık; kişisel, sosyal ve akademik alanlarda erken dönemde başlayan etkilerle kendini gösterir (1).

Hiperaktivite ve dürtüsellik ile tanımlanan davranışsal özellikler kümesinin tanımı ilk kez 1901 yılında Londra'daki *Royal Collage of Physicians*'ta yapılan bir konuşmada Dr. George Still'e atfedilmektedir (16). Edinilmiş olan benzer belirti ve semptomlar ise 1917-1918'deki epidemik ensefalit sonucunda sağ kalan çocuklarda tanımlanmıştır (17). 1960'larda 'minimal beyin disfonksiyonu' terimi, bozulmuş beyin fonksiyonlarından kaynaklanan fiziksel ve davranışsal bozuklukları tanımlamak için kullanılmıştır. Minimal beyin disfonksiyonu; motor koordinasyonu sağlamada zorluk, dikkatsizlik, dürtü kontrolünde zorluklar, kişiler arası ilişkilerde ve duygusal alanda zorlukları içeren bir görünümü anlatır (18). Minimal beyin disfonksiyonu terimi, bu çocukları entelektüel yetersizlik ve serebral palsi gibi beynin majör işlev sorunlarının bulunduğu çocuklardan ayırt etmek için kullanılmıştır. Ancak bu terim, beyindeki işlev bozukluğunun patolojik bir kanıtı gösterilemediği için gözden düşmüştür (19).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın ikinci baskısı (DSM-II), çocukluk hiperaktivite ve dürtüsellliğini 'Çocukluğun Hiperkinetik Dürtü Bozukluğu' olarak tanımlamıştır (20). Sonraki çalışmalar, dikkatsizlik ve çelinebilirliği birincil bozukluk olarak ve hiperaktivite/dürtüselligi ise ikincil bir fenomen olarak tanımlamıştır. DSM'nin üçüncü baskısına (DSM-III) 'Dikkat Eksikliği Bozukluğu' tanısı dahil olmuş ve buna ek olarak hiperaktivite olan/olmayan olarak sınıflandırılmıştır (21). Güncel geçerliliğini koruyan, gelişimsel düzeye uygun olmayan dikkatsizlik ve hiperaktivite/dürtüsellik kavramsallaştırmaları, DSM-III'ün 1987'deki yeniden gözden geçirmesinde

tanıtılmıştır (22). DSM'nin sonraki basımları, 1987'deki baskısına göre küçük gözden geçirmeler içermektedir (19).

Daha sonra DSM-IV (1994) ve DSM-IV-TR (2000) ile birlikte DEHB, "Genellikle İlk Kez Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenlik Döneminde Tanısı Konan Bozukluklar" başlığı altında "Yıkıcı Davranış Bozuklukları" alt başlığı içerisinde yer almıştır. DSM-IV'te DEHB için "dikkat bozukluğunun önde olduğu tip", "hiperaktivitenin önde olduğu tip" ve "bileşik tip" olmak üzere üç alt tip tanımlanmıştır (23, 24).

DSM-V ile birlikte DEHB; "Nörogelişimsel Bozukluklar" başlığı altında konumlandırılmıştır. Belirtiler arasındaki sınıflandırmanın süreğen olmadığı; bağlama, bilginin alındığı kişiye, çocuğun gelişimsel düzeyine de bağlı olduğunun gösterilmesiyle sınıflandırma yerine "görünüm" terimi kullanılmaya başlanmıştır (25). Bu nedenle DSM-V, DEHB'nin; dikkat eksikliği baskın görünüm (9 semptomun en az 6'sı), hiperaktivite/dürtüsellik baskın görünüm (9 semptomun en az 6'sı) ve bileşik görünüm (her iki kriter de karşılandığında) olmak üzere farklı görünümlerini sınıflandırır. Belirtiler 12 yaşından önce başlayıp, en az 6 ay süreyle devam edip, en az iki alanda bulunmalı; sosyal, akademik ve iş alanlarındaki işlevsellikte azalmaya yol açmalıdır. Bunun yanında DSM-V'te "tam olmayan yatışma gösteren" hastalık görünümü de yer alır. Bu görünüm için; daha önceden tanı kriterleri karşılanmış olmakla birlikte, son altı ay içinde tanı ölçütlerinden daha azının karşılandığı, belirtilerin hala toplumsal, okul veya işle ilgili işlevsellikte bozulmaya neden olduğu belirtilmektedir. 17 yaşın üzerindeki gençler ve erişkinlerde ise dikkatsizlik ve hiperaktivite/dürtüsellik alanlarında en az beş belirti bulunmalıdır (1).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 1977'de yayınladığı Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması (*International Classification of Diseases*) içerisinde; ICD-9 (1978)'de DEHB ilk kez "Hiperkinetik Bozukluk" olarak adlandırılmıştır (26). Daha sonra ICD-10 (1994)'de "Hiperkinetik Bozukluklar" başlığı altında; "Aktivite ve Dikkat Bozukluğu" ve "Hiperkinetik Davranış Bozukluğu" şeklinde alt tiplendirilmiştir (27). ICD-11 (2019)'de ise "Zihinsel, Davranışsal ve Nörogelişimsel Hastalıklar" ana başlığı altında dürtüsellik

de eklenerek “Dikkat Eksikliği Hiperaktifte Bozukluğu” adı ile DSM-V’e benzer şekilde üç baskın “görünüm” şeklinde sınıflandırılmıştır (28).

2.1.2. Epidemiyoloji

19 araştırmayı içeren bir meta-analiz çalışmasında gençlerin %5,9'unun DEHB tanı ölçütlerini karşıladığı gösterilmiştir (25). Başka bir geniş kapsamlı meta-analiz çalışmasında ise DEHB tanısı için prevalanslarda kıtalar arasında bir fark gösterilmemiştir (29). Son üç dekattır çocuk ve ergenlerdeki DEHB prevalansında bir artış bulunmamıştır (29). DEHB prevalansı bu süre içinde değişmemiş olsa da bazı büyük ölçekli çalışmalarda son yıllarda DEHB tanısının arttığı bildirilmektedir (30,31). DEHB'nin erişkinlerdeki prevalansı yapılan bir meta-analizde %2,5 olarak bulunmuştur (32). Geniş ölçekli, pek çok bölgeyi içeren başka bir meta-analiz çalışmasında da erişkinlerde DEHB tanısı için prevalans %2,8 olarak bulunmuştur (33). DEHB, erkeklerde daha yaygın olup erkek/kız oranı 2:1 olarak bildirilmektedir (25).

2.1.3. Klinik özellikler

DEHB tanısı, davranışsal belirtilerin gözlemine ve bu bilgilerin aktarılmasına dayanır. DSM-V'e göre davranışsal belirtilerin diğer ruhsal belirtilerle daha iyi açıklanamıyor olması gerekir (1). Erken çocukluk döneminde DEHB tanısı için çocuğun yaşından ve gelişimsel düzeyinden beklenen ölçüden daha fazla bir aktivite düzeyi, agresyon ve disregülasyon durumunun olması beklenmektedir. Okul öncesi dönemde orta-yüksek düzeyde belirtisi olan çocukların 6 yıllık izleminde belirtilerinin devam ettiği gösterilmiştir (34). Belirtilerin okul öncesi dönemden sonra da devam etmesinin düşük sosyoekonomik düzey, aile desteğinin zayıf olması ve anne eğitim düzeyinin düşük olması ile ilişkilendirildiği gösterilmiştir (35). Dikkatte eksiklik, sürdürülen dikkate gereksinimin daha az olması, öğrenme stratejileri bakımından tekrar ederek öğrenme okul öncesi dönem için tipiktir ve bu nedenle öğrenme deneyimi için fırsat bu dönemde çoktur (19).

Ancak yıllar ilerledikçe, akademik alanda tekrar ederek öğrenme fırsatı giderek azalacağından çocukların öğrenecekleri bilgiyi kaçırma olasılığı da artar. Okul ise daha kurallı ve yapılandırılmış bir ortam sunduğundan sınıf içerisinde

hiperaktivite ve dürtüsellığe gösterilen tolerans düşer. Hiperaktivite/dürtüsellik daha az yapılandırılmış aktivitelerde daha görünür olur (spor salonu, okul kantini gibi). Oysa dikkatsizlik, çelinebilir olmakla birlikte; söylenileni dinleme, verilen görevi tamamlama becerilerindeki sorunlar akademik talepler arttıkça daha da görünür hale gelir. DEHB tanısına sahip okul çağı çocukları, aynı zamanda yaralanma ve dürtüsel nitelikte yüksek risk içeren davranışlar sergileyebilmektedir (19).

Ergenlik döneminde, hiperaktivite genellikle azalır ancak dürtüsellik ve dikkat eksikliği ile ilgili sorunlar devam eder (34). Ergenin hayatında yer alan çok sayıdaki eğitsel, ders dışı beceriler ve kişisel öncelikler ile ilgili konular onları bunaltabilir. Zaman yönetimi, organizasyon, artan iş yükü, soyut düşünme ve çevrenin sosyal talepleri birleştığında ergen için zorluklar ortaya çıkabilmektedir. Aynı zamanda bu dönemde eşlik edebilen duygudurumda değişkenlikler, madde kullanımı, uyku bozuklukları gibi riskler de bu zorlukların alevlenmesine yol açabilir. Bu tip riskler eşlik ettiğinde, DEHB belirtilerinin sürmesine ve işlevselliklerinde daha fazla bozulmaya yol açabilir (19).

2.1.4. Etiyoloji

2.1.4.1. Genetik Çalışmalar

Yapılan araştırmalarda genlerin çevre ile etkileşiminin DEHB etyolojisinde önemli rol oynadığı gösterilmiştir (36,37). DEHB'deki genetik etkilerle ilgili yayınlanmış çalışmalara bakıldığında; DEHB'nin kalıtılabilirliği yüksek olup kalıtsallık oranı %70 ile %80 arasındadır (38). Genom boyu ilişkilendirme çalışmalarında pek çok genetik risk varyantı saptanmıştır. Her birinin hastalık riskine etkisinin düşük olduğu gösterilmiştir (39). Bu nedenle pek çok DEHB olgusunun aslında poligenik bir riske dayandığı görüşü desteklenmiştir. Yani her bir genetik varyantın tek başına hastalık riskine katkısı çok düşükken bir arada olduklarında hastalık riski artmaktadır. DEHB için olan bu poligenik risk bulgusu, genel psikopatoloji ve bazı psikiyatrik bozukluklar için de geçerlidir (40). Diğer bazı genler de meta-analizlerde gösterilmiştir; ancak bu genlerin risk statüsü, genom boyu çalışmalarda validasyonu sağlanana kadar belirsizliğini korumaktadır (13).

Genetik etki ve çevresel faktörlerin birbirlerini etkilediği artık bilinmektedir. DEHB için önemli çevresel etkenler ve bunların neden olduğu sonuçlar, genetik yatkınlığın bir sonucu olabilir (41). Çevresel etkenlerin beyin yapısı, fonksiyonu ve değişen DNA metilasyonu gibi epigenetik de olabilen biyolojik değişikliklere yol açtığına dair kanıtlar bulunmaktadır. Bu bulgular; gen, çevre ve biyolojinin birlikte çalıştığını göstermektedir (42).

2.1.4.2. Çevresel Etkenlerle İlgili Çalışmalar

Gözlemsel vaka kontrol çalışmaları ve epidemiyolojik çalışmalarda; çeşitli prenatal ve perinatal risk etkenleri, çevresel toksinler, diyet etkenleri ve psikososyal etkenlerin DEHB ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (43). Bununla birlikte; ilişkili olmanın doğrudan nedensellik anlamına gelmeyeceği, fenotipin de çevresel maruziyeti etkileyebileceği bilinmektedir (44).

Prenatal ve perinatal etkenlerden; düşük doğum ağırlığı ve prematürite, gebelik sırasında annenin stres düzeyi, sigara içmesi, alkol kullanımı, bazı ilaçlar (örn; parasetamol) ve madde kullanımı DEHB ile ilişkili risk etkenleri olarak saptanmıştır (43,44,45,46). Çevresel toksinlerden gebelik sırasında veya erken çocukluk döneminde kurşun maruziyeti, organofosfat pestisitler, poliklorlu bifeniller DEHB için diğer risk etkenleridir (43). Besin yetersizlikleri (örn; çinko, magnezyum, çoklu doymamış yağ asitleri), şeker ve yapay gıda renklendiricileri gibi besin fazlalıkları, IgG'si düşük ya da yüksek gıdaların da DEHB ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (44).

Psikososyal etkenlerden düşük gelir düzeyi, ailede geçimsizlik, sert/düşmanca ebeveynlik stili ile DEHB arasında ilişki olduğu gösterilmiştir. Boylamsal çalışmalar, tedavi çalışmaları ve bir evlat edinme çalışmasında olumsuz anne-çocuk ilişkisinin, erken çocukluktaki DEHB semptomlarının bir sonucu olarak ortaya çıktığı ve tedaviyle düzeldiği gösterilmiştir (41,47,48). Bununla birlikte çok ağır şiddette ve erken yaşanan sosyal yoksunluk ise daha farklı ve DEHB ile ilişkili bir etken olarak sayılabilir. Kurumlarda yetişen ve yaşamlarının ilk yılında yoksunluk çeken çocukların; evlat edinildiklerinde DEHB benzeri belirtiler, bilişsel zorluklar ve otizm benzeri belirtileri ergenlik döneminde de devam edecek şekilde sergiledikleri

saptanmıştır (49,50). Psikososyal bağlam, DEHB görünümünü şekillendirebilir; gelişimsel yörüngeyi, sonuçlarını ve bozuklukları etkileyebilir (44).

2.1.4.3. Nörogörüntüleme Çalışmaları

DEHB tanılı hastalarda yapılan fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (f-MRG) çalışmalarında bilişsel görevler sırasında birçok nöral ağın işlevinde anormallik olduğu bulunmuştur. Göreve dayalı bir f-MRG meta-analiz çalışmasında dikkat ve yürütücü işlevle ilişkili çeşitli nöral ağlarda değişiklikler olduğu gösterilmiştir (51). Yapısal MRG ile yapılan bir meta-analiz çalışmasında ise bazal ganglionlar ve limbik alanlarda değişiklikler olduğu gösterilmiştir (52). Beyaz cevher yapısının incelendiği ve difüzyon MRG kullanılan bir meta-analiz çalışmasında değişiklikler yaygın olmakla beraber; özellikle sağ anterior korona radiata, sağ forseps minör, bilateral internal kapsül ve sol serebellumda değişiklikler olduğu gösterilmiştir (53). Başka bir çalışmada ise azalmış toplam gri cevher hacmi ve değişen bazal ganglion hacimlerinin DEHB için ailesel riske işaret ettiği belirtilmiştir (54).

DEHB'nin 20 yıl önceki patofizyoloji modelleri belirli beyin bölgelerinin; özellikle frontal korteks ve bazal ganglionların fonksiyon bozukluğuna dayalıydı (55). Son yıllarda diğer ruhsal bozukluklarda olduğu gibi DEHB'de de majör paradigma belirli beyin bölgelerinin fonksiyonundaki bozulmalar yerine beyin ağlarındaki fonksiyon bozulmaları şeklinde yeniden şekillenmiştir. Son yirmi yılda gerçekleştirilen yapısal MRG çalışmalarının meta-analizleri, bazal ganglionlarda ve bir dizi başka subkortikal alanda değişikliklere işaret etmiştir (56,57). Fonksiyonel olarak; kapsamlı bir meta-analiz çalışmasında DEHB ile ilişkili düşük aktivasyon alanlarının çoğunun ventral dikkat ve frontoparietal ağlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir (51). Buna karşılık, DEHB ile ilişkili yüksek aktivasyon alanlarının çoğunun *default mode* ağının içinde olduğu ve diğer yüksek aktivasyon alanlarının görsel ağ içinde olduğu bulunmuştur. Bu bulgunun, dikkatle ilgili görevler sırasında aktif olan frontoparietal, ventral ve dorsal dikkat ağlarına uygunsuz şekilde *default mode* ağının dahil olması olarak belirtilen DEHB'nin son 20 yıldaki öne çıkan hipotezi ile uyumlu olduğu belirtilmektedir (51,58).

2.1.4.4. Nöropsikolojik Çalışmalar

Hayvan modellerinde yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular; dopaminerjik, noradrenerjik ve serotonerjik nörotransmisyonun DEHB'nin patogeneğinde etkili olduğunu düşündürmektedir. DEHB'yi tanımlayacak bir tek bilişsel profil olmamakla birlikte, çeşitli nöropsikolojik alanlarda bazı sorunlar tanımlanmıştır. Yürütücü işlevler bakımından yanıt inhibisyonu, vijilans, çalışma belleği ve planlama alanlarında bu hastaların güçlükler yaşadığı gösterilmiştir (59). Yürütücü işlevler haricinde ise zamanlama, belleğin depolama özellikleri, reaksiyon zamanında değişkenlik ve karar verme alanlarında zorluklar ile DEHB arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (60,61,62).

Frazier ve arkadaşlarının (2004) geniş ölçekli meta-analiz çalışmasında; daha düşük toplam zeka puanı, daha düşük okuma puanı ve aritmetik puanları ile DEHB tanısının orta derecede ilişkili olduğu bulunmuştur (63). Bridgett ve Walker (2006) tarafından yapılan başka bir meta-analiz çalışmasında ise DEHB tanısı ile zeka puanı ile ilgili eksiklikler ilişkisinin klinik olarak anlamlı düzeyde olmadığı saptanmıştır (64). Jackson ve MacKillop (2016) ile Marx ve arkadaşlarının (2018) iki büyük meta-analiz çalışmasında; DEHB tanılı bireylerin geciken büyük ölçekli ödüller yerine anlık küçük ödüllerini tercih etme eğilimleri ile orta derecede ilişki bulunduğu gösterilmiştir (65,66). Bununla birlikte; bilişsel işlevsellikte çalışmalarda heterojenlik bulunduğu görülmüştür ve bilişsel performans ile klinik belirti seyri arasında doğrudan bir ilişki bulunmadığı belirtilmektedir (44).

2.1.5. DEHB'ye Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar

DEHB; çocukluk ve ergenlik döneminde görülen diğer nörogelişimsel ve ruhsal bozukluklar ile sıklıkla eş hastalanım gösterir. Otizm spektrum bozukluğu %59, öğrenme güçlüğü %10-92, tik bozuklukları %55, depresyon %12-50, bipolar bozukluk %5-47, anksiyete bozuklukları %15-35, davranım bozukluğu %3,5-10, karşı olma karşı gelme bozukluğu %30-50, gelişimsel koordinasyon bozukluğu %30-50, enürezis %17, uyku bozuklukları %25-70 görülme oranları ile DEHB ile komorbidite gösteren psikiyatrik hastalıklardır (67,68).

DEHB, ergenlerde madde kullanım bozukluğunu 1,5 kat; sigara kullanımını 2,4 kat; problemlili internet kullanımını 9,3 kat arttırmaktadır (69,70). Aynı zamanda kız ergenlerde obezite riskini 1,23 kat arttırmaktadır (71). DEHB, çocuk ve ergenlerde düzensiz yeme tutumlarının farklı biçimleri ile ilişkili bulunmuştur (68).

2.1.6. DEHB ve OSB’de Görülen Benzer Özellikler

DEHB ve OSB, her ikisi de çocukluk döneminde başlayan nörogelişimsel hastalıklardır. OSB, birden fazla bağlamda mevcut olan sosyal iletişim ve etkileşimde eksiklikler, kısıtlı/tekrarlayıcı davranışlar, kısıtlı ve alışılmadık ilgi alanları ile duyuşal semptomlardan oluşan bir nörogelişimsel bozukluktur (1). OSB, DEHB gibi erkeklerde daha sık görülen bir bozukluk olup erkek kız oranı 4:1’dir; prevalansı yaklaşık %1 olarak belirtilmektedir (72,73). Amerika Birleşik Devletleri’ndeki Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi raporuna göre, 8 yaşındaki çocuklar arasında OSB prevalansı 2014’te 1/59 ve 2016’da 1/54 olarak bildirilmiştir (74).

DSM-V’ten önce klinisyenler OSB tanısı varlığında DEHB eş tanısını koyamıyorlardı; dikkat eksikliği ve/veya hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinin OSB’de ikincil olduğu düşünülüyordu (1). DSM-V ile birlikte her iki tanı da birlikte konulabilir duruma gelmiştir. OSB ve DEHB sıklıkla bir arada görülen iki tanıdır. Bir epidemiyolojik çalışmada DEHB tanılı gençlerin %13’ünün OSB tanısını da aldıkları gösterilmiştir (75). OSB tanısı olan çocuklarda en sık görülen eş tanının %40-70 oranında DEHB olduğu bilinmektedir (76).

Temel belirtileri ve tedavi yöntemleri açısından farklılık gösterse de her iki hastalıkta da benzer gelişimsel ve bilişsel sorunlar ile karşılaşmaktadır. Her iki hastalık da erkeklerde daha sık görülür. Entelektüel yetersizlik, gelişimsel koordinasyon bozukluğunu da içeren motor sorunlar, öğrenme güçlüğü, dil ve konuşma ile ilgili sorunlar iki hastalıkta da sık görülen diğer durumlardır (4). Ayrıca her iki hastalıkta da yürütücü işlevlerde belirgin problemler bulunmaktadır (59).

OSB ve DEHB’nin, hem tam hastalık tablosu düzeyinde hem de hastalık özelliği düzeyinde klinik ve genel popülasyonda yapılan kesitsel çalışmalarda yaygın olarak komorbidite gösterdiği saptanmıştır (77,78). Yapılan boylamsal bir

ikiz çalışmasında da hastalıklardan birinin özelliğini 8 yaşındayken gösteren bir çocuğun, 12 yaşındayken diğer hastalık özelliğini anlamlı düzeyde sergilediği bulunmuştur. İlişki gücü DEHB'nin OSB'yi öngörmesi bakımından daha yüksek bulunmuştur (79).

Son yıllarda otizm özelliklerinin DEHB tanılı çocuklarda önemli oranlarda bulunduğu dair çalışmalar artmaktadır (2,6). Biyolojik risk faktörleri, nöropsikolojik ve beyin görüntüleme çalışmalarından elde edilen bulgulara göre DEHB ve OSB hastalıklarında özellik düzeyinde pek çok örtüşme bulunduğu gösterilmiştir. Taurines ve arkadaşları (2012), bu örtüşmenin genetik ve genetik olmayan çeşitli biyolojik risk faktörlerinden kaynaklandığını ileri sürmüştür (80).

Aile ve ikiz çalışmaları, DEHB ve OSB'nin benzer ailesel/genetik faktörlerden kaynaklandığını desteklemektedir (81,82). Aday gen çalışmaları, bağlantı çalışmaları, genom boyu ilişkilendirme çalışmaları, bu birlikteliğe işaret eden bazı pleiotropik genleri, gen bölgelerini, tek nükleotid polimorfizmlerini umut vaat edici şekilde tanımlamışlardır (80,83). İki hastalık için de geçerli genetik olmayan biyolojik risk etkenleri arasında ise; annenin gebelikte kullandığı psikotrop ilaçlar, maternal pre-eklampsi, preterm doğum, maternal otoimmün hastalıklar ve maternal enfeksiyonlar bulunmaktadır (84,85,86,87).

Nöropsikolojik alanda görülen dikkat sorunları ve yürütücü işlevde sorunlar hem DEHB'de hem OSB'de sıklıkla bildirilmektedir. DEHB tanılı çocuklarda yürütücü işlevlerin değerlendirildiği bir meta-analiz çalışmasında; yanıt inhibisyonu, vijilans, çalışma belleği ve planlama alanındaki sorunların en sık saptanan sorun alanları olduğu bulunmuştur (59). OSB tanılı çocukların da planlama, bilişsel esneklik, yanıt seçimi ve izlemi, göreve başlama ve başlanan görevi değiştirebilme alanlarındaki yürütücü işlevlerde sorunlar yaşadıkları saptanmıştır (88,89,90).

Bu alanlardaki sorunlar, DEHB ve OSB'nin frontostriatal ve frontoparietal devreler gibi yürütücü işlevlerde anahtar rol oynayan devrelerin etkilenmesine bağlı oluşan nörogelişimsel hastalıklar olduğunu düşündürmektedir. Nörogörüntüleme çalışmalarında, her iki hastalık için de sol medial temporal kortekste gri cevherde yaygın azalma ve sol inferior temporal kortekste gri cevher hacminde artma gösterilmiştir (91). Christakou ve arkadaşlarının (2013), OSB ve DEHB tanılı erkek

çocuklarla yapılan, sürdürülen dikkatin önemli olduğu bir görev verilen f-MRG çalışmasında; her iki tanı grubundaki çocuklarda da kontrollere göre bilateral striatotalamik bölgede, sol dorsolateral prefrontal kortekste ve superior parietal kortekste aktivasyonun anlamlı düzeyde azaldığı gösterilmiştir (92).

2.2. Otizm Özellikleri

Otizm özelliklerine sahip bir bireyin özellikleri, ilk kez Baron-Cohen ve arkadaşları (2001) tarafından tanımlanmıştır (93). Constantino ve Todd (2003), otizm özelliklerini; genel popülasyonda Otizm Spektrum Bozukluğu tanısı için eşik altında kalan sosyal eksiklikler, iletişim sorunları ve tekrarlayan davranışlar olarak tanımlamıştır (94).

2.2.1. DEHB'de Otizm Özellikleri ile İlgili Çalışmalar

OSB tanı kriterlerinin karşılanmamasına rağmen, DEHB tanılı gençlerde önemli düzeyde otizm özelliğinin bulunduğu ve bu özelliklerin belirgin morbidite ve işlevsellikte bozulmaya neden olduğu ile ilgili çalışmaların arttığı görülmektedir (5). Bir sistematik gözden geçirmede DEHB tanılı çocukların %30'lara varan oranda otizm belirtisi gösterdiği; ancak OSB tanısı almadığı ve bu çocuklarla ilgili bulguların daha olumsuz olduğu belirtilmiştir (3). DEHB tanılı çocuklarda sıklıkla otizm belirtisi olduğu; bu çocukların okul, aktiviteler ve sosyal etkileşimler gibi işlevsellik alanlarında otizm belirtisi olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha fazla bozulma gösterdiği saptanmıştır (6,95).

Joshi ve arkadaşları (2020); on yıllık bir izlem süreci olan boylamsal çalışmalarında otizm özelliği gösteren DEHB tanılı çocuklarda, bu özelliği göstermeyen DEHB tanılı çocuklar ve kontrollere göre psikiyatrik komorbidite olarak; Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu, Davranım Bozukluğu, Antisosyal Kişilik Bozukluğu, Bipolar Afektif Bozukluk, Majör Depresif Bozukluk tanıları için hayat boyu riskin daha fazla olduğunu, madde kullanım bozukluğu açısından ise erişkin döneme kadar daha az riske sahip olduklarını bulmuştur. Aynı çalışmada otizm özelliği gösteren grubun, bu özelliğe sahip olmayan DEHB tanılı çocuklara ve sağlıklı kontrollere göre; boş zaman aktiviteleri ve akran ilişkileri alanlarında daha

kötü işlevselliğe sahip olduğu, sosyal işlevselliklerinin daha düşük olduğu, bu çocukların daha fazla özel alt sınıfa yerleştirildikleri bulunmuştur (5).

Cooper ve arkadaşlarının (2014) DEHB tanılı çocuk ve ergenlerle yaptıkları çalışmada otizm özelliği gösteren çocukların klinik, bilişsel ve gelişimsel özellikler bakımından daha ağır bir hastalık fenotipi gösterdiği bulunmuştur. Bu çalışmada otizm özelliği ile bileşik tip DEHB arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiş; aynı zamanda KOKGB, DB, anksiyete ve depresyon belirtilerinin daha fazla eşlik ettiği, motor ve dil alanlarında olmak üzere gelişimsel sorunların daha fazla olduğu, bilişsel becerilerinin daha zayıf olduğu (toplam zekâ puanının ve çalışma belleği hakkında fikir veren sayı dizisi testinde daha kötü performans) saptanmıştır. Bu bulguların bir kısmında sosyodemografik özellikler ve DEHB hastalık şiddeti gibi karıştırıcıların hesaba katılmasıyla anlamlılık düzeyinde azalma olsa da en güçlü ilişkilerin KOKGB, DB, anksiyete belirtileri, çalışma belleği sorunları ve motor problemler için geçerli olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada sosyal alandaki eksiklikler ile KOKGB belirtileri arasında, kısıtlı/tekrarlayıcı davranışlar ile hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri, anksiyete belirtileri ve genel motor problemler arasında ilişki olduğu bulunmuştur. Buna göre yazarlar, DEHB tanılı çocuklarda görülebilen kısıtlayıcı/tekrarlayıcı davranışların hiperaktivite, dürtüsellik, geç yürüme, sakarlık gibi genel bir motor işlev sorununa işaret edebileceğini belirtmişlerdir (4).

Çalışmalarda DEHB tanılı çocukların sıklıkla sosyal alanda eksiklikler yaşadığı, akran ilişkileri ve empati ile ilgili problemler yaşadıkları gösterilmiştir (96). Greene ve arkadaşları (1996), DEHB tanılı bir grup çocuğu 'sosyal beceriksiz' olarak tanımlamıştır. Bu çocukların kardeşleriyle geçinmede, kolayca arkadaş edinmede, şefkatli olmada, ev, okul, boş zaman etkinlikleri gibi farklı bağlamlarda daha fazla zorluklar yaşadıklarını belirtmiştir (97). Bu çocuklardaki DEHB semptomları tedavi edilse bile sosyal problemlerin sıklıkla devam ettiği gösterilmiştir (98).

Grzadzinski ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında, DEHB tanılı çocukların yaklaşık 1/3'ünün otizm özelliği gösterdiği, otizm özelliği gösteren çocukların daha fazla bileşik tip DEHB tanısına sahip olduğu, dilin daha ziyade pragmatik ve sosyal alanında zorlandıkları, karşıt olma karşı gelme belirtilerinin anlamlı düzeyde daha

fazla olduğu saptanmıştır (2). DEHB'ye eş tanı olarak KOKGB eşlik ettiğinde sosyal zorlukların daha fazla olduğu gözlemi aslında yeni değildir (7,97). Benzer şekilde KOKGB semptom şiddetinin OSB tanılı çocuklarda DEHB benzeri belirtiler eşlik ettiğinde sadece OSB tanısı olanlara göre daha fazla olduğu da gösterilmiştir (99).

Kotte ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında, otizm özelliği gösteren DEHB tanılı çocukların bu özelliği göstermeyen DEHB tanılı çocuklara göre; KOKGB ve DB gibi yıkıcı davranış bozukluklarına, duygudurum bozukluklarına, birden fazla anksiyete bozukluğuna, dil ve konuşma bozukluklarına anlamlı düzeyde daha fazla eş tanı olarak sahip oldukları, daha kötü duygu düzenleme becerilerine sahip oldukları, yürütücü işlevler ve bilişsel esnekliklerinin daha zayıf olduğu, daha fazla akran çatışması veya akran reddi yaşadıkları, okul ve boş zaman etkinliklerini daha kötü değerlendirdikleri, kardeş işlişlerinin daha çok problem içerdiği, prenatal ve natal komplikasyon öyküsünün daha fazla olduğu belirtilmiştir (6).

Kotte ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında ayrıca; otizm özelliği gösteren DEHB tanılı çocukların çekirdek DEHB belirtileri bakımından, otizm özelliği göstermeyen DEHB tanılı çocuklardan herhangi bir farklılık göstermediği; fakat sakarlık, dağınıklık, sosyal güçlükler gibi DEHB ile işlişli ve eşlik eden diğer semptomlar nedeniyle daha ağır bir klinik tablo çizdiklerini belirtmiştir. Otizm belirtileri olan DEHB tanılı çocuklarda gözlenen sakarlığın, Asperger sendromunda görülen bozulmuş hareket kinetiği ile işlişli olabileceği veya 'DAMP profili' ile işlişli olabileceği belirtilmiştir (6).

Dikkat, motor kontrol ve algı alanında yaşanan sorunlarla karakterize olan 'DAMP sendromu' ilk kez 1970'lerde DEHB'nin DSM tarafından resmi olarak tanımlanmasından önce İskandinav popölasyonunda tanımlanmıştır (100). DAMP sendromunun ağır formları 7 yaşındaki çocukların %1,2-2'sinde görülür (101). Genel popölasyonun %3-6'sında ise daha hafif formları bulunmaktadır (102). Kadesjö ve Gillberg (1999), DAMP sendromunun tüm DEHB olgularının yarısında bulunduğunu belirtir (101). DAMP sendromu, çeşitli prenatal ve perinatal risk faktörleri ile işlişlendirilmiştir. Düşük doğum ağırlığı ve prematürite, gebelikte annenin alkol kullanımı, sigara içmesi DEHB'de olduğu gibi DAMP sendromu ile de işlişlendirilmiştir (103).

DAMP sendromuna sahip olan çocuklarda yüksek oranlarda öğrenme güçlükleri görülmektedir. Şiddetli DAMP profiline sahip çocukların yaklaşık 2/3'sinin ise OSB tanısına sahip oldukları belirtilmektedir. Alıcı-ifade edici dil bozuklukları, dilin semantik ve pragmatik kullanımı ile ilgili bozukluklar, artikülasyon bozuklukları, dil akıcılığında bozukluk gibi dil ve konuşma bozuklukları, DAMP profilindeki çocukların yaklaşık yarısında bulunmaktadır. Dil ve konuşma bozuklukları, şiddetli DAMP profilindeki çocuklarda daha fazla görülmektedir (100).

DAMP sendromu sıklıkla; dikkat eksikliği belirtileri, motor koordinasyon sorunları ve/veya görsel-algısal becerilere dayanan bilişsel ölçümlerde bozukluk olmasıyla belirlidir (77). DAMP sendromunun, DEHB ve Gelişimsel Koordinasyon Bozukluğu eş tanısına karşılık geldiği yorumları yapılmaktadır (104,105). DAMP sendromu kavramı tartışmalı olsa da DAMP benzeri sendrom profiline sahip çocukların, sadece DEHB tanısı olan çocuklara göre daha kötü bir psikososyal prognoza sahip olmaları nedeniyle önemli bir kavramdır (105). Aynı zamanda DAMP profiline sahip çocuklarda davranım bozukluğu, depresyon, anksiyete bozuklukları daha fazla görülmektedir (100).

2.3. Duygu Düzenleme

DEHB ve OSB literatüründe sıklıkla karşımıza çıkan bir diğer kavram ise duygu düzenleme becerisidir. Duygu düzenleme, kişinin duygusal durumunu uyuma ve amaca yönelik olarak ayarlayabilme becerisidir (106). Kişinin, duygusal olarak uyarıcı olan uyaranları seçmesine, değerlendirmesine, kullanmasına ve bunu esnek bir şekilde yapabilmesine olanak sağlayan süreçleri kapsar. Bu süreçler amaca uygun olarak değiştirilebilen davranışsal ve fizyolojik yanıtları tetikler. Duygu düzenleme güçlükleri, uyuma dönük süreçler bozulduğunda ortaya çıkarak bireyin çıkarına engel teşkil edecek davranışlara neden olur. Duygu düzenlemede güçlük; sosyal normlar ve bulunulan bağlama göre aşırı veya uygun olmayan duygusal ifade ve deneyimler, duygulardaki hızlı ve kontrolü zayıf değişimler (labilite), duygusal uyarana verilen anormal dikkat şeklinde olabilir (8).

Duygu düzenleme becerisi hayat boyu gelişirken çocuklar temel duygu düzenleme stratejilerini yaklaşık yedi yaşına kadar edinirler. Duyguları düzenlemek için kullanılan stratejiler çeşitli olup yardım arama, kaçınma, dikkati yeniden yönlendirme, baskılama ve problem çözmeyi içerir. Bu stratejilerin gelişimi karmaşıktır; genetik, biyolojik, biliş, mizaç, sosyal çevre ve öğrenmenin birbiriyle etkileşimi ile olur (107).

Duygu düzenleme güçlüğü, DEHB'yi de kapsayan nörogelişimsel bozukluklarda sıklıkla görülmektedir. DEHB'nin 'Minimal Beyin Hasarı' olarak kavramsallaştırıldığı zamanlarda duygu düzenleme güçlüğü, dikkat eksikliği ile birlikte ana belirtiler arasında yer alıyordu. DSM-III'ün yayınlanması ile birlikte ise DEHB için bir tanı kriteri olmaktan çıkıp DEHB ile ilişkili bir özellik haline gelmiştir (108).

Duygu düzenleme, boyutsal bir özellik olup DEHB'ye özgü bir durum değildir. Aksine içselleştirme ve dışsallaştırma bozuklukları şeklinde yapılan geleneksel sınıflandırmanın temelini zayıflatır ve belki de bu bozukluklar arasındaki yüksek korelasyonu açıklayabilir (109). Örneğin; irritabilite sorunları yaşayan DEHB tanılı çocuklarla, DEHB tanısı olup irritabilitesi olmayan çocukları karşılaştırdıkları bir çalışmada irritabilitesi olan çocuklarda KOKGB'nun dışında depresyon ve distiminin de sık olarak eşlik ettiği saptanmıştır (110). Aynı zamanda, duygu düzenlemede güçlük, herhangi bir DSM tanısına denk düşmez. Örneğin; KOKGB'ndeki üç semptom kümesinden (kızgın/irritabl ruh hali, meydan okuyan davranışlar, kin tutma) sadece ilki düzenlenemeyen duyguyu yansıtmaktadır (111). Daha ileri boyutta ise DSM-V'te yeni bir tanı olan Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu'nda (YDDB) sık ve şiddetli olan öfke patlamaları ile irritabilitenin arkasındaki ana etyolojik etkenin duygu düzenlemede güçlük olduğu görülmektedir (8). İrritabilite, duygu düzenlemede güçlüğü klinik dışavurumu olup tepkisel agresyon ve öfke patlamaları ile ilişkilidir (112).

2.3.1. Duygu Düzenlemeyle İlişkili Etkenler

Duygu düzenlemede genetik ve çevresel etkenlerin rol oynadığı düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda DEHB tanısı olup duygu düzenleme güçlüğü de yaşayan çocuk, ergen ve yetişkinlerin kardeşlerinde de DEHB ve duygu

düzenlemede güçlüklerin yüksek oranlarda görüldüğü bildirilmiştir (113,114). Duygu düzenlemede güçlüğün %67 gibi yüksek bir oranda kalıtılabilir olduğu ve çalışmalarda aday genler olduğu bildirilmiştir (115, 116).

Mizaç, yaşamın erken dönemlerinde var olan, zaman içindeki çeşitli durumlarda görece stabil kalan, biyolojik temeli bulunan davranışsal eğilimlerdeki bireysel farklılıklardır (117). Mizaç, duygunun gelişimi ve duygu düzenlemenin üzerine inşa edileceği bir temel sağlar ve çeşitli bağlamsal faktörlerle etkileşerek farklı çıktılara yol açar (118). Olumsuz duygulanımın belirgin olduğu erken dönemdeki zor mizacın, sonradan gelişebilecek DEHB ve duygu düzenleme güçlükleri ile hafif düzeyde ilişkili olduğu belirtilmektedir (8).

Ebeveynlikle ilgili etkenler, çocuğun duygu düzenleme yeterliliğinde önemli sonuçlara yol açabilir; çocukların DEHB belirtilerini alevlendirebilir ve/veya eşlik eden durumlar için risk oluşturabilir. Duygusal sosyalizasyon, erken yaşlarda başlayıp ebeveynlerin çocuklarına uygun duygusal yanıtları öğrettiği, koçluk ettiği ve model olduğu durumu anlatır ve çocukların duygu düzenleme becerilerinin gelişimi ile ilişkilidir (119). Ebeveynin çocuğun olumsuz duygularıyla baş edebilmesi, duygusal sosyalizasyonun ve dolayısıyla duygu düzenlemenin de önemli bir parçası sayılabilir (120).

Çocuğun kendini yatıştırabilme, güven duyma, bütünlük duygusu sağlama, duygusunu düzenleyebilme, özdeğer duygusunu sürdürebilme gibi kendilik işlevleri olan ruhsal düzenlemeleri, erken gelişim döneminde bebek için kendilik nesnesi olan anne yürütür. Annenin bu dönemde çocuğa yaklaşımı, bebeğin gereksinimlerini algılayışı ve eşduyum içeren uygun tepkiler verebilmesi bebeğin kendilik duygusunun gelişimi için gereklidir (121). Dolayısıyla çocuğun içinde bulunduğu aile ortamı ve bakımveren ile ilişkisinin de duygu düzenlemede oynadığı rol yadsınamaz.

Ebeveynler, çocukların duygularına bazen destekleyici olmayacak yanıtlar vermesine rağmen çocuklar hala uygun ve uyuma dönük duygu düzenleme becerileri gösterebilirler. Aynı zamanda ebeveynler çocukların olumsuz duygularına destekleyici yanıtlar verse de çocuklar duygu düzenlemeyle ilgili sorunlar yaşayabilir veya ruhsal hastalıklar geliştirebilirler. Bu nedenle ebeveynlik, DEHB tanısı olan

çocuklarda eşlik eden durumları öngörmede çocuğun duygu düzenlemesi ile etkileşerek bir risk veya dayanıklılık etkeni olarak etki edebilir (120).

Ebeveyn davranışları, DEHB tanılı çocuklarda duygu düzenlemenin ötesinde komorbid durumlarla da ilişkilidir. Johnston ve Mash (2001), DEHB tanılı çocukların ebeveyn davranışlarını etkileyebileceği, ailesel faktörlerin de aynı zamanda çocuğun davranışını etkileyebileceği şeklinde DEHB ve aile işlevselliğinin bir işlemsel modelini öne sürmüştür (122). Bununla birlikte, literatürde DEHB tanılı gençlerde ailesel faktörler ve ebeveynlik ile ilgili karmaşık bulgular vardır. Bazı çalışmalar; DEHB tanılı çocukların ailelerinin DEHB tanısı olmayan çocukların ailelerine kıyasla; daha stresli ve çatışmalı aile ortamlarının olduğunu, daha kötü ebeveynlik becerilerinin bulunduğunu ve daha az yetkili ebeveynlik inancına sahip olduklarını belirtmiştir (123,124). Bazı çalışmalar ise ailesel sorunların tek başına DEHB'ye özgü olmaktan çok KOKGB ve DB ile ilişkili olduğunu belirtmiştir (125,126).

2.3.2. DEHB ve Duygu Düzenleme Güçlüğü

Birçok epidemiyolojik çalışmada duygu düzenlemede güçlükler ile DEHB arasında güçlü bir ilişki olduğu gösterilmiştir (127,128,129). Populasyon temelli bir çalışmada DEHB tanısı alan çocukların %38'inin duygu labilitesi yaşadığı ve bunun normal populasyon oranının 10 katı olduğu belirtilmiştir (129). Klinik temelli çalışmalarda DEHB tanılı çocuk ve gençlerde duygu düzenleme güçlüğü prevalansı %24-50 olarak gösterilmiştir (8).

Shaw ve arkadaşlarının (2014) meta-analiz çalışmasında; DEHB olmayan populasyonla karşılaştırıldığında DEHB tanılı populasyonda agresyon içeren davranışlarda tutarlı şekilde artış olduğu gösterilmiştir (8). Genel populasyonda agresyon ve hiperaktivite/dürtüsellik arasındaki korelasyonun, agresyon ve dikkatsizlik arasındaki korelasyondan daha yüksek olduğu gösterilmiştir (109). Klinik populasyonda ise duygu düzenlemede güçlükler sıklıkla her bir semptom alanı ile ilişkilidir (113,130).

DEHB tanılı çocukları, yetişkinlik dönemlerine kadar takip eden çalışmalarda bu çocukların erişkin dönemlerinde yıkıcı davranış bozuklukları, antisosyal kişilik

bozukluğu, duygudurum ve anksiyete bozuklukları tanılarının yüksek oranlarda bulunduğu belirtilmiştir (131). Klinik temelli çalışmalar DEHB tanılı erişkinlerin %34-70'inin duygu düzenlemede zorluklar yaşadığını göstermektedir (132,133).

DEHB tanısı ile duygu düzenlemede güçlükler bir arada bulunduğu işlevsellikte önemli bozulmalar görülmektedir. Yapılan bir çalışmada çocuklarda dikkat eksikliği ve hiperaktiviteden daha çok duygusal sorunların iyilik hali ve benlik saygısı üzerinde olumsuz şekilde etkili olduğu saptanmıştır (134). Duygu düzenlemede güçlükler yaşayan DEHB tanılı hastaların akran ilişkileri, aile hayatı, akademik başarı ve mesleki uğraşlarında sadece DEHB tanılı olan kişilere göre anlamlı düzeyde daha fazla sorun yaşadığı ve bu durumun KOKGB gibi eşlik eden tanılar kontrol edildiğinde de devam ettiği gösterilmiştir (135,136).

DEHB'de duygu düzenleme güçlüklerinin birçok farklı düzeydeki problemden kaynaklandığı düşünülmektedir. En temel düzeyde, duygusal uyarılara yönelmede ve ödül değerlendirmede; yani 'aşağıdan yukarıya işleme süreci'nde anormallikler bulunmaktadır. Bununla birlikte; dikkatin duygusal uyarana verilmesi gibi 'yukarıdan aşağıya işleme süreci'nde eksiklikler de olabilmektedir. Aynı zamanda, çalışma belleği ve yanıt inhibisyonundaki eksiklikler gibi bilişsel süreçlerdeki sorunlar da duygu düzenlemede zorluğa katkıda bulunabilir; fakat bunlar tek başlarına DEHB'de duygu düzenleme sorunlarını açıklayamıyor gibi görünmektedir (8).

Duygusal uyarana aşağıdan yukarı işleme sürecine aracılık eden beyin bölgeleri; amigdala, ventral striatum, orbitofrontal korteks olarak sayılabilir. Medial prefrontal korteks ve ventrolateral prefrontal korteks, biliş ve duygunun arayüz bölgeleri olarak dikkatin duygusal uyarana anormal paylaşılmasında sorun yaşanan yukarıdan aşağıya işleme sürecindeki aksaklıklara aracılık eden beyin bölgeleri olarak sayılabilir (137,138). Motor korteks ve yardımcı motor korteks gibi motor kontrolde rol oynayan bölgeler, öne çıkan uyarıyı izlemede rol alan temporopariyetal bileşke ve frontal operkulum bölgeleri, dikkati esnek şekilde kaydırabilmeye yarayan frontal göz alanı ve interpariyetal sulkus bölgeleri ise daha yüksek kortikal merkezler olup duygu düzenlemedeki rolleri daha az doğrudan sayılabilir (139).

Bir kişide DEHB ve duygu düzenleme zorluğundan kaynaklanan semptomların oluşumu, her bir sinir ağındaki ve bulunduğu seviyedeki işlev sorunlarının derecesine bağlı olabilir. Shaw ve arkadaşları (2014), medial ve ventrolateral prefrontal korteks gibi biliş ve duygu ile ilgili kortikal ağların fonksiyonunda bir sorunun hem DEHB belirtileri hem duygu düzenlemede zorluklarla ilgili belirtiler ile ilişkili olduğunu; lateral prefrontal veya pariyetal kortikal bölgeler gibi daha yüksek düzeydeki ağların fonksiyonunda yaşanan sorunda ise dikkatsizlik gibi bir belirtinin duygu düzenlemede güçlükten daha baskın görünebildiğini; baskın olarak paralimbik bölgenin işlev bozukluğunda ise ana semptom olarak duygu düzenleme güçlüğüne görünür olacağını belirtmiştir (8).

Duygu düzenleme ile ilgili üç kavramsal modelden söz edilmektedir. İlk modeli savunanlar, duygu düzenlemenin; dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik kadar DEHB'nin tanımlayıcı bir özelliği olduğunu öne sürerler (140). İkinci modelde, DEHB ve duygu düzenlemede güçlüğü birlikteliğinin ayrı bir antite olduğu düşünülür (114). Bu model, DEHB ve duygu düzenleme sorunlarının ailesel genetik bulgularına dayanılarak oluşturulmuştur (113,141). Üçüncü model ise DEHB ve duygu düzenleme güçlüğü belirtilerinin birbirinden ayrı fakat ilişkili alanlar olduğunu, her birinin kısmen örtüşen ancak ayrışabilen nörobilişsel eksikliklerle ilintili olduğunu savunur. Bu model, DEHB'yi oluşturan çoklu fakat örtüşebilen yollar kavramsallaştırması ile uyumludur (138,139).

Çocuklarda duygu düzenleme ile ilgili yaşanan güçlükler; azalmış prososyal davranışlarda, akademik başarıda, sosyal yeterlilikte, sosyal ilişkilerin niteliğinde azalma ve psikopatolojilere yatkınlıklarda artış ile ilişkilidir (9). Duygu düzenleme, davranışsal ve psikolojik işlevlerle de etkileşerek; DEHB tanılı çocuklarda anksiyete, depresyon, KOKGB, DB gibi komorbid hastalıkların gelişiminde ortak bir risk etkeni olarak rol oynayabilir (120). Taşkiran ve Kültür'ün (2014) çalışmasında; duygu disregülasyon profilinin bulunduğu DEHB tanılı çocuklarda KOKGB'nun hem belirti hem tanı düzeyinde daha fazla bulunduğu, davranış sorunlarının daha fazla görüldüğü ve bu çocukların daha fazla bileşik DEHB görünümüne sahip oldukları belirtilmiştir (142).

Davranışsal sorunlar sergileyen çocuklar sıklıkla olumsuz mizaç özelliklerine sahiptir; öfkelerini, saldırganlık dürtülerini ve olumsuz duygularını düzenlemekte

zorluk çekerler. DEHB tanılı çocuklarda duygu düzenleme zorlukları özellikle saldırganlık belirtileri ile ilişkilidir (143). KOKGB'nin olumsuz duygusallıkla ilişkili olduğu düşünüldüğünde, DEHB tanısı olup aynı zamanda öfkellik ve saldırgan davranışlara yatkınlık gibi duygu düzenleme güçlükleri sergileyen çocuklar özellikle katı, tutarsız ve destekleyici olmayan ebeveynlik stratejileri bağlamında KOKGB ile uyumlu semptomlar geliştirebilirler (122).

İçselleştirme sorunları olan çocuklar genellikle düşük düzeyde çaba gerektiren kontrol ve yüksek düzeyde kaçınma sergiler (144). Özellikle anksiyetesi olan çocuklar, duygusal uyarı yaratan olaylar ve durumlardan kaçınma eğilimindedir (145). Kaygıyı daha yoğun yaşarlar, duygusal ifadeleri düzenlemekte zorlanırlar ve daha az uyuma dönük baş etme becerileri gösterirler. İçinde buldukları duygudurumunu düzeltebilme becerileri anksiyöz olmayan çocuklara göre azalmıştır (146).

Anksiyetesi olan DEHB tanılı çocuklarda yanıt inhibisyonu ile ilgili bulgular karışıktır; bazı araştırmalar artmış yanıt inhibisyonu olduğunu gösterirken bazıları bu bulguyu desteklememektedir (147). Bu farklı sonuçların DEHB'de sergilenen belirti türünün bir sonucu olabileceği belirtilmektedir. Anksiyete bozukluğu olan ve hem dikkat eksikliği belirtileri hem hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri sergileyen çocuklarda sadece DEHB tanısı olan çocuklara göre; dikkat kontrolünde azalma, tehdit edici uyarılara karşı dikkat yanlılığında artış, çaba gerektiren kontrolde azalma gibi bazı yürütücü işlev sorunlarının olduğu, negatif geri çekilmede artış olduğu, düşmanca davranış ve öfkede azalma olduğu belirtilmektedir (148). Dikkat eksikliği baskın tip DEHB olguları, bileşik tip DEHB olgularına göre; anksiyöz dürtüsellik, aşırı uyarılma ve dikkat sorunları sergileyebilirken daha az düzeyde yürütücü işlev bozuklukları yaşayabilmektedir (123). Bu nedenle DEHB ve anksiyete, dikkat ve duyguların zayıf düzenlenmesi ile ilişkili olup olumsuz uyarana artmış dikkat ve eşlik eden duyguların zayıf düzenlenmesine neden olabilmektedir (175). Bununla birlikte bulgular, çocuklardaki belirti türüne ve yaşadıkları anksiyete bozukluğunun türüne göre farklılık gösterebilmektedir (120).

2.3.3. OSB’de Duygu Düzenleme Güçlükleri

İnsanlar genellikle duygusunu düzenleyebilmek için çoklu stratejiler kullanır (149). Bu durum bir stratejiyi seçebilmek ve esnek şekilde uygulayabilmek için duygu düzenleme stratejileri repertuarına sahip olmayı gerektirir (150). Bazı kişiler daha fazla uyuma dönük duygu düzenleme stratejisi repertuarına sahipken bazıları daha çok uyuma dönük olmayan stratejileri kullanır; fakat çoğu kişi her iki türde stratejiyi de kullanır (151).

Kashdan ve Rottenberg (2010), duygudurum ve anksiyete bozukluklarının temel özelliğinin durumlara verilen basmakalıp tepkiler olduğunu öne sürer. Ayrıca psikolojik esnekliği etkileyen önemli bir etmenin yürütücü işlev olduğunu belirtir (152). OSB tanılı bireyler bu tanıya sahip olmayan bireylere göre yürütücü işlevlerde daha fazla zorluk yaşamaktadır; böylece bu bireylerde daha fazla duygu düzenleme güçlüğü ve daha fazla uyuma dönük olmayan duygu düzenleme stratejilerinin kullanımı görülmektedir (151).

OSB tanılı çocuklar, bozulan duygu düzenleme becerileri nedeniyle öfke nöbetleri, saldırganlık ve kendine zarar verme davranışı gibi duygusal uyarılara dürtüsel tepkiler verme eğilimindedirler (153). Mattila ve arkadaşlarının (2010) alışmasında; OSB tanılı ocuklarda KOKGB belirtileri ve duygusal sorunların yüksek oranda görüldüğü saptanmıştır (154).

Samson ve arkadaşlarının (2012) erişkin örnekleme yaptıkları çalışmasında; Asperger sendromu ve yüksek işlevli otizm tanılı bireylerin tipik gelişen bireylere göre daha fazla olumsuz duygu bildirdiği, duyguları tanımlamada daha fazla zorluk yaşadıkları saptanmıştır. Bir duygu düzenleme stratejisi olan bilişsel yeniden değerlendirmeyi daha az sıklıkla kullandıkları, baskılama stratejisini ise daha sık kullandıkları görülmüştür. Duygu düzenlemedeki bu farklılıklar, duygu deneyimi ve adlandırılması kontrol edilse de anlamlılığını sürdürmüştür (155).

2.3.4. Otizm  zellikleri ve Duygu Düzenleme Güçlükleri

Otizm  zellikleri ve duygu düzenleme güçlükleri arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (155,156,157). Otizm  zellikleri, duygu

düzenleme üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir. Zihin kuramı, duygu düzenlemenin gelişiminde önemli bir öncüdür (158). Otizm özelliklerinin bulunması, zihin kuramındaki sorunlara işaret eder (159).

Schoorl ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında, KOKGB/DB tanılı çocuklarda yaşanan duygu düzenleme ile ilgili güçlüklerle otizm özelliklerinin ilişkili olduğu gösterilmiştir (9). Green ve arkadaşlarının (2016) DEHB tanılı çocuklar ve sağlıklı kontrol grubunda otizm özelliklerini inceledikleri çalışmasında; otizm özellikleri, DEHB tanılı çocuklarda hem kategorik hem boyutsal düzeyde içselleştirme belirtileri ile ilişkili bulunmuştur. DEHB tanısı olmayan sağlıklı kontrollerde de otizm özellikleri duygusal sorunlar ile ilişkili bulunmuştur (15).

Kotte ve arkadaşlarının (2013) DEHB tanılı çocuklarda otizm özelliklerini incelediği çalışmasında; otizm özelliği gösteren DEHB tanılı olguların sadece DEHB tanısı olan olgulara ve kontrol grubuna göre ağır duygu düzenleme sorunlarını anlamlı düzeyde daha fazla yaşadıkları gösterilmiştir (6). Liu ve arkadaşlarının (2017) çocuklarda otizm özelliklerinin internet bağımlılığına etkisini araştırdığı çalışmasında; duygu düzenleme ve okula bağlılığı, otizm özellikleri ve internet bağımlılığı arasındaki ilişkiye sıralı bir aracı etkide bulunduğu gösterilmiştir (160). Özbaran ve arkadaşlarının (2022), DEHB ve Özgül Öğrenme Bozukluğu (ÖÖB) eş tanısı olan çocuklar ve tipik gelişen çocukları karşılaştırdıkları çalışmasında; DEHB ve ÖÖB eş tanısı olan çocukların duygu düzenleme becerilerinin daha kötü, otizm özelliklerinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (161).

Pisula ve arkadaşlarının (2015) örnekleme üniversite öğrencilerinden oluşan çalışmasında; artan otizm özellikleri ile daha fazla olumsuz duygusal tepkisellik arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (157). Rinaldi ve arkadaşlarının (2022) mizofoni ve otizm özellikleri ile ilgili ergenler ve yetişkinlerle yaptıkları çalışmada; mizofonisi olan katılımcıların daha fazla otizm özelliği gösterdiği, aynı zamanda duygu düzenleme güçlükleri de yaşadıkları bulunmuştur (162). Otizm özellikleri olan bireylerin kişiler arası iletişimde yaşadığı güçlüklerde; sosyal etkileşimde duyguları iletebilmenin ve kişinin kendi duygusunu tanımasının rolü vurgulanmaktadır (163). Vaiouli ve Panayiotou'nun (2021) aleksitimi, otizm özellikleri ve duygu düzenleme becerilerini inceledikleri erişkin katılımcılarla yaptıkları çalışmasında; otizm

özellikleri ve aleksitiminin birbirleri ile ilişkili ancak farklı kavramlar olduğunu, otizm özellikleri ve duygu düzenleme arasındaki ilişkiyi aleksitimik özelliklerin anlamlı düzeyde etkilediği gösterilmiştir (164).

2.4. Yaşam Kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini, “bireylerin yaşadıkları kültür ve değer sistemleri bağlamında; amaçları, beklentileri, standartları ve ilgi alanları ile ilişkili olarak yaşamdaki konumlarına ilişkin algısı” olarak tanımlar (165). Yaşam kalitesi çok boyutludur ve fiziksel, sosyal, ruhsal sağlıkla ilgili alanları kapsamaktadır. Geniş kapsamda fiziksel ve psikososyal olarak iki kümede sınıflandırılır (166).

2.4.1. DEHB’de Yaşam Kalitesi

DEHB tanılı çocukların, yaşam kalitesi ölçümlerinde aynı yaş grubundaki akranlarından anlamlı düzeyde daha düşük puan aldıkları bildirilmektedir (12). DEHB’nin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi; en azından astım, serebral palsi, diyabetes mellitus gibi fiziksel sağlık sorunlarındaki kadar önemli görünmektedir (167,168,169).

DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde yaşam kalitesini araştıran birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalarda; DEHB tanılı çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinin bildirimine göre DEHB’nin psikososyal yaşam kalitesine büyük düzeyde negatif etkilerinin olduğu, fiziksel yaşam kalitesi alanına ise küçük düzeyde etkisi olduğu, bazı çalışmalarda ise fiziksel yaşam kalitesine etkisinin bulunmadığı gösterilmiştir. Bu çalışmaların çoğunda DEHB tanılı çocuk ve ergenler, ebeveynlerine göre yaşam kalitelerinde daha az bozulma olduğunu bildirmişlerdir (11,12,170).

Lee ve arkadaşlarının (2016) DEHB tanılı çocuk ve ergenlerin yaşam kalitelerini tipik gelişen çocuklarla karşılaştırarak inceledikleri bir meta analiz çalışmasında hem çocuk/ergenlerin hem ebeveynlerin bildirimine göre; DEHB’nin yaşam kalitesinin fiziksel alanını orta düzeyde olumsuz olarak etkilediği, psikososyal alanını (okul, sosyal ve duygusal alanlar) ise ağır düzeyde etkilediği saptanmıştır. Sonuçlar açısından ebeveyn ve çocuk/ergen bildirimleri arasında fark bulunmadığı belirtilmiştir (171).

DEHB tanılı çocukların fiziksel yaşam kalitesinin DEHB tanısı bulunmayan çocuklara göre daha düşük olmasına yol açabilecek etkenler olarak; motor becerilerinin daha zayıf olması, fiziksel aktiviteyi daha az tercih etmeleri, daha fazla yaralanma yaşamaları, eşlik eden Gelişimsel Koordinasyon Bozukluğu tanısının bulunması, daha fazla fiziksel sağlık sorunu ve uyku sorunları yaşamaları olabileceği bildirilmiştir (172,173,174). Aynı zamanda DEHB tanılı çocuklarda depresyon ve anksiyete gibi eşlik eden psikiyatrik hastalıklar da DEHB tanısı olmayan çocuklara göre daha sık olduğundan bu hastalıklarla ilişkili yorgunluk gibi somatik şikâyetler de daha sık görülebilmektedir (175,176). Lee ve arkadaşları (2016), bu etkenlerin fiziksel yaşam kalitesini etkileyebileceğini öne sürmektedir (171).

DEHB tanılı çocukların tipik gelişen çocuklara göre psikososyal yaşam kalitesinin daha düşük bildirilmesi de çeşitli nedenlere dayandırılmaktadır. Bununla ilişkili olarak; DEHB'nin kendi çekirdek belirtileri, duyguları ve davranışları düzenlemekle ilgili güçlükler, eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklardan kaynaklanan psikososyal etkenlerin etkili olabileceği belirtilmektedir (135). DEHB tanılı çocuk ve ergenlerin okulda, evde ve diğer sosyal ortamlarında etkinliklere katılımları sınırlı olduğundan bu durumun da psikososyal yaşam kalitesini ağır derecede etkileyebileceği belirtilmektedir (171).

Mulraney ve arkadaşlarının (2019) boylamsal çalışmasında DEHB tanılı çocuklarda, çalışmanın tüm safhalarında DEHB belirtilerinin daha kötü yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Uykunun DEHB ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye aracılık ettiği gösterilmiştir (177). DEHB semptom şiddeti ile yaşam kalitesi arasında, küçük-orta düzeyde ilişki olduğu literatürdeki çalışmalarda tutarlı olarak gösterilmiştir (135,178).

DEHB tanılı çocukların yaşam kalitesinin, sadece DEHB belirtilerinden etkilenmeyeceği; aynı zamanda eşlik eden hastalıklardan da etkilendiği bilinmektedir. DEHB tanısına eşlik eden KOKGB, anksiyete bozuklukları, uyku güçlükleri gösteren çocukların sadece DEHB tanılı çocuklara göre daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu gösterilmiştir (179,180,181). Dallos ve arkadaşlarının (2017) DEHB tanılı çocuklarda yaşam kalitesini inceledikleri çalışmasında; öz bildirim dayalı düşük yaşam kalitesinin kız cinsiyetle, artan yaşla, boyutsal olarak daha fazla

anksiyete ve travma ile ilişkili hastalık semptomlarıyla ilişkili olduğu, kategorik olarak da eşlik eden travma ile ilişkili bozukluklar ve KOKGB/DB ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Ebeveyn bildirimine dayalı düşük yaşam kalitesi; daha büyük yaş, duygudurum ve anksiyete belirtileri ile ilişkiliyken kategorik olarak da duygudurum, anksiyete bozuklukları ve KOKGB/DB ile ilişkili bulunmuştur (182).

Dallos ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında; DEHB alt tiplerinin yaşam kalitesini etkilemede farklılık göstermediği saptanmıştır. Aynı çalışmada, DEHB'ye KOKGB/DB kategorik olarak eşlik ettiğinde hem çocukların hem ebeveynlerinin bildirimine dayalı olarak daha düşük yaşam kalitesi düzeyinin bildirildiği bulunmuştur. Bu durumun sadece KOKGB/DB'nun DEHB ile sık görülen bir eş hastalanım olmasıyla açıklanamayacağı, bu komorbiditenin sadece DEHB tanısına kıyasla daha şiddetli belirtilere, daha belirgin nörobilişsel eksikliklere ve daha kötü prognoza işaret ettiği gerçeğini göz önünde bulundurmak gerektiği belirtilmiştir (44,182).

2.4.2. OSB'de Yaşam Kalitesi

Alanyazın incelendiğinde OSB'de yaşam kalitesini araştıran pek çok çalışma olduğu görülmektedir. Oakley ve arkadaşlarının (2021) OSB tanılı çocuk, ergen ve erişkinlerde yaşam kalitesini inceledikleri çalışmasında; otizmlili bireylerin kontrol grubuna göre erişkinlerde özellikle fiziksel sağlık alanında, çocuk/ergenlerde ise özellikle okul başarısı alanında daha düşük yaşam kalitesi bildirdiği bulunmuştur. Bununla birlikte; otizmlili bireylerin önemli bir kısmında ise (%36-%71) yaşam kalitesinde anlamlı bir düşme olmadığı görülmüştür. Aynı çalışmada depresif belirtilerin hem erişkinlerde hem çocuk/ergenlerde fiziksel ve psikososyal iyilik halini etkilediği; çocuk ve ergenlerde anksiyete belirtileri, DEHB ve otizmin çekirdek belirtisi olan sosyal-iletişimsel güçlüklerin yaşam kalitesinde düşme ile ilişkili olduğu bulunmuştur (183).

De Vries ve arkadaşlarının (2015) yüksek işlevli OSB tanılı çocukların yaşam kalitesini tipik gelişen çocuklarla karşılaştırdıkları çalışmasında; OSB tanılı çocukların tüm alanlarda daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu, düşük yaşam kalitesinin otizm özelliklerinin düzeyi ve yürütücü işlev sorunları ile ilişkili olduğu bulunmuştur (14).

2.4.3. Otizm Özellikleri ve Yaşam Kalitesi

Araştırmalarda; sosyal iletişim güçlükleri gibi çekirdek otizm özelliklerinin yüksek şiddetinin, otizm tanısı olan ve olmayan bireylerde yaşam kalitesinde azalma ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu gösterilmiştir (184,185). Sosyal güçlüklerin dışında yürütücü işlevlerdeki, duyu işleme süreçlerindeki farklılıklar gibi otizmde görülen diğer etkenlerin de yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (14,186).

De Vries ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında sosyal iletişim ve motivasyonla ilgili daha çok sorun yaşayan çocukların daha düşük fiziksel yaşam kalitesi düzeyi bildirdiği; düşük sosyal motivasyon, zayıf bilişsel esneklik ve zayıf duygusal kontrol gösteren çocukların daha düşük duygusal yaşam kalitesi düzeyi bildirdikleri belirtilmiştir (14).

Green ve arkadaşlarının (2016) DEHB tanılı çocuklarda otizm özelliklerinin etkilerini inceledikleri çalışmasında; otizm özellikleri ile toplam yaşam kalitesi ve psikososyal yaşam kalitesi arasında negatif ilişki olduğu gösterilmiştir (15). Lipsker ve arkadaşlarının (2021) kronik ağrısı olan çocuklarda DEHB ve otizm belirtilerini inceledikleri çalışmasında; DEHB ve otizm belirtileri gösteren çocukların anlamlı düzeyde daha fazla depresyon belirtisi ve ağrıyla ilişkili engellenme bildirdikleri; ayrıca daha düşük düzeyde sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi bildirdikleri bulunmuştur (187).

Pisula ve arkadaşlarının (2015) erişkinlerde yaşam kalitesi ve otizm özellikleri arasındaki ilişkiyi araştırdığı çalışmasında; otizm özelliklerinin fiziksel, psikolojik, ilişkiler ve çevre alanlarını kapsayan yaşam kalitesi düzeylerinde düşük-orta etki büyüklüğünde azalma ile ilişki olduğu bulunmuştur. Ayrıca otizm özelliklerinin stresle baş etme becerileri ile ilişkili olduğu; otizm özellikleri ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkide stresle baş etme becerilerinin aracı etkisinin bulunduğu gösterilmiştir (185).

Otizm özellikleri, doyum verici sosyal ilişkilerin gelişimini engelleyebilir. Daha fazla otizm özelliği gösteren bireylerin daha fazla yalnızlık hissettiği, depresyon, anksiyete belirtileri gösterdiği, daha fazla zorbalığa uğradığı gösterilmiştir (188,189). Otizm özellikleri olan bireylerin, sosyal ilişkilerinde güçlük yaşadıklarından baş etme becerisi olarak diğer kişilerden destek arama konusunda

zorlanabileceği, daha az uyuma dönük baş etme becerilerine başvurabilecekleri öne sürülmektedir (185). Otizm özellikleri arttıkça diğer kişilerle ilişkilerde yaşanan reddedilme ve agresyonla karşılaşma riskinin de arttığına dair kanıtlar bulunmaktadır (190). Tüm bu sorunlar, otizm özelliği gösteren bireylerin yaşam kalitelerini değerlendirme biçimlerini etkileyebilir.

2.5. İşlevsellik

Yaşam kalitesi ve işlevsellik kavramları, birbirleri ile yakından ilişkilidir. Yaşam kalitesi, kişinin içsel olarak oluşturduğu fiziksel ve psikososyal standartlara karşı nerede konum aldığına dair öznel yargısıdır. İşlevsellik ise daha çok objektif olarak oluşturulan dışsal standartlara karşı kişinin konumunu tanımlar (10).

İşlevsellik, Yeti Yitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması'na göre işlevsellik; tüm vücut işlevlerini, aktiviteleri ve yaşam durumlarına katılımı kapsamaktadır (191). İşlevsellik bozulduğunda; bedensel düzeyde yetersizlikler, kişisel düzeyde aktivitelerde kısıtlanma, sosyal düzeyde ise sosyal katılımı kısıtlanmalar karşımıza çıkmaktadır (192).

2.5.1. DEHB'de İşlevsellik

DEHB'de farklı işlevsellik alanlarında bozulmalar olduğu çalışmalarda gösterilmiştir. DEHB tanılı çocukların; ev yaşamı, arkadaşlık ilişkileri, akademik hayat, boş zaman aktiviteleri, kazalara ve riskli davranışlara yatkınlık gibi işlevsellik alanlarında sorunlar yaşadıkları gösterilmiştir (193,194,195).

2.5.2. Otizm Özellikleri ve İşlevsellik

Otizm özelliklerinin incelendiği yukarıda adı geçen birçok çalışmada işlevsellik alanlarında bozulma ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu bulguyu özetleyen çalışmalardan biri olan Kotte ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında DEHB tanılı olup otizm özellikleri gösteren ve göstermeyen iki grup çocuk ve sağlıklı kontrol grubundaki çocuklar işlevsellik düzeyleri açısından karşılaştırılmıştır. Elde edilen verilere göre DEHB tanılı çocukların sağlıklı kontrollere göre sosyal

işlevselliğinin anlamlı düzeyde daha düşük olduğu, otizm özelliği gösteren grupta sadece DEHB tanısı olanlara göre sosyal işlevsellik, okuldaki davranışlar, boş zaman etkinlikleri, akran ilişkileri, kardeşler ve ebeveynlerle ilişkiler gibi işlevsellik alanlarının daha bozuk olduğu gösterilmiştir (6).

Green ve arkadaşlarının (2016) DEHB tanılı çocuklarda otizm özelliklerinin etkilerini inceledikleri çalışmasında; otizm özellikleri arttıkça akran ilişkileri, sosyal davranışlar, uyku sorunları, duygusal sorunlar ve davranış sorunları gibi çeşitli işlevsellik alanlarında daha fazla bozulma olduğu gösterilmiştir (15).

2.6. Araştırmanın Amacı ve Hipotezleri

Bu çalışmada DEHB tanısı alan, değerlendirme sürecinde ve geçmişte DEHB'ye yönelik olarak farmakolojik tedavi almamış olan hastalardan otizm özellikleri gösterenlerin, bu özellikleri göstermeyenlerden; DEHB ile ilgili klinik özellikler, duygu düzenleme, yaşam kalitesi ve işlevsellik bakımından farklı bir klinik görünüm sergileyeceği düşünülerek, iki grubun söz konusu değişkenler açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır. Çalışmadan elde edilecek verilerin; DEHB tanılı hastalar içinde özgül bir hasta grubunu tanımlanması yoluyla literatüre katkı sağlaması, ileride DEHB etiyolojisi ve tedavi stratejileri ile ilgili araştırmalara yol göstermesi amaçlanmıştır.

Bu araştırmanın hipotezleri şunlardır:

1. Otizm özelliği gösteren DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde, bu özelliği göstermeyen DEHB tanılı çocuk ve ergenlere göre; daha farklı ve şiddetli bir DEHB klinik görünümünün bulunacağı, bileşik görünümdeki DEHB tanısının daha fazla bulunacağı, başta KOKGB, YDDB ve anksiyete bozukluğu olmak üzere daha fazla eş tanının görüleceği,

2. Otizm özelliği gösteren DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde, bu özelliği göstermeyen DEHB tanılı çocuk ve ergenlere göre; bir duygu düzenleme güçlüğü görünümü olarak irritabilitenin daha fazla görüleceği,

3. Otizm özelliği gösteren DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde, bu özelliği göstermeyen DEHB tanılı çocuk ve ergenlere göre; motor ve dil alanındaki gelişim öykülerinde anormalliklerin daha fazla bulunacağı,

4. Otizm özelliği gösteren DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde, bu özelliği göstermeyen DEHB tanılı çocuk ve ergenlere göre; psikososyal alanda belirgin olmak üzere yaşam kalitesinin daha düşük olacağı ve aile, okul, sosyal ilişkiler başta olmak üzere işlevsellik alanlarında daha fazla bozulma olacağı öngörülmüştür.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Örnekleme

Araştırma grubu, Mayıs 2022 ile Aralık 2022 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine başvurup çalışmaya katılmaya gönüllü olan 8-16 yaş aralığındaki çocuk ve ergenlerle yapılan psikiyatrik muayeneler, aileleriyle yapılan psikiyatrik görüşmeler ve görüşmeler sırasında uygulanan Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG -ŞY-T) yarı yapılandırılmış tanı çizelgesinden elde edilen bilgiler sonucunda; DSM-V için DEHB tanı kriterlerini karşılayan, şimdi veya daha önce DEHB'ye yönelik olarak ilaç tedavisi kullanmamış olan, nörolojik ve/veya ciddi kronik hastalığı bulunmayan, klinik olarak entelektüel yetersizliği bulunmadığı anlaşılan hastalardan oluşmuştur. Ebeveynlerinin çocukları ile ilgili olarak doldurduğu 'Sosyal Cevaplılık Ölçeği'nden 60 puan ve üzerinde alanlar otizm özellikleri gösteren hastalar olarak araştırma grubunu, 60 puanın altında alanlar ise otizm özellikleri göstermeyen hastalar olarak kontrol grubunu oluşturmuştur.

Literatür çalışmasından elde edilen tanımlayıcı istatistiklerin yardımıyla yapılan hesaplamalar sonucunda, araştırmada %95 güven düzeyi ve %80 güçle, iki grup arasında 0,66 etki büyüklüğünde istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde etmek için toplamda en az 76 katılımcıyı içeren genişlikte (her bir grupta en az 38 katılımcı olmak üzere) örneklem seçilmesi planlanmıştır. Çalışma için planlanan örneklem genişliğine ulaşılmıştır. Çalışmanın araştırma grubu 50 çocuk ve ergenden (21 kız, 29 erkek), kontrol grubu ise 64 çocuk ve ergenden (23 kız, 41 erkek) oluşmaktadır.

Araştırma Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 10.05.2022 tarihinde 2022/08-31 karar numarası ile onaylanmıştır. Çocuklardan ve ebeveynlerinden bilgilendirilmiş yazılı onam alınmıştır.

3.2. Araştırmanın Deseni

Araştırma, vaka kontrol desenine sahiptir.

3.3. Örneklem Seçimi

Araştırma grubuna dâhil olma kriterleri şu şekilde belirlenmiştir:

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
- 8-16 yaş aralığındaki çocuk/ergenler ve ebeveynleri ile yapılan psikiyatrik görüşmelerde DSM-V'e göre DEHB için tanı kriterlerini karşılamak
- Ebeveynin çocuğuna yönelik olarak doldurduğu 'Sosyal Cevaplılık Ölçeği'nden 60 puan veya üzerinde almış olmak

Araştırma grubunda dışlama kriterleri şu şekilde belirlenmiştir:

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmamak
- Psikiyatrik görüşme sonucunda; Otizm Spektrum Bozukluğu, anlıksal yetersizlik, şizofreni açılımı kapsamında bozukluklar, iki uçlu duygudurum bozukluğu tanılarında en az birini almış olmak
- İşlevselliği bozucu seviyede ciddi kronik hastalığa sahip olmak
- Değerlendirme sırasında veya daha önce DEHB tanısına yönelik olarak ilaç tedavisi kullanmış olmak

Kontrol grubuna dâhil olma kriterleri şu şekilde belirlenmiştir:

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
- 8-16 yaş aralığındaki çocuk/ergenler ve ebeveynleri ile yapılan psikiyatrik görüşmelerde DSM-V'e göre DEHB için tanı kriterlerini karşılamak
- Ebeveynin çocuğuna yönelik olarak doldurduğu 'Sosyal Cevaplılık Ölçeği'nden 60 puanın altında almak

Kontrol grubunda dışlama kriterleri şu şekilde belirlenmiştir:

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmamak
- Psikiyatrik görüşme sonucunda Otizm Spektrum Bozukluğu, anlıksal yetersizlik, şizofreni açılımı kapsamında bozukluklar, iki uçlu duygudurum bozukluğu tanılarında en az birini almış olmak

- İşlevselliği bozucu seviyede ciddi kronik hastalığa sahip olmak
- Değerlendirme sırasında veya daha önce DEHB tanısına yönelik olarak ilaç tedavisi kullanmış olmak

Araştırma grubuna alınmak üzere 54 çocuk ve ailesi ile psikiyatrik görüşmeler yapılmış ve verilen ölçekleri doldurmaları istenmiş; 3 çocuk ve ailesi yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme için zamanlarının olmadığını belirterek çalışmayı sürdürememiş, 1 çocuk ve ailesi çalışmaya katılmaktan vazgeçtiğini belirtmiştir. Kontrol grubuna alınmak üzere değerlendirilen 65 çocuktan 1'inde hafif düzeyde entelektüel yetersizlik olduğunun tespit edilmesi üzerine çalışmadan dışlanmıştır. Sonuç olarak araştırma grubu 50 çocuk ve ergenden (21 kız, 29 erkek), kontrol grubu ise 64 çocuk ve ergenden (23 kız, 41 erkek) oluşmuştur.

3.4. Uygulama

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğinde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı konulan, çalışmaya katılma ölçütlerine uyan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan hastalar değerlendirmeye alınmıştır. Çalışmanın amacı çocuklar ve ailelerine anlatılarak hem çocuklar hem ailelerinden aydınlatılmış onamları yazılı olarak alınmıştır.

Psikiyatrik görüşme sırasında DSM-V'e göre DEHB tanı kriterlerini karşılayan çocuklar belirlenerek, çocuklar ve aileleri ile yapılan görüşmelerde eşlik eden psikiyatrik tanıları belirlemek ve OSB tanısını dışlamak için Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) yarı yapılandırılmış tanı çizelgesi uygulanmıştır. Daha sonra, çocukların ailelerinin sosyodemografik özelliklerini belirlemek amacıyla sosyodemografik bilgi formu ve ailelerin sosyoekonomik düzeylerini belirlemek amacıyla Hollingshead-Redlich ölçeği, araştırmacı tarafından ailelere sorularak doldurulmuştur. Daha sonra, çocukların prenatal, natal ve postnatal öyküsü, gelişimsel öyküsü, özgeçmiş ve soygeçmiş bilgileri, psikiyatrik öyküsü, tıbbi öyküsü, okul hayatı ve sosyal öyküsü, ailenin tıbbi ve sosyal öyküsü ve çocuğun işlevselliği ile ilgili bilgileri sorgulayan klinik bilgi

formu, araştırmacı tarafından ailelere sorularak doldurulmuştur. Çocuklar ile yapılan psikiyatrik görüşmeler sırasında ebeveyninden, ebeveynler ile yapılan psikiyatrik görüşmeler sırasında ise çocuktan çalışmanın amacı anlatılırken tanıtılan ölçekleri doldurmaları istenmiştir.

3.5. Araştırmada Kullanılan Gereçler

3.5.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanan bu formda; katılımcıların her birine verilen kod numarası, yaşı, okulunun türü, aile yapısı (çekirdek, geniş, parçalanmış), kardeş sayısı, çocuğun yaşadığı evdeki kişi sayısı, anne ve babasının yaşı, anne ve babanın eğitim düzeyleri, anne ve baba arasında akrabalık öyküsü ile ilgili bilgiler sorgulanmıştır. Bu formlar anne ya da babadan alınan bilgiler doğrultusunda klinisyen tarafından doldurulmuştur. Sosyodemografik Bilgi Formu, Ek-1’de sunulmuştur.

3.5.2. Hollingshead-Redlich Ölçeği

Ailenin sosyoekonomik-sosyokültürel düzeyini belirlemek amacıyla, Hollingshead-Redlich ölçeği kullanılmıştır (196). Ölçek, Türkçe’ye Tiryaki tarafından çevrilmiş ve kullanılmıştır (197). Ölçek anne ve babanın meslek ve eğitim durumlarını esas alarak, belirli bir süre için ulaşılmış en üst düzeyi yansıtan genel bir ölçüm yapar. Ölçekte beş ayrı sosyoekonomik-sosyokültürel düzey tanımlanmıştır. Varlıklı, eğitimli toplumsal katmanda aile “1” olarak, üniversite eğitimi almış, meslek sahibi ya da yüksek idari konumda anne-baba “2” olarak, küçük iş adamı, memur ya da vasıflı işçi, lise mezunu anne-baba “3” olarak, yarı vasıflı işçi, lise düzeyinin altında eğitimli anne-baba “4” olarak, yarı vasıflı işçi, eğitimsiz, ilkokul düzeyinde eğitimli anne-baba “5” olarak kodlanır. Ailenin sosyoekonomik düzeyi belirlenirken anne ya da babadan en yüksek düzeyde olanın durumu esas alınır. Bu form, klinisyen tarafından doldurulmuştur. Hollingshead-Redlich Ölçeği, Ek-2’de sunulmuştur.

3.5.3. Klinik Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanan bu formda katılımcıların prenatal, natal ve postnatal öyküsü, gelişimsel öyküsü, özgeçmiş ve soygeçmiş bilgileri, psikiyatrik öyküsü, tıbbi öyküsü, okul hayatı ve sosyal öyküsü, ailenin tıbbi ve sosyal öyküsü ve çocuğun işlevselliği ile ilgili bilgiler sorgulanmıştır. Bu form, anne ve babadan alınan bilgiler doğrultusunda klinisyen tarafından doldurulmuştur. Klinik Bilgi Formu, Ek-3'te sunulmuştur.

3.5.4. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY-T; Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version, K-SADS-PL)

K-SADS-PL, çocuk ve ergenlerde şimdi ve yaşam boyu olan psikopatolojileri saptamak amacıyla kullanılan Kaufman ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilen yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur (198). Form üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde çocuğun demografik özellikleri, genel sağlık durumu, varsa daha önceki psikiyatri başvurusu ve tedavisi, aile ve akran ilişkileri, okul bilgileri gibi genel bilgiler sorgulanır. İkinci bölüm özgül psikiyatrik belirtilerin sorgulandığı tarayıcı sorular ve değerlendirme ölçütlerini içermektedir. Tarama görüşmesi ile pozitif belirtiler varsa o psikopatolojiyi daha iyi değerlendirmek amacıyla ek belirti listesi sorgulanmaktadır. Belirtilerin varlığına ve şiddetine çocuğun ya da ergenin, anne babanın ve klinisyenin görüşleri birleştirilerek karar verilmektedir. ÇDŞG-ŞY-T ile duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar anksiyete bozuklukları ve travma sonrası stress bozukluğu, dışa atım bozuklukları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, karşı olma karşı gelme bozukluğu ve davranım bozuklukları, alkol ve madde kötüye kullanımı, yeme bozuklukları, tik bozuklukları ve otizm spektrumu bozuklukları değerlendirilebilmektedir. Üçüncü bölüm çocuğun değerlendirme yapıldığı zamanda işlev düzeyini belirlemek amacıyla kullanılan genel değerlendirme ölçeğidir. Türk örneklemini için geçerlik ve güvenilirlik çalışması Gökler ve arkadaşları (2004) tarafından yapılmıştır (199). DSM-V'e göre uyarlanan

versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması da Ünal ve arkadaşları (2019) tarafından yapılmıştır (200).

3.5.5. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA; The Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ)

Goodman ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilen Güçler ve Güçlükler Anketi, 4-16 yaş çocuk ve ergenler için sorular içerir, ebeveyn tarafından doldurulmaktadır (201). Türkçe uyarlaması Güvenir ve arkadaşları (2008) tarafından yapılmıştır (202). 5-10 dk'da doldurulabilmektedir. Anket, davranış sorunlarını ve çocuğun güçlü olduğu alanları sorgulayan 25 sorunun yanı sıra belirtilerden etkilenme düzeyini sorgulayan maddeler de içermektedir. Bu sorular kendi içinde beş alt başlık altında toplanmıştır:1-Davranış sorunları, 2-Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, 3-Duygusal sorunlar, 4-Akran sorunları, 5-Sosyal davranışlar. Ölçekten bu alt puanların yanı sıra 'toplam güçlük puanı' da elde edilebilmektedir. Ölçek ebeveyn tarafından doldurulmuştur. Güçler ve Güçlükler Anketi, Ek-4'te sunulmuştur.

3.5.6. Sosyal Cevaplılık Ölçeği (SCÖ; Social Reciprocity Scale, SRS)

2000'de Constantino tarafından geliştirilen SCÖ'nün geçerlilik ve güvenilirliğinin yüksek olduğu, Otizm Tanı Görüşmesi Gözden Geçirilmiş Şekli (*Autism Diagnostic Interview Revised*) yapılarak konulan otizm tanısı ile anlamlı ilişki gösterdiği ve otizm benzeri belirti kümesini değerlendirmek amacıyla kullanılabileceğini belirtilmiştir (203). Ölçekte gözlenebilir karşılıklı sosyal davranışlar ile ilgili 39, dilin sosyal kullanımı ile ilgili 6 ve otistik davranışlar ile ilgili 20 olmak üzere toplam 65 madde mevcuttur. Ölçekten elde edilen puan arttıkça sosyal bozulmanın ciddiyeti de artmaktadır. Kesim değeri puanı '60' olarak belirlenmiştir. Ölçek alt-testleri sosyal yetersizlik, iletişim eksikliği, stereotipik davranışlar, DEHB özellikleri ve otistik özellikler olmak üzere 5 adettir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yayınlanmamış olmakla birlikte, daha önce okul çağı çocuklarında yapılan büyük örneklemlilerde Ünal ve arkadaşları (2009) tarafından kullanılmıştır (204). Bu çalışmada SCÖ'nün iç

tutarlılığı (Cronbach's alfa) 0,86 olarak hesaplanmıştır ve yapılan faktör analizi sonucunda testin bütün olarak (tek faktörde) değerlendirmelere alınmasına karar verilmiştir. SCÖ Türkçe şeklinin 6 ay arayla elde edilen verilere dayalı test-tekrar test güvenilirliği yüksek bulunmuştur. Ölçek ebeveyn tarafından doldurulmuştur. Sosyal Cevaplılık Ölçeği, Ek-5'te sunulmuştur.

3.5.7. Duygusal Reaktivite İndeksi (DRİ; Affective Reactivity Index, ARI) ve Duygusal Reaktivite İndeksi-Aile Formu (DRİ-A; Affective Reactivity Index-Parent Report, ARI-P)

Duygusal Reaktivite İndeksi (Affective Reactivity Index, ARI) araştırma amacıyla veya klinikte iritabiliteyi değerlendirmek ve izlemek amacıyla Stringaris ve arkadaşları (2012) tarafından geliştirilmiştir (205). Ölçekte katılımcının son 6 aydaki kronik iritabilite belirtileri, öfkeyle ilişkili davranışların süresi, öfkenin sıklığı ve öfkenin hangi koşullarda ortaya çıktığı sorgulanmaktadır. DRİ geliştirilirken pratik ve sade bir ölçek geliştirilmesi hedeflenmiş olup, iritabilitenin agresyon veya düşmanlık gibi sonuçları yerine duygusal boyutu ele alınmaktadır. DRİ'nin öz bildirim formu ve aile formu mevcuttur. Her iki formdaki maddeler de benzer özelliğe sahiptir.

Ölçek 7 maddeden oluşur, ilk 6 madde iritabilite semptomlarını değerlendirirken son madde işlevsellikte iritabilite kaynaklı bozulmayı ölçmektedir. 3'lü likert tipinde olan her madde 0-2 arasında puanlanmaktadır. DRİ puanı ilk 6 maddeden alınan puanların toplanmasıyla elde edilir ve 0-12 arasında değişir. Öz bildirim formu ve aile formu için ayrı sonuç elde edilmektedir. DRİ'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 8-18 yaş aralığında Kocaeli tarafından 2015 yılında yapılmıştır (206). Çalışma sonucunda DRİ ve DRİ-A'nın Türkiye örnekleminde çocuk ve ergenlerde iritabilite belirtilerini ölçmek için geçerli ve güvenilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Duygusal Reaktivite İndeksi çocuğun kendisi tarafından, Duygusal Reaktivite İndeksi Aile Formu ebeveyn tarafından doldurulmuştur. Ölçekler Ek-6 ve EK-7'de sunulmuştur.

3.5.8. Çocuklar İçin Anksiyete Duyarlılığı İndeksi (ÇADİ; Childhood Anxiety Sensitivity Index, CASI)

Çocuklar için Anksiyete Duyarlılığı İndeksi (ÇADİ) Silverman ve arkadaşları (1991) tarafından geliştirilmiştir (207). 6-17 yaş arası okul çağı çocuklarına yönelik hazırlanmış olan 18 maddelik bu ölçek çocukların anksiyete ile ortaya çıkan bedensel duyularından ne kadar korktuklarını puanlamalarına dayanır. Erişkin ölçeği ile arasındaki en önemli fark maddelerin ve puanlamanın daha basit oluşudur. Başlangıçta tek faktör olarak değerlendirilse de daha sonra çeşitli sayılarda alt faktörlerden üretilen alt ölçekler olduğu öne sürülmüştür. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yılmaz ve Kılıç (2015) tarafından yapılmıştır (208). Ölçek çocuk/ergenin kendisi tarafından doldurulmuştur. Çocuklar İçin Anksiyete Duyarlılığı Ölçeği Ek-8'de sunulmuştur.

3.5.9. Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği-Ebeveyn Formu(WİBÖ-E; Weiss Functional Impairment Rating Scale-Parent Report, WFIRS-P)

DEHB ile ilişkili hastalığa özgü işlevsellikte bozulmayı değerlendiren, Weiss (2007) tarafından geliştirilen, ebeveynler tarafından doldurulan, 50 maddeden oluşan 4 seçenekli likert tipi bir ölçektir (209). Aile, okul, yaşam becerileri, çocuğun benlik algısı, sosyal etkinlikler, riskli eylemler alt başlıklarını içermektedir. Okul alanında işlevsellikte bozulmanın değerlendirilebilmesi için iki ayrı faktör olan okul-öğrenme ve okul-davranış maddeleri okul başlığı altında toplanmıştır.

Ebeveynlerden çocuklarının duygusal ve davranışsal sorunlarını göz önüne alarak, son bir ay içerisinde bu duygusal ve davranışsal sorunların ölçekteki maddelerden her birini nasıl etkilediğini en iyi tarif eden seçeneği işaretlemesi istenmektedir. Alt başlıktaki maddelerin toplam puanı, ilgili alt başlıktaki madde sayısına bölünerek ortalama puan hesaplanır. Klinisyenlere kolaylık açısından; alt başlıkta bir tane 3 olarak puanlanan maddenin ya da en az iki tane 2 olarak puanlanan maddenin olmasının ya da ortalama puanın 1,5'dan fazla olmasının o alt başlıkla ilgili alanlarda işlevsellikte bozulmanın olduğunu gösterdiği belirtilmiştir. İç tutarlılık çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0,8 olarak bulunmuştur. Türkiye'de geçerlilik güvenilirliği Tarakçıoğlu ve arkadaşları (2012) tarafından yapılmış olup

ölçeğin 50 ve 44 maddelik formlarında toplam ölçek için Cronbach alfa katsayısı 0,93 bulunmuştur (210). Test-tekrar test güvenilirliği için Spearman korelasyon katsayısı 0.93 bulunmuştur. Ölçek ebeveyn tarafından doldurulmuştur. Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği-Ebeveyn Formu Ek-9'da sunulmuştur.

3.5.10. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği-Çocuk/Ergen Formu (ÇİYKÖ; The Pediatric Quality of Life Inventory, PedsQL) ve Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği-Ebeveyn Formu (ÇİYKÖ-E; The Pediatric Quality of Life Inventory- Proxy Report, PedsQL-P)

Varni ve arkadaşları tarafından 1999 yılında geliştirilen ölçek, 2-18 yaş grubunda genel sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ölçmeyi amaçlamaktadır (211). Bu ölçek dört farklı yaş grubu için hazırlanmıştır. 23 maddeden oluşan ölçeğin puanlanması üç alanda yapılmaktadır. İlk olarak ölçek toplam puanı (ÖTP), ikinci olarak fiziksel sağlık toplam puanı (FSTP), üçüncü olarak duygusal, sosyal ve okul işlevselliğini değerlendiren madde puanlarının hesaplanmasından oluşan psikososyal sağlık toplam puanı (PSTP) hesaplanmaktadır. Maddeler 0-100 arasında puanlanmaktadır. Sorunun yanıtı hiçbir zaman olarak işaretlenmişse 0=100, nadiren olarak işaretlenmişse 1=75, bazen olarak işaretlenmişse 2=50, sıklıkla olarak işaretlenmişse 3=25, hemen her zaman olarak işaretlenmişse 4=0 puan almaktadır. Puanlar toplanıp doldurulan madde sayısına bölünerek toplam puan elde edilmektedir. ÇİYKÖ toplam puanı ne kadar yüksek ise, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi de o kadar iyi algılanmaktadır.

ÇİYKÖ'nin kısa olması, yaklaşık 5-10 dakikalık bir sürede doldurulabiliyor olması, araştırmacı tarafından uygulanmasının ve puanlamasının kolay olması en önemli özelliklerindedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Memik ve arkadaşları (2008) tarafından yapılmıştır (212,213). Çocuk/ergen formu çocuk/ergenin kendisi tarafından, ebeveyn formu ise ebeveyn tarafından doldurulmuştur. Ölçekler, Ek-10 ve Ek-11'de sunulmuştur.

3.5.11. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ; Family Assessment Device, FAD)

Ailenin yapısal ve organizasyonel özellikleri hakkında bilgi veren bir araçtır. ADÖ, ABD’de Brown Üniversitesi ve Butler hastanesi tarafından 1983 yılında geliştirilmiş olup Mc Master Aile İşlevleri Modelinin klinik olarak aileler üzerine uygulanmasıyla elde edilmiştir (214). İçerdiği 60 madde ile 7 alt ölçek puanı hesaplanmaktadır. Bu alt ölçekler; problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve ailenin genel işlevsellik alanları ile ilişkilidir. Seçenekler; aynen katılıyorum, büyük ölçüde katılıyorum, biraz katılıyorum, hiç katılmıyorum olmak üzere dört çeşittir. Elde edilen puanlar her alt boyut için toplanarak ortalaması alınır. Böylece her bir aile üyesi için yedi alt ölçek puanı elde edilmiş olur. Kuramsal olarak 2 ayırt edici bir kesim noktasıdır ve 2’nin üzerindeki puan ortalamaları aile işlevlerinde sağlıksızlığa doğru gidişin bir göstergesi olarak kabul edilmiştir. Ölçeğin, ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirliği Bulut (1990) tarafından yapılmıştır (215). Ölçek, ebeveyn tarafından doldurulmuştur. Aile Değerlendirme Ölçeği, Ek-12’de sunulmuştur.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistikler

Çalışma için hedeflenen ve istatistiksel analiz için yeterli olan örneklem genişliği, GPower 3.1 versiyonu programı kullanılarak hesaplanmıştır. Verilerin analizinde Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (Statistical Program for Social Sciences, SPSS) 23.0 sürümü kullanılmıştır. Sayısal değişkenlerin normallik varsayımı Shapiro-Wilk uyum iyiliği testi ile incelenmiştir. Varyansın homojenlik varsayımı Levene test istatistiği ile incelenmiştir. Sayısal veriler için verilerin dağılımına göre iki grup karşılaştırmalarında normal dağılıma uyan değişkenler için bağımsız iki örneklem t testi, uymayan değişkenler için ise Mann Whitney-U testi kullanılmıştır. Kategorik (nitel) değişkenler için sonuçlar sayı ve yüzde olarak verilmiştir. Kategorik değişkenlerin analizinde Pearson Ki-Kare, beklenen frekansların durumuna göre de Fisher Kesin Ki-Kare testi kullanılmıştır. Çok değişkenli analiz için geriye dönük eleme yönteminin tercih edildiği lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Testlerdeki istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$

olarak alınmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyine ek olarak, iki ortalama veya iki oran arasındaki farkın klinik olarak anlamlılığını saptayabilmek için her bir istatistiksel test için etki büyüklükleri de hesaplanmıştır.



4. BULGULAR

4.1. Otizm Özelliği Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarının Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya tümünde DEHB tanısı bulunan ve bununla birlikte otizm özellikleri gösteren 50 çocuk, otizm özelliği göstermeyen 64 çocuk dahil edilmiştir. Otizm özelliği gösteren grupta 21 kız (%42), 29 erkek (%58); otizm özelliği göstermeyen grupta 23 kız (%35,9), 41 erkek (%64,1) bulunmaktadır. Otizm özellikleri gösteren grupta katılımcıların yaşları 96-176 ay, otizm özellikleri göstermeyen grupta ise 96-193 ay arasındadır. Otizm özellikleri gösteren gruptaki çocukların ortanca yaşının 125 (39) ay, otizm özellikleri göstermeyen gruptaki çocukların ortanca yaşının 121,5 (44,5) ay olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında yaş ortalamaları ($Z=0,805$, $p>0,05$) ve cinsiyet dağılımı ($\chi^2= 0,435$, $p>0,05$) açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.1).

Otizm özelliği gösteren çocukların %94'ünün, otizm özelliği göstermeyen çocukların %85,9'unun devlet okulunda eğitim gördüğü saptanmıştır. Gruplar arasında çocukların okuduğu okul türü bakımından farklılık olmadığı ($\chi^2=1,937$, $p>0,05$) görülmüştür (Tablo 4.1).

Gruplar arasında anne yaşı ($t=1,144$, $p>0,05$), baba yaşı ($t=0,155$, $p>0,05$) ve annenin eğitim düzeyi ($\chi^2=0,285$, $p>0,05$) bakımından anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Otizm özellikleri gösteren grupta, göstermeyen gruba göre babanın eğitim düzeyi küçük-orta etki büyüklüğü ile anlamlı olarak daha düşük ($\chi^2=9,797$, $p<0,05$, $\Phi=-0,293$) bulunmuştur (Tablo 4.1).

Aile özellikleri bakımından gruplar arasında; anne ve baba arasında akrabalık durumu ($\chi^2=1,364$, $p>0,05$), aile yapısı ($\chi^2=2,083$, $p>0,05$), anne ve babanın evlilik durumu ($\chi^2=2,457$, $p>0,05$), son bir yıl içerisinde ailede stres yaratan olay ($\chi^2=0,651$, $p>0,05$), evde yaşayan kişi sayısı ($\chi^2=1,083$, $p>0,05$) ve kardeş sayısı ($\chi^2=0,378$, $p>0,05$) bakımından anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Tablo 4.1).

Katılımcıların sosyoekonomik düzeyleri Hollingshead-Redlich ölçeğine göre değerlendirilmiştir. Ölçeğin 5 katmanlı sosyoekonomik-sosyokültürel düzey verileri

kullanılarak sosyoekonomik düzey (SED) verileri yüksek, orta ve düşük olarak düzenlenmiştir. Yüksek SED; varlıklı, üniversite eğitimi almış, meslek sahibi, yüksek idari konumdaki anne-babalar için kullanılmıştır. Orta SED; küçük iş adamı, memur, vasıflı işçi, lise mezunu anne-babalar için kullanılmıştır. Düşük SED; yarı vasıflı işçi, lise düzeyinin altında eğitilmiş, ilköğretim düzeyinde eğitilmiş, eğitimsiz anne-babalar için kullanılmıştır. Otizm özelliği gösteren ve göstermeyen çocukların ailelerinin sırasıyla %56 ve %45,3'ünün orta sosyoekonomik düzeyde olduğu görülmüştür. Gruplar arasında ailelerin sosyoekonomik düzey bakımından farklılık göstermediği ($\chi^2=1,937$, $p>0,05$) saptanmıştır (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Otizm Özellikleri Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarının Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Değişken	Otizm özelliği var*	Otizm özelliği yok*	Test istatistiği	p değeri**	Etki büyüklüğü
Yaş (ay)	125 (39)	121,5 (44,5)	0,805	0,421 ^c	0,075
Cinsiyet					
Kız	21 (%42)	23 (%35,9)	0,435	0,509 ^b	0,062
Erkek	29 (%58)	41 (%64,1)			
Okul türü					
Devlet	47 (%94)	55 (%85,9)	1,937	0,164 ^b	0,130
Özel	3 (%6)	9 (%14,1)			
Anne yaşı	38,78 ± 5,23	40,01 ± 6,07	1,144	0,255 ^a	0,216
Baba yaşı	43,60 ± 6,06	43,42 ± 6,09	0,155	0,877 ^a	0,029
Anne eğitimi					
Lise altı	18 (%36)	20 (%31,2)	0,285	0,593 ^b	-0,050
Lise ve üstü	32 (%64)	44 (%68,8)			
Baba eğitimi					
Lise altında	23 (%46)	12 (%18,8)	9,797	0,020^b	-0,293
Lise ve üstü	27 (%54)	52 (%81,2)			
Akraba evliliği					
Yok	36 (%72)	52 (%81,2)	1,364	0,243 ^b	0,109
Var	14 (%28)	12 (%18,8)			
Anne-baba evlilik					
Evli	45 (%90)	57 (%89,1)	2,457	0,602 ^b	0,158
Boşanmış	4 (%8)	5 (%7,8)			
Diğer	1 (%2)	2 (%3,1)			
Evdeki kişi sayısı	4 (2)	4 (1)	1,083	0,279 ^c	0,101

Tablo 4.1. (Devam) Otizm Özellikleri Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarının Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Değişken	Otizm özelliği var*	Otizm özelliği yok*	Test istatistiği	p değeri**	Etki büyüklüğü
Aile yapısı					
Çekirdek aile (çift ebeveyn)	39 (%78)	48 (%75)	2,083	0,861 ^b	0,127
Çekirdek aile (tek ebeveyn)	3 (%6)	4 (%6,2)			
Geniş aile (çift ebeveyn)	6 (%12)	11 (%17,2)			
Diğer	2 (%4)	1 (%1,6)			
Kardeş sayısı	1 (1)	1 (1)	0,378	0,706 ^c	0,035
Son yılda ailede stresör					
Yok	20 (%40,8)	31 (%48,4)	0,651	0,420 ^b	0,076
Var	29 (%59,2)	33 (%51,6)			
SED					
Yüksek	10 (%20)	24 (%37,5)			
Orta	28 (%56)	29 (%45,3)	4,169	0,124 ^b	0,191
Düşük	12 (%24)	11 (%17,2)			

Tabloda verilen yüzdeler, sütun yüzdeleridir.

*Mann Whitney U testinin uygulandığı değişkenler için Ortanca (Çeyreklikler Arası Genişlik); iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testinin (t testi) uygulandığı değişkenler için Ortalama±Standart Sapma gösterimi kullanılmıştır.

**b: p değeri, Ki-Kare testi ile elde edilmiştir.

c: p değeri, Mann Whitney U testi ile elde edilmiştir

4.2. Otizm Özellikleri Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarının Gelişimsel ve Psikiyatrik Özellikleri

Otizm özelliği gösteren gruptaki çocukların %80'inin, otizm özelliği göstermeyen gruptaki çocukların %68,8'inin 'bileşik görünüm'deki DEHB tanısına sahip olduğu görülmüştür. Otizm özelliği gösteren ve göstermeyen grupta DEHB görünümleri açısından anlamlı bir fark bulunmadığı ($\chi^2=1,832$, $p>0,05$) saptanmıştır (Tablo 4.2).

Otizm özelliği gösteren katılımcıların %36'sında, göstermeyen katılımcıların %21,9'unda Özgül Öğrenme Bozukluğu (ÖÖB) tanısı olduğu; iki grup arasında ÖÖB tanısının eşlik etmesi bakımından bir farklılık bulunmadığı ($\chi^2=3,822$, $p>0,05$) saptanmıştır (Tablo 4.2).

İki grup arasında el tercihi ($\chi^2=0,837$, $p>0,05$), güncel kaba motor beceriler ($\chi^2=3,836$, $p>0,05$), güncel ince motor beceriler ($\chi^2=0,828$, $p>0,05$) ve vücut koordinasyonunda zorluk ($\chi^2=0,630$, $p>0,05$) bakımından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.2). Otizm özelliği gösteren çocukların %18'inde; otizm özelliği göstermeyen çocukların ise %6,2'sinde ailelerin çocuklarının güncel kaba motor beceri düzeyini orta/zayıf olarak nitelendirdiği görülmüştür. İki grup arasında güncel kaba motor beceriler açısından anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte ($\chi^2=3,836$, $p=0,05$, $\Phi=0,183$) istatistiksel anlamlılık değerinin %5'e yakın olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2).

Geçmişteki kaba motor beceriler açısından iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2=1,862$, $p>0,05$). Otizm özelliği gösteren çocukların %46'sında, otizm özelliği göstermeyen çocukların %28,1'inde geçmişteki ince motor becerileri bakımından ailelerin çocuklarını orta/zayıf olarak nitelendirdiği saptanmıştır. İki grup arasındaki bu farkın küçük etki büyüklüğü ile istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($\chi^2=3,894$, $p<0,05$, $\Phi=0,185$) bulunmuştur (Tablo 4.2).

Otizm özelliği gösteren çocukların %54'ünün, otizm özelliği göstermeyen çocukların %31,2'sinin sık sakarlık ve kaza yaşadığı belirtilmiştir. Aradaki bu farkın istatistiksel olarak küçük etki büyüklüğü ile anlamlı olduğu ($\chi^2=5,996$, $p<0,05$, $\Phi=0,229$) bulunmuştur (Tablo 4.2).

Otizm özelliği gösteren çocukların %38'inde, otizm özelliği göstermeyen çocukların %12,5'inde; ailelerin çocuklarının güncel dil-konuşma becerileri düzeyini orta/zayıf olarak nitelendirdiği görülmüştür. Bu fark, istatistiksel açıdan orta etki büyüklüğü ile anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=10,098$, $p<0,05$, $\Phi=0,298$). Geçmişteki dil-konuşma becerileri açısından iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=1,496$, $p>0,05$). Otizm özelliği gösteren çocukların %32,7'sinde, otizm özelliği göstermeyen çocukların %28,1'inde artikülasyon güçlüğü ve/veya geç konuşma en sık bildirilen konuşma bozukluğu türü olmuştur. Dil-konuşma sorunu türü açısından ise iki grup arasında anlamlı bir fark olmadığı ($\chi^2=1,386$, $p>0,05$) bulunmuştur (Tablo 4.2).

Daha önce psikiyatrik tanı alma durumu ($\chi^2=0,556$, $p>0,05$), daha önce psikotrop özellikte ilaç kullanımı ($\chi^2=0,537$, $p>0,05$) ve daha önce psikoterapi alma

durumu ($\chi^2=0,630$, $p>0,05$) açısından iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Benzer şekilde; uyku sorunları ($\chi^2=0,112$, $p>0,05$), akademik başarı düzeyi ($\chi^2=4,535$, $p>0,05$), okuma yazmayı öğrenme zamanı ($\chi^2=2,660$, $p>0,05$) bakımından iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.2).

Otizm özelliği gösteren çocukların %64'ünde, otizm özelliği göstermeyen çocukların %25,4'ünde eğlence amaçlı internet kullanma/oyun oynama süresi ≥ 4 saat/gün olarak bulunmuştur. Bulunan bu farklılığın orta etki büyüklüğü ile istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($\chi^2=17,001$, $p<0,001$, $\Phi=0,338$). Kardeş ilişkisinde çatışma durumunun, otizm özelliği gösteren çocukların %39,5'inde; otizm özelliği göstermeyen çocukların %21,3'ünde bildirildiği görülmüş; bu farkın istatistiksel açıdan küçük etki büyüklüğü ile anlamlı olduğu ($\chi^2=4,081$, $p<0,05$, $\Phi=0,198$) bulunmuştur (Tablo 4.2).

Sigara ve alkol kullanımı açısından otizm özelliği gösteren ve göstermeyen gruptaki çocuklar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2=0,003$, $p>0,05$). İki gruptaki katılımcıların hiçbirinde madde kullanım öyküsü bildirilmemiştir. Otizm özelliği gösteren çocukların %22'sinde, otizm özelliği göstermeyen çocukların %6,2'inde kendine zarar verme davranışının olduğu gösterilmiş; bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=6,094$, $p<0,05$, $\Phi=0,231$). Benzer şekilde, otizm özelliği gösteren çocukların %38'inde, otizm özelliği göstermeyen çocukların %17,2'sinde çevreye zarar verme davranışı olduğu belirtilmiş; bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($\chi^2=6,271$, $p<0,05$, $\Phi=0,235$) bulunmuştur. İki grup arasında bulunan bu farklılıkların ilişki katsayılarına bakıldığında anlamlılığın düşük etki düzeyinde olduğu görülmüştür (Tablo 4.2).

Akrabalarda bulunan psikiyatrik hastalıklar, nörolojik hastalıklar ve bunların hangi türde olduğu bilgisi çocukların ebeveynlerine sorularak elde edilmiştir. Buna göre; otizm özelliği gösteren çocukların %76'sının, otizm özelliği göstermeyen çocukların %67,2'sinin birinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık olduğu görülmüş; bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=0,869$, $p>0,05$). Birinci derece akrabalarda bulunan psikiyatrik hastalık türü bakımından da iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmadığı ($\chi^2=4,517$, $p>0,05$) saptanmıştır (Tablo 4.2).

Otizm özelliği gösteren ve göstermeyen çocukların birinci derece olmayan akrabalarında psikiyatrik hastalık bulunma durumu ($\chi^2=0,027$, $p>0,05$) ve psikiyatrik hastalık türü ($\chi^2=5,490$, $p>0,05$) bakımından iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Benzer şekilde; otizm özelliği gösteren ve göstermeyen çocukların akrabalarında nörolojik hastalık görülme durumu ($\chi^2=0,013$, $p>0,05$) ve nörolojik hastalık türü ($\chi^2=2,449$, $p>0,05$) bakımından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Otizm Özellikleri Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarının Gelişimsel ve Psikiyatrik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Değişken	Otizm özelliği var	Otizm özelliği yok	Test istatistiği	p değeri*	Etki büyüklüğü
DEHB görünümü Dikkat eksikliği Bileşik	10 (%20) 40 (%80)	20 (%31,2) 44 (%68,8)	1,832	0,176 ^b	0,127
ÖÖB tanısı Yok Var Eşik altı	28 (%56) 18 (%36) 4 (%8)	47 (%73,4) 14 (%21,9) 3 (%4,7)	3,822	0,139 ^b	0,182
El tercihi Sağ Sol Sağ ve sol	36 (%78,3) 7 (%15,2) 3 (%6,5)	52 (%82,5) 9 (%14,3) 2 (%3,2)	0,837	0,794 ^b	0,082
Güncel kaba motor beceriler İyi Zayıf/Orta	41 (%82) 9 (%18)	60 (%93,8) 4 (%6,2)	3,836	0,050 ^b	0,183
Güncel ince motor beceriler İyi Zayıf/Orta	25 (%50) 25 (%50)	42 (%65,6) 22 (%34,4)	2,828	0,093 ^b	0,158
Sık sakarlık/kaza Yok Var	23 (%46) 27 (%54)	44 (%68,8) 20 (%31,2)	5,996	0,014^b	0,229

Tablo 4.2 (Devam). Otizm Özellikleri Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarının Gelişimsel ve Psikiyatrik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Değişken	Otizm özelliği var	Otizm özelliği yok	Test istatistiği	p değeri*	Etki büyüklüğü
Vücut koordinasyon zorluğu Yok Var	42 (%84) 8 (%16)	57 (%89,1) 7 (%10,9)	0,630	0,428 ^b	0,074
Geçmişte kaba motor gelişimi İyi Zayıf/Orta	42 (%84) 8 (%16)	59 (%92,2) 5 (%7,8)	1,862	0,172 ^b	0,128
Geçmişte ince motor beceriler İyi Zayıf/Orta	27 (%54) 23 (%46)	46 (%71,9) 18 (%28,1)	3,894	0,048^b	0,185
Geçmişte dil-konuşma becerisi İyi Zayıf/Orta	28 (%56) 22 (%44)	43 (%67,2) 21 (%32,8)	1,496	0,221 ^b	0,115
Güncel dil-konuşma becerisi İyi Zayıf/Orta	31 (%62) 19 (%38)	56 (%87,5) 8 (%12,5)	10,098	0,001^b	0,298
Dil-konuşma sorunu türü Yok Artikülasyon sorunu ve/veya geç konuşma Akıcılıkta bozulma Diğer	27 (%55,1) 16 (%32,7) 2 (%4,1) 4 (%8,2)	41 (%64,1) 18 (%28,1) 2 (%3,1) 3 (%4,7)	1,386	0,725 ^b	0,102
Daha önce psikiyatrik tanı Yok DEHB Diğer	28 (%56) 17 (%34) 5 (%10)	38 (%59,4) 22 (%34,4) 4 (%6,2)	0,556	0,757 ^b	0,070

Tablo 4.2. (Devam). Otizm Özellikleri Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarının Gelişimsel ve Psikiyatrik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Değişken	Otizm özelliği var	Otizm özelliği yok	Test istatistiği	p değeri*	Etki büyüklüğü
Daha önce psikotropik ilaç					
Yok	40 (%80)	49 (%76,6)	0,537	0,824 ^b	0,050
Düzenli kullanım yok	9 (%18)	14 (%21,9)			
Diğer(SSGİ)	1 (%2)	1 (%1,6)			
Daha önce psikoterapi					
Yok	42 (%89,1)	57 (%84)	0,630	0,428 ^b	0,074
Var	8 (%10,9)	7 (%16)			
Uyku sorunu					
Yok	32 (%64)	39 (%60,9)	0,112	0,738 ^b	-0,031
Var	18 (%36)	25 (%39,1)			
İnternet /oyun (saat/gün)					
<4 saat	18 (%36)	47 (%74,6)	17,001	<0,001 ^b	0,338
>4 saat	32 (%64)	16 (%25,4)			
Kardeş ilişkisi					
İyi	26 (%60,5)	48 (%78,7)	4,081	0,043 ^b	0,198
Çatışma var	17 (%39,5)	13 (%21,3)			
Akademik başarı					
İyi	9 (%18)	23 (%35,9)	4,535	0,104 ^b	0,199
Orta	30 (%60)	29 (%45,3)			
Zayıf	11 (%22)	12 (%18,8)			
Okuma yazmada gecikme					
Yok	34 (%68)	52 (%81,2)	2,660	0,103 ^b	0,153
Var	16 (%32)	12 (%18,8)			
Sigara/alkol					
Yok	47 (%94)	60 (%93,8)	0,003	>0,05 ^b	-0,005
Sigara ve/veya alkol	3 (%6)	4 (%6,2)			
Kendine zarar verme					
Yok	39 (%78)	60 (%93,8)	6,094	0,014 ^b	0,231
Var	11 (%22)	4 (%6,2)			

Tablo 4.2. (Devam) Otizm Özellikleri Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarının Gelişimsel ve Psikiyatrik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Değişken	Otizm özelliği var	Otizm özelliği yok	Test istatistiği	p değeri*	Etki büyüklüğü
Çevreye zarar verme Yok Var	31 (%62) 19 (%38)	53 (%82,8) 11 (%17,2)	6,271	0,012^b	0,235
1.derece akrabada psikiyatrik hastalık Yok Var	12 (%24) 38 (%76)	21 (%32,8) 43 (%67,2)	1,060	0,303 ^b	0,096
1.derece akrabada psikiyatrik hastalık türü Yok DEHB ÖÖB Depresyon/anksiyete Alkol/madde bağımlılığı Diğer	13 (%36) 10 (%20) 3 (%6) 21 (%42) 2 (%4) 1 (%2)	24 (%37,5) 10 (%15,6) 1 (%1,6) 22 (%34,4) 3 (%4,7) 4 (%6,2)	4,517	0,493 ^b	0,202
Akrabalarda psikiyatrik hastalık Yok Var	18 (%36) 32 (%64)	24 (%37,5) 40 (%62,5)	0,027	0,869 ^b	0,015
Akrabalardapsikiyatrik hastalık türü Yok DEHB ÖÖB Depresyon/ Anksiyete Psikoz OSB Diğer	19 (%38) 8 (%16) 1 (%2) 11 (%22) 3 (%6) 0 (%0) 8 (%16)	25 (%39,1) 7 (%10,9) 2 (%3,1) 16 (%25) 6 (%9,4) 3 (%4,7) 5 (%7,8)	5,490	0,632 ^b	0,226
Akrabalarda nörolojik hastalık Yok Var	31 (%62) 19 (%38)	39 (%60,9) 25 (%39,1)	0,013	0,908 ^b	-0,011
Akrabalarda nörolojik hastalık türü Yok Epilepsi Alzheimer Parkinson İnme Diğer	31 (%62) 5 (%10) 3 (%6) 4 (%8) 2 (%4) 5 (%10)	39 (%60,9) 11 (%17,2) 5 (%7,8) 3 (%4,7) 2 (%3,1) 4 (%6,2)	2,449	0,816 ^b	0,140

Tabloda verilen yüzdeler, sütun yüzdeleridir.

*b: p değeri, Ki-Kare testi ile elde edilmiştir.

4.3. Otizm Özellikleri Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarının Diğer Klinik Özellikleri

Çalışmaya alınan çocukların hiçbirinde işlevselliği bozucu düzeyde kronik hastalık ve düzenli ilaç kullanımı bulunmamaktadır. Buna göre; otizm özelliği olan ve olmayan gruptaki çocuklarda kronik hastalık ($\chi^2=2,530$, $p>0,05$), düzenli ilaç kullanımı ($\chi^2=3,157$, $p>0,05$), alerji ($\chi^2=0,164$, $p>0,05$), hastanede yatma öyküsü ($\chi^2=5,290$, $p>0,05$) karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan bir farklılık bulunmadığı saptanmıştır (Tablo 4.3).

Akrabalarda sık görülen medikal hastalıklar, otizm özelliği gösteren grubun %70'inde bildirilirken; otizm özelliği göstermeyen grubun %89,1'inde bildirilmiştir. Bu fark istatistiksel açıdan küçük etki büyüklüğü ile anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=6,549$, $p<0,05$, $\Phi=-0,240$). Akrabalarda bildirilen hastalık türü bakımından ise iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığı ($\chi^2=9,689$, $p>0,05$) saptanmıştır (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Otizm Özellikleri Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarının Diğer Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Değişken	Otizm özelliği var	Otizm özelliği yok	Test istatistiği	p değeri*	Etki büyüklüğü
Kronik hastalık					
Yok	31 (%62)	47 (%73,4)	2,530	0,667 ^b	0,142
Allerjik rinit/ astım	9 (%18)	8 (%12,5)			
Adenoid vejetasyon	3 (%6)	4 (%6,2)			
Puberte prekoks	2 (%4)	2 (%4,7)			
Diğer	5 (%10)	3 (%3,1)			
Düzenli ilaç kullanımı					
Yok	46 (%92)	59 (%92,2)	3,157	0,326 ^b	0,178
Astım ilaçları	4 (%8)	2 (%3,1)			
GnRH analogu	0 (%0)	2 (%3,1)			
Diğer	0 (%0)	1 (%1,6)			
Allerji					
Yok	35 (%70)	47 (%73,4)	0,164	0,685 ^b	0,038
Var	15 (%30)	17 (%26,6)			
Hastanede yatış öyküsü					
Yok	27 (%54)	44 (%68,8)	5,290	0,383 ^b	0,215
Genitoüriner hastalık	2 (%4)	5 (%7,8)			
Adenoidektomi ve/veya tonsillektomi	8 (%16)	5 (%7,8)			
Enfeksiyon	4 (%8)	2 (%3,1)			
Kaza	3 (%6)	2 (%3,1)			
Diğer	6 (%12)	6 (%9,4)			

Tablo 4.3. (Devamı) Otizm Özellikleri Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarının Diğer Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Değişken	Otizm özelliği var	Otizm özelliği yok	Test istatistiği	p değeri*	Etki büyüklüğü
Akrabalarda sık medikal hastalık					
Yok	15 (%30)	7 (%10,9)	6,549	0,010^b	-0,240
Var	35 (%70)	57 (%89,1)			
Akrabalarda sık görülen medikal hastalık türü					
Yok	15 (%30)	7 (%10,9)	9,689	0,080 ^b	0,295
DM	11 (%22)	21 (%32,8)			
KAH	13 (%26)	15 (%23,4)			
HT	1 (%2)	7 (%10,9)			
CA	5 (%10)	6 (%9,4)			
Diğer	5 (%10)	8 (%12,5)			

Tabloda verilen yüzdeler, sütun yüzdeleridir.

*^b: p değeri, Ki-Kare testi ile elde edilmiştir.

4.4. Otizm Özellikleri Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarında Prenatal, Natal ve Postnatal Özellikler

Otizm özelliği gösteren ve göstermeyen çocukların annelerinin abortusla sonuçlanan gebelik sayısı ($\chi^2=0,190$, $p>0,05$), gebeliğin istenme ve planlı gebelik olma durumu ($\chi^2=0,148$, $p>0,05$), gebelikte annenin hastalık öyküsü ($\chi^2=3,229$, $p>0,05$), gebelikte annenin geçirdiği hastalık türü ($\chi^2=3,259$, $p>0,05$), gebelikte ilaç kullanımı ($\chi^2=1$, $p>0,05$), riskli gebelik öyküsü ($\chi^2=3,731$, $p>0,05$), annenin gebelikte ruhsal hastalık öyküsü ($\chi^2=1,868$, $p>0,05$) bakımından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.4).

Annenin doğumdaki yaşı bakımından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($Z=0,770$, $p>0,05$). Gebelikte sigara kullanımı karşılaştırıldığında; otizm özellikleri gösteren çocukların annelerinin %36'sının, otizm özelliği göstermeyen çocukların annelerinin %18,8'inin gebeliği sırasında sigara kullandığı öğrenilmiştir; bu farkın istatistiksel açıdan küçük etki büyüklüğü ile anlamlı olduğu ($\chi^2=4,308$, $p<0,05$, $\Phi=0,194$) bulunmuştur (Tablo 4.4).

Doğum şekli ($\chi^2=0,055$, $p>0,05$), doğumdaki kilo ($\chi^2=0,066$, $p>0,05$), doğum haftası ($\chi^2=1,858$, $p>0,05$), doğumda fetal stres yaşama ($\chi^2=0,262$, $p>0,05$), doğum sonrası sağlık sorunu yaşama ($\chi^2=0,112$, $p>0,05$) bakımından

otizm özelliği gösteren ve göstermeyen çocuklar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Otizm Özellikleri Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarında Prenatal, Natal ve Postnatal Özelliklerin Karşılaştırılması

Değişken	Otizm özelliği var*	Otizm özelliği yok*	Test istatistiği	p değeri**	Etki büyüklüğü
Abortus ile sonuçlanan gebelik sayısı	0,52 (1)	0,44 (1)	0,190	0,850 ^c	0,018
Gebelik istenme durumu					
İstenen ve planlı	39 (%78)	49 (%76,6)	0,148	>0,05 ^b	0,020
İstenen ama planlı değil	2 (%4)	3 (%4,7)			
İstenmeyen	9 (%18)	12 (%18,8)			
Annenin doğumdaki yaşı	28,04 (8)	29,05 (8,75)	0,770	0,442 ^c	0,072
Gebelikte hastalık					
Yok	37 (%74)	37 (%57,8)	3,229	0,072 ^b	-0,168
Var	13 (%26)	27 (%42,2)			
Gebelikte hastalık türü					
Yok	36 (%72)	38 (%59,4)	3,259	0,180 ^b	0,174
DM/Gestasyonel DM	1 (%2)	6 (%9,4)			
Diğer	20 (%26)	13 (%31,2)			
Gebelikte ruhsal sorun					
Yok	29 (%58)	45 (%70,3)	1,868	0,172 ^b	0,128
Var	21 (%42)	19 (%29,7)			
Riskli gebelik					
Yok	34 (%68)	32 (%50)	3,731	0,530 ^b	-0,181
Var	16 (%32)	32 (%50)			
Gebelikte ilaç kullanımı					
Yok	40 (%80)	46 (%71,9)	1	0,317 ^b	-0,094
Var	10 (%20)	18 (%28,1)			
Gebelikte sigara					
Yok	32 (%64)	52 (%81,2)	4,308	0,038^b	0,194
Var	18 (%36)	12 (%18,8)			
Doğum haftası					
Term	48 (%96)	57 (%89,1)	1,858	0,295 ^b	-0,128
Prematürite	2 (%4)	7 (%10,9)			
Doğumda kilo (g)					
<2500	4 (%8)	6 (%9,4)	0,066	>0,05 ^b	-0,024
2500-4500	46 (%92)	58 (%90,6)			
Doğumda fetal stres					
Yok	41 (%82)	50 (%78,1)	0,262	0,609 ^b	-0,048
Var	9 (%18)	14 (%21,9)			
Doğum şekli					
NSVY	20 (%40)	27 (%42,2)	0,055	0,814 ^b	0,022
C/S	30 (%60)	37 (%57,8)			

Tablo 4.4. (Devam) Otizm Özellikleri Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarında Prenatal, Natal ve Postnatal Özelliklerin Karşılaştırılması

Değişken	Otizm özelliği var*	Otizm özelliği yok*	Test istatistiği	p değeri**	Etki büyüklüğü
Doğumdaek belirteçler					
Yok	30 (%60)	38 (%59,4)	0,352	0,839 ^b	0,056
Fetal stres veya doğum eylemi ile ilişkili sorun	7 (%14)	7 (%10,9)			
Riskli gebelik/riskli doğum nedeniyle C/S	13 (%26)	19 (%29,7)			
Doğum sonrası sağlık sorunu					
Yok	32 (%64)	39 (%60,9)	0,112	0,738 ^b	-0,031
Var	18 (%36)	25 (%39,1)			

Tabloda verilen yüzdeler, sütun yüzdeleridir.

*Mann Whitney U testinin uygulandığı değişkenler için Ortanca (Çeyreklikler Arası Genişlik) gösterimi kullanılmıştır.

**b: p değeri, Ki-Kare testi ile elde edilmiştir.

4.5. Otizm Özellikleri Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarında Bebeklik ve Erken Çocukluk Dönemi Özellikleri

Otizm özellikleri gösteren ve göstermeyen çocuklar arasında bebeklik ve erken çocukluk dönemi özellikleri açısından farklılıklar incelenmiştir. Bebeklikteki mizaç özellikleri ($\chi^2=1,894$, $p>0,05$), uyku sorunları ($\chi^2=0,459$, $p>0,05$) ve kolik ağrı çekme ($\chi^2=0,081$, $p>0,05$) bakımından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Otizm özellikleri gösteren çocukların %36'sı, otizm özellikleri göstermeyen çocukların %18,8'inde bebeklik döneminde anne memesini emme ile ilgili sorunlar bildirilmiştir. Bu farkın, istatistiksel açıdan küçük etki büyüklüğü ile anlamlı olduğu ($\chi^2=4,308$, $p<0,05$, $\Phi=0,194$) bulunmuştur (Tablo 4.5).

Bebeklikte konjenital hastalık ($\chi^2=3,462$, $p>0,05$) ve bebeklik döneminde geçirilen hastalıklar ($\chi^2=3,307$, $p>0,05$) açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Desteksiz oturma ($\chi^2=1,293$, $p>0,05$), emekleme ($\chi^2=1,560$, $p>0,05$), yürüme ($\chi^2=0,327$, $p>0,05$), tek kelimeleri söylemeye başlama ($\chi^2=0,114$, $p>0,05$), cümle kurma ($\chi^2=0,969$, $p>0,05$) ve tuvalet eğitimi ($\chi^2=0,855$, $p>0,05$) alanlarındaki gelişim basamaklarının kazanılma zamanı

açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Okul öncesi eğitim alma durumu bakımından otizm özelliği gösteren ve göstermeyen çocuklar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı ($\chi^2=0,002$, $p>0,05$) saptanmıştır (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Otizm Özellikleri Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarında Bebeklik ve Erken Çocukluk Dönemi Özelliklerinin Karşılaştırılması

Değişken	Otizm özelliği var	Otizm özelliği yok	Test istatistiği	p değeri*	Etki büyüklüğü
Meme emmede zorluk					
Yok	32 (%64)	52 (%81,2)	4,308	0,038^b	0,194
Var	18 (%36)	12 (%18,8)			
Kolik ağrı					
Yok	31 (%62)	38 (%59,4)	0,081	0,776 ^b	-0,027
Var	19 (%38)	26 (%40,6)			
Bebeklikte uyku sorunları					
Yok	38 (%76)	45 (%70,3)	0,459	0,498 ^b	-0,063
Var	12 (%24)	19 (%29,7)			
Bebeklikte mizaç					
Kolay	32 (%64)	34 (%53,1)	1,894	0,388 ^b	0,129
Orta	11 (%22)	15 (%23,4)			
Zor	7 (%14)	15 (%23,4)			
Birincil bakımveren					
Anne	33 (%66)	33 (%51,6)	2,400	0,121 ^b	-0,145
Anne ve diğer	17 (%34)	31 (%48,4)			
Konjenital sağlık sorunu					
Yok	42 (%84,0)	49 (%76,6)	3,462	0,819 ^b	0,173
Endokrin	1 (%2)	3 (%4,7)			
Göz	1 (%2)	2 (%3,1)			
Genitoüriner	3 (%6)	3 (%4,7)			
KVS	2 (%4)	3 (%4,7)			
Ortopedik	1 (%2)	1 (%1,6)			
Diğer	0 (%0)	3 (%4,7)			
Bebeklikte sağlık sorunu					
Yok	34 (%68)	38 (%59,4)	3,307	0,685 ^b	0,168
Gastrointestinal	2 (%4)	6 (%9,4)			
İmmunoloji/enfeksiyon	9 (%18)	9 (%14,1)			
Endokrinoloji	1 (%2)	1 (%1,6)			
Nöroloji	2 (%4)	4 (%6,2)			
Diğer	2 (%4)	6 (%9,4)			
Gelişim basamakları					
Normal	40 (%80)	51 (%79,7)	0,002	0,967 ^b	-0,004
Geç	10 (%20)	13 (%20,3)			

Tablo 4.5 (Devam). Otizm Özellikleri Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarında Bebeklik ve Erken Çocukluk Dönemi Özelliklerinin Karşılaştırılması

Değişken	Otizm özelliği var	Otizm özelliği yok	Test istatistiği	p değeri*	Etki büyüklüğü
Desteksiz oturma Erken Zamanında Geç	1 (%2) 49 (%98) 0 (%0)	1 (%1,6) 60 (%93,8) 3 (%4,7)	1,293	0,791 ^b	0,111
Emekleme Erken Emeklemedi/kısa sürdü Zamanında Geç	4 (%8) 9 (%18) 35 (%70) 2 (%4)	6 (%9,4) 16 (%25) 41 (%64,1) 1 (%1,6)	1,560	0,692 ^b	0,114
Yürüme Zamanında Geç	41 (%82) 9 (%18)	55 (%85,9) 9 (%14,1)	0,327	0,567 ^b	0,054
Kelime söyleme Zamanında Geç	41 (%82) 9 (%18)	54 (%84,4) 10 (%15,6)	0,114	0,736 ^b	0,032
Cümle kurma Erken Zamanında Geç	6 (%12) 35 (%70) 9 (%18)	12 (%18,8) 41 (%64,1) 11 (%17,2)	0,969	0,616 ^b	0,092
Tuvalet eğitimi Zamanında Geç	47 (%94) 3 (%6)	57 (%89,1) 7 (%10,9)	0,855	0,509 ^b	-0,087
Okul öncesi eğitim Yok Var	7 (%14) 43 (%86)	9 (%14,3) 54 (%85,7)	0,002	0,965 ^b	0,004

Tabloda verilen yüzdeler, sütun yüzdeleridir.

*^b: p değeri, Ki-Kare testi ile elde edilmiştir.

^c: p değeri, Mann Whitney U testi ile elde edilmiştir

4.6. Otizm Özellikleri Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarında Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY-T)'nden Elde Edilen Bulgular

Otizm özelliği gösteren çocukların %4'ünde eşik düzeyde, %6'sında eşik altı düzeyde depresyon tanısının bulunduğu; %4'ünde ise distimi tanısının bulunduğu

saptanmıştır. Otizm özelliği göstermeyen çocukların %1,6'sında eşik, %3,1'inde eşik altı düzeyde depresyon tanısının bulunduğu; %3,1'inde distimi tanısının bulunduğu saptanmıştır. İki grup arasında depresyon ($\chi^2=1,400$, $p>0,05$) ve distimi ($\chi^2=0,063$, $p>0,05$) tanılarının bulunması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.6).

Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu (YDDB) tanısının otizm özelliği gösteren çocukların %18'inde eşik düzeyde, %8'inde eşik altı düzeyde bulunduğu; otizm özelliği göstermeyen çocukların %9,4'ünde eşik düzeyde, %7,8'inde eşik altı düzeyde bulunduğu saptanmıştır. İki grup arasında YDDB tanısının bulunması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı ($\chi^2=1,864$, $p>0,05$) saptanmıştır (Tablo 4.6).

Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB) tanısının otizm özelliği gösteren çocukların %22'sinde eşik düzeyde, %4'ünde eşik altı düzeyde bulunduğu; otizm özelliği göstermeyen çocukların %15,6'sında eşik düzeyde, %1,6'sında eşik altı düzeyde bulunduğu saptanmıştır. İki grup arasında KOKGB tanısının bulunması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı ($\chi^2=1,631$, $p>0,05$) görülmüştür (Tablo 4.6).

Davranım bozukluğu tanısının otizm özelliği gösteren çocukların %2'sinde eşik düzeyde, %4'ünde eşik altı düzeyde bulunduğu; otizm özelliği göstermeyen çocukların %1,6'sında eşik düzeyde, %3,1'inde eşik altı düzeyde bulunduğu saptanmıştır. İki grup arasında davranım bozukluğu tanısının bulunması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı ($\chi^2=0,491$, $p>0,05$) saptanmıştır (Tablo 4.6).

Ayrılık anksiyetesi bozukluğu tanısının otizm özelliği gösteren çocukların %18'inde eşik düzeyde, %22'sinde eşik altı düzeyde bulunduğu; otizm özelliği göstermeyen çocukların %4,7'sinde eşik düzeyde, %7,8'inde eşik altı düzeyde bulunduğu saptanmıştır. İki grup arasında ayrılık anksiyetesi bozukluğu tanısının bulunması bakımından saptanan bu fark, orta etki büyüklüğü ile istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=11,566$, $p<0,05$, $V=0,319$). Bir başka ifadeyle bu çalışmada; DEHB tanısı olup otizm özelliği gösteren çocuklarda, otizm özelliği göstermeyen DEHB tanılı çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla ayrılık anksiyetesi bozukluğu bulunduğu gösterilmiştir (Tablo 4.6).

Otizm özelliği gösteren çocukların %2'sinde eşik düzeyde, %4'ünde eşik altı düzeyde panik bozukluk tanısının bulunduğu; %4'ünde eşik düzeyde, %6'sında eşik altı düzeyde agorafobi tanısının bulunduğu saptanmıştır. Otizm özelliği göstermeyen çocukların %1,6'sında eşik altı düzeyde panik bozukluk tanısının bulunduğu; %1,6'sında eşik altı düzeyde agorafobi tanısının bulunduğu saptanmıştır. İki grup arasında panik bozukluk ($\chi^2=1,982$, $p>0,05$) ve agorafobi ($\chi^2=3,871$, $p>0,05$) tanılarının bulunması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.6).

Sosyal anksiyete bozukluğu tanısının otizm özelliği gösteren çocukların %10'unda eşik düzeyde, %20'sinde eşik altı düzeyde bulunduğu; otizm özelliği göstermeyen çocukların %4,7'inde eşik, %9,4'ünde eşik altı düzeyde bulunduğu saptanmıştır. İki grup arasında sosyal anksiyete bozukluğu tanısının bulunması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($\chi^2=4,243$, $p>0,05$) bulunmuştur (Tablo 4.6).

Yaygın anksiyete bozukluğu tanısının otizm özelliği gösteren çocukların %18'inde eşik altı düzeyde bulunduğu; otizm özelliği göstermeyen çocukların %4,7'sinde eşik düzeyde, %9,4'ünde eşik altı düzeyde bulunduğu saptanmıştır. İki grup arasında yaygın anksiyete bozukluğu tanısının bulunması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($\chi^2=3,557$, $p>0,05$) saptanmıştır (Tablo 4.6).

Özgül fobi tanısının otizm özelliği gösteren çocukların %36'sında eşik düzeyde, %14'ünde eşik altı düzeyde bulunduğu; otizm özelliği göstermeyen çocukların %39,1'inde eşik düzeyde, %21,9'unda eşik altı düzeyde bulunduğu saptanmıştır. İki grup arasında özgül fobi tanısının bulunması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2=1,780$, $p>0,05$). Bildirilen özgül fobi türleri bakımından da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($\chi^2=7,257$, $p>0,05$) görülmüştür (Tablo 4.6).

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) tanısının otizm özelliği gösteren çocukların %6'sında eşik düzeyde, %4'ünde eşik altı düzeyde bulunduğu; otizm özelliği göstermeyen çocukların %9,4'ünde eşik altı düzeyde bulunduğu

saptanmıştır. İki grup arasında OKB tanısının bulunması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı ($\chi^2=4,455$, $p>0,05$) saptanmıştır (Tablo 4.6).

Enürezis tanısının otizm özelliği gösteren çocukların %4'ünde eşik, %6'sında eşik altı düzeyde bulunduğu; otizm özelliği göstermeyen çocukların %1,6'sında eşik, %12,5'inde eşik altı düzeyde bulunduğu saptanmıştır. İki grup arasında enürezis tanısının bulunması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($\chi^2=4,789$, $p>0,05$) bulunmuştur (Tablo 4.6).

Tik bozukluğu tanısını otizm özelliği gösteren çocukların %10'unda eşik düzeyde, %6'sında eşik altı düzeyde bulunduğu; otizm özelliği göstermeyen çocukların %9,4'ünde eşik düzeyde, %1,6'sında eşik altı düzeyde bulunduğu saptanmıştır. İki grup arasında tik bozukluğu tanısının bulunması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2=1,644$, $p>0,05$). Bildirilen tik alt tipleri açısından da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı ($\chi^2=2,351$, $p>0,05$) saptanmıştır (Tablo 4.6).

Sigara/tütün kullanımının otizm özelliği gösteren çocukların %6'sında eşik, %2'sinde eşik altı düzeyde bulunduğu; otizm özelliği göstermeyen çocukların %3,1'inde eşik, %1,6'sında eşik altı düzeyde bulunduğu saptanmıştır. İki grup arasında sigara/tütün kullanımı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($\chi^2=0,919$, $p>0,05$) bulunmuştur (Tablo 4.6)

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) tanısının otizm özelliği gösteren çocukların %4'ünde eşik altı düzeyde bulunduğu, otizm özelliği göstermeyen çocukların %3,1'inde eşik altı düzeyde bulunduğu saptanmıştır. Eşik düzeyde TSSB'nin katılımcıların hiçbirinde bildirilmediği görülmüştür. İki grup arasında TSSB tanısı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı ($\chi^2=0,630$, $p>0,05$) saptanmıştır (Tablo 4.6).

Mani/hipomani, psikoz, selektif mutizm, enkoprezis, yeme bozukluğu, anoreksia nervoza, tıknırcasına yeme bozukluğu, bulimia nervoza, alkol kullanımı, alkol kötüye kullanımı, madde kötüye kullanımı tanılarını karşılayan katılımcı sayısının azlığı ve/veya hiç olmaması nedeniyle bu tanılar için iki grup arasında istatistiksel karşılaştırma yapılmamıştır.

Tablo 4.6. Otizm Özellikleri Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarında Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY-T)'nden Elde Edilen Bulguların Karşılaştırılması

Değişken	Otizm özelliği var	Otizm özelliği yok	Test istatistiği	p değeri*	Etki büyüklüğü
Depresyon					
Yok	45 (%90)	61 (%95,3)	1,400	0,537 ^b	0,105
Eşik	2 (%4)	1 (%1,6)			
Eşik altı	3 (%6)	2 (%3,1)			
Distimi					
Yok	48 (%96)	62 (%96,9)	0,063	>0,05 ^b	0,024
Eşik	2 (%4)	2 (%3,1)			
YDDB					
Yok	37 (%74)	53 (%82,8)	1,864	0,394 ^b	0,128
Eşik	9 (%18)	6 (%9,4)			
Eşik altı	4 (%8)	5 (%7,8)			
Panik bozukluk					
Yok	47 (%94)	63 (%98,4)	1,982	0,396 ^b	0,131
Eşik	1 (%2)	0 (%0)			
Eşik altı	2 (%4)	1 (%1,6)			
Agorafobi					
Yok	45 (%90)	63 (%98,4)	3,871	0,116 ^b	0,195
Eşik	2 (%4)	0 (%0)			
Eşik altı	3 (%6)	1 (%1,6)			
AAB					
Yok	30 (%60)	56 (%87,5)	11,566	0,003^b	0,319
Eşik	9 (%18)	3 (%4,7)			
Eşik altı	11 (%22)	5 (%7,8)			
SAB					
Yok	35 (%70)	55 (%85,9)	4,243	0,106 ^b	0,194
Eşik	5 (%10)	3 (%4,7)			
Eşik altı	10 (%20)	6 (%9,4)			
YAB					
Yok	41 (%82)	55 (%85,9)	3,557	0,196 ^b	0,187
Eşik	0 (%0)	3 (%4,7)			
Eşik altı	9 (%18)	6 (%9,4)			
Özgül fobi					
Yok	25 (%50)	25 (%39,1)	1,780	0,411 ^b	0,125
Eşik	18 (%36)	25 (%39,1)			
Eşik altı	7 (%14)	14 (%21,9)			
Özgül fobi türü					
Yok	25 (%50)	24 (%37,5)	7,257	0,496 ^b	0,258
Durumsal	8 (%16)	13 (%20,3)			
Hayvan	1 (%2)	0 (%0)			
Doğal Çevre	8 (%16)	16 (%25)			
En az iki türde	8 (%16)	11 (%17,2)			

Tablo 4.6. (Devam) Otizm Özellikleri Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarında Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY-T)'nden Elde Edilen Bulguların Karşılaştırılması

Değişken	Otizm özelliği var	Otizm özelliği yok	Test istatistiği	p değeri*	Etki büyüklüğü
OKB					
Yok	45 (%90)	58 (%90,6)	4,455	0,770 ^b	0,209
Eşik	3 (%6)	0 (%0)			
Eşik altı	2 (%4)	6 (%9,4)			
Entürezis					
Yok	47 (%94)	55 (%85,9)	4,789	0,066 ^b	0,204
Eşik	2 (%4)	1 (%1,6)			
Eşik altı	1 (%2)	8 (%12,5)			
KOKGB					
Yok	37 (%74)	53 (%82,8)	1,631	0,500 ^b	0,116
Eşik	11 (%22)	10 (%15,6)			
Eşik altı	2 (%4)	1 (%1,6)			
Davranım Bozukluğu					
Yok	47 (%94)	61 (%95,3)	0,491	>0,05 ^b	0,029
Eşik	1 (%2)	1 (%1,6)			
Eşik altı	2 (%4)	2 (%3,1)			
Tik bozukluğu					
Yok	42 (%84)	57 (%89,1)	1,644	0,500 ^b	0,121
Eşik	5 (%10)	6 (%9,4)			
Eşik altı	3 (%6)	1 (%1,6)			
Tik alt tip					
Yok	41 (%82)	56 (%87,5)	2,351	0,535 ^b	0,143
Tourette sendromu	3 (%6)	2 (%3,1)			
Süreğen motor/ vokal tik	3 (%6)	5 (%7,8)			
Geçici tik	3 (%6)	1 (%1,6)			
Tik türleri					
Yok	41 (%82)	56 (%57,7)	1,369	0,762 ^b	0,101
Basit motor	4 (%8)	3 (%4,7)			
Basit ses	2 (%4)	3 (%4,7)			
Basit ses ve basit motor	3 (%6)	2 (%3,1)			
Sigara kullanımı					
Yok	46 (%92)	61 (%95,3)	0,919	0,827 ^b	0,072
Eşik	3 (%6)	2 (%3,1)			
Eşik altı	1 (%2)	1 (%1,6)			
TSSB					
Yok	48 (%96)	62 (%96,9)	0,630	>0,05 ^b	0,024
Eşik altı	2 (%4)	2 (%3,1)			

Tabloda verilen yüzdeler, sütun yüzdeleridir.

*^b: p değeri, Ki-Kare testi ile elde edilmiştir.

4.7. Otizm Özelliği Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarının Sosyal Cevaplılık Ölçeği (SCÖ) ve Güçler Güçlükler Anketi (GGA)'nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Otizm özelliği gösteren çocukların SCÖ'den aldığı puanın, otizm özelliği göstermeyen çocukların SCÖ'den aldığı puandan büyük etki büyüklüğü ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu saptanmıştır ($Z=9,138$, $p<0,001$, $r=0,856$). Bir başka ifadeyle otizm özelliği gösteren çocukların sosyal cevaplılığı, otizm özelliği göstermeyen çocuklardan daha kötüdür (Tablo 4.7).

Otizm özelliği gösteren çocukların GGA'dan aldığı toplam puan ve etkilenme puanının, otizm özelliği göstermeyen çocukların GGA'dan aldığı toplam puan ($Z=5,812$, $p<0,001$, $r=0,545$) ve etkilenme puanından ($Z=4,095$, $p<0,001$, $r=0,384$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu farklılıklardan GGA toplam puan için bulunan anlamlı farklılığın etki büyüklüğünün büyük, etkilenme puanı için bulunan farklılığın etki büyüklüğünün orta düzeyde olduğu görülmüştür. Yani; otizm özelliği gösteren DEHB tanılı çocukların otizm özelliği göstermeyen DEHB tanılı çocuklara göre davranış sorunları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite, duygusal sorunlar, akran sorunları, sosyal davranışlar alanlarında bir bütün olarak anlamlı düzeyde daha fazla güçlük yaşadığı ve bu güçlüklerden etkilenme düzeylerinin daha fazla olduğu söylenebilir (Tablo 4.7).

Otizm özelliği gösteren DEHB tanılı çocukların GGA'nın davranış sorunları ($Z=4,666$, $p<0,001$, $r=0,437$), dikkat eksikliği ve hiperaktivite ($Z=4,873$, $p<0,001$, $r=0,456$), duygusal sorunlar ($Z=3,772$, $p<0,001$, $r=0,354$), akran sorunları ($Z=3,612$, $p<0,001$, $r=0,338$) alt ölçeklerinden aldıkları puanların; otizm özelliği göstermeyen DEHB tanılı çocukların aynı alt ölçeklerden aldığı puanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu saptanmıştır. Bulunan bu farklılıkların her biri için etki büyüklüklerinin orta düzeyde olduğu görülmüştür. Buna göre; otizm özelliği gösteren çocukların davranış sorunları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite, duygusal sorunlar ve akran sorunları alanlarının her birinde otizm özelliği göstermeyen çocuklara göre anlamlı düzeyde daha fazla güçlük yaşadığı söylenebilir (Tablo 4.7).

Otizm özelliği gösteren DEHB tanılı çocukların GGA'nın sosyal davranışlar alt ölçeğinden aldıkları puanların, otizm özelliği göstermeyen DEHB tanılı

çocukların aynı alt ölçekten aldıkları puanlardan daha düşük olduğu saptanmıştır. Ancak bulunan bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($Z=1,636$, $p>0,05$, $r=0,153$) görülmüştür (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Otizm Özelliği Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarında Sosyal Cevaplılık Ölçeği (SCÖ) ve Güçler Güçlükler Anketi (GGA)'nden Alınan Puanların Karşılaştırılması

Ölçek/Alt ölçek	Otizm özelliği var*	Otizm özelliği yok*	Test istatistiği	p değeri**	Etki büyüklüğü
SCÖ	75 (19,25)	44 (20,75)	9,138	<0,001 ^c	0,856
GAA-Davranış sorunları	3 (3)	1 (2)	4,666	<0,001 ^c	0,437
GGA-Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite	8 (3,25)	5 (3,75)	4,873	<0,001 ^c	0,456
GGA-Duygusal sorunlar	4 (5)	2 (3)	3,772	<0,001 ^c	0,354
GGA-Akran sorunları	4 (3)	2 (3)	3,612	<0,001 ^c	0,338
GGA-Sosyal davranışlar	7,5 (3)	8 (2)	1,636	0,102 ^c	0,153
GGA-Toplam puan	18 (9,25)	10 (8,5)	5,812	<0,001 ^c	0,545
GGA-Etkilenme düzeyi	2,5 (3)	1 (2)	4,095	<0,001 ^c	0,384

*Mann Whitney U testinin uygulandığı değişkenler için Ortanca (Çeyreklikler Arası Genişlik) gösterimi kullanılmıştır.

**^c: p değeri, Mann Whitney U testi ile elde edilmiştir.

4.8. Otizm Özelliği Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarında Duygusal Reaktivite İndeksi (DRİ) ve Duygusal Reaktivite İndeksi-Aile (DRİ-A) Ölçekleri ile Çocuklar İçin Anksiyete Duyarlılığı İndeksi (ÇADİ) Ölçeklerinden Alınan Puanların Karşılaştırılması

Otizm özelliği gösteren DEHB tanılı çocukların DRİ-A'dan aldıkları toplam puan ve işlev kaybı puanının, otizm özelliği göstermeyen DEHB tanılı çocukların aldıkları toplam puan ($Z=5,080$, $p<0,001$, $r=0,476$) ve işlev kaybı puanından ($Z=3,235$, $p<0,05$, $r=0,303$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bulunan bu farklılıkların orta etki büyüklüğünde olduğu saptanmıştır. Bir başka ifadeyle; otizm özelliği gösteren çocukların, ailelerinin bildirimine göre

otizm özelliği göstermeyen çocuklardan daha fazla irritabilite gösterdiği ve bu irritabilite ile ilişkili işlev kaybının anlamlı düzeyde daha fazla yaşandığı söylenebilir (Tablo 4.8).

Otizm özelliği gösteren çocukların DRİ'den aldıkları toplam puan ve işlev kaybı puanının, otizm özelliği göstermeyen çocukların aldıkları toplam puan ($Z=3,312$, $p<0,05$, $r=0,310$) ve işlev kaybı puanından ($Z=3,297$, $p<0,05$, $r=0,309$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bulunan bu farklılıkların orta etki büyüklüğünde olduğu görülmüştür. Yani; otizm özelliği gösteren çocukların kendi bildirimlerine göre otizm özelliği göstermeyen çocuklardan daha fazla irritabilite gösterdiği ve bu irritabilite ile ilişkili işlev kaybını anlamlı düzeyde daha fazla yaşadıkları söylenebilir (Tablo 4.8).

Otizm özelliği gösteren çocukların ÇADİ'den aldıkları puanın, otizm özelliği göstermeyen çocukların aldıkları puandan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($Z=2,091$, $p<0,05$, $r=0,196$). Bulunan bu farklılığın küçük etki büyüklüğüne sahip olduğu görülmüştür. Buna göre; otizm özelliği gösteren çocukların, otizm özelliği göstermeyen çocuklardan küçük etki düzeyindeki bir anlamlılıkla daha fazla anksiyete duyarlılığına sahip olduğu söylenebilir (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Otizm Özelliği Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarında Duygusal Reaktivite İndeksi (DRİ) ve Duygusal Reaktivite İndeksi-Aile (DRİ-A) Ölçekleri ile Çocuklar İçin Anksiyete Duyarlılığı İndeksi (ÇADİ) Ölçeklerinden Alınan Puanların Karşılaştırılması

Ölçek/Alt ölçek	Otizm özelliği var	Otizm özelliği yok	Test istatistiği	p değeri*	Etki büyüklüğü
DRİ-A	6 (6)	2 (4)	5,080	<0,001 ^c	0,476
DRİ-A-İşlev kaybı	1 (2)	0 (1)	3,235	0,001 ^c	0,303
DRİ	6,5(4,25)	3(4,5)	3,312	0,001 ^c	0,310
DRİ-İşlev kaybı	1(2)	0 (1)	3,297	0,001 ^c	0,309
ÇADİ	31(13,25)	27(10)	2,091	0,037 ^c	0,196

*Mann Whitney U testinin uygulandığı değişkenler için Ortanca (Çeyreklikler Arası Genişlik) gösterimi kullanılmıştır

**c: p değeri, Mann Whitney U testi ile elde edilmiştir

4.9. Otizm Özelliği Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarının Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)'nden Alınan Puanlara Göre Karşılaştırılması

Otizm özelliği gösteren çocukların ailelerinin Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)'nin problem çözme ($Z=2,924$, $p<0,05$, $r=0,274$), iletişim ($t=3,649$, $p<0,001$, $d=-0,722$), roller ($t=2,848$, $p<0,05$, $d=-0,558$) alt ölçeklerinden aldıkları puanların; otizm özelliği göstermeyen çocukların ailelerinin aynı alt ölçeklerden aldıkları puanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bulunan farklılıklar için etki büyüklüklerine bakıldığında; problem çözme için bulunan farkın etki düzeyinin küçük, iletişim ve roller için bulunan farkın etki büyüklüğünün orta düzeyde olduğu görülmüştür. Buna göre; otizm özelliği gösteren çocukların ailelerinin otizm özelliği göstermeyen çocukların ailelerine göre problem çözme, iletişim ve roller bakımından aile işlevleriyle ilgili anlamlı düzeyde daha fazla sorun yaşadığı söylenebilir (Tablo 4.9).

Otizm özelliği gösteren çocukların ailelerinin ADÖ'nün duygusal tepki verme ($Z=4,506$, $p<0,001$, $r=0,422$), gereken ilgiyi gösterme ($Z=2,209$, $p<0,05$, $r=0,207$) ve davranış kontrolü ($Z=2,409$, $p<0,05$, $r=0,226$) alt ölçeklerinden aldığı puanların; otizm özelliği göstermeyen çocukların ailelerinin aynı alt ölçeklerden aldığı puanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bulunan farklılıklar için etki büyüklüklerine bakıldığında duygusal tepki verme için bulunan farkın etki düzeyinin orta, gereken ilgiyi gösterme ve davranış kontrolü için bulunan farklılıkların etki büyüklüğünün küçük düzeyde olduğu görülmüştür. Buna göre; otizm özelliği gösteren çocukların ailelerinin otizm özelliği göstermeyen çocukların ailelerine göre duygusal tepki verme, gereken ilgiyi gösterme ve davranış kontrolü bakımından aile işlevleriyle ilgili anlamlı düzeyde daha fazla sorun yaşadığı söylenebilir (Tablo 4.9).

Otizm özelliği gösteren çocukların ailelerinin ADÖ'nün genel işlevler alt ölçeğinden aldığı puanların, otizm özelliği göstermeyen çocukların ailelerinin aynı alt ölçekten aldığı puanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($Z=2,751$, $p<0,05$, $r=0,258$). Bulunan farklılıkla ilgili etki büyüklüğünün ise küçük düzeyde olduğu görülmüştür. Buna göre; otizm özelliği gösteren çocukların ailelerinin genel işlevlerinde, otizm özelliği göstermeyen

çocukların ailelerinden anlamlı düzeyde daha fazla sorun bulunduğu söylenebilir (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Otizm Özelliği Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarında Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)'nden Alınan Puanların Karşılaştırılması

Ölçek/Alt ölçek	Otizm özelliği var*	Otizm özelliği yok*	Test istatistiği	p değeri**	Etki büyüklüğü
ADÖ-Problem çözme	2,08 (1,04)	1,74 (0,50)	2,924	0,003^c	0,274
ADÖ-İletişim	1,95±0,54	1,62 ±0,36	3,649	<0,001^a	-0,722
ADÖ-Roller	2,13±0,53	1,88±0,39	2,848	0,005^a	-0,558
ADÖ-Duygusal tepki verme	1,83 (0,43)	1,33 (0,50)	4,506	<0,001^c	0,422
ADÖ-Gereken ilgiyi gösterme	1,71 (0,75)	1,57 (0,54)	2,209	0,027^c	0,207
ADÖ-Davranış kontrolü	1,77 (0,67)	1,66 (0,55)	2,409	0,016^c	0,226
ADÖ-Genel işlevler	1,83 (0,85)	1,50 (0,56)	2,751	0,006^c	0,258

*Mann Whitney U testinin uygulandığı değişkenler için Ortanca (Çeyreklikler Arası Genişlik); iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testinin (t testi) uygulandığı değişkenler için Ortalama± Standart Sapma gösterimi kullanılmıştır.

**^a: p değeri, iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi (t testi) ile elde edilmiştir.

^c: p değeri, Mann Whitney U testi ile elde edilmiştir

4.10. Otizm Özelliği Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarının Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği-Ebeveyn Formu (ÇİYKÖ-EF) ve Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği-Çocuk Formu (ÇİYKÖ-ÇF) Ölçeklerinden Alınan Puanlara Göre Karşılaştırılması

Toplam yaşam kalitesi puanı, otizm özelliği gösteren çocuklarda otizm özelliği göstermeyen çocuklara göre hem ebeveyn bildiriminde ($Z=4.893$, $p<0,001$, $r=0,459$) hem de çocukların kendi bildirimlerinde ($Z=3,702$, $p<0,001$, $r=0,347$) olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük saptanmıştır. Bulunan farklılıkların etki büyüklüğünün orta düzeyde olduğu görülmüştür. Buna göre; otizm özelliği gösteren çocuklarda bildirilen yaşam kalitesi düzeyinin, otizm özelliği olmayan çocuklara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu söylenebilir (Tablo 4.10).

Fiziksel sağlık alanındaki yaşam kalitesi puanı, otizm özelliği gösteren çocuklarda otizm özelliği göstermeyen çocuklara göre ebeveyn bildiriminde orta etki büyüklüğünde ($Z=3,497$, $p<0,001$, $r=0,327$); çocukların kendi bildirimlerinde küçük etki büyüklüğünde ($Z=2,081$, $p<0,05$, $r=0,195$) olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük saptanmıştır. Buna göre; otizm özelliği gösteren çocuklarda fiziksel sağlık alanındaki yaşam kalitesi düzeyinin, otizm özelliği göstermeyen çocuklardan anlamlı düzeyde daha düşük olduğu söylenebilir (Tablo 4.10).

Psikososyal alandaki yaşam kalitesi puanı, otizm özelliği gösteren çocuklarda otizm özelliği göstermeyen çocuklara göre ebeveyn bildiriminde büyük etki büyüklüğü ile ($t=5,533$, $p<0,001$, $d=1,040$), çocukların kendi bildirimlerinde orta etki büyüklüğü ile ($Z=3,657$, $p<0,001$, $r=0,343$) olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük saptanmıştır. Buna göre; otizm özelliği gösteren çocuklarda psikososyal alandaki yaşam kalitesi düzeyinin, otizm özelliği göstermeyen çocuklardan anlamlı düzeyde daha düşük olduğu söylenebilir (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Otizm Özelliği Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarında Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği-Ebeveyn Formu (ÇİYKÖ-EF) ve Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği-Çocuk Formu (ÇİYKÖ-ÇF) Ölçeklerinden Alınan Ölçek Toplam Puanı (ÖTP), Fiziksel Sağlık Toplam Puanı (FSTP) ve Psikososyal Toplam Puanı (PSTP)'nin Karşılaştırılması

Ölçek/Alt ölçek	Otizm özelliği var*	Otizm özelliği yok*	Test istatistiği	p değeri**	Etki büyüklüğü
ÇİYK-EF-ÖTP	57,60 (20,92)	79,88 (22,01)	4,893	<0,001 ^c	0,459
ÇİYK-EF-FSTP	64,06 (31,25)	84,37 (24,22)	3,497	<0,001 ^c	0,327
ÇİYK-EF-PSTP	57,19 ± 16,32	73,27±14,64	5,533	<0,001 ^a	1,040
ÇİYK-ÇF-ÖTP	64,13 (21,19)	75,54 (19,84)	3,702	<0,001 ^c	0,347
ÇİYK-ÇF-FSTP	71,87 (28,91)	82,81 (18,75)	2,081	0,037 ^c	0,195
ÇİYK-ÇF-PSTP	58,33 (24,17)	75(22,50)	3,657	<0,001 ^c	0,343

*Mann Whitney U testinin uygulandığı değişkenler için Ortanca (Çeyreklikler Arası Genişlik); iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testinin (t testi) uygulandığı değişkenler için Ortalama± Standart Sapma gösterimi kullanılmıştır.

**^a: p değeri, iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi (t testi) ile elde edilmiştir.

^c: p değeri, Mann Whitney U testi ile elde edilmiştir

4.11. Otizm Özelliği Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanı Gruplarının Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği (WİBÖ)'nden Alınan Puanlara Göre Karşılaştırılması

Otizm özelliği gösteren çocukların Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği (WİBÖ)'ndeki aile alt ölçeğinden aldıkları puanın, otizm özelliği göstermeyen çocukların aynı alt ölçekten aldıkları puandan küçük etki büyüklüğü ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($Z=2,865$, $p<0,05$, $r=0,269$). Buna göre; otizm özelliği gösteren çocukların aile işlevselliğinde otizm özelliği göstermeyen çocukların ailelerine göre anlamlı olarak daha fazla bozulma olduğu söylenebilir (Tablo 4.11).

Otizm özelliği gösteren çocukların WİBÖ'deki okul/öğrenme alt ölçeğinden aldıkları puanın, otizm özelliği göstermeyen çocukların aynı alt ölçekten aldıkları puandan küçük etki büyüklüğü ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($Z=3,043$, $p<0,05$, $r=0,285$). Buna göre; otizm özelliği gösteren çocukların okuldaki öğrenme ile ilgili işlevselliğinde otizm özelliği göstermeyen çocukların okuldaki öğrenme işlevselliğine göre anlamlı olarak daha fazla bozulma olduğu söylenebilir (Tablo 4.11).

Otizm özelliği gösteren ve göstermeyen çocukların, WİBÖ'deki okul/davranış alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık saptanmamıştır ($Z=1,300$, $p>0,05$, $r=0,122$). Bir diğer ifadeyle; otizm özelliği gösteren çocuklar ve otizm özelliği göstermeyen çocukların, okuldaki davranış ile ilgili işlevselliklerinde bozulma düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.11).

Otizm özelliği gösteren çocukların WİBÖ'deki yaşam becerileri alt ölçeğinden aldıkları puanın, otizm özelliği göstermeyen çocukların aynı alt ölçekten aldıkları puandan orta etki büyüklüğü ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($Z=3.828$, $p<0,001$, $r=0.359$). Buna göre; otizm özelliği gösteren çocukların yaşam becerileri işlevselliğindeki bozulmanın otizm özelliği göstermeyen çocukların yaşam becerileri işlevselliğindeki bozulmadan anlamlı olarak daha fazla olduğu söylenebilir (Tablo 4.11).

Otizm özelliği gösteren çocukların WİBÖ'deki benlik algısı alt ölçeğinden aldıkları puanın, otizm özelliği göstermeyen çocukların aynı alt ölçekten aldıkları puandan küçük etki büyüklüğü ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($Z=2,352$, $p<0,05$, $r=0,220$). Buna göre; otizm özelliği gösteren çocukların benlik algılarıyla ilgili işlevselliklerinde otizm özelliği göstermeyen çocuklara göre anlamlı düzeyde daha fazla bozulma olduğu söylenebilir (Tablo 4.11).

Otizm özelliği gösteren çocukların WİBÖ'deki sosyal etkinlikler alt ölçeğinden aldıkları puanın, otizm özelliği göstermeyen çocukların aynı alt ölçekten aldıkları puandan orta etki büyüklüğü ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($Z=5,098$, $p<0,001$, $r=0,478$). Buna göre; otizm özelliği gösteren çocukların sosyal etkinliklerle ilgili işlevselliklerinin, otizm özelliği göstermeyen çocuklardaki işlevsellikten anlamlı düzeyde daha fazla bozulduğu söylenebilir (Tablo 4.11).

Otizm özelliği gösteren çocukların WİBÖ'deki riskli eylemler alt ölçeğinden aldıkları puanın, otizm özelliği göstermeyen çocukların aynı alt ölçekten aldıkları puandan küçük etki büyüklüğü ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($Z=2,649$, $p<0,05$, $r=0,248$). Buna göre; otizm özelliği gösteren çocukların riskli eylemlerle ilgili işlevselliklerinde bozulmanın otizm özelliği göstermeyen çocuklarda görülen işlevsellikte bozulmadan anlamlı düzeyde daha fazla olduğu söylenebilir (Tablo 4.11).

Otizm özelliği gösteren çocukların WİBÖ'deki toplam işlevsellik puanının, otizm özelliği göstermeyen çocukların aldığı toplam işlevsellik puanından orta etki büyüklüğü ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($Z=4,544$, $p<0,001$, $r=0,426$). Buna göre; otizm özelliği gösteren çocukların genel işlevselliğindeki bozulmanın otizm özelliği göstermeyen çocuklara göre anlamlı düzeyde daha fazla olduğu söylenebilir (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Otizm Özelliği Gösteren ve Göstermeyen DEHB Tanılı Gruplarda Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği (WİBÖ)'nden Alınan Puanların Karşılaştırılması

Ölçek/Alt ölçek	Otizm özelliği var*	Otizm özelliği yok*	Test istatistiği	p değeri**	Etki büyüklüğü
WİBÖ-Aile	0,7 (0,80)	0,5 (0,58)	2,865	0,004^c	0,269
WİBÖ-Okul/öğrenme	1,5 (1,50)	1 (1,44)	3,043	0,002^c	0,285
WİBÖ-Okul/davranış	0,16 (0,70)	0,16 (0,33)	1,300	0,194 ^c	0,122
WİBÖ-Yaşam becerileri	1,10 (0,72)	0,80 (0,58)	3,828	<0,001^c	0,359
WİBÖ-Benlik algısı	1 (1,33)	0,49 (1,00)	2,352	0,019^c	0,220
WİBÖ-Sosyal etkinlikler	0,85 (0,72)	0,28 (0,57)	5,098	<0,001^c	0,478
WİBÖ-Riskli eylemler	0,10 (0,35)	0,10 (0,20)	2,649	0,008^c	0,248
WİBÖ-Toplam puan	0,76 (0,57)	0,48 (0,41)	4,544	<0,001^c	0,426

*Mann Whitney U testinin uygulandığı değişkenler için Ortanca (Çeyreklikler Arası Genişlik) gösterimi kullanılmıştır.

**^c: p değeri, Mann Whitney U testi ile elde edilmiştir.

4.12. DEHB Tanılı Çocuklarda Otizm Özellikleri ile İlgisi Olabileceği Düşünülen Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analiziyle İncelenmesi

DEHB tanılı çocuklardan otizm özellikleri gösterenlerin kestirimini sağlayabilecek değişkenleri belirlerken örneklem sayısına göre regresyon analizine dahil edilebilecek değişken sayısının sınırlı olması nedeniyle bazı belirlemeler yapılmıştır. Buna göre; yukarıda özetlenen istatistiksel testlerde otizm özellikleri olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı istatistiksel fark bulunan ($p < 0,05$) değişkenlerden klinik olarak da anlamlı olabilecek olanlar ile ölçek puanları ile ilgili değişkenlerden anlamlı fark bulunanların büyük etki büyüklüğüne sahip olup klinik olarak da anlamlı olabilecek olanlar lojistik regresyon analizine dahil edilmiştir.

Yapılan lojistik regresyon analizinde değişken seçim yöntemi olarak 'geriye dönük eleme yöntemi (backward likelihood ratio)' tercih edilmiştir. Oluşturulan

modelin uyum iyiliğini değerlendirmek için sıklıkla doğru sınıflama oranları kullanılır. Bu modelde otizm özelliği gösteren katılımcıların %86'sı, otizm özelliği göstermeyen katılımcıların %85,9'u doğru sınıflanmıştır.

Modele ilk etapta dahil edilen değişkenler; babanın eğitim durumu, güncel gözlenen dil-konuşma beceri düzeyi, geçmişteki bildirilen ince motor beceri düzeyi, gebelikte bildirilen annenin sigara kullanımı, ayrılık anksiyetesi bozukluğu tanısı, GGA'nın dikkat eksikliği ve hiperaktivite alt ölçeği puanı, GGA toplam puanı, DRİ-A puanı, ÇİYKÖ-EF-psikososyal toplam puanı, ÇİYKÖ-EF-ölçek toplam puanı, WİBÖ-sosyal etkinlik alt ölçek puanı olmuştur.

Geriye dönük eleme yöntemi ile modelde en son kalan değişkenler; babanın eğitim durumu, güncel dil-konuşma beceri düzeyi, geçmişteki bildirilen ince motor beceri düzeyi, ayrılık anksiyetesi bozukluğu tanısı, DRİ-A puanı, WİBÖ-sosyal etkinlik puanı olmuştur (Tablo 4.12).

Babanın eğitim düzeyinin lisenin altında olduğu DEHB tanılı çocuklarda otizm özelliklerinin bulunma riskinin, babanın eğitim düzeyinin lise ve üzerinde olduğu DEHB tanılı çocuklara göre 9,296 kat daha fazla olduğu bulunmuştur. Bu odds oranının, istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.12).

Güncel dil-konuşma beceri düzeyi orta/zayıf olarak gözlenen DEHB tanılı çocuklarda otizm özelliklerinin bulunma riskinin, güncel dil-konuşma beceri düzeyi iyi olarak gözlenen DEHB tanılı çocuklara göre 10,004 kat daha fazla olduğu bulunmuştur. Bu odds oranının, istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.12).

Ayrılık anksiyetesi bozukluğu tanısının eşlik ettiği DEHB tanılı çocuklarda otizm özelliklerinin bulunma riskinin, ayrılık anksiyetesi tanısı bulunmayan DEHB tanılı çocuklara göre 13,885 kat daha fazla olduğu bulunmuştur. Eşik altı düzeyde ayrılık anksiyetesi bozukluğu olan DEHB tanılı çocuklarda otizm özelliklerinin bulunma riskinin, ayrılık anksiyetesi belirtileri eşik altı düzeyde dahi bulunmayan DEHB tanılı çocuklara göre 11,341 kat daha fazla olduğu bulunmuştur. Bu odds oranlarının, istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.12).

DRİ-A puanındaki 1 birimlik artışın, DEHB tanılı çocuklarda otizm özelliklerinin bulunma riskini 1,486 kat arttırdığı bulunmuştur. Bu odds oranının, istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.12).

WİBÖ-sosyal etkinlikler alt ölçek puanındaki 1 birimlik artışın, DEHB tanılı çocuklarda otizm özellikleri bulunma riskini 6,482 kat arttırdığı saptanmıştır. Bu odds oranının, istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Otizm Özellikleri ile İlgisi Olabileceği Düşünülen Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analiziyle İncelenmesi (Geriye Dönük Eleme Yöntemi Sonuçları)

Değişkenler	b_j	S (b_j)	Wald	sd	p	Exp (b_j)	%95 Güven Aralığı AltÜst	
Sabit	1,141	0,651	3,070	1	0,080	0,320		
Babanın eğitim düzeyi	2,230	0,698	10,202	1	0,001	9,296	2,367	36,517
Güncel dil-konuşma becerisi	2,303	0,722	10,184	1	0,001	10,004	2,432	41,158
Geçmişte bildirilen ince motor beceri	1,100	0,646	2,903	1	0,088	3,004	0,848	10,650
AAB olmaması			11,067	2	0,004			
Eşik altı AAB	2,428	0,860	7,981	1	0,005	11,341	2,103	61,144
AAB	2,631	1,007	6,819	1	0,009	13,885	1,928	100,017
DRİ-A	0,396	0,107	13,808	1	<0,001	1,486	1,206	1,831
WİBÖ-sosyal etkinlikler	1,869	0,723	6,683	1	0,010	6,482	1,571	26,739

b_j : regresyon katsayısı S (b_j): regresyon katsayısının standart hatası Wald: test değeri
sd: serbest veri p: p değeri Exp (b_j): Odds oranı AAB: Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada daha önce DEHB ile ilişkili farmakolojik tedavi almamış olan, SCÖ ile yapılan değerlendirmede otizm özelliği gösterdiği ve göstermediği saptanan 8-16 yaş aralığındaki DEHB tanılı iki grup; DEHB ile ilgili klinik özellikler, duygu düzenleme, yaşam kalitesi ve işlevsellik bakımından karşılaştırılmıştır. Böylece DEHB tanılı hastalar içinde otizm benzeri özellikler açısından bir alt grubun tanımlanması amaçlanmıştır.

İlk hipotezimiz DEHB tanısı olup otizm özellikleri gösteren grupta bu özellikleri göstermeyen gruba göre; daha farklı ve şiddetli bir DEHB klinik görünümünün bulunacağı, bileşik görünümdeki DEHB tanısının daha fazla bulunacağı, başta KOKGB, YDDB ve anksiyete bozukluğu olmak üzere daha fazla eş tanının görüleceği yönündeydi.

Bu çalışmada, otizm özellikleri gösteren ve göstermeyen gruplar arasında DEHB alt tiplerinin klinik görünümü bakımından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Otizm özelliklerinin bulunmasının bileşik DEHB görünümü ile ilişkili olduğunu belirten klinik ve toplum örnekleme dayalı çalışmalar bulunmaktadır (2,4,81). Başka bir çalışmada otizm özelliklerinin DEHB tanılı çocuklarda hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu bulunmuştur (86). Bizim çalışmamızda da otizm özelliklerinin bulunduğu çocukların %80'inde bileşik görünümde DEHB saptanmıştır ancak otizm özelliği göstermeyen gruptaki çocukların %68,8'inde bileşik görünümde DEHB olduğu da görülmüştür. Her iki grupta da baskın klinik görünümün bileşik türde olmasının örneklemimizin hastane başvurusu olan kişilerden oluşması nedeniyle beklenen bir sonuç olduğu düşünülmüştür. Hastane örnekleminde en sık görülen DEHB görünümünün bileşik türde olması (216), beklenen bir durum olmakla birlikte toplum örnekleminde bakıldığı takdirde iki grup arasında DEHB klinik görünümü açısından anlamlı bir fark bulunabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte Kotte ve arkadaşları (2013), otizm özelliklerinin bulunmasının DEHB'nin çekirdek belirtilerinin görünümünü etkilemekten ziyade, DEHB ile ilişkili olarak eşlik eden diğer belirtiler, tanılar ve bunların neden olduğu işlevsellikteki bozulmaların klinik görünümü etkileyebileceğini

belirtmektedir (4). Bu dolaylı etkiler içinde oluşabilecek korelasyonları daha iyi inceleyebilmek için örneklem büyüklüğünün artırılmasının yararlı olabileceği düşünülmüştür.

Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA), DEHB ile ilişkili güçlükleri anlamada klinikte ve araştırmalarda sıklıkla yararlanılan bir ölçektir. Çalışmamızda bu ölçeğin dikkat eksikliği ve hiperaktivite, davranış sorunları, duygusal sorunlar, akran sorunları alt ölçeklerinde, otizm özellikleri bulunan grubun orta etki büyüklüğünde bir anlamlılıkla bu özelliği bulunmayan gruba göre daha fazla güçlük yaşadığı bulunmuştur. GGA toplam puanı ve etkilenme puanı açısından da otizm özelliği gösteren grubun bu özelliği göstermeyen gruba göre sırasıyla büyük ve orta etki büyüklükleri ile anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldıkları bulunmuştur. O halde, otizm özellikleri olan çocukların dikkat eksikliği ve hiperaktivite alanındaki güçlükleri ve diğer alanlardaki güçlükleri hem daha fazla yaşadıkları hem de bu durumdan daha fazla etkilendikleri yorumu yapılabilir. Aynı ölçeğin sosyal davranışlar alt ölçeği ise olumlu sosyal davranışları içeren maddelere sahiptir. Bu alt ölçekten alınan puanlar bakımından iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

GGA alt ölçeklerindeki özellikler açısından bakıldığında otizm özellikleri gösteren grubun otizm özellikleri göstermeyenlerle benzer şekilde olumlu sosyal davranışlarının olduğu; ancak akran ilişkileri ve duygusal alanda anlamlı düzeyde daha fazla zorluk yaşadıkları; ayrıca daha belirgin dikkat eksikliği ve hiperaktivite ile davranış sorunları yaşadıkları anlaşılmıştır. Iizuka ve arkadaşlarının (2010) DEHB ve yüksek işlevli OSB tanılı çocukları GGA'dan alınan puanlar bakımından karşılaştırdıkları çalışmasında; ebeveyn bildirimine göre yüksek işlevli otizm tanısı olan çocukların duygusal sorunlar ve akran ilişkileri alanında DEHB tanılı çocuklara göre daha fazla güçlük yaşadığı, öğretmen bildirimine göre ise dikkat eksikliği ve hiperaktivite ile davranış sorunları alanında DEHB tanılı çocukların yüksek işlevli OSB tanılı çocuklara göre daha fazla güçlük yaşadığı bulunmuş; aynı zamanda sosyal davranışlar alt ölçeği puanları bakımından iki grup için anlamlı bir farklılık bulunmadığı belirtilmiştir (217). Russell ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında ise GGA'nın sosyal davranışlar, duygusal sorunlar, dikkat eksikliği hiperaktivite ve etkilenme puanı ile OSB tanısının ilişkili olduğu gösterilmiştir (218). Bizim çalışmamızda da otizm özellikleri olan grupta akran ilişkileri ve duygusal sorunlar ile

ilgili güçlüklerin otizm özelliği olmayan gruba göre anlamlı düzeyde daha fazla bulunması, ancak sosyal davranışlar alt ölçeği bakımından iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmaması bulgusu daha önceden DEHB ve OSB tanılı çocuklarla yapılan benzer çalışmalarla tutarlı görünmektedir. Buradan hareketle otizm özelliği gösteren çocukların olumlu sosyal davranışlarının ebeveynleri tarafından gözlemlendiği, ancak bu davranışları sergileyebilseler bile bunun sosyal-duygusal alanda bulduğu karşılığın zayıf olduğu yorumu yapılabilir. GGA'nın sosyal davranışlar alt ölçeği için genellikle öğretmenlerin, çocukların ebeveynlerine göre daha olumsuz yanıtlar verme eğiliminin olduğu bilinmektedir (219). Sosyal davranışlar diğer insanlarla yardımlaşma, paylaşma, iş birliği yapma gibi etkileşimleri içerdiğinden evdeki birebir etkileşimlerden ziyade okul ortamında daha iyi değerlendirilebileceği belirtilmektedir (217). Bu nedenle çalışmamızda GGA'nın sadece ebeveyn bildirimine dayanması, ölçek için öğretmen bildirimine başvurulmaması sosyal davranışlar alt ölçeği ile ilgili iki grup arasında anlamlı bir fark bulunamaması ile ilişkili olabilecek bir kısıtlılık olarak değerlendirilebilir.

Eşlik eden psikiyatrik tanılar açısından iki grup karşılaştırıldığında anlamlı farklılık sadece orta etki büyüklüğü ile ayrılık anksiyetesi bozukluğu için elde edilmiştir. Yapılan lojistik regresyon analizi sonucunda da DEHB tanılı çocuklarda ayrılık anksiyetesi bozukluğu tanısının bulunmasının, ayrılık anksiyetesi tanısının bulunmaması durumuna göre otizm özelliklerinin görülme riskini yaklaşık 14 kat arttırdığı; ayrılık anksiyetesi belirtileri eşik altı düzeyde bulunduğu ise bu belirtilerin hiç bulunmaması durumuna göre otizm özellikleri görülme riskini yaklaşık 11 kat arttırdığı saptanmıştır.

Anksiyete bozukluklarının DEHB tanısına sıklıkla eşlik ettiği bilinmektedir (180). Anksiyete bozukluğu, otizm özellikleri gösteren grupta otizm özellikleri göstermeyen gruba göre alan yazındaki diğer çalışmalarla uyumlu olarak daha fazla görülmesini beklediğimiz tanılardan biriydi (4,6). Bir tür içselleştirme bozukluğu olan anksiyete bozukluğunun duygu düzenlemede zorlukla ilişkili olan bir yanı olduğu çalışmalarda gösterilmiştir (145,146). DEHB tanılı çocuklarda anksiyete bozukluğu eşlik ettiğinde olumsuz uyarana verilen dikkatte artış, anksiyöz dürtüsellik, kaçınma gibi uyuma dönük olmayan duygu düzenleme becerilerine başvurulduğu çalışmalarda gösterilmiştir (123,148,220). Çalışmamızda anksiyete

bozuklukları içinde iki grup arasında anlamlı farklılık sadece ayrılık anksiyetesi bozukluğu için saptanmıştır. Ayrılık anksiyetesi, bebeklik döneminde gelişimsel olarak bulunması normal olan bir kaygı biçimidir. Ayrılık anksiyetesi, işlevselliği bozacak düzeyde devam ettiği takdirde çocuğun duygu düzenlemede zorluk yaşadığına işaret etmektedir. Yapılan çalışmalarda ayrılık anksiyetesi olan çocukların olumsuz duygusal tepkisellik gösterdiği, duygu düzenlemede sorunlar yaşadıkları, belirsiz durumlardan daha fazla tehdit algıladıkları, sorunları kendileri çözmek yerine başkalarından daha fazla yardım aradıkları gösterilmiştir (221,222).

Otizm özelliği bulunan çocuklarda duygu düzenleme becerileri zihin kuramı ile de ilişkilendirilmektedir. Zihin kuramı gelişimindeki aksama, otizm özellikleri bulunan çocukların kendilerindeki ve sosyal çevrelerindeki kişilerin düşünce ve duygusal süreçlerini anlama, bunların davranışlar üzerindeki etkilerini tahmin edebilme gibi becerilerde sorunlar yaşaması ile ilgilidir (158). Bu sorunlar sonucunda ortaya çıkan olumsuz duyguları düzenleyebilmek için gereken stratejileri bağlama uygun ve esnek şekilde kullanmak ise etkili duygu düzenlemede önem taşımaktadır (152).

Ayrılık anksiyetesinin DEHB ve OSB'ye sıklıkla eşlik eden anksiyete bozukluklarından olduğu bilinmektedir (180,223). Yüksek işlevli OSB tanılı çocuklarda ayrılık anksiyetesi bozukluğu sık görülen anksiyete bozuklukları arasındadır (224). Van Steensel ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında; otizm özellikleri ile birçok anksiyete bozukluğunun anlamlı düzeyde ilişkili olduğu, bu bozukluklardan birinin de ayrılık anksiyetesi olduğu bulunmuştur (225). OSB tanılı çocuklarda, ebeveynlerden ayrılmaya karşı direncin ayrılık kaygısından mı yoksa çocuğun rutine olan sıkı sıkıya bağlılığından mı ya da her ikisinden de mi kaynaklandığının net olmadığı belirtilmektedir (226). Bazı çalışmalarda ise otizm spektrumunda anksiyete bozuklukları duyusal hassasiyetler bakımından tartışılmaktadır (227,228). Duyusal aşırı tepkiselliğin, uyarılma ile ilgili düzenlemeyi sağlamak için duyusal uyarandan kaçınmaya neden olduğu ve bunun anksiyeteyi daha fazla arttırdığı ve sürdürebileceği belirtilmektedir (229,230). Otizm tanılı çocuklarda duyusal aşırı tepkiselliğin özgül fobi ve ayrılık anksiyetesi ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (231,232).

Çalışmamızda ayrılık anksiyetesi bozukluğunun otizm özellikleri gösteren grupta anlamlı düzeyde daha fazla bulunması ile ilişkili olarak; bu çocukların sosyal bağlamlarda kendi başlarına duygularını düzenlemekte zorlanmaları, yaşadıkları zihinselleştirme sorunlarını anlayan ve belki de tamamlayan ‘o kişinin’ eksikliği veya kaybı ile ilgili duydukları kaygı, duygusal aşırı uyarılma ile ilgili yaşadıkları kaygı veya rutinler bozulduğunda çocuğun hissettiği kaygı sonucunda ayrılık anksiyetesi bozukluğu tablosunun oluştuğu öne sürülebilir. Ancak çalışmamızdaki bu bulgunun otizm özellikleri olan çocuklarda ayrılık anksiyetesi bozukluğu ile ilgili yapılacak başka çalışmalar ile de teyide ihtiyacı olacaktır. Otizm özelliği gösteren çocuklarda, otizm özelliği göstermeyenlere göre ayrılık anksiyetesi bozukluğunun anlamlı olarak daha fazla bulunmasının, DEHB tanımlı çocuklarda eşlik eden ayrılık anksiyetesi bozukluğu saptandığında otizm özelliklerini de araştırmak bakımından önemli bir bulgu olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda aynı zamanda çocuklarda anksiyete duyarlılığını ölçmek için kullanılan Çocuklar İçin Anksiyete Duyarlılığı İndeksi (ÇADİ)’nden, otizm özelliği gösteren gruptaki çocukların küçük etki büyüklüğü ile anlamlı düzeyde daha fazla puan aldığı; yani anksiyete duyarlılıklarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Anksiyete duyarlılığı; kalp atışında hızlanma, hızlı nefes alma, baş dönmesi gibi kaygı ile ilişkili duyumların zararlı sonuçlara neden olacağına dair yanlış inançlardan kaynaklanan kaygıyı ifade eder (233). Taylor ve arkadaşları (2007), anksiyete duyarlılığını fiziksel, sosyal ve bilişsel boyutlara ayırmıştır (234). Baiano ve arkadaşlarının (2022) üniversite öğrencilerinde otizm özellikleri ve anksiyete duyarlılığını araştırdığı çalışmasında da sosyal alanla ilişkili otizm özelliklerinin, sosyal ve bilişsel alandaki anksiyete duyarlılığı riskini arttırdığı bulunmuştur (235). Çalışmamızda otizm özellikleri gösteren grubun, otizm özellikleri göstermeyen gruba göre alan yazınla uyumlu biçimde anlamlı düzeyde daha fazla anksiyete duyarlılığı gösterdikleri saptanmıştır; ancak bulunan bu anlamlı farklılıkla ilgili etki büyüklüğünün küçük düzeyde olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB) ve Davranım Bozukluğu (DB) da otizm özellikleri gösteren grupta anlamlı olarak daha fazla bulunması beklenen diğer eş tanılarıdır. Alan yazındaki çalışmalarda otizm özelliklerinin, DEHB’nin çekirdek belirtilerinin şiddetini arttırmaktan ziyade KOKGB eş tanısı ile

ilişkilendirildiği görülmektedir (2,4,5). Bununla birlikte KOKGB eş tanısının özellikle işlevselliğin bozuk olduğu aile ortamlarında daha fazla bulunduğu, çocuğun içinde bulunduğu ailede yaşanan çatışma düzeyi gibi etkenlerin tanının ortaya çıkmasında rol oynayabildiği belirtilmektedir (122,126). Bizim çalışmamızda KOKGB ve DB tanıları için iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Çalışmamızda otizm özellikleri görülen ve görülmeyen gruplarda KOKGB ve DB tanıları açısından anlamlı bir fark olmayışı, ADÖ ile ölçülen genel aile işlevleri ve diğer alt ölçekler bakımından iki grup arasında bulunan anlamlı farklılıkların etki büyüklüklerinin küçük-orta düzeyde olması ile açıklanabileceği gibi KOKGB tanı kriterlerini karşılayan çocukların bir kısmının YDDB tanı kriterlerini de karşılaması nedeniyle bu çocukların DSM-V'e göre iki tanıyı birden alamaması kuralıyla ilgili olarak (1) iki tanı grubu arasında dağılması şeklinde de açıklanabileceği düşünülmüştür.

Otizm özellikleri ile ilgisi olabileceği düşünülen değişkenlerin lojistik regresyon analiziyle incelenmesi sonucunda, otizm özelliği riskinde artış ile ilişkili bulunan değişkenlerden biri babanın eğitim düzeyi olmuştur. Babanın eğitim durumunun lise düzeyinin altında olmasının, lise ve üzerinde olmasına göre çocukta otizm özelliği bulunma riskini yaklaşık 9 kat arttırdığı bulunmuştur. Otizm özelliğinin %36-87 oranında kalıtılabilir olduğu bilinmektedir (236,237). Bu nedenle benzer özelliklerin babada da bulunması olasıdır. Otizm özelliği olan çocukların okul ile ilgili işlevselliklerinin daha kötü olduğu bilindiğinden (5,95) bu çocukların babalarının da okulu erken bırakmak durumunda kalmış olabileceği düşünülebilir. Cooper ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında ailenin eğitim düzeyi ile otizm özellikleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirtilmiştir (4). Birkaç çalışmada otizm özelliği bulunan DEHB tanılı çocukların ailelerinin, otizm özelliği bulunmayan DEHB tanılı çocukların ailelerinden sosyoekonomik düzey bakımından daha dezavantajlı olduğu gösterilmiştir (4,6,95). Bununla birlikte Grzadzinski ve arkadaşları (2011), çalışmasında sosyoekonomik düzey bakımından iki grup arasında fark olmadığını bildirmiştir (2). Çalışmamızda otizm özelliği bulunan çocukların babalarının eğitim düzeyi otizm özelliği bulunmayan çocukların babalarına göre küçük-orta etki büyüklüğü ile anlamlı olarak daha düşük saptansa da Hollingshead-Redlich ölçeğine göre sosyoekonomik açıdan iki grup arasında anlamlı bir fark

bulunmamıştır. Hollingshead-Redlich ölçeği hem iş hem eğitim durumunu değerlendirerek aile için bir sınıflama yapmaktadır (196). Buna göre iki grup arasında iş durumu ve annelerin eğitim durumundan ziyade babaların eğitim düzeyi ile ilgili bir farklılık bulunduğu görülmüştür.

Çalışmamızda aile işlevselliğinin değerlendirildiği ADÖ'nün alt ölçekleri olan iletişim, roller ve duygusal tepki verme alanlarında otizm özelliği gösteren grubun ailelerinin orta etki büyüklüğünde bir anlamlılıkla; problem çözme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alanlarında ise küçük etki büyüklüğünde bir anlamlılıkla otizm özelliği göstermeyen gruptaki ailelere göre daha fazla zorluk yaşadığı bulunmuştur. ADÖ alt ölçekleri için iki grupta hesaplanan ortalama ve ortanca puanlara bakıldığında problem çözme ve roller alt ölçekleri bakımından otizm özellikleri gösteren grubun ortalama puanının 2'nin üzerinde olduğu, diğer alt ölçekler bakımından iki grubun da ortalama ve ortanca puanlarının 2'nin altında olduğu görülmektedir. 2 ve üzerindeki puanlar aile işlevselliğinde bozulmaya işaret etmektedir (215). Bu bakımdan otizm özellikleri gösteren DEHB tanılı çocukların ailelerinin problem çözme ve roller ile ilgili aile işlevlerinde sorunlar yaşadıkları yorumu yapılabilir. Otizm özelliklerinin kalıtılabilir olduğu bilgisi de göz önünde bulundurulduğunda (236,237), bu çocukların anne babalarında da otizm özelliklerinin bulunabileceği ve aile işlevselliğindeki zorlukların bu durumla ilişkili olabileceği öne sürülebilir. Bu konudaki ilişkili özelliklerin incelenmesinin klinik açıdan önemli olabileceği düşünölmüştür.

İkinci hipotezimiz; otizm özelliği gösteren grupta, bir duygu düzenleme güçlüğü görünümü olarak irritabilitenin bu özelliği göstermeyen gruba göre daha fazla görüleceği yönündeydi. Çalışmamızda irritabilite düzeyi ve neden olduğu işlev kaybı, Duygusal Reaktivite İndeksi (DRİ)'nin öz bildirim ve aile formu (DRİ-A) ile ölçölmüştür. Buna göre; otizm özelliği gösteren grupta duygusal reaktivite düzeyi ve neden olduğu işlev kaybı, otizm özelliği göstermeyen gruba göre orta etki büyüklüğü ile anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu hem çocuğun kendi bildiriminde hem ebeveyn bildiriminde geçerlidir. Yapılan lojistik regresyon analizinde de DRİ-A ölçek puanındaki 1 birimlik değişimin DEHB tanılı çocuklarda otizm özelliği riskini yaklaşık 1,5 kat arttırdığı bulunmuştur.

İrritabilite, duygu düzenleme güçlüğü'nün klinik bir görünümüdür (112). DEHB ve OSB'de duygu düzenleme güçlükleri sık çalışılan ve bilinen bir konu olmakla birlikte son dönemlerde otizm özellikleri ve duygu düzenleme ilişkisi ile ilgili çalışmalar da artmaktadır. Bu çalışmalarda; zihin kuramındaki sorunlar, yürütücü işlevlerdeki sorunlar, bunların psikolojik esnekliği ve uygun baş etme becerisini seçmeyi engellemesi, duyguları tanıma, sosyal bağlamlarda uygun şekilde ifade edebilme ile ilgili yaşanan güçlükler gibi etkenlerin otizm özelliği gösteren veya yüksek işlevli otizmi olan bireylerdeki duygu düzenleme güçlüklerinde rol oynadığı belirtilmektedir (8,151,152,159). Aleksitimi ve otizmde görülen sosyal bağlamlarda duygusal karşılıklılık eksikliği ile ilgili daha çok ergen ve erişkin örneklerle yapılan çalışmalar olduğu görülmektedir. Yapılan bir çalışmada aleksitimi ile otizmde görülen duygu karşılıklılığı ve duygu paylaşımında zorluğun ayrı kavramlar olduğu saptanmıştır (164). Bizim çalışmamızda duygusal reaktivite ile ilgili çocuklara verdiğimiz öz bildirim ölçeği ve ebeveynlerinin doldurduğu ölçek sonuçlarının tutarlı olması, çocukların duygularının ve bunlarla ilgili yaşadığı zorluğun farkında olduklarını düşündürmektedir.

Çalışmamızda otizm özelliği gösteren grupta otizm özelliği göstermeyen gruba göre orta etki büyüklüğü ile anlamlı düzeyde daha fazla iritabilite ve bununla ilgili işlev kaybı olduğu görülmekle birlikte iritabilite ile ilişkili olabilecek KOKGB ve YDDB tanıları bakımından iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durumun, iritabilitenin bir tanı kriteri veya kategorik bir kavram olmasından çok boyutsal bir nitelik taşıması ile ilişkili olabileceği ve iritabilite ile tanı kategorileri arasında doğrudan bir ilişki olmayabileceği görüşünü desteklediği düşünülebilir. Mizaç, duygu düzenleme becerilerinin üzerine inşa edildiği bir biyolojik zemin sağlar. Duygu düzenlemede genetik bir rolü bulunur (118). Çalışmamızda mizaç için bir ölçek vermemekle birlikte klinik bilgi formu içerisinde mizaç özellikleri ile ilgili ailelerin verdiği cevaplara göre mizaç; kolay, orta ve zor olmak üzere üç başlığa ayrılmıştır. Buna göre bebeklik dönemindeki mizaç özellikleri bakımından iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Otizm özelliği olan gruptaki çocukların %64'ü, otizm özelliği olmayan gruptaki çocukların %53,1'i için bebeklik dönemindeki mizaç özelliği ebeveynleri tarafından 'kolay' olarak nitelendirilmiştir. Buradan hareketle; otizm özellikleri gösteren çocukların boyutsal olarak iritabilite

ile ilgili anlamlı düzeyde daha fazla güçlük yaşamasına rağmen kategorik olarak KOKGB ve YDDB gibi tanılar bakımından iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmayışında her iki gruptaki çocukların bebeklik döneminde kolay mizaç özelliklerine sahip olmasının rolü olabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda klinik bilgi formu içerisindeki çocuğun kendine ve çevreye zarar vermesi ile ilgili sorulara ebeveynin verdiği yanıtlara göre çocuğun kendine yönelik ve çevreye yönelik saldırganlık davranışlarının, otizm özelliği gösteren grupta otizm özelliği göstermeyen gruba göre küçük etki büyüklüğü ile anlamlı düzeyde daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Bu durumun, otizm özelliği gösteren çocukların duygu düzenlemede yaşadıkları zorlukların davranışsal bir dışa vurumu olarak değerlendirilebileceği düşünülmüştür. Benzer şekilde; Kotte ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında da otizm özellikleri gösteren DEHB tanılı çocuklarda, otizm özelliği bulunmayan DEHB tanılı çocuklara göre yıkıcı davranışların anlamlı düzeyde daha fazla görüldüğü saptanmıştır (6). Bununla birlikte anlamlı bulunan bu farklılığın etki büyüklüğünün küçük olduğunu göz önünde bulundurmamak gerekmektedir. Bu bulguların klinik açıdan değeri, irritabilite ya da saldırganlık tariflenen DEHB tanılı çocuklarda otizm özelliklerini araştırmak ve tedavi stratejileri bakımından irritabilite ya da saldırganlık ile çalışırken otizm özellikleri varsa buna yönelik de müdahaleler planlamak olabilir.

Üçüncü hipotezimiz; otizm özelliği gösteren grupta bu özelliği göstermeyen gruba göre motor ve dil alanındaki gelişim öykülerinde anormalliklerin daha fazla bulunacağı olmuştur. İki grup arasında gelişim basamakları bakımından farklılıklar incelendiğinde; desteksiz oturma, emekleme, yürüme, tek kelime söyleme, cümle kurma ve tuvalet eğitimi kazanma zamanları bakımından anlamlı farklılık bulunmamıştır. Gelişim basamaklarının yanında çocukların güncel durumdaki ve geçmişteki kaba motor becerileri, ince motor becerileri, dil-konuşma becerileri, sakarlık/kaza geçirme sıklıkları, vücut koordinasyonunda zorluk yaşayıp yaşamadıkları ebeveynlerine sorularak araştırılmıştır. Buna göre otizm özelliği gösteren çocukların göstermeyen çocuklardan; geçmişteki ince motor beceriler bakımından küçük etki büyüklüğü ile anlamlı düzeyde daha zayıf oldukları, küçük etki büyüklüğü ile anlamlı düzeyde daha fazla sakarlık/kaza geçirdikleri, güncel durumdaki dil-konuşma becerilerinin orta etki büyüklüğü ile anlamlı düzeyde daha

zayıf olduğu saptanmıştır. Yapılan lojistik regresyon analizinde ise güncel dil-konuşma beceri düzeyinin orta/zayıf olmasının, bu beceri düzeyinin iyi düzeyde olmasına göre çocukta otizm özellikleri ile ilgili riski yaklaşık 10 kat arttırdığı bulunmuştur. Dil-konuşma becerileriyle ilgili güçlükler ve OSB tanısı arasındaki ilişki hem alan yazında hem klinikte sıklıkla karşılaştığımız bir olgudur. Dilin iletişim ve etkileşimde aracılık eden sosyal bir yanı olması nedeniyle dil-konuşma alanında yaşanan güçlüklerin otizm özelliği riskini de arttırması bu nedenle şaşırtıcı olmamıştır.

Otizm özelliği gösteren çocuklarda motor beceriler ile ilgili zorluklar ve dil-konuşma ile ilişkili sorunların daha fazla görüldüğü daha önceki çalışmalarda da gösterilmiştir (2,4,6). Gillberg'in (2003) 'DAMP profili' olarak tanımladığı olgularda dikkat, motor beceriler ve görsel-algısal becerilerle ilgili güçlükler olduğu belirtilmektedir. Bu profilin şiddetli düzeyde bulunduğu çocuklarda OSB tanısının da 2/3'e varan oranlarda görüldüğü belirtilmektedir (100). DAMP benzeri sendromu olan çocuklarda alıcı-ifade edici dil bozuklukları, dilin semantik ve pragmatik kullanımı ile ilgili bozukluklar, artikülasyon bozuklukları, dil akıcılığında bozukluk gibi dil ve konuşma bozuklukları görüldüğü bildirilmiştir (100). Bizim çalışmamızda; otizm özelliği gösteren çocukların otizm özelliği göstermeyenlere göre dil-konuşma alanında geçmişteki beceriler bakımından bir fark bulunmamakla birlikte güncel beceriler açısından orta etki büyüklüğü ile anlamlı düzeyde daha zayıf oldukları saptanmıştır. Bununla ilişkili olarak çocuğun gelişimi ile birlikte kendini ifade etme ve iletişim becerileri bakımından aile, okul ve diğer sosyal çevresinin artan talepleri ile birlikte çocuğun zamanla buna ayak uydurmakta güçlük çekeceği, bu nedenle zorlukların yaşla birlikte daha görünür olacağı düşünülebilir. Araştırmamızda bildirilen dil-konuşma sorunu türleri arasında iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Dil-konuşma sorunu türü bakımından anlamlı bir fark bulunamamasının, örneklem sayısının kısıtlı olması ve değerlendirmelerin ebeveyn bildirimine dayanması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Sonuç olarak bu bulgulardan; dil-konuşma becerileri, ince motor becerilerdeki güçlükler ve sakarlık ile otizm özellikleri arasında bir ilişki bulunabileceği anlaşılmaktadır. İlerideki çalışmalarda bu açılardan yapılandırılmış değerlendirme yöntemleri

kullanılarak otizm özelliği gösteren çocuklarda dil konuşma ve motor alanlarına bakılması klinik açıdan önemli bilgiler sağlayabilir.

Otizm özellikleri gösteren ve göstermeyen çocuklar için prenatal ve perinatal özellikler sorgulandığında; gebelikte annede ruhsal hastalık, gebelikte annede medikal hastalık, gebelikte ilaç kullanımı, doğum şekli, doğum haftası, doğum ağırlığı, doğumda fetal stres, doğum sonrası sağlık sorunu, uyku sorunları, kolik ağrı yaşama öyküsü bakımından çalışmamızda iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bununla birlikte otizm özellikleri görülen gruptaki çocukların annelerinde gebelikleri sırasında sigara kullanma öyküsü küçük etki büyüklüğü ile anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Bebeklik döneminde anne memesini emme ile ilgili zorlukların, otizm özellikleri gösteren çocuklarda göstermeyenlere göre küçük etki büyüklüğü ile anlamlı düzeyde daha fazla olduğu bulunmuştur. Kotte ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında, otizm özellikleri gösteren DEHB tanılı çocukların bu özellikleri göstermeyen DEHB tanılı çocuklar ve sağlıklı kontrollere göre gebelikte annede enfeksiyon öyküsünün daha fazla olduğu, bebeklik döneminde mamaya geçiş ve konstipasyon öyküsü gibi prenatal ve postnatal sorunların da daha fazla olduğu bildirilmiştir (6).

Dördüncü hipotezimiz, otizm özelliği gösteren grupta bu özelliği göstermeyen gruba göre; psikososyal alanda belirgin olmak üzere yaşam kalitesinin daha düşük olacağı ve aile, okul, sosyal ilişkiler başta olmak üzere işlevsellik alanlarında daha fazla bozulma olacağı şeklinde belirlenmiştir. Hipotezimizle uyumlu şekilde toplam yaşam kalitesi, fiziksel sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, psikososyal yaşam kalitesi alanlarının tümünde hem çocuk hem ebeveyn bildirimlerinde otizm özelliği görülen grupta anlamlı düzeyde daha düşük yaşam kalitesi düzeyi bildirilmiştir. Çocuk bildiriminde fiziksel sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde iki grup arasındaki anlamlı farkın etki büyüklüğünün küçük, psikososyal yaşam kalitesi ve toplam yaşam kalitesinde iki grup arasındaki anlamlı farkın etki büyüklüğünün orta düzeyde olduğu görülmüştür. Ebeveyn bildiriminde fiziksel sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve toplam yaşam kalitesinde iki grup arasındaki anlamlı farkın etki büyüklüğünün orta, psikososyal yaşam kalitesinde iki grup arasındaki anlamlı farkın etki büyüklüğünün büyük olduğu saptanmıştır. Buradan hareketle hem çocuk hem ebeveyn bildirimine bakılarak otizm özelliği gösteren çocuklarda yaşam

kalitesinin tüm alanlarının etkilendiği; ancak özellikle psikososyal yaşam kalitesindeki bozulmanın daha fazla olduğu sonucu çıkarılabilir. Psikososyal yaşam kalitesi; duygusal, sosyal ve okul ile ilgili alanları kapsadığından otizm özellikleri gösteren DEHB tanılı çocukların otizm özellikleri göstermeyen DEHB tanılı çocuklara göre bu alanlarda anlamlı düzeyde daha fazla zorlandığı; sosyal, duygusal ve akademik alandaki yaşamlarında kendilerini algılama biçimlerinin olumsuz anlamda daha fazla etkilenebileceği anlaşılmaktadır. Otizm özelliklerinin temel olarak sosyal güçlükleri içerdiği düşünüldüğünde yaşam kalitesinin en çok bu alanının etkilenmesi anlaşılır bir sonuç olacaktır. Fiziksel yaşam kalitesi alanında da otizm özelliği olmayan gruba göre anlamlı düzeyde daha fazla zorluk yaşadıkları saptanmıştır. Ancak fiziksel sağlık alanında yaşam kalitesi düzeyindeki düşmenin psikososyal alandaki kadar olmaması, otizm özellikleri gösteren DEHB tanılı çocukların kendilerini fiziksel sağlık alanında psikososyal alana göre daha yeterli algıladıklarını göstermektedir. Bu bulgular ışığında müdahale programları planlanırken çocukların daha zayıf olduğu ve kendilerini daha yetersiz gördükleri psikososyal becerilerinin geliştirilmesinin yanında, görece daha güçlü oldukları ve kendilerini daha yeterli gördükleri fiziksel sağlık alanındaki becerilerinin de benlik saygılarını arttırmak amacıyla daha fazla güçlendirilebileceği akla yatkın bir yaklaşım olacaktır.

Alan yazında otizm özellikleri ve yaşam kalitesini inceleyen çalışmaların son on yılda arttığı görülmektedir. Green ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında DEHB tanılı çocuklarda otizm özelliklerinin toplam yaşam kalitesi ve psikososyal yaşam kalitesi ile negatif ilişkili olduğu gösterilmiştir (15). De Vries ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında; sosyal iletişimle ilgili güçlükler yaşayan çocukların daha düşük fiziksel yaşam kalitesi bildirdiği, sosyal iletişim güçlüklerinin yanında bilişsel esneklikte zayıflık, duygu düzenlemede güçlük gösteren çocukların daha düşük duygusal yaşam kalitesi düzeyi bildirdiği belirtilmiştir (14). Pisula ve arkadaşlarının (2015) erişkin örneklemlerinde otizm özelliklerinin yaşam kalitesinin tüm alanlarında düşük-orta etki büyüklüğünde azalma ile ilişkili olduğu bulunmuştur (185). Otizm özelliklerinin sosyal ilişkilerde karşılaşılan reddedilme riskini arttırdığı, bu bireylerin daha fazla yalnızlık hissettiği, daha fazla zorbalığa uğradığı, daha fazla depresyon ve anksiyete belirtileri sergiledikleri belirtilmektedir (188,189,190).

Denilebilir ki DEHB tanılı çocuklarda otizm özelliklerinin bulunması, otizm özelliği bulunmayan DEHB tanılı çocuklara göre yaşam kalitesinin tüm alanlarında; özellikle de psikososyal alandaki bozulma ile ilişkilidir.

Yaşam kalitesi kişinin kendini öznel standartlarına göre değerlendirmesine dayanan bir kavramken işlevsellik daha çok dışsal, gözlenebilir standartlara göre belirlenir (10). Bu nedenle yaşam kalitesi ve işlevsellik birbirine benzemekle birlikte farklı durumlar hakkında bilgi verir. Çalışmamızda otizm özelliği gösteren grupta otizm özelliği göstermeyen gruba göre Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği (WİBÖ) ile ölçtüğümüz; aile, okul/öğrenme, yaşam becerileri, benlik algısı, sosyal etkinlikler, riskli eylemler ve toplam işlevsellik alanlarında anlamlı düzeyde daha fazla bozulma olduğu bulunmuştur. Yaşam becerileri, sosyal etkinlik ve toplam işlevsellik alanları için bulunan anlamlı farklılıkların etki büyüklüğünün orta düzeyde olduğu; aile, öğrenme, benlik algısı ve riskli eylemler alanları için bulunan anlamlı farklılıkların etki büyüklüğünün küçük düzeyde olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte her iki grupta da alt ölçek puanları için ortanca değerlere bakıldığında sadece otizm özellikleri gösteren grupta okul/öğrenme alt ölçeğinden alınan ortanca puanın 1,5 (1,5) olduğu, diğer ortanca puanların her iki grupta da işlevsellikte bozulmaya işaret eden puan olan 1,5'tan küçük olduğu görülmektedir. Buna göre her iki grupta da işlevsellik alanlarında belirgin bir bozulmadan bahsedilemese de iki grup arasındaki farklılık araştırılmak istendiğinde; otizm özelliklerinin bulunmasının, okul/davranış dışındaki işlevsellik alanlarının tümünde daha fazla bozulma ile ilişkili olduğu ve en çok etkilenen alanlardan birinin sosyal işlevsellik alanı olduğu söylenebilir. Yapılan lojistik regresyon analizi sonucunda ise WİBÖ'nün sosyal etkinlikler alt ölçeğinden alınan puandaki 1 birimlik artışın DEHB tanılı çocuklarda otizm özelliği görülme riskini yaklaşık 6,5 kat arttırdığı saptanmıştır.

Okul/davranış alanında iki grup arasında işlevsellikte bozulma bakımından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ölçeğin okul/davranış alt boyutundaki maddelere bakıldığında daha çok KOKGB belirtilerine benzeşen davranış ile ilgili güçlükleri sorguladığı görülmektedir. Okul/davranış alt ölçeği boyutu bakımından iki grup arasında anlamlı bir fark olmaması, KOKGB bozukluğu tanısı açısından da iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmadığımız bulgusu ile tutarlıdır. Bununla birlikte otizm özellikleri arasında bulunan kurallara katı biçimde bağlı olma, esneklik gösterememe

gibi belirtilerin okuldaki davranışlar için belirlenen kurallara uyumla da ilgili olabileceği düşünülebilir. Bu bulgulardan yola çıkarak çalışmamızda otizm özellikleri gösteren ve göstermeyen DEHB tanılı çocuklarda okulda işlevselliğin bozulduğu asıl alanın davranış sorunlarından çok akademik beceriler ile ilgili olduğu anlaşılmaktadır.

Klinik bilgi formunda ailelere sorularak elde edilen bilgilerde de işlevsellikle ilgili bazı alanlarda iki grup arasında anlamlı farklar saptanmıştır. Buna göre; otizm özellikleri gösteren grubun otizm özelliği göstermeyen gruba göre eğlence amaçlı internet kullanma/oyun oynama bakımından orta etki büyüklüğü ile anlamlı düzeyde daha fazla zaman harcadığı bulunmuştur. Kardeş ilişkisi bakımından da otizm özellikleri gösteren çocukların göstermeyenlere göre küçük etki büyüklüğü ile anlamlı düzeyde daha fazla çatışma yaşadıkları saptanmıştır. Bu bulgular; otizm özelliği gösteren DEHB tanılı çocukların aile ilişkileri ile ilgili işlevsellikte küçük etki büyüklüğü ile anlamlı düzeyde daha fazla bozulma yaşadıkları, boş zaman etkinliklerini kapsayan yaşam becerileri alanında da orta etki büyüklüğü ile işlevselliklerinde daha fazla bozulma yaşadıklarını destekler niteliktedir.

Alan yazında DEHB tanılı çocuklarda otizm özellikleri ve işlevsellikle ilgili çalışmaların son on yıl içinde arttığı görülmektedir. Otizm özelliği gösteren DEHB tanılı çocukların kardeş ilişkisi, akran ilişkileri, sosyal etkileşimler, okul, boş zaman aktiviteleri gibi işlevsellik alanlarında otizm özelliği göstermeyen DEHB tanılı çocuklara göre daha fazla bozulma gösterdiği saptanmıştır (5,6,95). Buradan hareketle otizm özelliği bulunan DEHB tanılı çocuklarda, otizm özelliği bulunmayan DEHB tanılı çocuklara göre işlevsellikte anlamlı düzeyde daha fazla bozulmanın yaşandığı bulgusu alan yazın ile uyumludur. Otizm özellikleri gösteren çocuklarda tüm işlevsellik alanları içinde sosyal işlevsellikte bozulma ile ilgili alt ölçeğin etki büyüklüğünün daha yüksek olması ve regresyon analizine dahil edildiğinde otizm özelliğinde risk artışı ile ilgili anlamlı bulunması, DEHB tanısı olup sosyal işlevselliği belirgin olarak etkilenen çocuklarda otizm özelliklerini araştırmanın faydalı olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamız otizm özellikleri bulunan ve bulunmayan DEHB tanılı çocuk ve ergenleri klinik özellikler, duygu düzenleme, yaşam kalitesi ve işlevsellik

bakımından inceleyen kapsamlı bir çalışmadır. Eşlik eden tanıların tespitinde yarı yapılandırılmış bir görüşme aracının kullanılması, verilerin hem tanı görüşmesi hem çeşitli klinik ölçekler aracılığıyla toplanması, irritabilite ve yaşam kalitesi düzeyini belirlemek için verilen ölçeklerde hem çocuğun hem ebeveynin bildirimine başvurulması, prenatal, natal ve postnatal öykünün yanı sıra DEHB ile ilişkili klinik özellikler gibi kapsamlı klinik bilgilerin psikiyatrik görüşme sırasında klinisyen tarafından ebeveyne sorularak elde edilmesi çalışmanın güçlü sayılabilecek yönlerini oluşturmaktadır.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları da bulunmaktadır. Kapsamlı bir klinik değerlendirme için çok sayıda değişkenin olması nedeniyle örneklem sayısının incelenen değişken sayısına göre azlığı, bazı sonuçların anlamlılık düzeyini etkilemiş olabileceğinden bir kısıtlılık olarak değerlendirilebilir. Çalışmamızda ana amacımız DEHB tanılı çocuklar içerisinde otizm özellikleri olanların hangi yönlerden otizm özelliği bulunmayan DEHB tanılı çocuklardan farklılaştığını incelemektir. Bununla birlikte; otizm özelliği ile ilişkili olabileceğini düşündüğümüz anlamlı sonuçların DEHB tanılı çocukların yanında sağlıklı kontrol grubunun da dahil edileceği bir örneklem grubunda karşılaştırılması daha anlaşılır bir çerçevede sunacağından çalışmamızda sağlıklı kontrol grubu bulunmaması bir başka kısıtlılık olarak değerlendirilebilir. Çocukların güncel ve geçmiş dönemdeki ince ve kaba motor becerileri, dil-konuşma becerileri gibi gelişimsel özellikleri, mizaç özellikleri gibi bilgilerin standardize edilmiş ölçekler yerine klinik görüşme sırasında ebeveyne sorularak elde edilmesi, aile ve akrabalarındaki psikiyatrik, nörolojik ve diğer medikal hastalık öyküsü ile ilgili verilerin hatırlama yanlılığı riski taşıması gibi özellikler de çalışmanın kısıtlılığı olarak belirtilebilecek diğer özellikleridir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada DEHB tanılı çocuklardan, otizm özelliği gösterenlerin bu özelliği göstermeyenlere göre dikkat eksikliği ve hiperaktivite, davranış sorunları, duygusal sorunlar ve akran ilişkileri bakımından orta etki büyüklüğü ile anlamlı düzeyde daha ağır bir klinik sergiledikleri, orta etki büyüklüğü ile anlamlı düzeyde daha fazla ayrılık anksiyetesi bozukluğu tanısına sahip oldukları ve küçük etki düzeyi ile anlamlı düzeyde daha fazla anksiyete duyarlılığına sahip oldukları bulunmuştur. Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu, Davranım Bozukluğu, Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu tanıları bakımından ve DEHB görünümü bakımından iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Otizm özellikleri gösteren grupta, göstermeyen gruba göre; duygu düzenleme gücüğü görünümü olarak iritabilitenin orta etki büyüklüğü ile anlamlı düzeyde daha yüksek bulunduğu, yaşam kalitesinin psikososyal alanında orta-büyük etki büyüklüğü ile daha belirgin olmak üzere tüm alanlarında anlamlı düzeyde daha fazla bozulma olduğu; sosyal etkinlikler, yaşam becerileri ve genel işlevsellik alanlarında orta etki büyüklüğünde ve aile, benlik algısı, riskli eylemler alanlarında küçük etki büyüklüğü ile işlevselliklerinde anlamlı düzeyde daha fazla bozulma olduğu saptanmıştır.

Otizm özellikleri bulunan grupta, otizm özellikleri bulunmayan gruba göre; güncel durumdaki dil-konuşma becerilerinin orta etki büyüklüğü ile anlamlı düzeyde daha zayıf olduğu, geçmişteki ince motor becerilerinin küçük etki büyüklüğü ile anlamlı düzeyde daha zayıf olduğu, annelerinin gebelikleri döneminde sigara kullanım öyküsünün küçük etki büyüklüğü ile anlamlı düzeyde daha fazla olduğu, babalarının eğitim düzeyinin küçük etki büyüklüğü ile anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır. Aile işlevleriyle ilgili alt boyutlar bakımından ise küçük-orta etki büyüklükleri ile anlamlı düzeyde daha fazla sorun yaşadıkları bulunmuştur.

İki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu değişkenlerden; babanın eğitim düzeyinin lisenin altında olmasının, güncel durumdaki dil-konuşma becerilerinin daha zayıf olmasının, eşik veya eşik altı düzeyde ayrılık anksiyetesi tanısının bulunmasının, iritabilitenin daha fazla

olmasının ve sosyal işlevselliğin daha bozuk olmasının her birinin DEHB tanılı çocuklarda otizm özellikleri bulunma riskinde artış ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

Daha sonra yapılacak çalışmalar için önerilerimiz aşağıdaki gibidir:

1. DEHB tanılı çocuklar içinde daha özgül bir hasta grubu olması hipotezimiz ile tutarlı sayılabilecek sonuçlarımızdan yola çıkarak etyolojinin aydınlatılmasında otizm özellikleri bulunan DEHB tanılı çocukların; genetik, biyokimyasal, nörogörüntüleme ve nörofizyolojik değişkenler bakımından otizm özellikleri bulunmayan DEHB tanılı çocuklar ve sağlıklı kontroller ile karşılaştırılması,
2. Otizm özelliklerinin bulunduğu DEHB tanılı çocukların babalarının eğitim düzeyinin daha düşük olması ve problem çözme ve roller bakımından aile işlevselliğinin daha zayıf olması bulgusundan yola çıkılarak otizm özelliklerinin kalıtılabilir olduğu da bilindiğinden, otizm özelliklerinin ebeveynlerde bakılması ve bu özelliklerin çocuklar ve aile işlevselliği üzerine olan etkilerinin incelenmesi,
3. Dil-konuşma becerileri ve ince motor beceriler ile ilgili sorun yaşadığı standardize klinik ölçümlerle tespit edilen DEHB tanılı çocukların erken çocukluk döneminden beri otizm özellikleri bakımından ileriye dönük izlem çalışmaları ile incelenmesi,
4. Kronik irritabilite ve otizm özellikleri arasındaki ilişkinin sosyal iletişim/etkileşimin hangi koşullarında daha belirgin olduğunun anlaşılmasını sağlayacak deneysel araştırma modellerinin geliştirilmesi,
5. Otizm özelliklerinin eşlik ettiği kronik irritabilitesi bulunan çocukların psikopatoloji gelişimi bakımından ileriye dönük izlem çalışmaları ile incelenmesi,
6. Otizm özellikleri ve ayrılık anksiyetesi bozukluğu ilişkisinin daha kapsamlı şekilde araştırılması,
7. Otizm özelliklerinin yaşam kalitesi ve işlevselliğin en belirgin biçimde psikososyal alanını etkilediği bulgusundan yola çıkarak otizm özellikleri bulunan DEHB tanılı çocukların yaşam kaliteleri ve işlevselliğini iyileştirecek tedavi stratejilerinin geliştirilmesi.

7. KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2013. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association
2. Grzadzinski R, Di Martino A, Brady E, et al. Examining autistic traits in children with ADHD: does the autism spectrum extend to ADHD? *J Autism Dev Disord*. 2011;41(9):1178-1191.
3. Uchida M, Faraone S, Joshi G, Spencer A, Kenworthy T, Woodworth K, Biederman J. How Prevalent Are Autistic Traits Among Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder? A Qualitative Review of the Literature. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*. 2013;1(1): 33-40.
4. Cooper M, Martin J, Langley K, Hamshere M, Thapar A. Autistic traits in children with ADHD index clinical and cognitive problems. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014;23(1):23-34.
5. Joshi G, DiSalvo M, Faraone SV, et al. Predictive utility of autistic traits in youth with ADHD: a controlled 10-year longitudinal follow-up study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020;29(6):791-801.
6. Kotte A, Joshi G, Fried R, et al. Autistic traits in children with and without ADHD. *Pediatrics*. 2013;132(3):e612-e622.
7. Mulligan A, Anney RJ, O'Regan M, et al. Autism symptoms in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: a familial trait which correlates with conduct, oppositional defiant, language and motor disorders. *J Autism Dev Disord*. 2009;39(2):197-209.
8. Shaw P, Stringaris A, Nigg J, Leibenluft E. Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*. 2014;171(3):276-293.
9. Schoorl J, van Rijn S, de Wied M, van Goozen S, Swaab H. Emotion Regulation Difficulties in Boys with Oppositional Defiant Disorder/Conduct Disorder and the Relation with Comorbid Autism Traits and Attention Deficit Traits. *PLoS One*. 2016;11(7):e0159323.
10. Sawyer MG, Whaites L, Rey JM, Hazell PL, Graetz BW, Baghurst P. Health-related quality of life of children and adolescents with mental disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41(5):530-537.
11. Coghill D. The impact of medications on quality of life in attention-deficit hyperactivity disorder: a systematic review. *CNS Drugs*. 2010;24(10):843-866.
12. Danckaerts M, Sonuga-Barke EJ, Banaschewski T, et al. The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010;19(2):83-105.
13. Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D, et al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021;128:789-818.

14. de Vries M, Geurts H. Influence of Autism Traits and Executive Functioning on Quality of Life in Children with an Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*. 2015;45(9):2734-2743.
15. Green JL, Sciberras E, Anderson V, Efron D, Rinehart N. Association between autism symptoms and functioning in children with ADHD. *Arch Dis Child*. 2016;101(10):922-928.
16. Still GF. Some abnormal psychical conditions in children. *Lancet*. 1902;1008-1012:1007–1082, 1163–1168
17. Taylor E. Antecedents of ADHD: a historical account of diagnostic concepts. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2011;3(2):69-75.
18. Wender P. Characteristics of the minimal brain dysfunction syndrome. In: WenderP, WeinerIB, eds. *Minimal Brain Dysfunction in Children*. New York, NY: John Wiley and Sons Inc; 1971
19. Rajaprakash M, Leppert ML. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatr Rev*. 2022;43(3):135-147.
20. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 1968. 2nd ed. (DSM-II). Washington, DC: American Psychiatric Association
21. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 1980. 3rd ed. (DSM-III). Washington, DC: American Psychiatric Association
22. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 1987. 3rd ed., revised. (DSM-III-R). Washington, DC: American Psychiatric Association
23. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 1994. 4th ed. (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association
24. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 2000. 4th ed., text revision. (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association
25. Willcutt EG, Nigg JT, Pennington BF, et al. Validity of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder symptom dimensions and subtypes. *J Abnorm Psychol*. 2012;121(4):991-1010.
26. Slee VN. The International Classification of Diseases: ninth revision (ICD-9). *Ann Intern Med*. 1978;88(3):424-426.
27. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization, 1992.
28. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 11th ed, ICD-11; World Health Organization, 2019.
29. Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *Int J Epidemiol*. 2014;43(2):434-442.

30. Rydell M, Lundström S, Gillberg C, Lichtenstein P, Larsson H. Has the attention deficit hyperactivity disorder phenotype become more common in children between 2004 and 2014? Trends over 10 years from a Swedish general population sample. *J Child Psychol Psychiatry*. 2018;59(8):863-871.
31. Song M, Dieckmann NF, Nigg JT. Addressing Discrepancies Between ADHD Prevalence and Case Identification Estimates Among U.S. Children Utilizing NSCH 2007-2012. *J Atten Disord*. 2019;23(14):1691-1702.
32. Simon V, Czobor P, Bálint S, Mészáros A, Bitter I. Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2009;194(3):204-211.
33. Fayyad J, Sampson NA, Hwang I, et al. The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2017;9(1):47-65.
34. Riddle MA, Yershova K, Lazzaretto D, Paykina N, Yenokyan G, Greenhill L, et al. The Preschool Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Treatment Study (PATS) 6-Year Follow-Up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2013;52(3):264-78.e2.
35. Cherkasova M, Sulla EM, Dalena KL, Pondé MP, Hechtman L. Developmental course of attention deficit hyperactivity disorder and its predictors. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;22(1):47-54.
36. Faraone SV, Larsson H. Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Mol Psychiatry*. 2019;24(4):562-575.
37. Pettersson E, Lichtenstein P, Larsson H, et al. Genetic influences on eight psychiatric disorders based on family data of 4 408 646 full and half-siblings, and genetic data of 333 748 cases and controls. *Psychol Med*. 2019;49(7):1166-1173.
38. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, et al. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*. 2005;57(11):1313-1323.
39. Demontis D, Walters RK, Martin J, et al. Discovery of the first genome-wide significant risk loci for attention deficit/hyperactivity disorder. *Nat Genet*. 2019;51(1):63-75.
40. Brikell I, Larsson H, Lu Y, et al. The contribution of common genetic risk variants for ADHD to a general factor of childhood psychopathology. *Mol Psychiatry*. 2020;25(8):1809-1821.
41. Harold GT, Leve LD, Barrett D, et al. Biological and rearing mother influences on child ADHD symptoms: revisiting the developmental interface between nature and nurture. *J Child Psychol Psychiatry*. 2013;54(10):1038-1046.
42. Rutter M. Achievements and challenges in the biology of environmental effects. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2012;109 Suppl 2:17149-17153.
43. Thapar A, Cooper M, Eyre O, Langley K. What have we learnt about the causes of ADHD? *J Child Psychol Psychiatry*. 2013;54(1):3-16.

44. Thapar A, Cooper M. Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet*. 2016;387(10024):1240-1250.
45. Liew Z, Ritz B, Rebordosa C, Lee PC, Olsen J. Acetaminophen use during pregnancy, behavioral problems, and hyperkinetic disorders. *JAMA Pediatr*. 2014;168(4):313-320.
46. Thompson JM, Waldie KE, Wall CR, Murphy R, Mitchell EA; ABC study group. Associations between acetaminophen use during pregnancy and ADHD symptoms measured at ages 7 and 11 years. *PLoS One*. 2014;9(9):e108210.
47. Lifford KJ, Harold GT, Thapar A. Parent-child hostility and child ADHD symptoms: a genetically sensitive and longitudinal analysis. *J Child Psychol Psychiatry*. 2009;50(12):1468-1476.
48. Schachar R, Taylor E, Wieselberg M, Thorley G, Rutter M. Changes in family function and relationships in children who respond to methylphenidate. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1987;26(5):728-732.
49. Kreppner JM, O'Connor TG, Rutter M; English and Romanian Adoptees Study Team. Can inattention/overactivity be an institutional deprivation syndrome? *J Abnorm Child Psychol*. 2001;29(6):513-528.
50. Rutter M, Kreppner J, Croft C, et al. Early adolescent outcomes of institutionally deprived and non-deprived adoptees. III. Quasi-autism. *J Child Psychol Psychiatry*. 2007;48(12):1200-1207.
51. Cortese S, Kelly C, Chabernaud C, et al. Toward systems neuroscience of ADHD: a meta-analysis of 55 fMRI studies. *Am J Psychiatry*. 2012;169(10):1038-1055.
52. Frodl T, Skokauskas N. Meta-analysis of structural MRI studies in children and adults with attention deficit hyperactivity disorder indicates treatment effects. *Acta Psychiatr Scand*. 2012;125(2):114-126.
53. van Ewijk H, Heslenfeld DJ, Zwiers MP, Buitelaar JK, Oosterlaan J. Diffusion tensor imaging in attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2012;36(4):1093-1106.
54. Greven CU, Bralten J, Mennes M, et al. Developmentally stable whole-brain volume reductions and developmentally sensitive caudate and putamen volume alterations in those with attention-deficit/hyperactivity disorder and their unaffected siblings. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(5):490-499.
55. Castellanos FX. Toward a pathophysiology of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clin Pediatr (Phila)*. 1997;36(7):381-393.
56. Nakao T, Radua J, Rubia K, Mataix-Cols D. Gray matter volume abnormalities in ADHD: voxel-based meta-analysis exploring the effects of age and stimulant medication. *Am J Psychiatry*. 2011;168(11):1154-1163.
57. Hoogman M, Bralten J, Hibar DP, et al. Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2017;4(4):310-319.

58. Sonuga-Barke EJ, Castellanos FX. Spontaneous attentional fluctuations in impaired states and pathological conditions: a neurobiological hypothesis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2007;31(7):977-86.
59. Willcutt EG, Doyle AE, Nigg JT, Faraone SV, Pennington BF. Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Biol Psychiatry*. 2005;57(11):1336-1346.
60. Noreika V, Falter CM, Rubia K. Timing deficits in attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): evidence from neurocognitive and neuroimaging studies. *Neuropsychologia*. 2013;51(2):235-266.
61. Rhodes SM, Park J, Seth S, Coghill DR. A comprehensive investigation of memory impairment in attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012;53(2):128-137.
62. Kofler MJ, Rapport MD, Sarver DE, et al. Reaction time variability in ADHD: a meta-analytic review of 319 studies. *Clin Psychol Rev*. 2013;33(6):795-811.
63. Frazier TW, Demaree HA, Youngstrom EA. Meta-analysis of intellectual and neuropsychological test performance in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychology*. 2004;18(3):543-555.
64. Bridgett DJ, Walker ME. Intellectual functioning in adults with ADHD: a meta-analytic examination of full scale IQ differences between adults with and without ADHD. *Psychol Assess*. 2006;18(1):1-14.
65. Jackson JN, MacKillop J. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Monetary Delay Discounting: A Meta-Analysis of Case-Control Studies. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging*. 2016;1(4):316-325.
66. Marx I, Hacker T, Yu X, Cortese S, Sonuga-Barke E. ADHD and the Choice of Small Immediate Over Larger Delayed Rewards: A Comparative Meta-Analysis of Performance on Simple Choice-Delay and Temporal Discounting Paradigms. *J Atten Disord*. 2021;25(2):171-187.
67. Gnanavel S, Sharma P, Kaushal P, Hussain S. Attention deficit hyperactivity disorder and comorbidity: A review of literature. *World J Clin Cases*. 2019;7(17):2420-2426.
68. Drechsler R, Brem S, Brandeis D, Grünblatt E, Berger G, Walitza S. ADHD: Current Concepts and Treatments in Children and Adolescents. *Neuropediatrics*. 2020;51(5):315-335.
69. Charach A, Yeung E, Climans T, Lillie E. Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and future substance use disorders: comparative meta-analyses. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;50(1):9-21.
70. Enagandula R, Singh S, Adgaonkar GW, Subramanyam AA, Kamath RM. Study of Internet addiction in children with attention-deficit hyperactivity disorder and normal control. *Ind Psychiatry J*. 2018;27(1):110-114.
71. Aguirre Castaneda RL, Kumar S, Voigt RG, et al. Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Sex, and Obesity: A Longitudinal Population-Based Study. *Mayo Clin Proc*. 2016;91(3):352-361.

72. Fombonne E. Epidemiological controversies in autism. *Swiss Archives of Neurology. Psychiatr Psychother.* 2020;171: w03084
73. Chiarotti F, Venerosi A. Epidemiology of Autism Spectrum Disorders: A Review of Worldwide Prevalence Estimates Since 2014. *Brain Sci.* 2020;10(5):274.
74. Baio J, Wiggins L, Christensen DL, et al. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014 [published correction appears in *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2018 May 18;67(19):564] [published correction appears in *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2018 Nov 16;67(45):1280]. *MMWR Surveill Summ.* 2018;67(6):1-23.
75. Zablotzky B, Bramlett MD, Blumberg SJ. The Co-Occurrence of Autism Spectrum Disorder in Children With ADHD. *J Atten Disord.* 2020;24(1):94-103.
76. Antshel KM, Russo N. Autism Spectrum Disorders and ADHD: Overlapping Phenomenology, Diagnostic Issues, and Treatment Considerations. *Curr Psychiatry Rep.* 2019;21(5):34.
77. Reiersen AM, Constantino JN, Grimmer M, Martin NG, Todd RD. Evidence for shared genetic influences on self-reported ADHD and autistic symptoms in young adult Australian twins. *Twin Res Hum Genet.* 2008;11(6):579-585.
78. Yoshida Y, Uchiyama T. The clinical necessity for assessing Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (AD/HD) symptoms in children with high-functioning Pervasive Developmental Disorder (PDD). *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2004;13(5):307-314.
79. Taylor MJ, Charman T, Robinson EB, et al. Developmental associations between traits of autism spectrum disorder and attention deficit hyperactivity disorder: a genetically informative, longitudinal twin study. *Psychol Med.* 2013;43(8):1735-1746.
80. Taurines R, Schwenck C, Westerwald E, Sachse M, Siniatchkin M, Freitag C. ADHD and autism: differential diagnosis or overlapping traits? A selective review. *Atten Defic Hyperact Disord.* 2012;4(3):115-139.
81. Reiersen AM, Constantino JN, Volk HE, Todd RD. Autistic traits in a population-based ADHD twin sample. *J Child Psychol Psychiatry.* 2007;48(5):464-472.
82. Ronald A, Simonoff E, Kuntsi J, Asherson P, Plomin R. Evidence for overlapping genetic influences on autistic and ADHD behaviours in a community twin sample. *J Child Psychol Psychiatry.* 2008;49(5):535-542.
83. Freitag CM, Hänig S, Schneider A, et al. Biological and psychosocial environmental risk factors influence symptom severity and psychiatric comorbidity in children with ADHD. *J Neural Transm (Vienna).* 2012;119(1):81-94.

84. Cohen MJ, Meador KJ, Browning N, et al. Fetal antiepileptic drug exposure: motor, adaptive, and emotional/behavioral functioning at age 3 years. *Epilepsy Behav.* 2011;22(2):240-246.
85. Croen LA, Grether JK, Yoshida CK, Odouli R, Hendrick V. Antidepressant use during pregnancy and childhood autism spectrum disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 2011;68(11):1104-1112.
86. Kröger A, Hänig S, Seitz C, Palmason H, Meyer J, Freitag CM. Risk factors of autistic symptoms in children with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2011;20(11-12):561-570.
87. Lyall K, Pauls DL, Spiegelman D, Ascherio A, Santangelo SL. Pregnancy complications and obstetric suboptimality in association with autism spectrum disorders in children of the Nurses' Health Study II. *Autism Res.* 2012;5(1):21-30.
88. Hill E, Berthoz S, Frith U. Brief report: cognitive processing of own emotions in individuals with autistic spectrum disorder and in their relatives. *J Autism Dev Disord.* 2004;34(2):229-235.
89. Kenworthy LE, Black DO, Wallace GL, Ahluvalia T, Wagner AE, Sirian LM. Disorganization: the forgotten executive dysfunction in high-functioning autism (HFA) spectrum disorders. *Dev Neuropsychol.* 2005;28(3):809-27.
90. Ozonoff S, Cook I, Coon H, et al. Performance on Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery subtests sensitive to frontal lobe function in people with autistic disorder: evidence from the Collaborative Programs of Excellence in Autism network. *J Autism Dev Disord.* 2004;34(2):139-150.
91. Brieber S, Neufang S, Bruning N, et al. Structural brain abnormalities in adolescents with autism spectrum disorder and patients with attention deficit/hyperactivity disorder. *J Child Psychol Psychiatry.* 2007;48(12):1251-1258.
92. Christakou A, Murphy CM, Chantiluke K, et al. Disorder-specific functional abnormalities during sustained attention in youth with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and with autism. *Mol Psychiatry.* 2013;18(2):236-244.
93. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Skinner R, Martin J, Clubley E. The autism-spectrum quotient (AQ): evidence from Asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. *J Autism Dev Disord.* 2001;31(1):5-17.
94. Constantino JN, Todd RD. Autistic traits in the general population: a twin study. *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60(5):524-530.
95. Biederman J, Fitzgerald M, Faraone S, Fried R, Woodworth K, Saunders A, Conroy K, Joshi G. Are Autistic Traits in Youth Meaningful? A Replication study in Non-referred Siblings of Youth with and without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology.* 2016;4(2): 77-87.

96. Kadesjö B, Gillberg C. The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *J Child Psychol Psychiatry*. 2001;42(4):487-492.
97. Greene RW, Biederman J, Faraone SV, Ouellette CA, Penn C, Griffin SM. Toward a new psychometric definition of social disability in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(5):571-578.
98. McQuade JD, Hoza B. Peer problems in Attention Deficit Hyperactivity Disorder: current status and future directions. *Developmental Disabilities and Research Reviews*. 2008; 14:320–324.
99. Gadow KD, Devincent CJ, Drabick DA. Oppositional defiant disorder as a clinical phenotype in children with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord*. 2008;38(7):1302-1310.
100. Gillberg C. Deficits in attention, motor control, and perception: a brief review. *Arch Dis Child*. 2003;88(10):904-910.
101. Kadesjö B, Gillberg C. Developmental coordination disorder in Swedish 7-year-old children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38(7):820-828.
102. Landgren M, Pettersson R, Kjellman B, et al. ADHD, DAMP and other neurodevelopmental/neuropsychiatric disorders in six-year-old children. Epidemiology and comorbidity. *Dev Med Child Neurol* 1996;38:891–906
103. Gillberg C, Rasmussen P. Perceptual, motor and attentional deficits in seven-year-old children: background factors. *Dev Med Child Neurol* 1982;24:752–70.
104. Rasmussen P, Gillberg C. Natural outcome of ADHD with developmental coordination disorder at age 22 years: a controlled, longitudinal, community-based study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39: 1424-1431
105. Hellgren L, Gillberg IC, Bagenholm A, Gillberg C. Children with deficits in attention, motor control and perception (DAMP) almost grown up: psychiatric and personality disorders at age 16 years. *J Child Psychol Psychiatry*. 1994;35:1255-1271.
106. Thompson RA. Emotion regulation: a theme in search of definition. *Monogr Soc Res Child Dev*. 1994;59(2-3):25-52.
107. Thompson RA, Goodman M. Development of emotion regulation. In: Kring AM, Sloan DM, editors. *Emotion regulation and psychopathology: a transdiagnostic approach to etiology and treatment*. New York: Guilford Press; 2010
108. Clements SD: *Minimal Brain Dysfunction in Children: Terminology and Identification: Phase One of a Three-Phase Project*. Washington, DC, US Department of Health, Education, and Welfare, 1966
109. Achenbach TM, Rescorla LA: *ASEBA School Age Forms and Profiles*. Burlington, Vt, ASEBA, 2001
110. Ambrosini PJ, Bennett DS, Elia J: Attention deficit hyperactivity disorder characteristics, II: clinical correlates of irritable mood. *J Affect Disord* 2013; 145:70–76

111. Stringaris A, Goodman R: Three dimensions of oppositionality in youth. *J Child Psychol Psychiatry* 2009; 50:216–223
112. Leibenluft E: Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. *Am J Psychiatry* 2011; 168:129–142
113. 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 RP, Gill M, Miranda A, Mulas F, Oades RD, Roeyers H, Rothenberger A, Steinhausen HC, Faraone SV: Emotional lability in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): clinical correlates and familial prevalence. *J Child Psychol Psychiatry* 2010; 51:915–923
114. Biederman J, Spencer T, Lomedico A, Day H, Petty CR, Faraone SV: Deficient emotional self-regulation and pediatric attention deficit hyperactivity disorder: a family risk analysis. *Psychol Med* 2012; 42:639–646
115. Hudziak JJ, Althoff RR, Derks EM, Faraone SV, Boomsma DI: Prevalence and genetic architecture of Child Behavior Checklistjuvenile bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2005; 58:562–568
116. Mick E, McGough J, Loo S, Doyle AE, Wozniak J, Wilens TE, Smalley S, McCracken J, Biederman J, Faraone SV: Genomewide association study of the Child Behavior Checklist dysregulation profile. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011; 50: 807–817.e8
117. Bates JE. Temperament in infancy. In J. D. Osofsky (Ed.), *Handbook of infant development* (pp. 1101–1149). John Wiley & Sons; 1987.
118. Southam-Gerow MA, Kendall PC. Emotion regulation and understanding: implications for child psychopathology and therapy. *Clin Psychol Rev.* 2002;22(2):189-222.
119. Spinrad TL, Stifter CA, Donelan-McCall N, Turner L. Mothers' regulation strategies in response to toddlers' affect: Links to later emotion self-regulation. *Social Development.* 2004;13(1), 40–55.
120. Steinberg EA, Drabick DA. A Developmental Psychopathology Perspective on ADHD and Comorbid Conditions: The Role of Emotion Regulation. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2015;46(6):951-966.
121. Çuhadaroğlu F. Identity confusion as a sign of self pathology. *Türk Psikiyatri Derg* 2001; 12: 309-314.
122. Johnston C, Mash EJ. Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2001;4(3):183-207.
123. Gadow KD, Drabick DA, Loney J, et al. Comparison of ADHD symptom subtypes as source-specific syndromes. *J Child Psychol Psychiatry.* 2004;45(6):1135-1149.
124. Hinshaw SP, Zupan BA, Simmel C, Nigg JT, Melnick S. Peer Status in Boys With and Without Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Predictions from

- Overt and Covert Antisocial Behavior, Social Isolation, and Authoritative Parenting Beliefs. *Child Dev.* 1997;68(5):880-896.
125. Johnston C, Jassy JS. Attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional/conduct problems: links to parent-child interactions. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007;16(2):74-79.
 126. August GJ, Realmuto GM, MacDonald AW 3rd, Nugent SM, Crosby R. Prevalence of ADHD and comorbid disorders among elementary school children screened for disruptive behavior. *J Abnorm Child Psychol.* 1996;24(5):571-595.
 127. Sjöwall D, Roth L, Lindqvist S, Thorell LB: Multiple deficits in ADHD: executive dysfunction, delay aversion, reaction time variability, and emotional deficits. *J Child Psychol Psychiatry* 2013; 54:619–627
 128. Stringaris A, Goodman R: Mood lability and psychopathology in youth. *Psychol Med* 2009; 39:1237–1245
 129. Spencer TJ, Faraone SV, Surman CB, Petty C, Clarke A, Batchelder H, Wozniak J, Biederman J: Toward defining deficient emotional self-regulation in children with attention-deficit/ hyperactivity disorder using the Child Behavior Checklist: a controlled study. *Postgrad Med* 2011; 123:50–59
 130. Becker A, Steinhausen HC, Baldursson G, Dalsgaard S, Lorenzo MJ, Ralston SJ, Döpfner M, Rothenberger A; ADORE Study Group: Psychopathological screening of children with ADHD: Strengths and Difficulties Questionnaire in a pan-European study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006; 15(suppl 1):I56–I62
 131. Klein RG, Mannuzza S, Olazagasti MA, Roizen E, Hutchison JA, Lashua EC, Castellanos FX: Clinical and functional outcome of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder 33 years later. *Arch Gen Psychiatry* 2012; 69:1295–1303
 132. Able SL, Johnston JA, Adler LA, Swindle RW: Functional and psychosocial impairment in adults with undiagnosed ADHD. *Psychol Med* 2007; 37:97–107
 133. Surman CB, Biederman J, Spencer T, Miller CA, McDermott KM, Faraone SV: Understanding deficient emotional self-regulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: a controlled study. *Atten Defic Hyperact Disord* 2013; 5:273–281
 134. Riley AW, Spiel G, Coghill D, Döpfner M, Falissard B, Lorenzo MJ, Preuss U, Ralston SJ; ADORE Study Group: Factors related to health-related quality of life (HRQoL) among children with ADHD in Europe at entry into treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006; 15(suppl 1):I38–I45
 135. Wehmeier PM, Schacht A, Barkley RA: Social and emotional impairment in children and adolescents with ADHD and the impact on quality of life. *J Adolesc Health* 2010; 46: 209–217
 136. Biederman J, Petty C, Monuteaux MC, Evans M, Parcell T, Faraone SV, Wozniak J: The Child Behavior Checklist–Pediatric Bipolar Disorder profile predicts a subsequent diagnosis of bipolar disorder and associated impairments

- in ADHD youth growing up: a longitudinal analysis. *J Clin Psychiatry* 2009; 70: 732–740
137. Phillips ML, Ladouceur CD, Drevets WC: A neural model of voluntary and automatic emotion regulation: implications for understanding the pathophysiology and neurodevelopment of bipolar disorder. *Mol Psychiatry* 2008; 13:829–, 833–857
 138. Nigg JT, Casey BJ: An integrative theory of attention-deficit/ hyperactivity disorder based on the cognitive and affective neurosciences. *Dev Psychopathol* 2005; 17:785–806
 139. Castellanos FX, Proal E: Large-scale brain systems in ADHD: beyond the prefrontal-striatal model. *Trends Cogn Sci* 2012; 16:17–26
 140. Barkley RA, Murphy KR: Deficient emotional self-regulation in children and adults with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of ADHD and Related Disorders* 2010; 1:5–29
 141. Surman CB, Biederman J, Spencer T, Yorks D, Miller CA, Petty CR, Faraone SV: Deficient emotional self-regulation and adult attention deficit hyperactivity disorder: a family risk analysis. *Am J Psychiatry* 2011; 168:617–623
 142. Taşkıran, C. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Belirti Özelliklerinin Disregülasyon Profili ve Duygusal Uyarılma Düzeyleri ile İlişkisinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, 2014.
 143. Frick PJ, Morris AS. Temperament and developmental pathways to conduct problems. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2004;33(1):54-68.
 144. Derryberry D, Rothbart MK. Reactive and effortful processes in the organization of temperament. *Dev Psychopathol.* 1997;9(4):633-652.
 145. Mash EJ, Wolfe, DA. *Abnormal child psychology.* Belmont, CA, US: Wadsworth.2002
 146. Suveg C, Zeman J. Emotion regulation in children with anxiety disorders. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2004;33(4):750-759.
 147. Jarrett MA, Ollendick TH. A conceptual review of the comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder and anxiety: implications for future research and practice. *Clin Psychol Rev.* 2008;28(7):1266-1280.
 148. Nigg JT. Temperament and developmental psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry.* 2006;47(3-4):395-422.
 149. Aldao A, Nolen-Hoeksema S. One versus many: capturing the use of multiple emotion regulation strategies in response to an emotion-eliciting stimulus. *Cogn Emot.* 2013;27(4):753-760.
 150. Bonanno GA, Burton CL. Regulatory Flexibility: An Individual Differences Perspective on Coping and Emotion Regulation. *Perspect Psychol Sci.* 2013;8(6):591-612.

151. Cai RY, Richdale AL, Dissanayake C, Trollor J, Uljarević M. Emotion regulation in autism: Reappraisal and suppression interactions. *Autism*. 2019;23(3):737-749.
152. Kashdan TB, Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clin Psychol Rev*. 2010;30(7):865-878.
153. Mazefsky CA, Herrington J, Siegel M, Scarpa A, Maddox BB, Scahill L, et al. The role of emotion regulation in autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2013; 52(7):679–88.
154. Mattila ML, Hurtig T, Haapsamo H, et al. Comorbid psychiatric disorders associated with Asperger syndrome/high-functioning autism: a community- and clinic-based study. *J Autism Dev Disord*. 2010;40(9):1080-1093.
155. Samson AC, Huber O, Gross JJ. Emotion regulation in Asperger's syndrome and high-functioning autism. *Emotion*. 2012;12(4):659-665.
156. Jones AP, Larsson H, Ronald A, Rijdsdijk F, Busfield P, Mcmillan A, Plomin R, Viding E. Phenotypic and Aetiological Associations Between Psychopathic Tendencies, Autistic Traits, and Emotion Attribution. *Criminal Justice and Behavior*. 2009; 36(11), 1198–1212.
157. Pisula E, Kawa R, Danielewicz D, Pisula W. The relationship between temperament and autistic traits in a non-clinical students sample. *PLoS One*. 2015;10(4):e0124364.
158. Epa R, Dudek D. Theory of mind, empathy and moral emotions in patients with affective disorders. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2015;2, 49–56.
159. Happé FG. An advanced test of theory of mind: understanding of story characters' thoughts and feelings by able autistic, mentally handicapped, and normal children and adults. *J Autism Dev Disord*. 1994;24(2):129-154.
160. Liu S, Yu C, Conner BT, Wang S, Lai W, Zhang W. Autistic traits and internet gaming addiction in Chinese children: The mediating effect of emotion regulation and school connectedness. *Res Dev Disabil*. 2017;68:122-130.
161. Ozbaran NB, Ozyasar SC, Dogan N, et al. Evaluation of social cognition, autistic traits, and dysmorphology in comorbid specific learning disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2022;27(4):991-1005.
162. Rinaldi LJ, Simner J, Koursarou S, Ward J. Autistic traits, emotion regulation, and sensory sensitivities in children and adults with Misophonia. *J Autism Dev Disord*. 2023;53(3):1162-1174.
163. Barrett LF. Feelings or words? Understanding the content in self-report ratings of experienced emotion. *J Pers Soc Psychol*. 2004;87(2):266-281.
164. Vaiouli P, Panayiotou G. Alexithymia and Autistic Traits: Associations With Social and Emotional Challenges Among College Students. *Front Neurosci*. 2021;15:733775.
165. WHOQOL Group, WHO, Div of Mental Health, Geneva. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the

- World Health Organization. *Social Science & Medicine*. 1995; 41(10), 1403–1409.
166. Coghill D, Danckaerts M, Sonuga-Barke E, Sergeant J; ADHD European Guidelines Group. Practitioner review: Quality of life in child mental health--conceptual challenges and practical choices. *J Child Psychol Psychiatry*. 2009;50(5):544-561.
 167. Escobar R, Soutullo CA, Hervas A, Gastaminza X, Polavieja P, Gilaberte I. Worse quality of life for children with newly diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children. *Pediatrics*. 2005;116(3):e364-e369.
 168. Varni JW, Burwinkle TM. The PedsQL as a patient-reported outcome in children and adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: a population-based study. *Health Qual Life Outcomes*. 2006;4:26.
 169. Coghill D, Hodgkins P. Health-related quality of life of children with attention-deficit/hyperactivity disorder versus children with diabetes and healthy controls. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016;25(3):261-271.
 170. Klassen AF. Quality of life of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2005;5(1):95-103.
 171. Lee YC, Yang HJ, Chen VC, et al. Meta-analysis of quality of life in children and adolescents with ADHD: By both parent proxy-report and child self-report using PedsQL™. *Res Dev Disabil*. 2016;51-52:160-172.
 172. Harvey EA, Youngwirth SD, Thakar DA, Errazuriz PA. Predicting attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder from preschool diagnostic assessments. *J Consult Clin Psychol*. 2009;77(2):349-354.
 173. Engel-Yeger B, Ziv-On D. The relationship between sensory processing difficulties and leisure activity preference of children with different types of ADHD. *Res Dev Disabil*. 2011;32(3):1154-1162.
 174. Tai YM, Gau SS, Gau CS. Injury-proneness of youth with attention-deficit hyperactivity disorder: a national clinical data analysis in Taiwan. *Res Dev Disabil*. 2013;34(3):1100-1108.
 175. Spencer TJ, Biederman J, Mick E. Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *Ambul Pediatr*. 2007;7(1 Suppl):73-81.
 176. Henningsen P, Zimmermann T, Sattel H. Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. *Psychosom Med*. 2003;65(4):528-533.
 177. Mulraney M, Giallo R, Sciberras E, Lycett K, Mensah F, Coghill D. ADHD Symptoms and Quality of Life Across a 12-Month Period in Children With ADHD: A Longitudinal Study. *J Atten Disord*. 2017;23(13):1675-1685.
 178. Escobar R, Schacht A, Wehmeier PM, Wagner T. Quality of life and attention-deficit/hyperactivity disorder core symptoms: a pooled analysis of 5 non-US atomoxetine clinical trials. *J Clin Psychopharmacol*. 2010;30(2):145-151.

179. Newcorn JH, Spencer TJ, Biederman J, Milton DR, Michelson D. Atomoxetine treatment in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid oppositional defiant disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44(3):240-248.
180. Sciberras E, Lycett K, Efron D, Mensah F, Gerner B, Hiscock H. Anxiety in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2014;133(5):801-808.
181. Sung V, Hiscock H, Sciberras E, Efron D. Sleep problems in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: prevalence and the effect on the child and family. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2008;162(4):336-342.
182. Dallos G, Miklósi M, Keresztény Á, et al. Self- and Parent-Rated Quality of Life of a Treatment Naïve Sample of Children With ADHD: The Impact of Age, Gender, Type of ADHD, and Comorbid Psychiatric Conditions According to Both a Categorical and a Dimensional Approach. *J Atten Disord*. 2017;21(9):721-730.
183. Oakley BF, Tillmann J, Ahmad J, et al. How do core autism traits and associated symptoms relate to quality of life? Findings from the Longitudinal European Autism Project. *Autism*. 2021;25(2):389-404.
184. Chiang HM, Wineman I. Factors associated with quality of life in individuals with autism spectrum disorders: A review of literature. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2014; 8(8), 974–986.
185. Pisula E, Danielewicz D, Kawa R, Pisula W. Autism spectrum quotient, coping with stress and quality of life in a non-clinical sample - an exploratory report. *Health Qual Life Outcomes*. 2015;13:173.
186. Dijkhuis RR, Ziermans TB, Van Rijn S, Staal WG, Swaab H. Self-regulation and quality of life in high-functioning young adults with autism. *Autism*. 2017;21(7):896-906.
187. Wiwe Lipsker C, Hirvikoski T, Balter LJT, et al. Autistic Traits and Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms Associated With Greater Pain Interference and Depression, and Reduced Health-Related Quality of Life in Children With Chronic Pain. *Front Neurosci*. 2021;15:716887.
188. Lampton D, Zlomke KR. The broader autism phenotype, social interaction anxiety, and loneliness: implications for social functioning. *Curr Psychol*. 2014;33:246–55.
189. Jobe LE, Williams WS. Loneliness, social relationships, and a broader autism phenotype in college students. *Pers Individ Dif*. 2007;42:1479–89
190. Wakabayashi A, Baron-Cohen S, Wheelwright S. Are autistic traits an independent personality dimension? A study of the Autism-Spectrum Quotient (AQ) and the NEO-PI-R. *Pers Individ Dif*. 2006;41(5):873–83.
191. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health: ICF. World Health Organization.2001.
192. Ustün B, Kennedy C. What is "functional impairment"? Disentangling disability from clinical significance. *World Psychiatry*. 2009;8(2):82-85.

193. Strine TW, Lesesne CA, Okoro CA, et al. Emotional and behavioral difficulties and impairments in everyday functioning among children with a history of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Prev Chronic Dis.* 2006;3(2):A52.
194. Ruiz-Goikoetxea M, Cortese S, Aznarez-Sanado M, et al. Risk of unintentional injuries in children and adolescents with ADHD and the impact of ADHD medications: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.* 2018;84:63-71.
195. Fleming M, Fitton CA, Steiner MFC, et al. Educational and Health Outcomes of Children Treated for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *JAMA Pediatr.* 2017;171(7):e170691.
196. Hollingshead AB, Redlich FC. Social class and mental illness: a community study. 1958. *Am J Public Health.* 2007;97(10):1756-1757.
197. Çengel Kültür SE. Alkol bağımlılığı olan babaların çocuklarında psikopatoloji, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Tezi, Ankara, 2002.
198. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997;36(7):980-988.
199. Gökler B, Ünal F, Pehlivantürk B, Çengel-Kültür E, Akdemir D, Taner Y. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi.* 2004;11(3), 109-116.
200. Ünal F, Öktem F, Çetin Çuhadaroğlu F, Çengel Kültür SE, Akdemir D, Foto Özdemir D, Çak HT, Ünal D, Tıraş K, Aslan C, Kalaycı BM, Aydos BS, Kütük F, Taşyürek E, Karaokur R, Karabucak B, Karakök, B, Karaer Y, Artık A. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-DSM-5 Kasım 2016-Türkçe Uyarlamasının (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) Geçerlik ve Güvenirliği [Reliability and Validity of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version, DSM-5 November 2016-Turkish Adaptation (K-SADS-PL-DSM-5-T)]. *Türk psikiyatri dergisi = Turkish journal of psychiatry.* 2019;30(1), 42-50.
201. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry.* 1997;38(5):581-586.
202. Güvenir T, Özbek A, Baykara B, Arkar H, Şentürk B, İncekaş S. Güçler ve Güçlükler Anketi'nin (GGA) Türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi.* 2008;15(2), 65-74.
203. Constantino JN, Davis SA, Todd RD, et al. Validation of a brief quantitative measure of autistic traits: comparison of the social responsiveness scale with the autism diagnostic interview-revised. *J Autism Dev Disord.* 2003;33(4):427-433.
204. Ünal S, Güler A, Dedeoğlu C, Taşkın B, Yazgan Y. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı olan klinik örneklemede sosyal karşılıklılık: Okul

- örneklemeden elde edilen kontrol grubu ile karşılaştırma. Poster bildirisi. 2009;19.
205. Stringaris A, Goodman R, Ferdinando S, Razdan V, Muhrer E, Leibenluft E, et al. The Affective Reactivity Index: A concise irritability scale for clinical and research settings. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2012;53:1109-1117.
 206. Kocaeli Ö. Çocuk ve ergenlerde irritabilite: Duygusal reaktivite indeksi'nin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması [yayınlanmamış tıpta uzmanlık tezi]. Bursa, Uludağ Üniversitesi, 2015.
 207. Silverman WK, Fleisig W, Rabian B ve ark. Childhood Anxiety Sensitivity Index. *J Clin Child Psychol.*1991; 20:162-8.
 208. Yılmaz S, Kılıç EZ. Çocuklar İçin Anksiyete Duyarlılığı İndeksi'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2015; 26(3), 197-203
 209. Weiss MD, Brooks BL, Iverson GL et al. Reliability and validity of the Weiss functional impairment rating scale. World Psychiatry Association Conference, Shanghai, 2007.
 210. Tarakçıoğlu MC. Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği Ebeveyn Formu (wibö-e) Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması (Tıpta uzmanlık tezi). Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kocaeli, 2012.
 211. Varni JW, Seid M, Rode CA. The PedsQL: measurement model for the pediatric quality of life inventory. *Med Care.* 1999;37(2):126-139.
 212. Çakın-Memik N, Ağaoğlu B, Coşkun A, Üneri, ÖŞ, Karakaya I. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 13-18 yaş ergen formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2007;18(4), 353-363
 213. Çakın-Memik N, Ağaoğlu B, Coşkun A, Karakaya I. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 8-12 Yaş Çocuk Formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi.*2008;15(2), 87-98.
 214. Epstein N.B., Baldwin L.M, Bishop D.S. The McMaster Family Assesment Device, *Journal of Marital and Family Therapy.* 1983;9:171-180
 215. Bulut I. Aile Degerlendirme Ölçeği Elkitabı. Ankara: Özgüzelis Matbaası,1990.
 216. Biederman J, Faraone SV, Taylor A, Sienna M, Williamson S, Fine C. Diagnostic continuity between child and adolescent ADHD: findings from a longitudinal clinical sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1998;37(3):305-313.
 217. Iizuka C, Yamashita Y, Nagamitsu S, et al. Comparison of the strengths and difficulties questionnaire (SDQ) scores between children with high-functioning autism spectrum disorder (HFASD) and attention-deficit/hyperactivity disorder (AD/HD). *Brain Dev.* 2010;32(8):609-612.
 218. Russell G, Rodgers LR, Ford T. The strengths and difficulties questionnaire as a predictor of parent-reported diagnosis of autism spectrum disorder and attention deficit hyperactivity disorder. *PLoS One.* 2013;8(12):e80247.

219. Du Y, Kou J, Coghill D. The validity, reliability and normative scores of the parent, teacher and self report versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire in China. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2008;2(1):8.
220. Schatz DB, Rostain AL. ADHD with comorbid anxiety: a review of the current literature. *J Atten Disord*. 2006;10(2):141-149.
221. Bögels SM, Zigterman D. Dysfunctional cognitions in children with social phobia, separation anxiety disorder, and generalized anxiety disorder. *J Abnorm Child Psychol*. 2000;28(2):205-211.
222. Carthy T, Horesh N, Apter A, Gross JJ. Patterns of emotional reactivity and regulation in children with anxiety disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2009;32 (1): 23–36.
223. Zaloski BA, Storch EA. Comorbid autism spectrum disorder and anxiety disorders: a brief review. *Future Neurol*. 2018;13(1):31-37.
224. Gillott A, Furniss F, Walter A. Anxiety in high-functioning children with autism. *Autism*. 2001;5(3):277-286.
225. van Steensel FJ, Bögels SM, Wood JJ. Autism spectrum traits in children with anxiety disorders. *J Autism Dev Disord*. 2013;43(2):361-370.
226. Lecavalier L, Wood JJ, Halladay AK, et al. Measuring anxiety as a treatment endpoint in youth with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord*. 2014;44(5):1128-1143.
227. Ben-Sasson A, Cermak SA, Orsmond GI, Tager-Flusberg H, Kadlec MB, Carter AS. Sensory clusters of toddlers with autism spectrum disorders: differences in affective symptoms. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49(8):817-825.
228. Carpenter KLH, Baranek GT, Copeland WE, et al. Sensory Over-Responsivity: An Early Risk Factor for Anxiety and Behavioral Challenges in Young Children. *J Abnorm Child Psychol*. 2019;47(6):1075-1088.
229. Joosten AV, Bundy AC. Sensory processing and stereotypical and repetitive behaviour in children with autism and intellectual disability. *Aust Occup Ther J*. 2010;57(6):366-372.
230. Lidstone J, Uljarević M, Sullivan J, Rodgers J, McConachie H, Freeston M, Le Couteur A, Prior M, Leekam S. Relations among restricted and repetitive behaviors, anxiety and sensory features in children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2014; 8(2), 82–92.
231. Black KR, Stevenson RA, Segers M, et al. Linking Anxiety and Insistence on Sameness in Autistic Children: The Role of Sensory Hypersensitivity. *J Autism DevDisord*. 2017;47(8):2459-2470.
232. MacLennan K, Roach L, Tavassoli T. The Relationship Between Sensory Reactivity Differences and Anxiety Subtypes in Autistic Children. *Autism Res*. 2020;13(5):785-795.

233. Reiss S, McNally RJ. The expectancy model of fear. In S. Reiss & R. R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 107–121). Academic Press, 1985.
234. Taylor S, Zvolensky MJ, Cox BJ, et al. Robust dimensions of anxiety sensitivity: development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychol Assess.* 2007;19(2):176-188.
235. Baiano C, Raimo G, Zappullo I, et al. Anxiety Sensitivity Domains are Differently Affected by Social and Non-social Autistic Traits. *J Autism Dev Disord.* 2022;52(8):3486-3495.
236. Ronald A, Hoekstra RA. Autism spectrum disorders and autistic traits: a decade of new twin studies. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2011;156B(3):255-274.
237. Robinson EB, Koenen KC, McCormick MC, et al. Evidence that autistic traits show the same etiology in the general population and at the quantitative extremes (5%, 2.5%, and 1%). *Arch Gen Psychiatry.* 2011;68(11):1113-1121.

8. EKLER

Ek-1: Sosyodemografik Bilgi Formu

Sosyodemografik Bilgi Formu

Hasta kodu:

Çocuğın yaşı:

Doğum tarihi:

Cinsiyeti:

Yaşadığı yer:

Okulumun türü (devlet okulu/ özel okul):

Anne yaşı:

Baba yaşı:

Anne eğitim düzeyi:

Baba eğitim düzeyi:

Anne mesleği:

Baba mesleği:

Kardeşlerin (sırasıyla):

Yaşları:

Cinsiyetleri:

Eğitim düzeyi:

Anne ve baba arasında akrabalık var mı?

Yok () Akrabalık yok ama aynı köyden () Evet (Belirtin):

Çocuğın yaşadığı aile yapısı nasıl?

Ebeveyn ile (tek/çift) çekirdek aile () Ebeveyn olmada akraba ile ()

Ebeveyn ile (tek/çift) geniş aile () Kurum bakımında ()

Çocuğunuzun yaşadığı evde kaç kişi yaşıyor? (Belirtiniz):

Çocuğunuzun kendisine ait odası var mı?

Evet, sadece kendisine ait () Kardeşiyle birlikte paylaşıyor () Hayır()

Anne veya babanın adli bir olaya karışma öyküsü var mı?

Hayır () Evet (Belirtiniz):

Ek-2: Hollingshead-Redich Ölçeği

Hollingshead-Redich Ölçeği

Ailenin (Ebeveynin) Sosyoekonomik-Sosyokültürel Düzeyi Her iki ebeveynin de meslek ve eğitim durumlarını esas alan, standart Hollingshead- Redich Ölçeğini kullanarak sosyoekonomik sosyokültürel düzeyi özetleyin (belirleyin). Bu belirli bir süre için ulaşılmış en üst düzeyi yansıtan “genel ya da “gestalt” bir ölçüm olacaktır. Eger beklenmedik durumlar meydana gelmişse bunu not ediniz (örneğin; baba uzun yıllar büyük bir şirketin yöneticisi iken ağır bir depresyon nedeni ile elli yaşından sonra işsiz kalmışsa. Bu örnek bir miktar şüphe ile Kesinlik arz etmeden “1” şeklinde kodlanmalıdır).

-Varlıklı, eğitimli toplumsal katmanda aile	1
-Üniversite eğitimi almış, meslek sahibi ya da yüksek idari konumda anne-baba	2
-Küçük iş adamı, beyaz yakalı ya da vasıflı işçi, lise mezunu anne-baba	3
-Yarı vasıflı işçi, lise düzeyinin altında eğitimli anne-baba	4
-Yarı vasıflı işçi, eğitimsiz, ilk okul düzeyinde eğitimli anne-baba	5
-Bilinmeyen	9

Ek-3: Klinik Bilgi Formu**Klinik Bilgi Formu**

Tarih:

Hasta kodu:

El tercihi:

Boy:

Kilo:

Prenatal-Perinatal Öykü

Gebelik:

Parite:

Yaşayan:

Abortus:

İstenen ve planlı bir gebelik miydi?

Evet ()

Hayır ()

Gebeliğinizde sağlık sorunu yaşadınız mı?

Hayır ()

Evet (Belirtiniz):

Gebeliğiniz sırasında önemli bir yaşam olayı yaşadınız mı?

Hayır ()

Evet (Belirtiniz):

Takiplerinizde gebeliğinizin riskli olduğu doktorunuz tarafından belirtildi mi? Yapılan testlerde anormal bulgular saptandı mı?

Hayır ()

Takipsiz gebelik ()

Evet (Belirtiniz):

Gebeliğiniz sırasında ilaç kullandınız mı?

Hayır ()

Evet (Belirtiniz):

Gebeliğiniz sırasında X-ışını maruziyeti oldu mu?

Hayır ()

Evet ():

Gebeliğiniz sırasında aşağıdaki ilaç, içecek ya da maddelerden hangilerini ne sıklıkta kullandınız (Belirtiniz):

Alkol:

Sigara:

Madde:

Kafeinli ürünler:

Çocuğunuz doğduğunda kaç yaşındaydınız:

Doğum gebeliğinizin kaçınıcı ayında/haftasında oldu?

Doğum sancısı veya doğum eylemi sırasında fetal distress belirtileri oluştu mu?

Hayır ()

Evet ()

Bilmiyorum ()

Doğum eylemi nasıl gerçekleşti?

Normal ()

Makat()

C/S()

Forceps()

İndüklenmiş doğum()

Bebeğin doğum kilosu kaç gramdı?

Doğum eylemini takiben bebeğiniz herhangi bir sağlık sorunu yaşadı mı?

Hayır () Evet (Belirtiniz):

Bebeklik Dönemi

Çocuğunuz erken bebeklik dönemindeyken emzirme sorunları yaşadınız mı?

Hayır () Evet ()

Çocuğunuzda kolik ağrısı olur muydu?

Hayır () Evet ()

Çocuğunuz erken bebekliğinde uyku döngüsü ile ilgili sorunlar yaşıyor muydu?

Hayır () Evet ()

Çocuğunuz bebeklik döneminde herhangi bir sağlık sorunu yaşadı mı?

Hayır () Evet (Belirtiniz):

Çocuğunuzda herhangi bir konjenital (doğumsal) problem var mıydı?

Hayır () Evet (Belirtiniz):

Çocuğunuz bebekliğinde kolay bir bebek miydi? Örneğin çok ağlar mıydı, günlük rutini ortalama olarak tahmin edilebilir miydi?

Çok kolay () Kolay () Ortalama () Zor () Çok zor ()

Gelişimsel Bilgiler

Çocuğunuza aşağıdaki yaş aralıklarında primer bakımeveren kişi kimdi?

0-1 yaş:

1-3 yaş:

3-6 yaş:

Çocuğunuzun primer bakımverenininden ayrılık öyküsü oldu mu?

Hayır () Evet (Belirtiniz):

Çocuğunuz ne zaman desteksiz oturdu?

Çocuğunuz ne zaman emekledi?

Çocuğunuz ne zaman yürüdü?

Çocuğunuz anlamlı tek kelimeleri ne zaman söylemeye başladı?

Çocuğunuz ne zaman iki kelimeli cümle kurmaya başladı?

Çocuğunuzun tuvalet eğitimi ne zaman tamamlandı?

Çocuğunuzun kaba motor becerilerini şu an için nasıl tanımlarsınız? (yürüme, koşma, tırmanma, zıplama gibi büyük kas gruplarını ilgilendiren beceriler)

İyi ()

Orta ()

Zayıf ()

Çok kötü ()

Çocuğunuzun kaba motor becerilerini erken çocukluğundan beri yaşitlarına göre nasıl tanımlarsınız?

İyi () Orta () Zayıf () Çok kötü ()

Çocuğunuzun ince motor becerilerini şu an için nasıl tanımlarsınız? (kaşık tutma, düğme ilikleme, makas tutma, yazı yazma, ayakkabı bağlama gibi küçük kas gruplarını ilgilendiren beceriler)

İyi () Orta () Zayıf () Çok kötü ()

Çocuğunuzun ince motor becerilerini erken çocukluğundan beri yaşitlarına göre nasıl tanımlarsınız?

İyi () Orta () Zayıf () Çok kötü ()

Çocuğunuz sık sık sakarlık yapıp kaza geçirir mi?

Hayır () Evet ()

Çocuğunuz vücut koordinasyonunu sağlamada sorun yaşar mı?

Hayır () Evet ()

Çocuğunuzun dil becerilerini şu an için (konuşulan dili anlama ve kendini anlaşılır şekilde ifade edebilme) nasıl tanımlarsınız?

İyi () Orta () Zayıf () Çok kötü ()

Çocuğunuzun dil becerilerini erken çocukluğundan beri yaşitlarına göre nasıl tanımlarsınız?

İyi () Orta () Zayıf () Çok kötü ()

Çocuğunuz öz bakım becerilerini (kıyafetlerini giyme, elini yıkama, dişini fırçalama vb) yapma konusunda yaşına göre nasıldır?

İyi () Orta () Zayıf () Çok kötü ()

Tıbbi Öykü

Çocuğunuzun sağlığını nasıl tanımlarsınız?

Çok iyi () İyi () Orta () Kötü () Çok kötü ()

Çocuğunuzun herhangi bir kronik sağlık problemi var mıdır? (astım, diyabet, kalp hastalıkları vb)

Hayır () Evet (Belirtiniz):

Çocuğunuzun düzenli kullandığı bir ilaç var mı?

Hayır () Evet (Belirtiniz):

Çocuğunuzun hastanede yatmasını gerektiren bir sağlık sorunu oldu mu?

Hayır () Evet (Belirtiniz):

Çocuğunuzun herhangi bir şeye (besine, maddeye, ilaca vb) alerjisi var mı?

Hayır () Evet (Belirtiniz):

Psikiyatrik Öykü

Daha önce çocuğunuz için çocuk ergen psikiyatri başvurunuz olmuş muydu?

Hayır () Evet (Belirtiniz):

Çocuğunuza daha önce bir çocuk ve ergen psikiyatristi tarafından konulan bir tanı oldu mu?

Hayır () Evet (Belirtiniz):

Çocuğunuza bir çocuk ve ergen psikiyatristi tarafından herhangi bir ilaç reçete edildi mi?

Hayır () Evet (Belirtiniz):

Çocuğunuz herhangi bir terapi aldı mı? (bireysel psikoterapi, grup psikoterapisi, oyun terapisi, aile terapisi vb) herhangi birini aldı mı?

Hayır () Evet (Belirtiniz):

Çocuğunuzun sigara, alkol veya madde kullanımı öyküsü var mı?

Hayır () Evet (Belirtiniz):

Çocuğunuzun bilgisayar / telefon gibi teknoloji araçlarını eğlence için kullanma sıklığı ne düzeydedir?

Normalden fazla (..... saat/ gün) Normal (..... saat /gün) Az (..... saat/gün)

Çocuğunuzun uyku ile ilgili sorunları var mı?

Hayır () Uykuya dalmakta zorlanır ()

Uykuyu sürdürmekte zorlanır () Erken kalkmakta zorlanır ()

Çocuğunuz daha önce hiç kendine zarar verme davranışında bulundu mu?

Hayır () Evet (Belirtiniz):

Çocuğunuz daha önce hiç çevreye zarar verici davranışta bulundu mu?

Hayır () Evet (Belirtiniz):

Çocuğunuz daha önce intihar girişiminde bulundu mu?

Hayır () Evet (Belirtiniz):

Çocuğunuz daha önce adli bir olaya karıştı mı?

Hayır () Evet (Belirtiniz):

Okul Öyküsü

Çocuğunuzun akademik başarısını nasıl?

İyi () Orta () Zayıf ()

Çocuğunuz okuma yazmayı ne zaman öğrendi?

Çocuğunuz hiç özel eğitim programlarından birini aldı mı?

Hayır () Evet (Belirtiniz):

Çocuğunuz okulda hiç aşağıdaki sorunları yaşadı mı?

Okuldan uzaklaştırılma Hayır () Evet ()

Sınıf tekrarı Hayır () Evet ()

Okulda bireysel eğitim programı alıyor mu?

Hayır () Evet ()

Çocuğunuzun eğitiminin özelliği nedir?

Farklı bir özelliği yok ()

Kaynaştırma öğrencisi (Nedenini belirtiniz) ()

Okulla beraber özel eğitime de gidiyor ()

Ailenin Sosyal ve Tıbbi Öyküsü

Çocuğunuzun annesi/babası ile evlilik durumunuz nasıl?

Evlenmedik () Ayrı yaşıyoruz () Boşandık ()

Eşim vefat etti () Evliyiz (..... yıldır)

Çocuklarınızın kardeş ilişkilerini nasıl tanımlarsınız?

Oldukça iyi () Olağan () Sorunlar yaşıyoruz ()

Son 1 yıl içinde aşağıdaki stres yaratan olaylar ailenizin başından geçti mi?

Ebeveynlerin boşanması veya ayrı yaşamaya başlaması ()

Aile bireyinin ciddi bir hastalık veya kaza yaşaması ()

Ailede ölen birey ()

Ebeveynlerin iş değiştirmesi ()

Okul değişimi ()

Taşınma ()

Ekonomik sorunlar ()

Çocuğunuzun birinci derece akrabalarında (anne, baba, kardeşler) çocuk psikiyatristi / erişkin psikiyatristi tarafından değerlendirilip tanı alan veya ilaç kullanan varsa belirtiniz

Hayır () Evet (Belirtiniz):

Çocuğunuzun anne ve baba tarafındaki akrabalarında görülen psikiyatrik/nörolojik hastalıklar varsa belirtiniz

Hayır () Evet (Belirtiniz):

Çocuğun anne ve baba tarafındaki akrabalarında görülen nesiller arası tekrarlayan kronik/genetik hastalık varsa belirtiniz

Hayır () Evet (Belirtiniz):

Ek-4: Güçler ve Güçlükler Anketi (SDQ-Tur)

GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (SDQ-Tur)

AB 4-16

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamazsanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı çocuğunuzun son 6 ay içindeki davranışlarını göz önüne alarak veriniz.

Çocuğunuzun Adı:

Kız / Erkek

Doğum Tarihi:

	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
Diğer insanların duygularını önemser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huzursuz, aşırı hareketli, uzun süre kıpırdamadan duramaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça baş ağrısı, karın ağrısı ve bulantıdan yakınır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer çocuklarla kolayca paylaşır. (yiyecek, oyuncak, kalem v.s.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça öfke nöbetleri olur yada aşırı sinirlidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daha çok tek başındır, yalnız oynama eğilimindedir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle söz dinler, erişkinlerin isteklerini yapar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Birçok kaygısı vardır. Sıkça endişeli görünür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş yada kendini kötü hissediyor ise ona yardımcı olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sürekli elleri ayakları kıpır kıpırdır yada oturduğu yerde kıpırdanıp durur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En az bir yakın arkadaşı vardır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça diğer çocuklarla kavga eder yada onlarla alay eder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça mutsuz, kederli yada ağlamaktadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle diğer çocuklar tarafından sevilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dikkati kolayca dağılır. Yoğunlaşmakta güçlük çeker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yeni ortamlarda gergin yada huysuzdur. Kendine güvenini kolayca kaybeder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kendinden küçükler iyi davranır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça yalan söyler yada hile yapar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer çocuklar ona takarlar yada onunla alay ederler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, diğer çocuklar) yardım etmeye istekli olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bir şeyi yapmadan önce düşünür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ev, okul yada başka yerlerden çalar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erişkinlerle çocuklardan daha iyi geçinir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pek çok korkusu var. Kolayca ürker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Başladığı işi bitirir, dikkat süresi iyidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Genel olarak, çocuğunuzun aşağıdaki alanların birinde ya da daha fazlasında güçlükleri olduğunu düşünüyor musunuz: Duygular, dikkati toplama, davranış yada başkaları ile geçinebilme?

Hayır	Evet-Biraz	Evet-Oldukça Ciddi	Evet-Çok Ciddi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eğer yanıtınız "evet" ise, lütfen aşağıdaki bu güçlüklerle ilişkin soruları yanıtlayınız.

- Bu güçlükler ne zamandır var?

1 aydan az	1 - 5 ay	6 - 12 ay	Bir yıldan fazla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Bu güçlükler çocuğunuzu sıkıntıya sokuyor yada moralini bozuyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Bu güçlükler aşağıdaki alanlarda, çocuğunuzun günlük yaşamını etkiliyor mu?

	Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
Ev yaşamı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arkadaş ilişkileri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sınıf içi öğrenme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boş zaman etkinlikleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Bu güçlükler size ya da ailenize zorluk yaşıyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

İmza:

Tarih:

Anne / Baba / Diğer (lütfen belirtiniz):

Yardıminız için teşekkür ederiz

Ek-5: Sosyal Cevaplılık Ölçeği

SOSYAL CEVAPLILIK ÖLÇEĞİ

Her cümle için, çocuğunuzun **son altı aydaki davranışlarını** en iyi tarif eden seçeneği işaretleyiniz.

* **Uygun değil seçeneği:** İlgili maddede anlatılan durumun çocuğunuz için gözlenmesi mümkün değil ise işaretleyiniz. Örneğin, yaşı gereği anlatılan durumu gözlemeniz mümkün değilse..Davranışın gözlenmesinin mümkün olduğu ancak çocuğunuzda gözlemediğiniz durumlarda ise "**doğru değil**" seçeneğini işaretleyiniz.

	A	Doğru değil	Bazen doğru	Genellikle doğru	Nerdeyse her zaman doğru	Uygun değil
1	Başkalarıyla birlikte olduğunda yalnız olduğu ortamlara oranla daha kıpır kıpır, huzursuz görünür.					
2	Yüz ifadesi sözleriyle pek uyumsuz					
3	Başkalarıyla ilişkilerinde kendine güveni var gibi görünür.					
4	Stres altındayken otomatik pilota bağlanmış gibi davranır; yapacakları konusunda değişiklik göstermeye ikna olmaz; kafasına koyduğunu yapar.					
5	Birileri bir zaafından yararlanmak istediğinde pek farkına varmaz.					
6	Yalnız kalmayı başkalarıyla oynamaya tercih eder.					
7	Başkalarının ne düşündüğünün ya da ne hissettiğinin farkındadır.					
8	Başkaları tarafından ilginç ya da tuhaf olarak karşılanabilecek hareketleri vardır					
9	Erişkinlere yapışır, onlara bağımlı gibi görünür.					
10	Konuşmalarda kelimelerin altında yatabilecek farklı manaları anlamakta güçlük çeker; fazla mecazi konuşmalardan anlamaz.					
11	Kendine güveni tamdır.					
12	Başkalarıyla hislerini paylaşabilir.					

	B	Doğru değil	Bazen doğru	Genellikle doğru	Nerdeyse her zaman doğru	Uygun değil
13	Birileriyle beraberce bir şeyler yaparken (konuşurken, bir oyun oynarken) kendi sırasının ne zaman olduğunu kestirmekte zorlanır. (örneğin, konuşma esnasında karşıdakinin bir yanıt beklediğini anlayamaz.)					
14	Fiziksel aktivitelerde pek başarılı değildir; ellerini, ayaklarını düzgün ve uyumlu bir şekilde kullanamaz.					
15	İnsanların ses tonlarından ve yüz ifadelerinden ne ifade etmeye çalıştıklarını anlar.					
16	İnsanlarla göz göze gelmekten kaçınır ya da alışılmadık bir şekilde göz göze iletişim kurar.					
17	Bir konuda haksızlık yapıldığını hemen fark eder.					
18	Çok çabalasa da arkadaşlık kurmada zorlanır.					
19	Karşılıklı konuşmalarda oluşan fikirleri almakta güçlük yaşar.					
20	Oyuncaklarla oynayıp tarzı alışlagelmişin dışındadır.					
21	Taklit yeteneği kuvvetlidir.					

	C	Doğru değil	Bazen doğru	Genellikle doğru	Nerdeyse her zaman doğru	Uygun değil
22	Yaşlılarıyla uygun oyunlar oynar.					
23	Zorunlu olmadıkça, grup aktivitelerine katılmaz.					
24	Alışkın olduğu düzende değişiklik olduğunda diğer çocuklara göre daha çok zorlanır.					
25	Başkalarıyla aynı frekansta (paralel düşünmek, hissetmek, davranmak gibi..) olmaktan rahatsızlık duymaz.					
26	Üzüntülü olanları rahatlatmaya çalışır.					
27	Yeni biriyle sosyal bir ilişkiyi başlatan taraf olmaktan kaçınır.					
28	Dönüp dolaşıp aynı şey üstüne konuştuğu ya da düşündüğü olur.					
29	Başka çocuklar tarafından tuhaf/garip bulunur.					
30	Birçok şeyin aynı anda olduğu ortamlarda rahatsız olur.					

	D	Doğru değil	Bazen doğru	Genellikle doğru	Nerdeyse her zaman doğru	Uygun değil
31	Bir şey hakkında düşünmeye başladığı zaman kendini onu düşünmekten alı koyamaz.					
32	Kişisel bakımı iyidir.					
33	Nazik olmaya çalışsa bile sosyal ortamlarda garip kaçan davranışları olur.					
34	Yakın arkadaş olmak isteyen kişilerden kaçınır.					
35	Karşılıklı konuşmalarda konunun akışını takip etmekte zorlanır.					
36	Kendinden büyük olanlarla ilişki kurmakta zorlanır.					
37	Yaşlılarıyla ilişki kurmakta zorlanır.					
38	Karşısındaki kişinin duygusal durumundaki değişikliği anlayışla karşılayarak ona uygun şekilde davranır. (örneğin; oyun arkadaşının mutlu bir anda hüznlendiğini hissederse)					
39	Sadece belirli alanlara ilgi duyar.Bunların sayısı etrafındakilerle kıyaslandığında azdır.					

	E	Doğru değil	Bazen doğru	Genellikle doğru	Nerdeyse her zaman doğru	Uygun değil
40	Hayal gücü kuvvetlidir; iyi rol yapar. (gerçeklikten kopmadan)					
41	Bir aktiviteden diğerine amaçsızca geçtiği olur.					
42	Ses, dokunma veya kokuya karşı aşırı hassasiyeti vardır					
43	Ailesinden ya da bakıcısından ayrılmakta zorluk çekmez.					
44	Olayların birbirlerine nasıl ve ne şekilde bağlı olduğunu anlamakta yaşlılarına oranla daha fazla güçlük çeker.					
45	Başkalarının nereye baktığı ya da neyi dinlediğine dikkatini verebilir.					
46	Çok ciddi bir yüz ifadesi vardır.					
47	Uygun olmayan yerlerde gülmekten kendini alamadığı olur.					
48	İyi bir espri anlayışı vardır					
49	Çok iyi olduğu birkaç konu vardır ama geri kalan işlerde pek becerikli değildir.					

	F	Doğru değil	Bazen doğru	Genellikle doğru	Nerdeyse her zaman doğru	Uygun değil
50	Sık sık tekrar ettiği garip hareketleri vardır. (El çırpma ya da sallanma gibi) Evet ise belirtiniz: _____					
51	Soruları doğrudan cevaplamada güçlük çeker; konunun etrafında dönüp durduğu olur.					
52	Gereksiz yere çok yüksek sesli konuştuğunun ya da çok ses çıkardığının farkına varır.					
53	Ses tonu gariptir (robot gibi ya da ders verir gibi konuştuğu söylenebilir)					
54	İnsanlara değersiz nesnelermiş gibi davranır.					
55	Bir kişiye çok yakınlaştığı, kişisel sınırlarını zorladığı anı hemen fark eder.					
56	Konuşan iki kişinin arasına girer.					
57	Çevresindekiler tarafından sık sık kızdırılır.					
58	Bir konunun belirli noktaları üzerine çok yoğun eğildiği için bütünü görmekte zorlanır. (örneğin, bir hikayede neler olduğunu anlatması istendiğinde, sadece kahramanların kıyafetlerini anlatır.)					
59	Çok şüphelidir.					

	G	Doğru değil	Bazen doğru	Genellikle doğru	Nerdeyse her zaman doğru	Uygun değil
60	Duygularını belli etmez, duygusal olarak uzaktır.					
61	Sabit fikirlidir; düşüncesini değiştirmek zordur.					
62	Yaptığı bazı şeyler için açıklamaları karşısındaki insana mantıksız gelebilir					
63	Alışılmamış şekilde insanlara dokunur (örneğin, sadece temas etmek için birine dokunur ve bir şey söylemeden yanından uzaklaşır..)					
64	Sosyal ortamlarda çok gergin olur.					
65	Zaman zaman boş bakar.					

Ek-6: Duygusal Reaktivite İndeksi (DRI)

DUYGUSAL REAKTİVİTE İNDEKSİ (DRI)

Lütfen, son altı ay içinde ve yaşlarınızla kıyaslandığında, aşağıdaki cümlelerden her birinin, duygularınız/davranışlarınızı ne kadar tanımladığını kutucukları işaretleyerek belirtiniz.
Lütfen boş bırakmayınız

	Doğru değil	Biraz doğru	Kesinlikle doğru
1. Başkaları tarafından kolayca kızdırılırım.			
2. Sık sık öfkeden kontrolümü kaybederim.			
3. Kızgınlığım uzun bir süre geçmez.			
4. Çoğu zaman sinirliyimdir.			
5. Sıklıkla öfkelenirim.			
6. Kolayca öfkeden kontrolümü kaybederim.			
7. Genel olarak, asabiyetim problemlere neden olur.			

Stringaris A, Goodman R, Ferdinando S, Razdan V, Muhrer E, Leibenluft E, et al. The Affective Reactivity Index: A concise irritability scale for clinical and research settings. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2012;53(11):1109-1117.

Kocael Ö. Çocuk ve ergenlerde iritabilite: Duygusal reaktivite indeksi'nin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması. Published online 2015.

Ek-7: Duygusal Reaktivite İndeksi Aile (DRİ-A)

DUYGUSAL REAKTİVİTE İNDEKSİ AİLE (DRİ-A)

Lütfen, son altı ay içinde ve yaşlılarıyla kıyaslandığında, aşağıdaki cümlelerden her birinin, çocuğunuzun duygu ve davranışlarını ne kadar tanımladığını kutucukları işaretleyerek belirtiniz. Lütfen boş bırakmayınız.

	Doğru değil	Biraz doğru	Kesinlikle doğru
1. Başkaları tarafından kolayca kızdırılır.			
2. Sık sık öfkeden kontrolünü kaybeder.			
3. Kızgınlığı uzun bir süre geçmez.			
4. Çoğu zaman sinirlidir.			
5. Sıklıkla öfkelenir.			
6. Kolayca öfkeden kontrolünü kaybeder.			
7. Genel olarak asabiyeti problemlere neden olur.			

Stringaris A, Goodman R, Ferdinando S, Razdan V, Muhrer E, Leibenluft E, et al. The Affective Reactivity Index: A concise irritability scale for clinical and research settings. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2012;53(11):1109-1117.

Kocael Ö. Çocuk ve ergenlerde iritabilite: Duygusal reaktivite indeksi'nin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması. Published online 2015.

Ek-8: Çocuklar için Anksiyete Duyarlılığı Ölçeği (ÇADÖ; Childhood Anxiety Sensitivity Index, CASI) 8-15 yaş

1	Korktuğumu başkaları fark etsin istemem.	Bana hiç uygun değil	Bana biraz uygun	Bana çok uygun
2	Dikkatimi ödevlerimi yapmaya toplayamadığımda aklımı kaçırıyor olabilirim diye düşünerek endişelenirim.	Bana hiç uygun değil	Bana biraz uygun	Bana çok uygun
3	Titrediğimi hissettiğim zaman korkarım.	Bana hiç uygun değil	Bana biraz uygun	Bana çok uygun
4	Bayılacak gibi hissettiğim zaman bu durum beni korkutur.	Bana hiç uygun değil	Bana biraz uygun	Bana çok uygun
5	Duyularımı kontrol altında tutmaya dikkat ederim.	Bana hiç uygun değil	Bana biraz uygun	Bana çok uygun
6	Kalbimin hızlı çarpması beni korkutur.	Bana hiç uygun değil	Bana biraz uygun	Bana çok uygun
7	Karnımın guruldaması beni utandırır.	Bana hiç uygun değil	Bana biraz uygun	Bana çok uygun
8	Kusacakmış gibi hissettiğim zaman korkuya kapılırım.	Bana hiç uygun değil	Bana biraz uygun	Bana çok uygun
9	Kalbimin hızlı çarptığını fark ettiğimde bir hastalığım var zanneder ve kaygılanırım.	Bana hiç uygun değil	Bana biraz uygun	Bana çok uygun
10	Nefes almakta zorluk çektiğimde bu durum beni korkutur.	Bana hiç uygun değil	Bana biraz uygun	Bana çok uygun
11	Karnım ağrıdığına gerçekten hasta olabilirim diye endişelenirim.	Bana hiç uygun değil	Bana biraz uygun	Bana çok uygun
12	Dikkatimi ödevlerime toplayamadığım zaman bu durum beni korkutur.	Bana hiç uygun değil	Bana biraz uygun	Bana çok uygun
13	Başka çocuklar titrediğimi fark ederler.	Bana hiç uygun değil	Bana biraz uygun	Bana çok uygun
14	Vücudumda alışık olmadığım bir şeyler hissetmek beni korkutur.	Bana hiç uygun değil	Bana biraz uygun	Bana çok uygun
15	Korktuğum zaman aklımı kaybettiğimi düşünüp endişelenirim.	Bana hiç uygun değil	Bana biraz uygun	Bana çok uygun
16	Kendimi huzursuz hissetmem beni korkutur.	Bana hiç uygun değil	Bana biraz uygun	Bana çok uygun
17	Duyularımı belli etmekten hoşlanmam.	Bana hiç uygun değil	Bana biraz uygun	Bana çok uygun
18	Vücudumdaki tuhaf hisler beni korkutur.	Bana hiç uygun değil	Bana biraz uygun	Bana çok uygun

Ek-9: Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği Ebeveyn Formu (WİBÖ-E)

WEISS İŞLEVSELLİKTE BOZULMA ÖLÇEĞİ EBEVEYN FORMU (WİBÖ-E)

Çocuğunuzun duygusal ve davranışsal sorunlarını göz önüne alarak, SON BİR AY içerisinde çocuğunuzun duygusal ve davranışsal sorunlarının aşağıdaki maddelerden her birini nasıl etkilediğini en iyi tarif eden seçeneği yuvarlak içerisinde alınız.

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık	Çok sık	Uygun değil
A	AİLE					
1	Kardeşleri ile sorunlar yaşaması	0	1	2	3	u.d.
2	Anne baba arasında sorunlara neden olması	0	1	2	3	u.d.
3	Çocuğun yol açtığı sorunlarla uğraşmaktan aile üyelerinin yapacağı iş ya da etkinliklere yeterince zaman ayıramaması	0	1	2	3	u.d.
4	Ailede kavga ya da tartışma çıkmasına neden olması	0	1	2	3	u.d.
5	Aileyi dostlarından ve sosyal etkinliklerden uzaklaştırması	0	1	2	3	u.d.
6	Ailenin eğlenceli vakit geçirmesini zorlaştırması	0	1	2	3	u.d.
7	Anne babalık yapmanızı (ebeveynlik görevlerinizi yerine getirmeyi) zorlaştırması	0	1	2	3	u.d.
8	Aile üyelerinin her birine eşit zaman, ilgi, dikkat vermenizi zorlaştırması	0	1	2	3	u.d.
9	Başkalarını kendisine vurması ya da bağırması için kışkırtması	0	1	2	3	u.d.
10	Çocuğunuzun yaşadığı sorunlar nedeniyle daha fazla para harcamak zorunda kalmanız	0	1	2	3	u.d.
B	OKUL					
	Öğrenme					
1	Okulda derslere yetişmekte güçlük çekmesi	0	1	2	3	u.d.
2	Okulda derslerle ilgili fazladan yardıma ihtiyaç duyması	0	1	2	3	u.d.
3	Özel derse ihtiyaç duyması	0	1	2	3	u.d.
4	Beceri düzeyinin altında notlar alması	0	1	2	3	u.d.

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık	Çok sık	Uygun değil
	Davranış					
1	Sınıfta öğretmene sorun çıkarması	0	1	2	3	u.d.
2	Sınıfta ceza alması ya da sınıftan çıkarılması	0	1	2	3	u.d.
3	Okul bahçesinde (arkadaş, öğretmen, görevli gibi kişilerle) sorun yaşaması	0	1	2	3	u.d.
4	Teneffüse çıkmama ya da eve geç gitme cezası alması	0	1	2	3	u.d.
5	Okuldan uzaklaştırılması ya da atılması	0	1	2	3	u.d.
6	Derse girmemesi ya da okula geç kalması	0	1	2	3	u.d.
C	YAŞAM BECERİLERİ					
1	Televizyon, bilgisayar ya da video oyunlarını aşırı kullanması	0	1	2	3	u.d.
2	Temizlik, diş fırçalama, saç tarama, yıkanma gibi işlerde sorun yaşaması	0	1	2	3	u.d.
3	Okula hazırlanmakla ilgili sorunlarının olması	0	1	2	3	u.d.
4	Yatmaya hazırlanmakla ilgili sorunlarının olması	0	1	2	3	u.d.
5	Yemek yemeyle ilgili sorunlarının olması (yemek seçme, abur cubur yeme)	0	1	2	3	u.d.
6	Uykuyla ilgili sorunlarının olması	0	1	2	3	u.d.
7	Yaralanır ya da bir yerini incitir	0	1	2	3	u.d.
8	Egzersizden (spor etkinliklerinden) kaçınır	0	1	2	3	u.d.
9	Doktora (tıbbi yardıma) ihtiyacının olması	0	1	2	3	u.d.
10	İlaç içmek, iğne olmak ya da doktora/dış hekimine gitmekle ilgili sıkıntı yaşaması	0	1	2	3	u.d.
D	ÇOCUĞUN BENLİK ALGISI					
1	Çocuğum kendisi hakkında olumsuz duygulara sahip	0	1	2	3	u.d.
2	Çocuğum yeteri kadar eğlenemiyor	0	1	2	3	u.d.
3	Çocuğum hayatından memnun değil	0	1	2	3	u.d.

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık	Çok sık	Uygun değil
E	SOSYAL ETKİNLİKLER					
1	Diğer çocukların çocuğuma sataşması ya da kabadayılık taslaması	0	1	2	3	u.d.
2	Çocuğumun diğer çocuklara sataşması ya da onlara kabadayılık taslaması	0	1	2	3	u.d.
3	Diğer çocuklarla geçinememesi	0	1	2	3	u.d.
4	Okul sonrası etkinliklerine (spor, müzik, kulüpler gibi) katılmakla ilgili sorunlar	0	1	2	3	u.d.
5	Arkadaş edinmekle ilgili sorunlar	0	1	2	3	u.d.
6	Arkadaşlıklarını sürdürmekle ilgili sorunlar	0	1	2	3	u.d.
7	Arkadaş toplantıları ile ilgili sorunlar (davet edilmeme, davetlere gitmeme, davetlerde uygunsuz davranma)	0	1	2	3	u.d.
F	RİSKLİ EYLEMLER					
1	Kolayca diğer çocuklara uyması ya da diğer çocuklardan baskı görmesi	0	1	2	3	u.d.
2	Eşyaları kırması ya da zarar vermesi	0	1	2	3	u.d.
3	Kanun dışı şeyler yapması	0	1	2	3	u.d.
4	Polis ile başının derde girmesi	0	1	2	3	u.d.
5	Sigara içmesi	0	1	2	3	u.d.
6	Yasadışı madde kullanması	0	1	2	3	u.d.
7	Tehlikeli şeyler yapması	0	1	2	3	u.d.
8	Başkalarını yaralaması	0	1	2	3	u.d.
9	Acımasız ya da uygunsuz şeyler söylemesi	0	1	2	3	u.d.
10	Cinsel olarak uygun olmayan davranışlarda bulunması	0	1	2	3	u.d.

Ek-10: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Çocuk Formu (8-12 Yaş)**ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ÇOCUK FORMU (8-12 YAŞ)**

Ad Soyad:

Tarih:

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ**Çocuk Değerlendirme Formu (8-12 yaş)**

Bir sonraki sayfada 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.

Eğer senin için hiçbir zaman sorun değilse	0
Eğer senin için nadiren sorun oluyorsa	1
Eğer senin için bazen sorun oluyorsa	2
Eğer senin için sıklıkla sorun oluyorsa	3
Eğer senin için hemenher zaman sorun oluyorsa	4

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 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

Duygularıyla 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

Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Ergen Formu (13-18 Yaş)

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ERGEN FORMU (13-18 YAŞ)

Ad Soyad:

Tarih:

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Ergen Değerlendirme Formu (13-18 yaş)

Bir sonraki sayfada sizin için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.

Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin sizin için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz.

Eğer sizin için hiçbir zaman sorun değilse	0
Eğer sizin için nadiren sorun oluyorsa	1
Eğer sizin için bazen sorun oluyorsa	2
Eğer sizin için sıklıkla sorun oluyorsa	3
Eğer sizin için hemenher zaman sorun oluyorsa	4

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

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

Sağlığım ve aktivitelerim ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Bir bloktan 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

Duyularım ile 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. Yaşıtlarıma ayak uydurmakta zorluk çekerim	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-11: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Ebeveyn Formu (8-12 Yaş)

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ EBEVEYN FORMU (8-12 YAŞ)

Çocuğunuzun adı Soyadı:

Tarih:

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Çocuk Değerlendirme Formu (Anne-Baba) (8-12 yaş)

Bir sonraki sayfada 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.

Eğer çocuğunuz için hiçbir zaman sorun değilse	0
Eğer çocuğunuz için nadiren sorun oluyorsa	1
Eğer çocuğunuz için bazen sorun oluyorsa	2
Eğer çocuğunuz için sıklıkla sorun oluyorsa	3
Eğer çocuğunuz için hemenher zaman sorun oluyorsa	4

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 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 başına 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. Yaşlıları ile geçimi	0	1	2	3	4
2. Yaşlılarının onunla arkadaş olmak istememesi	0	1	2	3	4
3. Yaşlıları tarafından alay edilmesi	0	1	2	3	4
4. Yaşlılarının yapabildiği şeyleri yapamaması	0	1	2	3	4
5. Yaşlıları ile oyun oynarken geri kalması	0	1	2	3	4

Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Sınıfta dikkatini toplayamaması	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unutması	0	1	2	3	4
3. Derslerinden 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

Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Ebeveyn Formu (13-18 Yaş)

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ EBEVEYN FORMU (13-18 YAŞ)

Çocuğunuzun adı Soyadı:

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Ergen Değerlendirme Formu (Anne-Baba) (13-18 yaş)

Bir sonraki sayfada 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.

Eğer çocuğunuz için hiçbir zaman sorun değilse	0
Eğer çocuğunuz için nadiren sorun oluyorsa	1
Eğer çocuğunuz için bazen sorun oluyorsa	2
Eğer çocuğunuz için sıklıkla sorun oluyorsa	3
Eğer çocuğunuz için hemenher zaman sorun oluyorsa	4

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 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 başına 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

Duyusal 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. Yaşlıları ile geçimi	0	1	2	3	4
2. Yaşlılarının onunla arkadaş olmak istememesi	0	1	2	3	4
3. Yaşlıları tarafından alay edilmesi	0	1	2	3	4
4. Yaşlılarının yapabildiği şeyleri yapamaması	0	1	2	3	4
5. Yaşlılarına ayak uyduramaması	0	1	2	3	4

Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Sınıfta dikkatini toplayamaması	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unutması	0	1	2	3	4
3. Derslerinden 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-12: Aile Değerlendirme Ölçeği

AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

İlişikte aileler hakkında 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, sizin ailenize ne derecede uyduğuna karar veriniz. Önemli olan, sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür. Her cümle için 4 seçenek söz konusudur (**Aynen Katılıyorum/ Büyük Ölçüde Katılıyorum/ Biraz Katılıyorum/ Hiç Katılmıyorum**)

Her cümle için 4 seçenek için de ayrı yerler ayrılmıştır. Size uygun seçeneğe (X) işareti koyunuz. Mümkün olduğu kadar çabuk ve samimi cevaplar veriniz. Kararsızlığa düşerseniz, ilk aklınıza gelen doğrultusunda hareket ediniz. Lütfen her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

CÜMLELER:	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
1.Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.	()	()	()	()
2.Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.	()	()	()	()
3.Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenlerini bilir.	()	()	()	()
4.Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler.	()	()	()	()
5.Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler.	()	()	()	()
6.Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz.	()	()	()	()
7.Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız.	()	()	()	()
8.Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız.	()	()	()	()
9.Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınırız.	()	()	()	()
10.Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız.	()	()	()	()
11.Evde dertlerimizi üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz.	()	()	()	()
12.Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uygulanz.	()	()	()	()
13.Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylediklerimizde bizi dinlerler.	()	()	()	()
14.Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir.	()	()	()	()
15.Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur.	()	()	()	()
16.Ailemizin üyeleri, birbirlerine hoşgörülü davranırlar.	()	()	()	()
17.Evde herkes başına buyruktur.	()	()	()	()
18.Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler.	()	()	()	()
19.Ailede bazılarımız, duygularımızı belli etmeyiz.	()	()	()	()
20.Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz.	()	()	()	()
21.Ailecek, korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınırız.	()	()	()	()
22.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz.	()	()	()	()
23.Gellirimiz (ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor.	()	()	()	()
24.Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.	()	()	()	()
25.Bizim ailede herkes kendini düşünür.	()	()	()	()
26.Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz.	()	()	()	()
27.Evimizde banyo ve tuvalet bir türlü temiz durmaz.	()	()	()	()
28.Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz.	()	()	()	()
29.Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir.	()	()	()	()
30.Ailemizde, her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır.	()	()	()	()

CÜMLELER:	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
31.Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	()	()	()	()
32.Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.	()	()	()	()
33.Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karşınız.	()	()	()	()
34.Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz.	()	()	()	()
35.Evde genellikle söylediklerimizle, söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.	()	()	()	()
36.Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranırız	()	()	()	()
37.Evde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacaksa ilgi gösteririz.	()	()	()	()
38.Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz.	()	()	()	()
39.Ailemizde sevgi ve şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır.	()	()	()	()
40.Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız.	()	()	()	()
41.Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur.	()	()	()	()
42.Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterir.	()	()	()	()
43.Evde birbirimize karşı açık sözlüyüzdür.	()	()	()	()
44.Ailemizde hiçbir kural yoktur.	()	()	()	()
45.Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir.	()	()	()	()
46.Aile içinde, herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz.	()	()	()	()
47.Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz.	()	()	()	()
47.Bizim evde aklınıza gelen her şey olabilir.	()	()	()	()
49.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz.	()	()	()	()
50.Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz.	()	()	()	()
51.Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	()	()	()	()
52.Sinirlenince birbirimize küseriz.	()	()	()	()
53.Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez.	()	()	()	()
54.Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karşıyoruz.	()	()	()	()
55.Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir.	()	()	()	()
56.Aile içinde birbirimize güveniriz.	()	()	()	()
57.Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz.	()	()	()	()
58.İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz.	()	()	()	()
59.Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz.	()	()	()	()
60.Probleminizi çözmek için allecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.	()	()	()	()